

Manual de boas práticas

de Humanização dos Serviços de Urgências Hospitalares

Edição de 2020

Manual de Boas Práticas

2020

Como citar este documento:

Grupo de trabalho de Humanização dos Serviços de Urgência Hospitalares. Manual de boas práticas de Humanização dos Serviços de Urgência Hospitalares. Madrid: Projeto HU-CI; 2020 [acceso em 1 de noviembre de 20XX]. Disponível em: <https://proyectohuci.com/es/bp-hurghosp/>

Coordenação:

Benjamín Yáñez Caballero.

José Manuel Velasco Bueno.

Gabriel Heras La Calle.

1ª Edición. Setembro 2020 ISBN: 978-84-09-22982-6

Tradução para Português:



Reconhecimento - Não Comercial - Compartilhar igualmente (by-nc-sa):

Não é permitido o uso comercial nem da obra original, nem de obras derivadas, e a distribuição delas deverá ser feita com uma licença semelhante aquela que regulamenta a obra original.

Prefácio

A humanização da saúde tornou-se o grande desafio dos serviços de saúde em todo o mundo. Apesar de já estarmos a transformá-los há seis anos e a conceber cuidados centrados nas exigências dos protagonistas (doentes, famílias e profissionais), parece que tivemos de sofrer uma pandemia para a transformar numa revolução. Agora, mais do que nunca, o que permanece invisível para muitos tornou-se visível no quotidiano.

A humanização é outra disciplina do conhecimento e a sua realização corresponde a todos: doentes, famílias e profissionais de saúde; gestores e autoridades de saúde. A humanização é cultura, política, sociedade, economia, ética e justiça. E não são apenas as pessoas e os nossos comportamentos que precisamos de humanizar. Humanizar não é apenas uma questão de atitude, é também necessário colocar H nas estruturas materiais e técnicas.

Falar de humanização é falar de movimento, não é apenas estudar uma técnica ou um procedimento e pô-lo em prática. É fazer uma reflexão profunda. Humanizar é tomar consciência de si próprio: onde estou? O que é que eu posso fazer? E iniciar uma viagem dentro de cada ser humano: é um compromisso pessoal importante para melhorar a realidade, as nossas relações e o ambiente a partir de cada pessoa.

É com grande orgulho e felicidade que nasce este Manual de Boas Práticas para a Humanização das Urgências Hospitalares, onde encontramos diferentes linhas de trabalho e investigação geradas através da escuta ativa, recolhendo as opiniões e desejos dos protagonistas das histórias. Assim, através do trabalho conjunto e da investigação colaborativa, tal como entendemos o projeto HU-CI, o sistema deve ser redesenhado para ser verdadeiramente centrado nas pessoas. A ação e a evidência científica devem andar de mãos dadas. Era necessário criar um método concreto para humanizar as Urgências Hospitalares e, graças ao trabalho incansável e altruísta de um grupo maravilhoso de especialistas, temos agora este mapa simples para seguir e mudar a cultura da organização.

Esta tarefa de escuta parece essencial se quisermos transformar a realidade num modelo mais suave e centrado no respeito pela dignidade das pessoas. Se sentimos que é necessário mudar a realidade atual para um modelo de humanismo e de excelência, este é o único caminho a seguir. Além disso, é nossa responsabilidade transformar a realidade no sentido de um sistema melhor do que aquele que encontrámos.

Gabriel Heras.

Diretor do Proyecto HU-CI.

Introdução

Os cuidados de saúde urgentes em Espanha são um recurso único dentro dos benefícios que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) tem vindo a disponibilizar aos cidadãos desde há anos. Juntamente com os Cuidados Primários e Especializados, os Cuidados Urgentes constituem a Terceira Via de Cuidados de Saúde. E, o que é mais importante, é muitas vezes a porta de entrada no SNS não só para os doentes que solicitam cuidados de urgência, mas também para todos aqueles para quem os outros dois canais não conseguiram resolver o problema em tempo útil.

Existem vários níveis de atendimento nas urgências. No entanto, o objetivo deste Manual é apenas desenvolver e apresentar um conjunto de boas práticas para tornar os Serviços de Urgência Hospitalar (SUH) mais humanizados. Nada mais... e nada menos. Os restantes ambientes, pelas suas características especiais, serão objeto de projetos futuros.

O seu volume de trabalho produz números verdadeiramente surpreendentes. Dados oficiais (2017) apontam para um total de 56,7 milhões de atendimentos de urgência por ano no SNS, dos quais 29,4 milhões no SU (80% no sistema público de saúde). Cerca de 25% da população atendida tem mais de 65 anos, com uma ou mais doenças crónicas. O nível de internamento ronda os 11%.

Tanto estes números como o seu crescimento anual variável estão na origem de uma sobrelotação sazonal e não sazonal significativa. Em 2019, os dados preliminares sugerem que cerca de 30 milhões de doentes serão atendidos nas urgências, o que significa cerca de 80 000 urgências por dia, ou seja, 3 000 doentes por hora.

Até à data, o Serviço de Urgência não tem sido um local amigável. Pelo contrário, é um local de passagem por onde "circulam" todos os doentes do espectro, desde os mais ligeiros até aos de patologia mais grave ou urgente. Depois de uma maior ou menor demora inicial (triagem), todos eles vão sofrer o choque entre o ritmo frenético do SU, que ignora e anula as pessoas, e os tempos de espera obrigatórios impostos pelo resto do Hospital à sua admissão ou pelo próprio SU à sua alta. De facto, o SU é o lugar onde os tempos se devoram uns aos outros. Um lugar hostil onde a cura do corpo impõe a sua ditadura sobre o resto das necessidades do doente.

Do mesmo modo, o Serviço de Urgência é também um local de passagem para os profissionais de saúde e não profissionais de saúde que se deslocam de um local para outro, por vezes temporariamente. Até os estagiários estão de passagem, integrados em programas de outras especialidades e interesses. Trabalhar no Serviço de Urgência, em turnos intermináveis, cobrindo noites e feriados, etc., acaba por se tornar uma tarefa heróica sob todos os aspetos. Para isso contribui a falta de apoio ao seu perfil e formação específicos, o que terá de ser resolvido durante o ano em que a "Especialidade de Emergência Médica" promete ser uma realidade e que, mais tarde ou mais cedo, acabará por ser alargada a todos os grupos profissionais.

Desde a data em que, naquelas caves húmidas e sombrias, num espírito de compromisso e sacrifício, tudo começou, passaram-se várias décadas de inúmeras mudanças. Mesmo após esse primeiro aval institucional (Estudo Conjunto dos Provedores de Justiça, 2015), muitas das deficiências iniciais persistem.

Mas, como não podia deixar de acontecer, as sombras só falam do sol que as cria. Muitas vezes, as dificuldades do caminho tornam mais valiosas as pessoas que o percorrem. A partir destas páginas, queremos acreditar que é este espírito que não mudou, aquele que, desde as suas origens, permitiu o sonho de grupos de visionários que se organizaram para poder atender qualquer doente, por qualquer causa, a qualquer hora do dia (Anyone, anything, anytime. Zink 2005).

Tendo em conta a realidade, o meio em que Pacientes, Família e Equipa (PFE) lutam, é surpreendente que um grupo de profissionais de diferentes lugares e perfis tenha sido capaz de juntar os seus sonhos para os partilhar consigo, caro leitor.

Pessoalmente, agora que ninguém nos pode ouvir, tenho de confessar um segredo. Devido à sua sensibilidade especial, todos eles se envolveram durante anos na procura de uma nova forma de lidar com as pessoas, de uma linguagem mais próxima, de olhares perdidos, de mãos que cuidam e permanecem na pele dos doentes.

Não estamos assim tão longe. A sociedade está a clamar por isso. A literatura apoia-o. Os profissionais tornam-no possível. O Serviço de Urgência humanizado desejado por todos deve ser o ponto de encontro das pessoas que cuidam das pessoas, acompanhadas pelos seus amigos e entes queridos. Pessoas que procuram encontrar uma solução para os problemas dos doentes e das famílias, para além do modelo biopsicossocial. Algo me diz que, desta vez, seremos capazes de criar as ferramentas para a mudança.

Após meses de trabalho árduo, mesmo no cenário da atual pandemia, é agora que vos apresentamos esta obra. Um trabalho partilhado, altruísta e corajoso. A metodologia permitiu-nos crescer com a força do grupo. Tentámos reunir o trabalho e a visão de todos os corpos profissionais que fazem parte da DE, integrando pessoas com diferentes interesses, perfis profissionais e potencial humano, mas com um objetivo comum. E tudo isto, sem esquecer a voz dos doentes.

Após uma análise exaustiva partilhada entre os membros, a tarefa foi estruturada em várias linhas, de modo a permitir a sua partilha. Assim, falámos de flexibilidade no acompanhamento, de comunicação com os doentes e a família, de cuidados para o profissional, de bem-estar dos doentes, etc., até sete linhas. Todas elas foram divididas, elaboradas e debatidas em várias etapas, na tentativa de chegar a um consenso sobre os indicadores mais práticos, capazes de humanizar os cuidados e as relações entre as pessoas envolvidas no trabalho quotidiano do serviço de urgência.

Os alicerces e o suporte têm a sua estrutura emprestada do "Projeto HU-CI", ao qual é justo reconhecer o seu impulso inicial e apoio permanente. Sem o HU-CI, este projeto não teria visto a luz do dia.

À equipa, a cada um deles, à sua dedicação, às horas roubadas às suas famílias, devemos sublinhar o nosso reconhecimento e admiração. É altura de apreciar o trabalho realizado, de deixar que as boas práticas sugiram outras, e novas... As linhas são independentes. Bem, talvez não totalmente, talvez não de todo. Em todo o caso, pode começar a ler qualquer uma delas, aquela que lhe parecer melhor, aquela com que se sentir mais confortável, aquela que lhe despertar mais curiosidade.

Envie-nos os seus comentários. Contamos com o seu empenho para a revisão de futuras edições, porque este projeto... ainda agora começou.

**NOTA: As boas práticas foram classificadas em Básicas [B], aquelas que são obrigatórias para atingir um nível mínimo de humanização; Avançadas [A], aquelas que são obrigatórias para avançar para um nível mais elevado de humanização; e Excelentes [E], aquelas que seriam desejáveis para o nível mais elevado de humanização.*

Alfredo Serrano Moraza

Summa 112 Madrid

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Linha estratégica 1	SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITALARES (SUH) COM FLEXIBILIDADE NO ACOMPANHAMENTO: PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO DE CUIDADORES E FAMILIARES NOS CUIDADOS	SENSIBILIZAÇÃO E FORMAÇÃO DA EQUIPA DE SAÚDE
		ACESSIBILIDADE
		CONTACTO
		PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO EM PROCEDIMENTO E CUIDADOS
		APOIO ÀS NECESSIDADES EMOCIONAIS, PSICOLÓGICAS E ESPIRITUAIS DOS FAMILIARES E CUIDADORES
		IDENTIFICAÇÃO E ABORDAGEM A CUIDADORES DE DOENTES VULNERÁVEIS

Linha estratégica 2	COMUNICAÇÃO	COMUNICACIÓN COMUNICACÃO NA EQUIPA
		COMUNICAÇÃO DA EQUIPA COM OUTRAS ÁREAS
		COMUNICACIÓN COMUNICACÃO E INFORMAÇÃO AO DOENTE, À FAMÍLIA E AO CUIDADOR

Linha estratégica 3	BEM-ESTAR DOS DOENTES	BEM-ESTAR FÍSICO
		BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL
		PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DOS DOENTES
		BEM-ESTAR AMBIENTAL E PROMOÇÃO DO DESCANSO NOTURNO

Linha estratégica 4	CUIDADOS PROFISSIONAIS	SENSIBILIZAÇÃO PARA A SÍNDROME DE ESGOTAMENTO PROFISSIONAL E FACTORES ASSOCIADOS
		PREVENIR O ESGOTAMENTO E PROMOVER O BEM-ESTAR
		PREVENÇÃO E GESTÃO INTEGRADA DE SITUAÇÕES DE CONFLITO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITALAR

Linha estratégica 5	DOENTES VULNERÁVEIS NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITALARES (SUH)	VULNERABILIDADE GERAL: IDENTIFICAÇÃO, AVALIAÇÃO E ABORDAGEM
		VULNERABILIDADE ESPECÍFICA: IDENTIFICAÇÃO, AVALIAÇÃO E ABORDAGEM
		IDENTIFICAÇÃO, AVALIAÇÃO E ABORDAGEM NA VIOLÊNCIA DE GÉNERO E MAUS TRATOS

Linha estratégica 6	CUIDADOS EM FIM DA VIDA	PROTOCOLIZAÇÃO DOS CUIDADOS EM FIM DE VIDA
		ACOMPANHAMENTO NO FIM DA VIDA
		APOIO ÀS NECESSIDADES DE ACORDO COM A ESCALA DE VALORES DOS DOENTES EM SITUAÇÕES DE FIM DE VIDA
		PROTOCOLIZAÇÃO DE CUIDADOS PARA PACIENTES COM LIMITAÇÃO/ADEQUAÇÃO DO TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO DA VIDA E RECUSA DE TRATAMENTO
		PARTICIPAÇÃO INTERDISCIPLINAR NA DECISÃO E NO DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS DE LIMITAÇÃO/ADAPTAÇÃO DO TRATAMENTO PARA SUPORTE DE VIDA E RECUSA DE TRATAMENTO
		CONSULTA DO REGISTO DOS TESTAMENTOS EM VIDA, DO PLANEAMENTO ANTECIPADO DE DECISÕES E DO COMITÉ DE ÉTICA DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Linha estratégica 7	INFRA-ESTRUTURA HUMANIZADA	PRIVACIDADE E INTIMIDADE DO PACIENTE
		CONFORT: GERAL
		CONFORT AMBIENTAL DO PACIENTE, CUIDADORES E FAMILIARES
		ACONSELHAMENTO DE DOENTES
		CONFORTO E FUNCIONALIDADE NO DOMÍNIO DA ASSISTÊNCIA E CUIDADOS
		CONFORTO NOS DOMÍNIOS ADMINISTRATIVO E PROFISSIONAIS
		DISTRACÇÃO DO DOENTE

BOAS PRÁTICAS

LINHA ESTRATÉGICA 1

SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITALARES (SUH)
COM FLEXIBILIDADE NO ACOMPANHAMENTO:
PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO DE CUIDADORES E
FAMILIARES NOS CUIDADOS

Em contraste a cultura técnico-científica predominante nos Serviços de Urgência Hospitalares (SUH), baseada na tecnologia, nas competências e na eficiência, nos últimos anos tem-se verificado uma tendência crescente para um modelo mais integrador, baseado nas necessidades do doente. De facto, todo o processo começa quando o doente ou a sua família decidem vir ou são trazidos para os serviços de urgência.

Esta denominada nova abordagem, que tem eco nestas páginas, pretende abrir todas as mentes à avaliação do impacto emocional e psicossocial no doente, na família e na equipa de saúde (DFE), bem como incentivar a utilização de ferramentas para a sua deteção, estabelecer um mecanismo para uma abordagem abrangente e, de preferência, avaliar o seu impacto.

Numa situação vulnerável, por vezes com risco de vida, o doente está frequentemente inquieto, ansioso, agitado, etc., com medo ou dificuldade em concentrar-se ou em colaborar facilmente nos seus próprios cuidados. Por vezes, o seu comportamento pode ocasionar riscos para si mesmo, para a sua família, para a equipa de saúde ou a do restante pessoal do SU.

A formação e o treino específico em competências sociais permitem identificar este tipo de doentes, detetar as suas necessidades emocionais, valorizar o seu contexto e otimizar a sua gestão através de um contacto pessoal próximo e permanente, com benefícios óbvios em termos de cuidados e de cura. Numerosos estudos qualitativos parecem mostrar um caminho produtivo. O benefício destas intervenções transcende a fase aguda, melhora os indicadores de ansiedade e de perturbações psicossociais do doente, reduz o seu nível de labilidade emocional, a dependência e os

comportamentos de agressão, de auto-agressão e/ou de dependência.

Na génese dos SUH, a presença e o envolvimento dos familiares nos cuidados de saúde tem sido, desde há décadas, um problema insolúvel. De facto, tornou-se ainda mais problemático na sequência da recente pandemia de Coronavírus. Com exceção nos serviços de urgência pediátrica, as "visitas" das famílias eram anedóticas e esporádicas. O contacto com as equipas limitava-se frequentemente a conversas apressadas nos corredores para partilhar algum tipo de informação, como tempos de espera muitas vezes inaceitáveis.

Como não podia deixar de ser, atualmente, as necessidades puramente humanas dos DFE chegaram também ao SU, a ponto de criar um ambiente que favorece e flexibiliza a presença dos familiares e o seu envolvimento nos cuidados ao doente.

Em particular, é essencial sublinhar o interesse crescente das equipas em reconhecer a forma como os doentes e as famílias devem ser protegidos para participarem na tomada das suas próprias decisões, quer com um modelo elaborado de consentimento informado (CI), quer com ferramentas alternativas no caso de doentes vulneráveis, incapazes, etc.

Historicamente, uma parte do trabalho foi suavizada nos últimos anos no âmbito da RCP, utilizando uma linguagem mais qualitativa, baseada nos cuidados prestados ao doente e à família em estudos pioneiros conduzidos por enfermeiros e equipas multidisciplinares.




Foi possível, nomeadamente, na RCP pediátrica, em que a presença e o apoio dos familiares melhoram numerosos indicadores psicológicos e emocionais.





Numa fase posterior, a partir de 2000, nos EUA e na Europa, foram descritas diretrizes para o envolvimento e a presença de cuidadores nos serviços de urgência, a fim de melhorar a comunicação entre todos os grupos e a continuidade dos cuidados. Existem muitas dificuldades na avaliação da ansiedade e do impacto emocional nos adultos prestadores de cuidados, por vezes devido a défices na formação e no comportamento do pessoal. Neste sentido, muitas intervenções tentam extrair evidências de comunicações clínicas isoladas devido à heterogeneidade clínica da prática quotidiana dos SUH.


Por outro lado, alguns estudos parecem relacionar a falta de empatia e a desmotivação profissional das equipas com um défice na qualidade dos cuidados e, sobretudo, com uma menor capacidade de prevenção dos comportamentos auto-lesivos do doente.



DFE fazem parte de uma equipa que colabora no espaço do SU e ao longo do tempo. Como agentes de mudança informados e equipados com ferramentas metodológicas baseadas em evidência, o objetivo deste manual de boas práticas é equipar os profissionais dos serviços de urgência com as ferramentas necessárias para detetar, medir, avaliar e estabelecer recomendações ativas para melhorar a cura e os cuidados.




Linha estratégica 1	SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITALARES (SUH) COM FLEXIBILIDADE NO ACOMPANHAMENTO: PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO DE CUIDADORES E FAMILIARES NOS CUIDADOS	SENSIBILIZAÇÃO E FORMAÇÃO DA EQUIPA DE SAÚDE
		ACESSIBILIDADE
		CONTACTO
		PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO EM PROCEDIMENTO E CUIDADOS
		APOIO ÀS NECESSIDADES EMOCIONAIS, PSICOLÓGICAS E ESPIRITUAIS DOS FAMILIARES E CUIDADORES
		IDENTIFICAÇÃO E ABORDAGEM A CUIDADORES DE DOENTES VULNERÁVEIS



Linha estratégica 1	SUH COM FLEXIBILIDADE NO ACOMPANHAMENTO	SENSIBILIZAÇÃO E FORMAÇÃO DA EQUIPA DE SAÚDE
Início de ações de sensibilização e de formação da equipa de saúde sobre as vantagens da aplicação do modelo de SUH com flexibilização no acompanhamento.		
Boa prática 1.1	Realizam-se sessões de informação/workshops específicos, com representantes de todos os membros da equipa de saúde, para debater as dificuldades, os fatores facilitadores e as estratégias consensuais para a aplicação do novo modelo	
Boa prática 1.2	Existe um grupo de trabalho interdisciplinar Encarregado de coordenar e monitorizar o cumprimento da flexibilidade de horários	
Boa prática 1.3	É dada formação contínua em humantools (competências de comunicação, gestão de conflitos, etc.) dirigidas à equipa d saúde, para facilitar a implementação do modelo de flexibilização no acompanhamento no SUH	




Linha estratégica 1	SUH COM FLEXIBILIDADE NO ACOMPANHAMENTO	ACESSIBILIDADE
Implementação de atividades que facilitem a acessibilidade dos familiares e prestadores de cuidados dos doentes nas urgências hospitalares, com o consentimento prévio do doente		
Boa prática 1.4	Existe um procedimento de acompanhamento contínuo dos doentes na sala de espera, se o doente assim o desejar	
Boa prática 1.5	Existe um procedimento que reconhece e permite flexibilização no acompanhamento dos doentes em observação no Serviço de Urgência, se estes assim o desejarem	
Boa prática 1.6	A figura do cuidador/acompanhante é identificada, reconhecida e respeitada com um acesso e um acompanhamento contínuo na sala de espera do doente e nas áreas de observação do SU em caso de perturbações cognitivas, perturbações motoras, risco de queda, medo, ansiedade	
Boa prática 1.7	Existe um guia informativo (em papel, eletrónico) destinado aos familiares/cuidadores dos doentes admitidos nas áreas de observação do SUH, que inclui as indicações para aceder à unidade, em diferentes línguas	



Boa prática 1.8	Existem cartazes informativos (em papel, eletrônicos) em diferentes áreas do SUH e em diferentes línguas, sobre a possibilidade de acompanhamento do doente	




Linha estratégica 1	SUH COM FLEXIBILIDADE NO ACOMPANHAMENTO	CONTACTO
Implementação de medidas para promover o contacto e as relações entre os cuidadores, familiares e o doente durante a sua permanência no SUH		
Boa prática 1.9	O aleitamento materno é facilitado quando as condições da mãe e do bebé são adequadas	
Boa prática 1.10	O contacto com pacientes isolados é permitido/facilitado virtualmente e/ou fisicamente	

Linha estratégica 1	SUH COM FLEXIBILIDADE NO ACOMPANHAMENTO	PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO NOS PROCEDIMENTOS E CUIDADOS
Oferecer à família a possibilidade de participar nos cuidados ao doente e em determinados procedimentos		
Boa prática 1.11	Existe um protocolo de cuidados relativo ao envolvimento da família nos cuidados básicos (alimentação, higiene, mobilização) do doente hospitalizado	
Boa prática 1.12	Prevê e permite aos prestadores de cuidados e aos membros da família acompanhar o doente em determinados procedimentos, quando solicitado e se o paciente assim o desejar	
Boa prática 1.13	Se solicitado, os prestadores de cuidados e os familiares podem acompanhar o doente na sala de emergência e/ou durante a RCP, mediante acordo prévio entre a equipa, a família/cuidador e o doente, se possível, registando esta decisão em diário clínico	

Boa prática 1.14	É registado o consentimento do doente (verbal/ escrito) para a participação nos cuidados e/ou acompanhamento em determinados procedimentos do cuidador e família, se aplicável	
Boa prática 1.15	Caso a condição do doente o incapacite de tomar decisões relativas a tratamentos e cuidados, consulta-se o registo vital ou a história clínica onde se descreve o planeamento antecipado, conforme o caso, e essas decisões são partilhadas com as pessoas especificadas nesses registos. Na ausência de tais registos ou especificações relativas à tomada de decisões, é partilhado com o prestador de cuidados ou com a família	

Linha estratégica 1	SUH COM FLEXIBILIDADE NO ACOMPANHAMENTO	APOIO ÀS NECESSIDADES EMOCIONAIS, PSICOLÓGICAS E ESPIRITUAIS DOS FAMILIARES
Detetar e apoiar as necessidades emocionais, psicológicas e espirituais da família e do cuidador.		
Boa prática 1.16	São utilizadas ferramentas para identificar e abordar as necessidades emocionais, psicológicas e espirituais dos familiares e dos prestadores de cuidados	
Boa prática 1.17	É facilitado às famílias e aos prestadores de cuidados a utilização regulada de telemóveis ou outros dispositivos (favorecer o contacto com familiares)	
Boa prática 1.18	Existe sala de oração multi-religiosa com pessoal acessível, encontra-se sinalizada e informa-se sobre a mesma	

Linha estratégica 1	SUH COM FLEXIBILIDADE NO ACOMPANHAMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ABORDAGEM A CUIDADORES DE DOENTES VULNERÁVEIS
Identificar os prestadores de cuidados de doentes vulneráveis e dar resposta às suas necessidades.		
Boa prática 1.19	Existe um procedimento para a identificação dos prestadores de cuidados a doentes vulneráveis no SUH	
Boa prática 1.20	Existe um protocolo para os cuidados a prestar aos acompanhantes de doentes vulneráveis no Serviço de Urgência que inclui medidas de conforto em caso de acompanhamento contínuo (assentos confortáveis, dieta se necessário, casa de banho com possibilidade de higiene se necessário)	

Boa prática 1.21	Existe uma avaliação integral estruturada que permite valorizar o prestador de cuidados de doentes vulneráveis e responde às suas necessidades	
Boa prática 1.22	Existe um protocolo para encaminhar o prestador de cuidados para o profissional responsável pelo doente ou para a unidade de serviço social, se necessário	
Boa prática 1.23	Existem, estão disponíveis e são contactadas associações, grupos de apoio ou outros recursos não relacionados com a saúde para os cuidadores	

Bibliografia recomendada:

Presença de familiares.

Da Silva Barreto M, Peruzzo HE, Garcia-Vivar C, Marcon SS. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: a meta-synthesis. *Rev Esc Enferm USP* 2019;53:e03435.

García Cagigal AM, Arroyo Lamas D, Llorca Santana ML. Preferencias sobre normas de acompañamiento en el Servicio de Urgencias Hospitalario. *Metas Enferm* 2018;21(8):67-74.

Smith McAlvin S, Carew-Lyons A. Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: a systematic review. *Am J Crit Care* 2014;23(6):477-94; quiz 485.

De Stefano C et al. Family Presence During Resuscitation: A Qualitative Analysis From a National Multicenter Randomized Clinical Trial. *PLoS One* 2016;11(6):e0156100.

Powers KA, Candela L. Family Presence During Resuscitation: Impact of Online Learning on Nurses' Perception and Self-confidence. *Am J Crit Care* 2016;25(4):302-309.

Adams A. Family Presence During Resuscitation: An Evaluation of Attitudes and Beliefs [2016]. DNP Projects 99. Disponible en: http://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1115&context=dnpe_tds. Acceso mayo 2020.

Tíscar-González V et al. Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco. *Aten Primaria*. 2019;51(5):269-77.

Henderson DP, Knapp JF. Report of the National Consensus Conference on Family Presence During Pediatric Cardiopulmonary Resuscitation and Procedures. *J Emerg Nurs* 2006;32(1):23-9. Leske JS, McAndrew NS, Brasel KJ, Feetham S. Family Presence during Resuscitation after Trauma. *J Trauma Nurs* 2017;24(2): 85-96.

2017 ENA Clinical Practice Guideline Committee, Vanhoy MA, Horigan A, et al. Clinical Practice Guideline: Family Presence. *J Emerg Nurs* 2019;45(1):76. e1-76.e29.

Madden E, Condon C. Emergency Nurses' Current Practices and Understanding of Family Presence During CPR. *J Emerg Nurs* 2007;33(5):433-40.

Curley MA, Meyer EC, Scoppettuolo LA, et al. Parent presence during invasive procedures and resuscitation: evaluating a clinical practice change. *Am J Respir Crit Care Med* 2012;186(11): 1133-1139.

Meyers TA, Eichhorn DJ, Guzzetta CE, et al. Family presence during invasive procedures and resuscitation. *Am J Nurs* 2000;100(2):32-43.

Oczkowski SJW, Mazzetti I, Cupido C, Fox-Robichaud AE and the Canadian Critical Care Society. Family presence during resuscitation: A Canadian Critical Care Society position paper. *Can Respir J* 2015;22(4):201-205.

Twibell R, Siela D, Riwwit C, Neal A, Waters N. A qualitative study of factors in nurses' and physicians' decision-making related to family presence during resuscitation. *J Clin Nurs* 2018;27(1-2):e320-e334.

Toronto CE, LaRocco SA. Family perception of and experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation: An integrative review. *J Clin Nurs* 2018;1-15.

Da Silva Barreto M et al. Deciding "case by case" on family presence in the emergency care service. *Acta Paul Enferm* 2018;31(3):373-9.

Soleimanpour H. An Analytical Comparison of the Opinions of Physicians Working in Emergency and Trauma Surgery Departments at Tabriz and Vienna Medical Universities Regarding Family Presence during Resuscitation. *PLoS One* 2015;23;10(4):e0123765.

Helmer SD, Smith RS, Dort JM, Shapiro WM, Katan BS. Family presence during trauma resuscitation: a survey of AAST and ENA members. American Association for the Surgery of Trauma. Emergency Nurses Association. *J Trauma* 2000;48(6):1015-1024.

Shaw K, Ritchie D, Adams G. Does witnessing resuscitation help parents come to terms with the death of their child? A review of the literature. *Intensive Crit Care Nurs* 2011;27(5):253-262.

İşlekdemir B, Kaya N. Effect of family presence on pain and anxiety during invasive nursing procedures in an emergency department: A randomized controlled experimental study. *Int Emerg Nurs* 2016;24:39-45.

Consentimiento informado.

Olson CM, Jobe KA. Reporting approval by research ethics committees and subjects' consent in human resuscitation research. *Resuscitation* 1996;31(3):255-263.

Lin YK, Liu KT, Chen CW, et al. How to effectively obtain informed consent in trauma patients: a systematic review. *BMC Med Ethics* 2019;20(1):8.

Dreisinger N, Zapolsky N. Complexities of Consent: Ethics in the Pediatric Emergency Department. *Pediatr Emerg Care* 2018;34(4):288-290.

Fehr AE, Pentz RD, Dickert NW. Learning from experience: a systematic review of community consultation acceptance data. *Ann Emerg Med* 2015;65(2):162-71.e3.

Moskop JC. Informed consent and refusal of treatment: challenges for emergency physicians. *Emerg Med Clin North Am* 2006;24(3):605-618.

Baren JM. Ethical dilemmas in the care of minors in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 2006;24(3):619-631.

Cummings S. How to tell whether patients can make decisions about their care. *Emerg Nurse* 2012;20(5):22-27.

Felluga M, Rabach I, Minute M, et al. A quasi randomized-controlled trial to evaluate the effectiveness of clowntherapy on children's anxiety and pain levels in emergency department. *Eur J Pediatr* 2016;175(5):645-650.

Bos AP, van Zwieten MC. Randomized, controlled trials in the emergency setting: a matter of physician-patient relationships, responsibility, and trust. *Crit Care Med* 2007;35(3):979-980.

Gestão emocional.

Bermejo JC. Humanizar la asistencia sanitaria. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2014 (2ª ed.).
Valenzuela-Anguila M. ¿Es posible humanizar los cuidados de Enfermería en Urgencias? [Tesis Doctoral]. Univesidad de Alicante, Marzo 2015. Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante. Disponible en: <https://cutt.ly/BuvDMmS>. Acceso junio 2020.

Berbís Morelló MC, Mora López G, Ferré Grau C. El proceso de cuidar a la familia en urgencias. Una aproximación desde la teoría fundamentada. *Metas Enferm* 2016;19(8):63-70.

Kraaijvanger N, van Leeuwen H, Rijpsma D, Edwards M. Motives for self-referral to the emergency department: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res* 2016;16(1):685.

Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *J Nurs Scholarsh* 2015;47(2):186-194.

Wagley LK, Newton SE. Emergency nurses' use of psychosocial nursing interventions for management of ED patient fear and anxiety. *J Emerg Nurs* 2010;36(5):415-419.

Gordon J, Sheppard LA, Anaf S. The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *Int Emerg Nurs* 2010;18(2):80-88.

Kercher EE. Anxiety. *Emerg Med Clin North Am* 1991;9(1):161-7.

Cleaver K. Characteristics and trends of self-harming behaviour in young people. *Br J Nurs* 2007;16(3):148-152.

Cuidadores.

Ringer T, Moller D, Mutsaers A. Distress in Caregivers Accompanying Patients to an Emergency Department: A Scoping Review. *J Emerg Med*. 2017;53(4):493-508.

Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Kotzalidis GD, Tatarelli R. Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. *Eur J Emerg Med* 2005;12(4):169-178.

Zalenski R, Gillum RF, Quest TE, Griffith JL. Care for the adult family members of victims of unexpected cardiac death. *Acad Emerg Med* 2006;13(12):1333-1338.

Jennings P. Should paediatric units have bereavement support posts?. *Arch Dis Child*. 2002;87(1):40-42.

Ellis G, Marshall T, Ritchie C. Comprehensive Geriatric Assessment in the Emergency Department. *Clin Interv Aging* 2014;9:2033-2043.

Curran J, Cassidy C, Chiasson D, MacPhee S, Bishop A. Patient and caregiver expectations of emergency department care: A scoping literature review. *Int Emerg Nurs* 2017;32:62-69.

Knowles E, Mason S, Colwell B. An initiative to provide emergency healthcare for older people in the community: the impact on carers. *Emerg Med J* 2011;28(4):316-319.

LINHA ESTRATÉGICA 2

COMUNICAÇÃO

Quando falamos, comunicamos. Quando estamos em silêncio, comunicamos. Não há nada mais subjetivo do que a comunicação objetiva. A comunicação é um processo que vai para além do uso da linguagem. É uma forma de comportamento, de expressão, de compreensão. Baseia-se numa atitude de respeito, empatia e compaixão. Não é apenas informar, mas também transmitir; é fornecer conteúdos claros, precisos e suficientes, adequados aos destinatários; é partilhar e ouvir, de forma ativa, assertiva e emocional, facilitando a criação de expectativas realistas que resultam em confiança e satisfação com o tratamento recebido.

Trata-se de uma função inerente ao ser humano que, em contextos como a pandemia de COVID, evidenciou o quanto é essencial e humanamente necessária, em todas as suas formas e em todas as situações.






Tendo em conta este quadro referencial, especificamente no que se refere à comunicação no Serviço de Urgência Hospitalar (SUH), verifica-se que nos doentes e familiares/cuidadores prevalecem perceções e sentimentos de vulnerabilidade, fragilidade e preocupação, uma vez que se relacionam com a realidade a partir do emocional e não do cognitivo, devido à incerteza, ao isolamento, ao medo, à dor e ao stress ambiental, percebido e/ou submetido. Daí a importância de estabelecer estratégias eficazes para que se sintam cuidados, informados, acompanhados e escutados.


Um doente/família/cuidador informado, escutado, acompanhado, com a perceção de ser cuidado, é uma pessoa capacitada para gerir o processo vivido e um colaborador- facilitador da atuação dos profissionais. Por outro lado, a falta de comunicação, um dos aspetos que mais gera insatisfação nos cuidados de urgência, torna-se uma fonte de conflitos.




Por conseguinte, devemos informar de forma estruturada, com o domínio da linguagem não verbal, oferecer um tratamento personalizado, dirigimo-nos ao doente pelo nome, apresentarmo-nos, preservarmos a sua privacidade, utilizando uma linguagem compreensível, integrando o familiar ou o cuidador nos cuidados. Esforcemo-nos por facilitar o acompanhamento, facilitemos a continuidade dos cuidados, escutando, descobrindo e interpretando o significado para o doente de cada acontecimento dos seus cuidados, dos seus medos, incertezas e alegrias. Em suma, tornemos os seus cuidados dignos, reforçando e facilitando a comunicação.





De facto, na equipa interdisciplinar da SUH, para além dos conhecimentos científicos e técnicos, é essencial gerir a comunicação. E é conhecida a necessidade não só de estabelecer infraestruturas e procedimentos estruturados que o facilitem, mas também ter competências comunicacionais que facilitem o exigente trabalho nesta área, onde existe uma grande pressão assistencial, com cuidados altamente variáveis e técnicos, com conflitos e dilemas de várias ordens e onde intervém um grande número de profissionais com diferentes papéis. Tudo isto evidencia a necessidade de criar espaços de reflexão, utilizando a comunicação como uma ferramenta fundamental para o crescimento da equipa. Comprometamo-nos a comunicar no sentido mais lato, a formar-nos em competências de comunicação, para que as nossas fraquezas se tornem a força motriz da mudança, porque não há nada mais humano do que o ato de comunicar.










Linha estratégica 2	COMUNICAÇÃO	COMUNICAÇÃO NA EQUIPA
		COMUNICAÇÃO DA EQUIPA COM OUTRAS ÁREAS DE CUIDADOS
		COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO AO DOENTE, À FAMÍLIA E AO CUIDADOR



Linha estratégica 2	COMUNICAÇÃO	COMUNICAÇÃO NA EQUIPA
É assegurada a correta passagem de informações relevantes sobre o doente, a família e os cuidadores entre todos os membros da equipa interdisciplinar do SUH e são utilizados instrumentos que promovem o trabalho em equipa		
Boa prática 2.1	Existe um procedimento de passagem de informação estruturado, claro e eficaz nos cuidados aos doentes	
Boa prática 2.2	Existe um sistema de localização dos doentes no SUH que permite um acesso rápido e fácil à sua localização e aos dados relevantes sobre os seus cuidados	
Boa prática 2.3	São realizadas ações de formação para os profissionais do SUH sobre trabalho em equipa e comunicação eficaz, utilizando ferramentas como a simulação clínica e o CRM (<i>Crisis Resource Management</i>)	
Boa prática 2.4	Existem ferramentas específicas para melhorar a comunicação eficaz: objetivos diários/listas de verificação/briefings/auditorias/técnica ISBAR	
Boa prática 2.5	São criados espaços/áreas estruturados para o diálogo entre os profissionais, a fim de partilharem informações e chegarem a acordo sobre as opções terapêuticas com o paciente, a família ou o cuidador	

Linha estratégica 2	COMUNICAÇÃO	COMUNICAÇÃO DA EQUIPA COM OUTRAS ÁREAS DE CUIDADOS
E assegurada a passagem correta de informações relevantes sobre o doente, a família e o prestador de cuidados entre a equipa do SUH e outras áreas de cuidados e são utilizados instrumentos que incentivam o trabalho em equipa		
Boa prática 2.6	Existe um procedimento de passagem de informação claro e eficaz para a transferência do doente para outra área do hospital	

Boa prática 2.7	Existe um procedimento estruturado de passagem de informação, claro e eficaz, para a transferência do doente desde a área extra-hospitalar, com número de telefone e pessoa de referência	
Boa prática 2.8	Existe um procedimento de passagem de informação claro e eficaz para a transferência do doente para outras unidades de cuidados de saúde	
Boa prática 2.9	São agendadas reuniões regulares entre as diferentes equipas para melhorar a comunicação e o trabalho em equipa	

Linha estratégica 2	COMUNICAÇÃO	COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO AO DOENTE, À FAMÍLIA E AO CUIDADOR
Elementos facilitadores que contribuem para estabelecer uma comunicação adequada, eficaz e empática com os doentes, familiares e prestadores de cuidados por parte de todos os membros da equipa do SUH, a fim de alcançar uma relação de ajuda satisfatória, bem como a acessibilidade à informação		
Boa prática 2.10	Existe, é conhecido e utilizado o guia institucional ou, na sua falta, o guia do próprio serviço, como modelo para orientar a relação entre os profissionais e os utentes, bem como o guia de atenção e trato (identificação dos profissionais, comunicação empática, etc.)	
Boa prática 2.11	Existem espaços físicos adequados para a comunicação de informações aos doentes e/ou familiares e/ou cuidadores	
Boa prática 2.12	Existe um coordenador de informação ou um profissional de referência para que a família/cuidador saiba quem contactar em caso de dúvida ou necessidade	
Boa prática 2.13	Existe um procedimento para que médicos e enfermeiros informem regularmente os doentes e/ou familiares/cuidadores, esclarecendo dúvidas e reduzindo a incerteza sobre a situação de saúde, de acordo com as	

	competências e numa perspetiva holística	
Boa prática 2.14	São realizadas atividades de formação em competências não técnicas e de relação de ajuda, incluindo a comunicação em caso de más notícias, situações de conflito e luto	
Boa prática 2.15	Existe um protocolo para a comunicação de más notícias	
Boa prática 2.16	Em doentes com capacidade plena, é questionado o próprio sobre a sua vontade de quem da família, prestador de cuidados ou dos parentes próximos deve ser informado e esta decisão é registada	
Boa prática 2.17	Existe um sistema que permite aos doentes chamar os profissionais de saúde quando precisam deles	
Boa prática 2.18	Existe um procedimento para chamar o doente/família/cuidador e é aplicado de acordo com a área do serviço de urgência	
Boa prática 2.19	Existe um procedimento inequívoco de identificação do doente, tal como estabelecido pela <i>Joint Commission</i> ou outro procedimento validado	
Boa prática 2.20	Está em vigor um procedimento para apoiar a comunicação com os doentes que têm dificuldade em comunicar devido a problemas cognitivos, auditivos, visuais ou de linguagem	
Boa prática 2.21	Existe um procedimento para comunicar com os doentes, familiares ou prestadores de cuidados que tenham uma barreira linguística	
Boa prática 2.22	A satisfação dos doentes e das suas famílias é regularmente avaliada através de instrumentos validados em relação aos cuidados recebidos	

Boa prática 2.23	Foi criado e implementado um procedimento para facilitar a comunicação dos familiares/cuidadores com os pacientes em isolamento: videochamadas, mensagens áudio, elementos simbólicos	
Boa prática 2.24	Está em vigor e é aplicado um procedimento para facilitar a informação médica não presencial de acordo com casos e contextos específicos	

Bibliografia recomendada:

Satisfação.

Shah S et al. Patel A, Rumoro DP, Hohmann S, Fullam F. Managing patient expectations at emergency department triage. *Patient Experience Journal* 2015;2(2):31-44.

Taylor C, Benger JR. Patient Satisfaction in Emergency Medicine. *Emerg Med J* 2004;21 (5):528-32.

Aaronson EL et al. Overall Emergency Department Rating: Identifying the Factors That Matter Most to Patient Experience. *J Healthc Qual* 2018;40(6):367-376.

Welch SJ. Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: a qualitative review. *Am J Med Qual* 2010;25(1):64-72.

Natesan P et al. Comparing patients and families perceptions of satisfaction and predictors of overall satisfaction in the emergency department. *PLoS ONE* 2019;14(8) e0221087.

Comunicação com doente e família.

Wang H, Kline JA, Jackson BE, et al. Association between emergency physician self-reported empathy and patient satisfaction. *PLoS One* 2018;13(9):e0204113.

Gamella-Pizarro C, Sánchez-Martos J, González-Armengol JJ, Fernández-Pérez C. Impacto de una unidad de atención e información a la familia y los acompañantes del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios en la mejora del grado de satisfacción. *Emergencias* 2014;26:114-120.

García-García A, Arévalo-Velasco, A, García-Iglesias MA, et al. Información, comunicación y trato en un servicio de urgencias: evaluación mediante una encuesta de opinión. *Rev Calid Asist* 2015;30(4):203-209.

Ekwall A. Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department. *J Emerg Nurs* 2013;39(6):534-538.

Pytel C, Fielden NM, Meyer KH, Albert N. Nurse-patient/visitor communication in the emergency department. *J Emerg Nurs* 2009;35(5):406-411.

Patel PB, Vinson DR. Physician e-mail and telephone contact after emergency department visit improves patient satisfaction: a crossover trial [published correction appears in Ann Emerg Med. 2013 Aug;62(2):150]. *Ann Emerg Med* 2013;61(6):631-637.

Downey LV, Zun L, Burke T. What constitutes a good hand offs in the emergency department: a patient's perspective. *Int J Health Care Qual Assur* 2013;26(8):760-767.

Curran J, Cassidy C, Chiasson D, MacPhee S, Bishop A. Patient and caregiver expectations of emergency department care: A scoping literature review. *Int Emerg Nurs* 2017;32:62-69.

Roh H, Park KH. A Scoping Review: Communication Between Emergency Physicians and Patients in the Emergency Department. *J Emerg Med* 2016;50(5):734-743.

Fernández-Alcántara M. Evaluación neuropsicológica y emocional de los procesos de duelo y experiencias de los psicólogos en el acompañamiento de los procesos de fin de vida [Tesis Doctoral]. Granada: Universidad de Granada, 2016. Disponible en: <https://cutt.ly/8uv2NHN>. Acceso junio 2020.

Cuidadores.

Ladley A, Hieger AW, Arthur J, Broom M. Educational Text Messages Decreased Emergency Department Utilization Among Infant Caregivers: A Randomized Trial. *Acad Pediatr* 2018;18(6):636-641.

Curran J, Cassidy C, Chiasson D, MacPhee S, Bishop A. Patient and caregiver expectations of emergency department care: A scoping literature review. *Int Emerg Nurs* 2017;32:62-69.

Stein-Parbury J, Gallagher R, Fry M, Chenoweth L, Gallagher P. Expectations and experiences of older people and their carers in relation to emergency department arrival and care: A qualitative study in Australia. *Nurs Health Sci* 2015;17(4):476-482.

Passagem de Informação.

Braet A, Weltens C, Sermeus W. Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. *JBIM Database System Rev Implement Rep* 2016;14(2):106-173.

Van Spall HGC, Lee SF, Xie F, et al. Knowledge to action: Rationale and design of the Patient-Centered Care Transitions in Heart Failure (PACT-HF) stepped wedge cluster randomized trial. *Am Heart J* 2018;199:75-82.

Van Spall HGC, Lee SF, Xie F, et al. Effect of Patient-Centered Transitional Care Services on Clinical Outcomes in Patients Hospitalized for Heart Failure: The PACT-HF Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2019;321(8):753-761.

Eisenstein EL, Willis JM, Edwards R, et al. Randomized Trial of Population-Based Clinical Decision Support to Facilitate Care Transitions. *Stud Health Technol Inform* 2017;234:98-103.

Martín-Sánchez FJ, Llopis-García G, Llorens P. Planificación del alta desde urgencias para reducir eventos adversos a 30 días en pacientes mayores frágiles con insuficiencia cardíaca aguda: diseño y justificación del ensayo clínico DEED FRAIL-AHF. *Emergencias* 2019;31(1):27-35.

Kessler ChS et al. A Prospective, Randomized, Controlled Study Demonstrating a Novel, Effective Model of Transfer of Care Between Physicians: The 5 Cs of Consultation. *Acad Emerg Med* 2012;19(8):968-74.

Kessler CS, Tadisina KK, Saks M, et al. The 5Cs of Consultation: Training Medical Students to Communicate Effectively in the Emergency Department. *J Emerg Med* 2015;49(5):713-721.

Alimenti D, Buydos S, Cunliffe L, Hunt A. Improving perceptions of patient safety through standardizing handoffs from the emergency department to the inpatient setting: a systematic review. *J Am Assoc Nurse Pract* 2019;31(6):354-363.

Bukoh MX, Siah CR. A systematic review on the structured handover interventions between nurses in improving patient safety outcomes. *J Nurs Manag* 2020;28(3):744-755.

Rusticali A, Piccolotto L. Effectiveness of Structured Models of Nursing Handover for Ensuring Continuity of Information in Hospital. *Int J clinical & case* 2019;3(1):13-19.

Bost N, Crilly J, Wallis M, Patterson E, Chaboyer W. Clinical handover of patients arriving by ambulance to the emergency department - a literature review. *Int Emerg Nurs* 2010;18(4):210-220.

Kessler C, Williams MC, Moustoukas JN, Pappas C. Transitions of care for the geriatric patient in the emergency department. *Clin Geriatr Med* 2013;29(1):49-69.

Comunicação interdisciplinar.

Low LL, Tan SY, Ming Ng MJ et al. Applying the Integrated Practice Unit Concept to a Modified Virtual Ward Model of Care for Patients at Highest Risk of Readmission: A Randomized Controlled Trial. *PLoS One* 2017;12 (1):e0168757.

Martín-Pérez S, Vázquez-Calatayud M, Lizarraga-Ursúa Y, et al. Comunicación intraprofesional durante el cambio de turno. *Rev ROL Enferm* 2013;36(5):334-340.

Tomás-Vecina S, Chanovas- Borràs M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias* 2010 (22):415-428.

Rüdiger-Stürchler M, Keller DI, Bingisser R. Emergency physician intershift handover - can a DINAMO checklist speed it up and improve quality?. *Swiss Med Wkly* 2010;140:w13085.

Watkins LM, Patrician PA. Handoff communication from the emergency department to primary care. *Adv Emerg Nurs J* 2014;36(1):44-51.

Lucaya D, Dalmau I, Ferrer R. Gestión de conflictos en las organizaciones: un enfoque psicosocial integrador (2015). Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad de Barcelona. Seguridad y Salud en el trabajo 2015;(81):26-32. Disponible en: <https://cutt.ly/Quv265K>. Acceso junio 2020.

Organização do Serviço de Urgência.

Hsiao PR, Redley B, Hsiao YC, Lin CC, Han CY, Lin HR. Family needs of critically ill patients in the emergency department. *Int Emerg Nurs* 2017;30:3-8.

Guss DA, Leland H, Castillo EM. The impact of post-discharge patient call back on patient satisfaction in two academic emergency departments. *J Emerg Med* 2013;44(1):236-241.

Desenho informático.

Schiro J, Marcilly R, Leroy N, Wawrzyniak C, Martinot A, Pelayo S. Design and evaluation of a patient website to reduce crowding in emergency departments: a preliminary study. *Stud Health Technol Inform* 2015;210:663-665.

Gestão emocional.

Roh H, Park KH. A Scoping Review: Communication Between Emergency Physicians and Patients in the Emergency Department. *J Emerg Med* 2016;50(5):734-743.

Landa-Ramírez E, López-Gómez A, Jiménez-Escobar I. Comunicación de malas noticias en urgencias médicas: recomendaciones y retos futuros [Breaking bad news in the emergency room: Suggestions and future challenges]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007;55(6):736-747.

Wang H, Kline JA, Jackson BE, et al. Association between emergency physician self-reported empathy and patient satisfaction. *PLoS One* 2018;13(9):e0204113.

Moss J, Roberts MB, Shea L, et al. Healthcare provider compassion is associated with lower PTSD symptoms among patients with life-threatening medical emergencies: a prospective cohort study. *Intensive Care Med* 2019;45(6):815-822.

Arigliani M, Castriotta L, Pusiol A, et al. Measuring empathy in pediatrics: validation of the Visual CARE measure. *BMC Pediatr* 2018;18(1):57.

Kilner E, Sheppard LA. The role of teamwork and communication in the emergency department: a systematic review. *Int Emerg Nurs* 2010;18(3):127-137.

LINHA ESTRATÉGICA 3

BEM-ESTAR DO DOENTE

Para uma pessoa doente, a ida a um Serviço de Urgência Hospitalar (SUH) é geralmente uma experiência indesejada, cheia de medo e incerteza sobre a sua possível doença e as suas consequências.






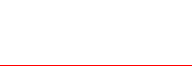



Desde visitas curtas ao Serviço de Urgência para patologias mais banais, a doentes mais graves que podem ter de se submeter a uma multiplicidade de exames que implicam longas estadias, mesmo numa área de observação, as situações podem ser muito diversas, mas todas têm em comum o facto de se encontrarem num ambiente hostil, provavelmente sobrelotado e rodeado de doenças.




Os doentes são afetados em toda a sua dimensão humana: física, psicológica e espiritual. Por conseguinte, é necessária uma abordagem holística e protocolar para dar resposta a todas as suas necessidades e problemas. Longos tempos de espera, implantação de dispositivos, dor, solidão, medo, desconforto, dependência nos doentes mais vulneráveis, a falta de privacidade, o ruído, a perda de autonomia, a perda de contacto com o mundo exterior e com os seus entes queridos, juntamente com todos os sintomas físicos da doença, podem tornar tremendamente desumana uma experiência que procura a cura e o alívio.





Cuidar do ambiente que rodeia o doente, assegurar o seu acompanhamento, reavaliar periodicamente o seu estado e as suas necessidades, prestar-lhe o apoio espiritual ou psicológico adequado, preservar a sua dignidade nas zonas de espera e de observação, evitar as imobilizações e a falta de luz natural, garantir um sono de qualidade, mantê-lo informado, assegurar a sua autonomia, a ligação com os seus entes queridos, o controlo da dor com protocolos de analgesia e sedação adequados...

Para humanizar o atendimento no Serviço de Urgência, é necessário adquirir os conhecimentos adequados e sistematizar medidas, protocolizando-as e integrando-as no ADN dos profissionais do Serviço de Urgência Hospitalar, garantindo assim o máximo bem-estar dos doentes enquanto estão connosco.




Linha estratégica 3	BEM-ESTAR DOS DOENTES	BEM-ESTAR FÍSICO
		BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL
		PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DOS DOENTES
		BEM-ESTAR AMBIENTAL E PROMOÇÃO DO DESCANSO NOTURNO






Linha estratégica 3	BEM-ESTAR DOS DOENTES	BEM-ESTAR FÍSICO
Promover medidas que previnam ou reduzam o desconforto físico		
Boa prática 3.1	Existe um protocolo acordado para a admissão do doente em observação e/ou enfermaria do Serviço de Urgência	
Boa prática 3.2	O tempo máximo de permanência na área de observação do Serviço de Urgência Hospitalar é definido para doentes sentados, em maca e, após este tempo, o doente é autorizado a ser transferido para uma cama com maior conforto	
Boa prática 3.3	É disponibilizada uma maca/cama para os doentes identificados como vulneráveis com deficiência motora incapacitante, bem como locais específicos durante os seus cuidados	
Boa prática 3.4	Existem protocolos para as patologias mais frequentes ou graves, cuidados e técnicas frequentes, que são conhecidos e utilizados por todos os membros do SUH de forma homogênea e com baixa variabilidade de acordo com a evidência	
Boa prática 3.5	Está em vigor um protocolo de triagem normalizado e informatizado de cinco níveis	
Boa prática 3.6	Está em vigor e implementado um procedimento normalizado para a reavaliação dos doentes na sala de espera	
Boa prática 3.7	Está em vigor um protocolo de analgesia e sedação baseado na recente evidência	
Boa prática 3.8	Está em vigor um protocolo de imobilização mecânica com especial atenção à dignidade do doente e do prestador de cuidados/família	
Boa prática 3.9	Na área de observação do Serviço de Urgência, é encorajada, se possível, a deambulação precoce e a posição de sentado	



Boa prática 3.10	Existe um protocolo para as alterações de decúbito no doente dependente	
Boa prática 3.11	Existe um protocolo para a higiene do doente dependente	
Boa prática 3.12	As necessidades de cuidados dos doentes internados são avaliadas de forma estruturada e são adotadas medidas para responder a essas necessidades através da continuidade dos cuidados	

Linha estratégica 3	BEM-ESTAR DOS DOENTES	BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL
Promover ações destinadas a reduzir o sofrimento psicológico dos doentes e a atender às suas necessidades espirituais		
Boa prática 3.13	Existe um procedimento para informar o doente	
Boa prática 3.14	As necessidades de cuidados psicológicos e espirituais dos doentes em observação no Serviço de Urgência são avaliadas de forma estruturada e são tomadas medidas para satisfação com a continuidade dos cuidados	
Boa prática 3.15	A utilização de meios de entretenimento é facilitada aos doentes com uma regulação adequada da utilização (leitura, aparelhos multimédia, rádio, televisão)	
Boa prática 3.16	Existe a possibilidade de o doente ser observado "no local" por um psicólogo	

Linha estratégica 3	BEM-ESTAR DOS DOENTES	PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DO DOENTE
---------------------	------------------------------	--

Autonomia do doente: Estabelecer medidas que promovam a autonomia do doente		
Boa prática 3.17	A participação dos doentes nos procedimentos e cuidados é facilitada de acordo com a sua capacidade funcional	
Boa prática 3.18	A utilização das casas de banho nos serviços de urgência é facilitada em condições de higiene e dignidade, nomeadamente quando são de utilização coletiva e dispõem de um sistema de chamada em caso de emergência e estão adaptadas para a sua acessibilidade de acordo com a regulamentação em vigor	
Boa prática 3.19	É facilitada a utilização de dispositivos portáteis para satisfazerem necessidades de eliminação na observação de urgência	

Linha estratégica 3	BEM-ESTAR DOS DOENTES	BEM-ESTAR AMBIENTAL E DESCANSO NOTURNO
Conforto ambiental: Promover medidas que facilitem o ritmo sono-vigília e o repouso noturno, bem como outras medidas de bem-estar ambiental		
Boa prática 3.20	São definidas e promovidas medidas de controlo do ruído ambiente	
Boa prática 3.21	A temperatura ambiente é controlada de acordo com a hora do dia	
Boa prática 3.22	Existe um protocolo para descanso noturno	
Boa prática 3.23	Estão disponíveis medidores de decibéis para observação no Serviço de Urgência com uma luz de aviso quando os limites são ultrapassados	
Boa prática 3.24	Privilegia-se a utilização da luz natural durante o dia ou, em alternativa, estão disponíveis janelas virtuais	

Boa prática 3.25	Realizam-se intervenções relacionadas com a música	
Boa prática 3.26	A qualidade do sono é avaliada e monitorizada	

Bibliografia recomendada:

Satisfação.

Canadian Institute for Health Information. Unnecessary Care in Canada. Ottawa, ON: CIHI; 2017. Disponible en: <https://www.cihi.ca>. Acceso mayo 2020.

Parra Cotanda C, Vergés Castells A, Carreras Blesa N, Trenchs Sainz de la Maza V, Luaces Cubells C. Experiencia del paciente en Urgencias: ¿qué opinan los niños y los adolescentes? [Patient experience in emergency departments: What do children and adolescents think?]. *An Pediatr (Barc)* 2017;86(2):61-66.

Bustamante-Veas P, Avendaño-Cañas D, Camacho-Martín B et al. Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. *Emergencias* 2013;25:171-176.

Bryans A, Camilleri-Brennan J, Hua L, Patel N, Price R, Browning J. What do adolescents want from their ED? An evaluation on the preferences and opinions of adolescents attending local EDs. *Emerg Med* 2018;35(11):675-679.

Walsh M, Knott JC. Satisfaction with the emergency department environment decreases with length of stay. *Emerg Med J* 2010;27(11):821-828.

Aaronson EL, Mort E, Sonis JD, Chang Y, White BA. Overall Emergency Department Rating: Identifying the Factors That Matter Most to Patient Experience. *J Healthc Qual* 2018;40(6):367-376.

Agarwal AK, Mahoney K, Lanza AL, et al. Online Ratings of the Patient Experience: Emergency Departments Versus Urgent Care Centers. *Ann Emerg Med* 2019;73(6):631-638.

Welch SJ. Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: a qualitative review. *Am J Med Qual* 2010;25(1):64-72.

McConnell D, McCance T, Melby V. Exploring person-centredness in emergency departments: A literature review. *Int Emerg Nurs* 2016;26:38-46.

Graham B, Endacott R, Smith JE, Latour JM. 'They do not care how much you know until they know how much you care': a qualitative meta-synthesis of patient experience in the emergency department. *Emerg Med J* 2019;36(6):355-363.

Brown T, Shetty A, Zhao DF, Harvey N, Yu T, Murphy M. Association between pain control and patient satisfaction outcomes in the emergency department setting. *Emerg Med Australas* 2018;30(4):523-529.

Dinh M, Walker A, Parameswaran A, Enright N. Evaluating the quality of care delivered by an emergency department fast track unit with both nurse practitioners and doctors. *Australas Emerg Nurs J* 2012;15(4):188-194.

Newcomb P, Wilson M, Baine R, et al. Influences on Patient Satisfaction Among Patients Who Use Emergency Departments Frequently for Pain-Related Complaints. *J Emerg Nurs* 2017;43(6):553-559.

Rehman SA, Ali PA. A Review of Factors Affecting Patient Satisfaction With Nurse Led Triage in Emergency Departments. *Int Emerg Nurs* 2016;29:38-44.

Bucci S, de Belvis AG, Marventano S, et al. Emergency Department crowding and hospital bed shortage: is Lean a smart answer? A systematic review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2016;20(20):4209-4219.

Wang H, Kline JA, Jackson BE, et al. The role of patient perception of crowding in the determination of real-time patient satisfaction at Emergency Department. *Int J Qual Health Care* 2017;29(5):722-727.

Varndell W, Fry M, Elliott D. Quality and impact of nurse-initiated analgesia in the emergency department: A systematic review. *Int Emerg Nurs* 2018;40:46-53.

Cuidadores.

Sharpp TJ, Young HM. Experiences of frequent visits to the emergency department by residents with dementia in assisted living. *Geriatr Nurs* 2016;37(1):30-35.

López-Tarrida AC, Ruíz-Romero V, González-Martín T. Cuidando con sentido: la atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. *Rev Esp Salud Pública* 2020;94(1): e1-e25.

Transferência de informações.

Eisenstein EL, Willis JM, Edwards R, et al. Randomized Trial of Population-Based Clinical Decision Support to Facilitate Care Transitions. *Stud Health Technol Inform* 2017;234:98-103.

Alimenti D, Buydos S, Cunliffe L, Hunt A. Improving perceptions of patient safety through standardizing handoffs from the emergency department to the inpatient setting: a systematic review. *J Am Assoc Nurse Pract* 2019;31(6):354-363.

Bost N, Crilly J, Wallis M, Patterson E, Chaboyer W. Clinical Handover of Patients Arriving by Ambulance to the Emergency Department - A Literature Review. *Int Emerg Nurs* 2010;18(4):210-20.

Katz EB, Carrier ER, Umscheid CA, Pines JM. Comparative effectiveness of care coordination interventions in the emergency department: a systematic review. *Ann Emerg Med* 2012;60(1):12-23.e1.

Comunicação interdisciplinar.

Low LL, Tan SY, Ming Ng MJ et al. Applying the Integrated Practice Unit Concept to a Modified Virtual Ward Model of Care for Patients at Highest Risk of Readmission: A Randomized Controlled Trial. *PLoS One* 2017;12(1):e0168757.

Organização do serviço de urgência.

Dorsett M, Cooper RJ, Taira BR, Wilkes E, Hoffman JR. Bringing valve, balance and humanity to the emergency department: the right care top 10 for emergency medicine. *Emerg Med J* 2020;37(4):240-45

Villamor-Ordozgoiti A, Priu-Parra I, España-Salvador MC, Torres-Valdés C, Bas Ciudad MP, Ponce-Quílez MR. Intervención para reducir la repercusión en el sueño de la luz y el ruido en áreas de observación de urgencias. *Emergencias* 2017;29:39-42.

Dumoulin S, Bouchard S, Ellis J, et al. A Randomized Controlled Trial on the Use of Virtual Reality for Needle-Related Procedures in Children and Adolescents in the Emergency Department. *Games Health J* 2019;8(4):285-293.

İşlekdemir B, Kaya N. Effect of family presence on pain and anxiety during invasive nursing procedures in an emergency department: A randomized controlled experimental study. *Int Emerg Nurs* 2016;24:39-45.

Barbour T, O'Keefe S, Mace SE. Patient and Health Care Provider Responses from a Prospective, Double-Blind, Randomized Controlled Trial Comparing Vapocoolant Spray versus Placebo Spray in Adults Undergoing Venipuncture in the Emergency Department. *Pain Manag Nurs* 2018;19(4):391-399.

Curran J, Cassidy C, Chiasson D, MacPhee S, Bishop A. Patient and caregiver expectations of emergency department care: A scoping literature review. *Int Emerg Nurs* 2017;32:62-69.

Gordon J, Sheppard LA, Anaf S. The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *Int Emerg Nurs* 2010;18(2):80-88.

Hollera RS. The Problem of Pain in Emergency Care. *Nurs Clin North Am* 2002;37(1):67-78,vi-vii.

Jones P, Wells S, Ameratunga S. Towards a best measure of emergency department crowding: Lessons from current Australasian practice. *Emerg Med Australas* 2018;30(2):214-221.

Lutze M, Ross M, Chu M, Green T, Dinh M. Patient perceptions of emergency department fast track: a prospective pilot study comparing two models of care. *Australas Emerg Nurs J* 2014;17(3):112-118.

Stockbridge EL, Wilson FA, Pagán JA. Psychological distress and emergency department utilization in the United States: evidence from the Medical Expenditure Panel Survey. *Acad Emerg Med* 2014;21(5):510-519.

Guss DA, Leland H, Castillo EM. The impact of post-discharge patient call back on patient satisfaction in two academic emergency departments. *J Emerg Med* 2013;44(1):236-241.

Conceção informática.

Schiro J, Marcilly R, Leroy N, Wawrzyniak C, Martinot A, Pelayo S. Design and evaluation of a patient website to reduce crowding in emergency departments: a preliminary study. *Stud Health Technol Inform.* 2015;210:663-665.

Herramientas. Carballo Cardona C. Triage avanzado: es la hora de dar un paso adelante. *Emergencias* 2015;27(5):332-335.

Gómez Jiménez J, Boneu-Olaya F, Becerra-Cremidis et al. Validación clínica de la nueva versión del Programa de Ayuda al Triage [web_e-PAT v3] del Modelo Andorrano de Triage [MAT] y Sistema Español de Triage [SET]. Fiabilidad, utilidad y validez en la población pediátrica y adulta. *Emergencias* 2006;18:207-214.

Le Grand Rogers R, Narvaez Y, Venkatesh AK, et al. Improving emergency physician performance using audit and feedback: a systematic review. *Am J Emerg Med* 2015;33(10):1505-1514.

Pimentel L, Barrueto F Jr. Statistical process control: separating signal from noise in emergency department operations. *J Emerg Med* 2015;48(5):628-638.

Gestão das emoções.

Ibrahim A, Koyuncu G, Koyuncu N, Suzer NE, Cakir OD, Karcioğlu O. The effect of Benson relaxation method on anxiety in the emergency care. *Medicine (Baltimore)* 2019;98(21):e15452.

Weiland TJ, Jelinek GA, Macarow KE, et al. Original sound compositions reduce anxiety in emergency department patients: a randomised controlled trial. *Med J Aust* 2011;195(11-12):694-698.

Tilt AC, Werner PD, Brown DF, et al. Low degree of formal education and musical experience predict degree of music-induced stress reduction in relatives and friends of patients: a single-center, randomized controlled trial. *Ann Surg* 2013;257(5):834-838.

Kline JA, Fisher MA, Pettit KL, Linville CT, Beck AM. Controlled clinical trial of canine therapy versus usual care to reduce patient anxiety in the emergency department. *PLoS One* 2019;14(1):e0209232.

Body R, Kaide E, Kendal S, Foex B. Not all suffering is pain: sources of patients' suffering in the emergency department call for improvements in communication from practitioners. *Emerg Med J* 2015;32(1):15-20.

Ekwall A. Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department. *J Emerg Nurs* 2013;39(6):534-538.

Craven P, Cinar O, Madsen T. Patient anxiety may influence the efficacy of ED pain management. *Am J Emerg Med* 2013;31(2):313-318.



O burnout é a resposta inadequada ao stress emocional crónico com exaustão física e psicológica ou emocional, uma atitude fria e despersonalizada em relação aos outros e um sentimento de inadequação às tarefas a desempenhar. Ao burnout juntam-se outras síndromes como o sofrimento moral ou a fadiga por compaixão.






Os profissionais que desenvolvem o seu trabalho assistencial no Serviço de Urgência (SU) estão sujeitos a uma série de factores que os tornam candidatos ideais para sofrerem destes síndromes: pressão laboral, horários variáveis, trabalho noturno com alteração do ritmo circadiano, convivência diária com o sofrimento humano dos doentes e famílias, elevados níveis de exigência, falta de recursos humanos e técnicos, défices de formação, instalações inadequadas, conflitos entre profissionais ou com os doentes, falta de reconhecimento do seu trabalho... são apenas alguns dos factores com que se deparam diariamente.





As consequências finais são a perda de saúde física e psicológica, afectando as suas relações sociais e familiares, com perda de autoestima, depressão e ansiedade. Isto tem um impacto direto nos cuidados prestados aos doentes, que se deterioram e podem criar um círculo vicioso difícil de identificar e quebrar.




A ideia que prevalece não é a de dispor de ferramentas para tratar o burnout, mas sim para o prevenir. As instituições de saúde, e, por conseguinte, os departamentos de recursos humanos, devem ter estratégias adequadas e rotineiras de identificação e prevenção do burnout, baseadas em medidas institucionalizadas no ambiente de trabalho. Devem estar atentos às condições de trabalho dos colaboradores de um serviço tão complexo e exposto como o Serviço de Urgência, proporcionando-lhes os meios necessários para garantir o seu bem-estar físico e psicológico. Para as instituições de saúde, deve ser um dever ético e moral a prestação de cuidados humanizados de forma global e abrangente. Mas, para que estes cheguem aos doentes, é inevitável que envolvam profissionais motivados, saudáveis e em óptimas condições.





Linha estratégica 4	CUIDADOS AOS PROFISSIONAIS	SENSIBILIZAÇÃO PARA A SÍNDROME DE ESGOTAMENTO PROFISSIONAL E FACTORES ASSOCIADOS
		PREVENÇÃO DA SÍNDROME DE ESGOTAMENTO PROFISSIONAL E PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR
		PREVENÇÃO E GESTÃO INTEGRADA DE SITUAÇÕES DE CONFLITO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITALAR

Linha estratégica 4	CUIDADOS AOS PROFISSIONAIS	SENSIBILIZAÇÃO PARA A SÍNDROME DE ESGOTAMENTO PROFISSIONAL E FACTORES ASSOCIADOS
Melhorar o conhecimento sobre o síndrome de burnout, aumentando a sua visibilidade		
Boa prática 4.1	São promovidas actividades de formação relacionadas com o conhecimento e a gestão do síndrome de burnout e factores associados bem como o envolvimento para aquisição de competências e aptidões para lidar com o stress e as situações de conflito (resiliência, personalidade positiva, assertividade, autorregulação emocional, resolução de problemas, gestão eficaz do tempo, bem como a ligação com trabalho)	
Boa prática 4.2	É avaliado periodicamente o processo de desgaste profissional e o engagement, utilizando ferramentas validadas	

Linha estratégica 4	CUIDADOS AOS PROFISSIONAIS	PREVENÇÃO DA SÍNDROME DE ESGOTAMENTO PROFISSIONAL E PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR
Prevenir o <i>burnout</i> e promover o <i>engagement</i>		
Boa prática 4.3	A dotação do pessoal e a carga horário/tipo de turno são adequados e cumprem as normas propostas na bibliografia	
Boa prática 4.4	Existe um protocolo para aumentar o número de efectivos em épocas onde se espera uma maior afluência de doentes	
Boa prática 4.5	Existe um plano de integração para os novos profissionais para facilitar a sua integração na equipa	
Boa prática 4.6	São promovidas mudanças organizacionais para reduzir a ocorrência e/ou o impacto do burnout no pessoal com maior tempo de desempenho da atividade profissional e/ou para os profissionais com idade superior a 55 anos	
Boa prática 4.7	Existe a possibilidade de alterar os turnos de trabalho e de adotar horários em função das necessidades específicas dos profissionais (horário flexível)	

Boa prática 4.8	Momentos de formação, actividade docente e investigação são facilitadas e incluídos no horário de trabalho	
Boa prática 4.9	É incentivada a participação e opinião dos profissionais na cultura organizacional do serviço, na sua gestão e nos objectivos da mesma	
Boa prática 4.10	Os profissionais dispõem de um espaço de pausa adequado para poderem fazer pausas e ter acesso a bebidas, refeições ligeiras, etc	
Boa prática 4.11	Existem materiais/dispositivos de trabalho para mobilizar os doentes, minimizando o risco de lesões para o doente, bem como para os profissionais	

Linha estratégica 4	CUIDADOS AOS PROFISSIONAIS	PREVENÇÃO E GESTÃO INTEGRADA DE SITUAÇÕES DE CONFLITO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITALAR
Existem medidas para a prevenção e gestão de situações de conflito decorrentes dos cuidados de saúde nos serviços de urgência		
Boa prática 4.12	Existe formação específica dirigida aos profissionais para gerir situações de conflito	
Boa prática 4.13	São organizadas reuniões regulares entre os representantes locais (associações de doentes, familiares e prestadores de cuidados, representantes políticos locais) e os profissionais da unidade para identificar elementos de melhoria no serviço de urgência	
Boa prática 4.14	Periodicamente, o clima de trabalho do serviço é avaliado através de um questionário validado, e são apresentadas propostas para melhorar o ambiente de trabalho do serviço e	

	implementar linhas de melhoria	
Boa prática 4.15	Existem ferramentas para incentivar a participação interdisciplinar e a identificação e resolução de conflitos entre os profissionais do SU, bem como propostas de soluções para esses conflitos	
Boa prática 4.16	Existem ferramentas que promovem a participação interdisciplinar e a identificação e resolução de conflitos entre os profissionais do Serviço de Urgência, serviços hospitalares e extrahospitalares, bem como propostas de soluções para os mesmos	
Boa prática 4.17	Existe uma caixa de sugestões para profissionais, doentes e familiares	
Boa prática 4.18	Há um psicólogo disponível para a gestão emocional dos profissionais e a gestão de conflitos do serviço	

Bibliografia recomendada:

Cuidados com o profissional.

Mayo Clinic Proceedings, Vol. 92 Issue 1, Shanafelt, T., Noseworthy, J.H., Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout, Pages No. 129-146, [2017].

Schneider A, Whler M, Weigl M. Effects of Work Conditions on Provider Mental Well-Being and Quality of Care: A Mixed-Methods Intervention Study in the Emergency Department. *BMC Emerg Med* 2019;19(1):1-12.

Kilner E, Sheppard LA. The role of teamwork and communication in the emergency department: a systematic review. *Int Emerg Nurs* 2010;18(3):127-137.

Asociación madrileña de calidad asistencial. Reflexiones y recomendaciones para planificar actuaciones para la prevención y abordaje de Reacciones de Estrés Agudo en trabajadores sanitarios y otro personal de apoyo a la labor sanitaria con motivo de la crisis ocasionada por COVID-19. Disponible en: <https://cutt.ly/WuT3qHZ>. Acceso junio 2020.

Transferência de informações.

Alimenti D, Buydos S, Cunliffe L, Hunt A. Improving perceptions of patient safety through standardizing handoffs from the emergency department to the inpatient setting: a systematic review. *J Am Assoc Nurse Pract* 2019;31(6):354-363.

Organização do serviço de urgência.

Craig LE, Taylor N, Grimley R, et al. Development of a theory-informed implementation intervention to improve the triage, treatment and transfer of stroke patients in emergency departments using the Theoretical Domains Framework (TDF): the T3 Trial. *Implement Sci* 2017;12(1):88.

Cortés-Borra A, Jaén-Ferrer, P. La gestión humanizada es posible. *RECIEN* 2019;17:6-10.

Hernández-Tejedor A, Munayco Sánchez AJ, Suárez Barrientos A, Pujol Varela I. The challenge of an intensive care unit in a fairground [published online ahead of print, 2020 Apr 22]. El reto de una unidad de cuidados intensivos en un recinto ferial [published online ahead of print, 2020 Apr 22]. *Med Intensiva* 2020;S0210-5691(20)30115-7.

Rodríguez del Río L. Cuidados enfermeros y humanización de la asistencia sanitaria [Nursing care and humanization of health care]. *Revista Enfermería CyL* 2019;11(1):155-171.

Tudela P, Mòdol JM: La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias* 2015;27:113-120.

Basu S, Qayyum H, Mason S. Occupational stress in the ED: a systematic literature review. *Emerg Med J* 2017;34(7):441-447.

Kleissl-Muir S, Raymond A, Rahman MA. Incidence and factors associated with substance abuse and patient-related violence in the emergency department: A literature review. *Australas Emerg Care* 2018;21(4):159-170.

Ashton RA, Morris L, Smith I. A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *Int Emerg Nurs* 2018;39:13-19.

Mitra B, Nikathil S, Gocentas R, Symons E, O'Reilly G, Olausson A. Security interventions for workplace violence in the emergency department. *Emerg Med Australas* 2018;30(6):802-807.

Johnston A, Abraham L, Greenslade J, et al. Review article: Staff perception of the emergency department working environment: Integrative review of the literature. *Emerg Med Australas* 2016;28(1):7-26.

Grant JD. Emergency department madness: tips to maintain sanity and flow. *Pediatr Emerg Care* 2011;27(11):1092-1094.

De Stefano C, Philippon AL, Krastinova E, et al. Effect of emergency physician burnout on patient waiting times. *Intern Emerg Med* 2018;13(3):421-428.

Rozo JA, Olson DM, Thu HS, Stutzman SE. Situational Factors Associated With Burnout Among Emergency Department Nurses. *Workplace Health Saf* 2017;65(6):262-265.

D'Ettorre G, Greco MR. Assessment and Management of Work-Related Stress in Hospital Emergency Departments in Italy. *J Med Pract Manage* 2016;31(5):280-283.

Acompanhamento. Ética da RCP.

Copeland D, Liska H. Implementation of a Post-Code Pause: Extending Post-Event Debriefing to Include Silence. *J Trauma Nurs* 2016;23(2):58-64.

Simulação.

Eisenmann D, Stroben F, Gerken JD, Exadaktylos AK, Machner M, Hautz WE. Interprofessional Emergency Training Leads to Changes in the Workplace. *West J Emerg Med* 2018;19(1):185-192.

Nelson SW, Germann CA, MacVane CZ, Bloch RB, Fallon TS, Strout TD. Intern as Patient: A Patient Experience Simulation to Cultivate Empathy in Emergency Medicine Residents. *West J Emerg Med* 2018;19(1):41-48.

Boyde M, Cooper E, Putland H, et al. Simulation for emergency nurses (SIREN): A quasi-experimental study. *Nurse Educ Today* 2018;68:100-104.

Krull W, Gusenius TM, Germain D, Schnepfer L. Staff Perception of Interprofessional Simulation for Verbal De-escalation and Restraint Application to Mitigate Violent Patient Behaviors in the Emergency Department. *J Emerg Nurs* 2019;45(1):24-30.

Wong AH, Wing L, Weiss B, Gang M. Coordinating a Team Response to Behavioral Emergencies in the Emergency Department: A Simulation-Enhanced Interprofessional Curriculum. *West J Emerg Med* 2015;16(6):859-865.

Wong AH, Gang M, Szyld D, Mahoney H. Making an "Attitude Adjustment": Using a Simulation-Enhanced Interprofessional Education Strategy to Improve Attitudes Toward Teamwork and Communication. *Simul Healthc* 2016;11(2):117-125.

Gestión de las emociones.

Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *J Nurs Scholarsh* 2015;47(2):186-194.

Burnout.

Gómez-Urquiza JL, De la Fuente-Solana EI, Albendín-García L, Vargas-Pecino C, Ortega-Campos EM, Cañadas-De la Fuente GA. Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. *Crit Care Nurse* 2017;37(5):e1-e9.

Serrano-Vicente MI, Fernández-Rodrigo MT, Satrústegui-Dordá PJ, Urcola-Pardo F. Agresiones a profesionales del sector sanitario en España. Revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública* 2019;93(2):e1-16.

Landa-Ramírez E, Rangel-Domínguez NE, Villavicencio-Carranza MA, et al. Clima organizacional y factores relacionados con el burnout en urgencias médicas: un estudio correlacional. *Psicología y Salud* 2017;27(2):245-254.

Ontova-Almató A, Suñer-Soler R, Juvinyà-Canal D. Satisfacción laboral y síndrome de burnout en profesionales de un servicio de urgencias. *TESELA, Liderazgo Y Gestión* 2019;(26):e12286.

Schaufeli WB, Salanova M, González-Romá V, Bakker AB. The measurement of burnout and engagement: a confirmatory factor analytic approach. *J Happiness Stud* 2002;3:71-92.

Li H, Cheng B, Zhu XP. Quantification of burnout in emergency nurses: A systematic review and meta-analysis. *Int Emerg Nurs* 2018;39:46-54

Dutheil F, Trousselard M, Perrier C, et al. Urinary interleukin-8 is a biomarker of stress in emergency physicians, especially with advancing age--the JOBSTRESS* randomized trial. *PLoS One* 2013;8(8):e71658.

Schmidt M, Haglund K. Debrief in Emergency Departments to Improve Compassion Fatigue and Promote Resiliency. *J Trauma Nurs* 2017;24(5):317-322.

Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud* 2015;52(2):649-661.

Bragard I, Dupuis G, Fleet R. Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians: a qualitative review. *Eur J Emerg Med* 2015;22(4):227-234.

Basu S, Qayyum H, Mason S. Occupational stress in the ED: a systematic literature review. *Emerg Med J* 2017;34(7):441-447.

Schneider A, Weigl M. Associations Between Psychosocial Work Factors and Provider Mental Well-Being in Emergency Departments: A Systematic Review. *PLoS One* 2018;13(6):e0197375.

Rozo JA, Olson DM, Thu HS, Stutzman SE. Situational Factors Associated With Burnout Among Emergency Department Nurses. *Workplace Health Saf* 2017;65(6):262-265.

Ríos-Rísquez MI, Sánchez-Meca J, Godoy-Fernández C. Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema* 2010;22(4):600-5.

Satisfação do pessoal.

Wei R, Ji H, Li J, Zhang L. Active Intervention Can Decrease Burnout In Ed Nurses. *J Emerg Nurs* 2017;43(2):145-149.

Lozano-Lozano JA, Chacón-Moscoso S, Sanduvete-Chaves S, Pérez-Gil J. Principales componentes del clima laboral en el servicio de urgencias de una organización sanitaria: un abordaje cualitativo. *Acción Psicológica* 2014;10(2):3-20.

Lee Roze des Ordon A, de Groot JM, Rosendal T, Viceer N, Nixon L. How clinicians integrate humanism in their clinical workplace-'Just trying to put myself in their human being shoes'. *Perspect Med Educ* 2018;7(5):318-324.

Duarte V. Humanización de la asistencia médica en el servicio de urgencias: la importancia de los valores en salud. *Emergencias* 2014;26:481-483.

Schaufeli WB, Bakker A. The Utrecht Work Engagement Scale [Manual]. Disponible en: <https://cutt.ly/luQvMuC>. Acceso mayo 2020.

Raigosa-Gallego D, Marin Londoño B. Formación en creencias de eficacia. Una propuesta para reducir el burnout y optimizar los niveles de engagement en empleados. *Int J Psychol Res* 2010;3(2):86-92.

Gorman VL. Future Emergency Nursing Workforce: What the Evidence Is Telling Us. *J Emerg Nurs* 2019;45(2):132-136.

Barleycorn D. Awareness of secondary traumatic stress in emergency nursing. *Emerg Nurse* 2019;27(5):19-22.

Holden RJ. Lean Thinking in emergency departments: a critical review. *Ann Emerg Med* 2011;57(3):265-278.

LINHA ESTRATÉGICA 5

DOENTES VULNERÁVEIS NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITALARES (SUH)

Os Serviços de Urgência Hospitalar (SUH) são unidades altamente frequentadas, com uma casuística muito variada e cujas características estruturais e funcionais estão geralmente orientadas para a dimensão física do doente, sem ter em conta outro tipo de necessidades.

No entanto, nesta sociedade cada vez mais complexa, os problemas encontrados nestes serviços transcendem os aspectos biológicos do paciente, tornando necessário redimensionar este reducionismo biologicista, centrando a atenção na pessoa e no respeito pela sua dignidade. Isto significa, por um lado, romper com muitas das ideias e dinâmicas de trabalho estabelecidas e, por outro, propor e criar novas formas de cuidar e abordar os doentes e o seu ambiente de cuidados, caracterizando a pessoa como um ser biopsicossocial e emocional.

Tomando esta ideia como referência, podemos afirmar que os cuidados aos doentes vulneráveis no SUH são essencialmente necessários, pois são pessoas que, devido à sua condição e situação especial, precisam de ser identificadas e tratadas de forma singular, diferenciada, abrangente, para garantir cuidados dignos do ponto de vista moral, para além dos benefícios dos cuidados em termos de satisfação, económicos ou de segurança clínica que os diferentes estudos destacam.







Parece, portanto, inevitável definir a vulnerabilidade a partir desta nova perspetiva e neste contexto específico. Assim, um paciente vulnerável pode ser definido como uma pessoa com recursos pessoais insuficientes para se adaptar ao ambiente, devido a causas e circunstâncias variáveis, e que o expõe a riscos físicos e/ou morais, exigindo uma abordagem especial nos seus cuidados.




Aceitando esta conceção global, existem termos que se relacionam especificamente com a vulnerabilidade.

























Assim, devemos falar de vulnerabilidade quando um doente é frágil, dependente, tem problemas sensoriais, de comunicação, cognitivos ou motores crónicos, quando existe uma barreira linguística, quando se encontram em idades extremas (crianças, pessoas com mais de 65 anos), quando apresentam maus-tratos / violência de género e algum tipo de problema social ou de saúde mental.




Em jeito de conclusão, podemos afirmar que esta mudança de cultura de trabalho é possível, mas requer a participação de doentes, familiares, profissionais e instituições num quadro de reflexão, aprendizagem e consenso. De seguida, propomos uma lista de boas práticas de humanização, que esperamos que ajudem neste processo.






Linha estratégica 5	DOENTES VULNERÁVEIS NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITALARES (SUH)	VULNERABILIDADE GERAL: IDENTIFICAÇÃO, AVALIAÇÃO E ABORDAGEM
		VULNERABILIDADE ESPECÍFICA: IDENTIFICAÇÃO, AVALIAÇÃO E ABORDAGEM
		IDENTIFICAÇÃO, AVALIAÇÃO E ABORDAGEM NA VIOLÊNCIA DE GÊNERO E MAUS TRATOS

<p>Linha estratégica 5</p>	<p>DOENTES VULNERÁVEIS NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITALARES (SUH)</p>	<p>VULNERABILIDADE GERAL: IDENTIFICAÇÃO, AVALIAÇÃO E ABORDAGEM</p>
<p>Identificação ativa dos doentes vulneráveis com uma abordagem às suas necessidades, baseada na observação direta e geral, preferencialmente desde a TRIAGEM</p>		
<p>Boa prática 5.1</p>	<p>Existe um procedimento para a identificação, avaliação e gestão de doentes com incapacidade ou dificuldade permanente de locomoção, que necessitem da assistência e/ou supervisão de outra pessoa e/ou dispositivo e que representem um risco real ou potencial para a sua autonomia e segurança no SUH, registando a presença ou não de acompanhante/cuidador</p>	
<p>Boa prática 5.2</p>	<p>Existe um procedimento para a identificação, avaliação e gestão de doentes com problemas cognitivos e/ou psicológicos permanentes que os impossibilitam ou dificultam de compreender e/ou interpretar a linguagem e de desenvolver comportamentos adaptados ao seu ambiente, pondo em risco real ou potencial a sua autonomia e segurança no SUH, registando a presença ou não de acompanhante/cuidador</p>	
<p>Boa prática 5.3</p>	<p>Existe um procedimento para a identificação, avaliação e gestão de doentes com deficiências visuais, auditivas e/ou linguísticas permanentes e que representam um risco real ou potencial a sua autonomia e segurança no SUH, registando a presença ou não de acompanhante/cuidador</p>	
<p>Boa prática 5.4</p>	<p>Existe um procedimento para a identificação, comunicação e gestão de pacientes com barreiras linguísticas</p>	
<p>Boa prática 5.5</p>	<p>Existe um procedimento de encaminhamento dos doentes vulneráveis para o SAS (Serviço de Assistência Social) ou para o responsável pelo doente, se necessário, com o objetivo de assegurar a continuidade dos cuidados sociais e de saúde dos doentes "vulneráveis em geral" no momento da alta</p>	
<p>Boa prática 5.6</p>	<p>Existe um guia dos recursos sociais da comunidade (associações, grupos de apoio, ...) está disponível e é oferecido a doentes "vulneráveis em geral"</p>	

Boa prática 5.7	São realizadas acções de formação sobre a gestão dos doentes "vulneráveis em geral"	  

Linha estratégica 5	DOENTES VULNERÁVEIS NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITALARES (SUH)	VULNERABILIDADE ESPECÍFICA: IDENTIFICAÇÃO, AVALIAÇÃO E ABORDAGEM
Identificação ativa de doentes vulneráveis com abordagem das suas necessidades baseada numa avaliação detalhada, desde as áreas de OBSERVAÇÃO		
Boa prática 5.8	Existe um procedimento para a identificação, valiação e gestão do doente frágil	  
Boa prática 5.9	Existe um procedimento para a identificação, avaliação e gestão do doente dependente	  
Boa prática 5.10	Existe um procedimento para a identificação, avaliação e gestão dos doentes paliativos	  
Boa prática 5.11	Existe um procedimento para a identificação, avaliação e gestão do doente com elevado número de admissões	  
Boa prática 5.12	Existe um procedimento diferenciado de cuidados pediátricos em caso de SUH, em que são tratadas populações adultas e pediátricas	  
Boa prática 5.13	Existe um procedimento para a identificação, avaliação e gestão de pacientes com problemas sociais	  
Boa prática 5.14	Existe um procedimento para a identificação, avaliação e gestão de pacientes com problemas de saúde mental	  
Boa prática 5.15	Existe um procedimento de encaminhamento dos doentes especificamente "vulneráveis" para o SAS (Serviço de Assistência Social) ou para o responsável pelo doente, se necessário, com o objetivo de assegurar a continuidade dos	  

	cuidados sociais e de saúde dos doentes "vulneráveis específicos" no momento da alta	
Boa prática 5.16	Existe um guia dos recursos sociais da comunidade (associações, grupos de apoio...) estão disponíveis e são oferecidos a doentes "vulneráveis específicos"	
Boa prática 5.17	São realizadas ações de formação sobre a gestão de doentes "vulneráveis específicos"	
Boa prática 5.18	Existe um Serviço de Ação Social disponível e acessível	

Linha estratégica 5	DOENTES VULNERÁVEIS NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITALARES (SUH)	IDENTIFICAÇÃO, AVALIAÇÃO E ABORDAGEM NA VIOLÊNCIA DE GÉNERO E MAUS TRATOS
Identificação e abordagem às necessidades dos suspeitos/vítimas de maus tratos e violência de género		
Boa prática 5.19	Existe um procedimento para a identificação, avaliação e gestão da violência de género	
Boa prática 5.20	Existe um procedimento para a identificação, avaliação e gestão de maus tratos infligidos a crianças	
Boa prática 5.21	Existe um procedimento para a identificação, avaliação e gestão dos maus tratos a idosos	
Boa prática 5.22	Existe e é facilitado um guia de recursos locais para as mulheres vítimas de violência de género e maus tratos a crianças ou idosos	
Boa prática 5.23	São realizadas ações de formação sobre a forma de lidar com situações de violência de género e de maus tratos a crianças e idosos	

Bibliografia consultada:

Vulnerabilidade em Urgências.

Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes. Estudio conjunto de los defensores del pueblo. Madrid: enero 2015. Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/informe-monografico/las-urgencias-hospitalarias-en-el-sistema-nacional-de-salud-derechos-y-garantias-de-los-pacientes-estudio-conjunto-de-los-defensores-del-pueblo-enero-2015/>. Acceso mayo 2020.

Seaberg D et al. Patient Navigation for Patients Frequently Visiting the Emergency Department: A Randomized, Controlled Trial. *Acad Emerg Med* 2017;24(11):1327-33.

Keijzers G, Crilly J, Walters B, Crawford R, Bell C. Does a dedicated pediatric team within a busy mixed emergency department make a difference in waiting times, satisfaction, and care transition? *Pediatr Emerg Care* 2010;26(4):274-280.

Pagnamenta R, Benger JR. Factors influencing parent satisfaction in a children's emergency department: prospective questionnaire-based study. *Emerg Med J* 2008;25(7):417-419.

Guerra-Diez JL et al. Analisis de calidad asistencial en Urgencias de Pediatría en la atención integral al paciente pediátrico y su familia. Encuesta de satisfacción. Disponible en: <https://rb.gy/qjtyu7>. Acceso mayo 2020.

Rodríguez-Laso A, Caballero-Mora MA, García Sánchez I et al. On behalf of all ADVANTAGE Joint Action partners. State of the art report on the prevention and management of frailty [ADVANTAGE Report 2014-2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/euQWH84>. Acceso mayo 2020.

Nerney MP, Chin MH, Jin L, et al. Factors associated with older patients' satisfaction with care in an inner-city emergency department. *Ann Emerg Med* 2001;38(2):140-145.

Gany F et al. Patient satisfaction with different interpreting methods: A randomized controlled trial. *J Gen Intern Med* 2007;22(Suppl 2):312-318.

Biese K et al. A randomized trial exploring the effect of a telephone call follow-up on care plan compliance among older adults discharged home from the emergency department. *Acad Emerg Med* 2014;21(2):188-195.

Reinius P, Johansson M, Fjellner A, et al. A telephone-based case-management intervention reduces healthcare utilization for frequent emergency department visitors. *Eur J Emerg Med* 2013;20(5):327-34.

Redelmeier DA, Molin JP, Tibshirani RJ. A randomised trial of compassionate care for the homeless in an emergency department. *Lancet* 1995;345(8958):1131-1134.

Julbet LE, Graham J, Maeng DD et al. Patient Ratings of Case Managers in a Medical Home: Associations With Patient Satisfaction and Health Care Utilization. *Ann Intern Med* 2014;161(10 Suppl):S59-65.

Shankar KN, Bhatia BK, Schuur JD. Toward patient-centered care: a systematic review of older adults' views of quality emergency care. *Ann Emerg Med* 2014;63(5):529-550.

Bristow DP, Herrick CA. Emergency department case management: the dyad team of nurse case manager and social worker improve discharge planning and patient and staff satisfaction while decreasing inappropriate admissions and costs: a literature review. *Lippincotts Case Manag* 2002;7(3):121-128.

Ramirez D, Engel KG, Tang TS. Language interpreter utilization in the emergency department setting: a clinical review. *J Health Care Poor Underserved* 2008;19(2):352-362.

Carpenter CR, Shelton E, Fowler S, et al. Risk factors and screening instruments to predict adverse outcomes for undifferentiated older emergency department patients: a systematic review and meta-analysis. *Acad Emerg Med* 2015;22(1):1-21.

Hinsliff-Smith K, McGarry J. Understanding management and support for domestic violence and abuse within emergency departments: A systematic literature review from 2000-2015. *J Clin Nurs* 2017;26(23-24):4013-4027.

Elliott A, Hull L, Conroy SP. Frailty identification in the emergency department-a systematic review focussing on feasibility. *Age Ageing* 2017;46(3):509-513.

Ellis G, Marshall T, Ritchie C. Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clin Interv Aging* 2014;9:2033-2043.

Stein-Parbury J, Gallagher R, Fry M, Chenoweth L, Gallagher P. Expectations and experiences of older people and their carers in relation to emergency department arrival and care: A qualitative study in Australia. *Nurs Health Sci* 2015;17(4):476-482.

Bonin-Guillaume S, Durand AC, Yahi F, et al. Predictive factors for early unplanned rehospitalization of older adults after an ED visit: role of the caregiver burden. *Aging Clin Exp Res* 2015;27(6):883-891.

Espinosa-Almendro JM, Rodríguez-Gómez S (coord.). Examen de salud para mayores de 65 años: actualización 2017. Disponible en: <https://cutt.ly/UuQThE2>. Acceso mayo 2020.

Martín-Sánchez FJ, Fernández-Alonso C, Gil-Gregorio P. Puntos clave en la asistencia al anciano frágil en Urgencias. *Med Clin (Barc)* 2013;140(1):24-29.

Brousseau AA, Dent E, Hubbard R, et al. Identification of older adults with frailty in the Emergency Department using a frailty index: results from a multinational study. *Age Ageing* 2018;47(2):242-248.

Jørgensen R, Brabrand M. Screening of the frail patient in the emergency department: A systematic review. *Eur J Intern Med* 2017;45:71-73.

Fernández-Alonso C, Romero-Pareja R, Rivas-García A et al. en representación del Grupo de Trabajo del paciente Fidelizado del Plan estratégico de Urgencias de la Comunidad de Madrid. Proyecto FIDUR: pacientes hiperfrecuentadores fidelizados en servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias* 2016;28:16-20.

Korczak V, Shanthosh J, Jan S, Dinh M, Lung T. Costs and effects of interventions targeting frequent presenters to the emergency department: a systematic and narrative review. Korczak et al. *BMC Emerg Med* 2019;19:83.

Moe J, Kirkland S, Ospina MB, et al. Mortality, admission rates and outpatient use among frequent users of emergency departments: a systematic review. *Emerg Med J* 2016;33(3):230-236.

Raven MC, Kushel M, Ko MJ, Penko J, Bindman AB. The Effectiveness of Emergency Department Visit Reduction Programs: A Systematic Review. *Ann Emerg Med* 2016;68[4]:467-483.e15.

O'Caoimh R, Costello M, Small C, et al. Comparison of Frailty Screening Instruments in the Emergency Department. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16[19]:3626.

Passagem de Informação.

Braet A, Weltens C, Sermeus W. Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. *JBIM Database System Rev Implement Rep* 2016;14[2]:106-173

Van Spall HGC, Lee SF, Xie F, et al. Knowledge to action: Rationale and design of the Patient-Centered Care Transitions in Heart Failure (PACT-HF) stepped wedge cluster randomized trial. *Am Heart J* 2018;199:75-82.

Martín-Sánchez FJ, Llopis-García G, Llorens P, et al. Planificación del alta desde urgencias para reducir eventos adversos a 30 días en pacientes mayores frágiles con insuficiencia cardíaca aguda: diseño y justificación del ensayo clínico DEED FRAIL-AHF. *Emergencias* 2019;31[1]:27-35.

Vollbrecht M, Biese K, Hastings SN, Ko KJ, Previll LA. Systems-Based Practice to Improve Care Within and Beyond the Emergency Department. *Clin Geriatr Med* 2018;34[3]:399-413.

Kessler C, Williams MC, Moustoukas JN, Pappas C. Transitions of care for the geriatric patient in the emergency department. *Clin Geriatr Med* 2013;29[1]:49-69.

Comunicação Multidisciplinar.

Preston L, Chambers D, Campbell F, et al. What evidence is there for the identification and management of frail older people in the emergency department? A systematic mapping review. Southampton (UK): NIHR Journals Library; April 2018.

Theou O, Campbell S, Malone ML, Rockwood K. Older Adults in the Emergency Department with Frailty. *Clin Geriatr Med* 2018;34[3]:369-386.

Carpenter CR, Bromley M, Caterino JM, et al. Optimal older adult emergency care: introducing multidisciplinary geriatric emergency department guidelines from the American College of Emergency Physicians, American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, and Society for Academic Emergency Medicine. *J Am Geriatr Soc* 2014;62[7]:1360-1363.

Pillow MT, Doctor S, Brown S, Carter K, Mulliken R. An Emergency Department-initiated, web-based, multidisciplinary approach to decreasing emergency department visits by the top frequent visitors using patient care plans. *J Emerg Med* 2013;44[4]:853-860.

Organização do Serviço de Urgência.

Dumoulin S, Bouchard S, Ellis J, et al. A Randomized Controlled Trial on the Use of Virtual Reality for Needle-Related Procedures in Children and Adolescents in the Emergency Department. *Games Health J* 2019;8[4]:285-293.

Iglesias K, Baggio S, Moschetti K, et al. Using case management in a universal health coverage system to improve quality of life of frequent Emergency Department users: a randomized controlled trial. *Qual Life Res* 2018;27[2]:503-513.

Eklund K, Wilhelmson K, Gustafsson H, Landahl S, Dahlin-Ivanoff S. One-year outcome of frailty indicators and activities of daily living following the randomised controlled trial: "Continuum of care for frail older people". *BMC Geriatr* 2013;13:76.

Burns TR. Contributing factors of frequent use of the emergency department: A synthesis. *Int Emerg Nurs* 2017;35:51-55.

Hinsliff-Smith K, McGarry J. Understanding management and support for domestic violence and abuse within emergency departments: A systematic literature review from 2000-2015. *J Clin Nurs* 2017;26(23-24):4013-4027.

Manguy AM, Joubert L, Oakley E, Gordon R. Psychosocial Care Models for Families of Critically Ill Children in Pediatric Emergency Department Settings: A Scoping Review. *J Pediatr Nurs* 2018;38:46-52.

Campbell R, Patterson D, Lichty LF. The effectiveness of sexual assault nurse examiner (SANE) programs: a review of psychological, medical, legal, and community outcomes. *Trauma Violence Abuse* 2005;6(4):313-329.

Evensen S, Saltvedt I, Lydersen S, Wyller TB, Taraldsen K, Sletvold O. Environmental factors and risk of delirium in geriatric patients: an observational study. *BMC Geriatr* 2018;18(1):282.

Pinto de Oliveira G, D'Innocenzo M. Family Members' Satisfaction With the Care Flow in the Pediatric Emergency Department. *Rev Bras Enferm* 2019;72(2):435-441.

Rosted E, Wagner L, Hendriksen C, Poulsen I. Geriatric Nursing Assessment and Intervention in an Emergency Department: A Pilot Study. *Int J Older People Nurs* 2012;7(2):141-51.

Bruun IH, Maribo T, Nørgaard B, Schiøttz-Christensen B, Mogensen CB. A prediction model to identify hospitalised, older adults with reduced physical performance. *BMC Geriatr* 2017;17(1):281.

Uí Bhroin S, Kinahan J, Murphy A. Profiling frequent attenders at an inner city emergency department. *Ir J Med Sci* 2019;188(3):1013-1019.

Acompanhamento.

Lowthian J, Straney LD, Brand CA, et al. Unplanned early return to the emergency department by older patients: the Safe Elderly Emergency Department Discharge (SEED) project. *Age Ageing* 2016;45(2):255-261.

Gestão de emoções.

Butterworth JE, Hays R, McDonagh ST, Richards SH, Bower P, Campbell J. Interventions for involving older patients with multi-morbidity in decision-making during primary care consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;2019(10):CD013124.

Sousa KHJF, Damasceno CKCS, Almeida CAPL, Magalhães JM, Ferreira MA. Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care. Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Rev Gaucha Enferm* 2019;40:e20180263.

Hartling L, Newton AS, Liang Y, et al. Music to reduce pain and distress in the pediatric emergency department: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* 2013;167(9):826-835.

Miller K, Tan X, Hobson AD, et al. A Prospective Randomized Controlled Trial of Nonpharmacological Pain Management During Intravenous Cannulation in a Pediatric Emergency Department. *Pediatr Emerg Care* 2016;32(7):444-451.

Belland L, Rivera-Reyes L, Hwang U. Using music to reduce anxiety among older adults in the emergency department: a randomized pilot study. *J Integr Med* 2017;15(6):450-455.

Felluga M, Rabach I, Minute M, et al. A quasi randomized-controlled trial to evaluate the effectiveness of clowntherapy on children's anxiety and pain levels in emergency department. *Eur J Pediatr* 2016;175(5):645-650.

Rimon A, Shalom S, Wolyniez I, Gruber A, Schachter-Davidov A, Glatstein M. Medical Clowns and Cortisol levels in Children Undergoing Venipuncture in the Emergency Department: A Pilot Study. *Isr Med Assoc J* 2016;18(11):680-683.

Wolyniez I, Rimon A, Scolnik D, et al. The effect of a medical clown on pain during intravenous access in the pediatric emergency department: a randomized prospective pilot study. *Clin Pediatr (Phila)* 2013;52(12):1168-1172.

Antonelli E, Vagnoli L, Ciucci E, Vernucci C, Lachi F, Messeri A. A Comparison of Nonpharmacologic Interventions on the Emotional State of Children in the Emergency Department. *Pediatr Emerg Care* 2019;35(2):81-88.

Heilbrunn BR, Wittern RE, Lee JB, Pham PK, Hamilton AH, Nager AL. Reducing anxiety in the pediatric emergency department: a comparative trial. *J Emerg Med* 2014;47(6):623-631.

Violência de gênero.

Moreno-Casbas T [coord.]. El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial. Programa Nursing best practice guidelines program. RNAO Creado año 2005 y revisado año 2012.. Traducido por Investén-ISCIII. Instituto Salud Carlos III España: 2005. Disponible en: <https://cutt.ly/guQ2Uu5>. Acceso mayo 2020.

Holgado Jiménez-Castellanos M, Molina-Martínez S, Pérez González R. Plan de mejora para el abordaje de la violencia contra la mujer en el área de urgencias. *Biblioteca Lascasas* 2015;11(3).

Muñoz-Cobos F, Burgos-Varo ML, Carrasco-Rodríguez A. El torbellino de la violencia. Relatos biográficos de mujeres que sufren maltrato. *Aten Primaria* 2009;41(9):493-500.

Sánchez-Castro S, De la Fuente-Aparicio D, Salamanca-Castro AB, Robledo Martín J. Valoración de las mujeres maltratadas sobre la asistencia sanitaria recibida. *NURE Inv* 2010;7(48):1-15.

González-Calvo G, Camacho-Bejarano R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global* 2014;33:424-439.

Vivemos num contexto social em que prevalece o conceito de medicina curativa, em que os esforços diagnósticos e terapêuticos são impostos para prolongar a vida e evitar a morte, por vezes à custa da desumanização.

Quando falamos de cuidados em fim de vida, todos pensamos na nossa vida biológica, que é a vida que todos os seres vivos têm e que perdemos com a morte. Ortega e Gasset já distinguia dois sentidos para a palavra vida, a vida "biológica" e a vida "biográfica". A medicina sempre tratou a doença como um fenómeno biológico, mas sob o prisma da humanização não podemos esquecer essa parte biográfica que é inerente ao ser humano.

O fim da vida é um processo que depende em grande medida do nosso sistema de valores e que muitas vezes deixamos nas mãos de estranhos. A doença é uma construção cultural e se esta construção está diretamente relacionada com o nosso sistema de valores e com a sociedade em que vivemos, não podemos ignorar a variabilidade dos nossos cuidados no fim da vida, uma vez que vivemos numa sociedade pluralista. O único elo comum será o respeito pelos valores da pessoa singular a quem estamos a prestar cuidados. Uma vida digna não pode ter outra coisa senão um fim de vida e uma morte dignos.

Neste sentido, os profissionais de saúde têm o dever de ajudar a planear um fim de vida digno para os nossos doentes e famílias. E isso não é apenas possível na reta final, mas podemos e devemos antecipar quando a oportunidade se apresenta, o que requer aprendizagem e formação.





Nos Serviços de Urgência (SU), onde são atendidas pessoas com processos agudos e crónicos exacerbados, cujo fim é muitas vezes irreversível num período de tempo mais curto ou mais longo,




temos uma oportunidade única, na perspetiva da humanização, de começar a investigar a sua escala de valores e de a deixar registada na sua história de saúde. O planeamento dos cuidados antecipados começa antes de o doente registar as suas diretivas antecipadas junto do seu representante, e é entendido como um processo e não como um ato em si.




Esta visão do doente ajudar-nos-á, num futuro próximo ou longínquo, a tomar decisões assegurando a autonomia do doente e respeitando os seus valores e a sua vontade, acompanhando-o em todos os momentos, integrando a família neste processo se ela o desejar, limitando os nossos esforços e ouvindo a sua rejeição; concluindo, prestando os melhores cuidados paliativos possíveis, cobrindo assim as suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais.




Neste processo difícil e delicado, não estamos sozinhos para tomar decisões prudentes. Podemos contar com as Comissões de Ética para a Saúde, criadas para aconselhar os profissionais e os utentes sobre os aspectos da prática clínica que apresentam conflitos éticos, e para dar formação em Bioética aos profissionais de saúde, a fim de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Humanização e Bioética são companheiras de viagem inseparáveis.


Linha estratégica 6	CUIDADOS EM FIM DA VIDA	PROTOCOLIZAÇÃO DOS CUIDADOS EM FIM DE VIDA
		ACOMPANHAMENTO EM SITUAÇÕES DE FIM DE VIDA
		APOIO ÀS NECESSIDADES DE ACORDO COM A ESCALA DE VALORES DOS DOENTES EM SITUAÇÕES DE FIM DE VIDA
		PROTOCOLIZAÇÃO DE CUIDADOS PARA PACIENTES COM LIMITAÇÃO/ADEQUAÇÃO DO TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO DA VIDA E RECUSA DE TRATAMENTO
		PARTICIPAÇÃO INTERDISCIPLINAR NA DECISÃO E NO DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS DE LIMITAÇÃO/ADAPTAÇÃO DO TRATAMENTO PARA SUPORTE DE VIDA E RECUSA DE TRATAMENTO
		CONSULTA DO REGISTO DOS TESTAMENTOS EM VIDA, DO PLANEAMENTO ANTECIPADO DE DECISÕES E DO COMITÉ DE ÉTICA DOS CUIDADOS DE SAÚDE




Linha estratégica 6	CUIDADOS EM FIM DA VIDA	PROTOCOLIZAÇÃO DOS CUIDADOS EM FIM DE VIDA
Prestar cuidados de saúde dirigidos, a partir de uma abordagem holística, para melhorar a qualidade de vida dos doentes que se encontram em situação de fim de vida		
Boa prática 6.1	Existe um protocolo interdisciplinar para os cuidados em fim de vida, adaptado às recomendações das sociedades científicas	
Boa prática 6.2	Existe um procedimento para a identificação das necessidades em doentes que necessitam de cuidados em fim de vida admitidos no SU	
Boa prática 6.3	Existe um serviço especializado em cuidados paliativos disponível para consulta e gestão de casos específicos (admissão em unidades paliativas, organização para visitas domiciliárias...)	
Boa prática 6.4	E cumprido e registado o procedimento estabelecido na unidade para uso de sedação paliativa	



Linha estratégica 6	CUIDADOS EM FIM DA VIDA	ACOMPANHAMENTO EM SITUAÇÕES DE FIM DE VIDA
Facilitar o acompanhamento dos doentes em situações de fim de vida		
Boa prática 6.5	É facilitado o acompanhamento contínuo dos familiares dos doentes em situação de fim de vida	
Boa prática 6.6	E possível colocar o doente e o prestador de cuidados/família numa box individual a fim de promover a sua privacidade e confidencialidade	
Boa prática 6.7	É promovida formação em apoio e cuidados de luto aos profissionais envolvidos na prestação de cuidados ao doente/cuidador/família	




Linha estratégica 6	CUIDADOS EM FIM DA VIDA	APOIO ÀS NECESSIDADES DE ACORDO COM A ESCALA DE VALORES DOS DOENTES EM SITUAÇÕES DE FIM DE VIDA
Identificar e apoiar as necessidades emocionais e espirituais dos doentes e dos seus familiares em situações de fim de vida, tendo em conta a história de valores do doente		
Boa prática 6.8	No processo de saúde do doente é registada a sua escala de valores para facilitar a implementação de estratégias de apoio emocional	
Boa prática 6.9	As estratégias de apoio emocional aos doentes e familiares em situações de fim de vida são aplicadas de acordo com os seus valores	
Boa prática 6.10	É oferecido apoio emocional e de suporte aos profissionais envolvidos nos cuidados em fim de vida, com o objetivo de reduzir a ocorrência de síndromes como o sofrimento moral, a ansiedade e a depressão	

Linha estratégica 6	CUIDADOS EM FIM DA VIDA	PROTOCOLIZAÇÃO DE CUIDADOS PARA PACIENTES COM LIMITAÇÃO/ADEQUAÇÃO DO TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO DA VIDA E RECUSA DE TRATAMENTO
Dispor de um protocolo de limitação/adaptação de tratamentos de manutenção da vida que siga as recomendações das sociedades científicas e dispor de um registo adequado para que o doente/representante possa exercer o seu direito de recusa de tratamento		
Boa prática 6.11	Existe um protocolo de limitação/adaptação tratamento de suporte de vida	
Boa prática 6.12	A doação de órgãos e tecidos é integrada nos cuidados de fim de vida nos casos em que é indicada, de acordo com o protocolo do serviço	
Boa prática 6.13	Existe a possibilidade de registar a vontade de recusa de tratamento (respeito pela autonomia do doente)	

Boa prática 6.14	É facilitada a transferência segura para casa dos doentes que não querem morrer no Serviço de Urgência, acompanhados por um prestador de cuidados/membro da família	

Linha estratégica 6	CUIDADOS EM FIM DA VIDA	PARTICIPAÇÃO INTERDISCIPLINAR NA DECISÃO E NO DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS DE LIMITAÇÃO/ADAPTAÇÃO DO TRATAMENTO PARA SUPORTE DE VIDA E RECUSA DE TRATAMENTO
Assegurar a participação de todos os profissionais envolvidos na Limitação/Adequação dos tratamentos de suporte de vida. E destes com o doente, a família e/ou o representante em caso de recusa de tratamento		
Boa prática 6.15	A decisão sobre a Limitação/Adequação do tratamento de Suporte de Vida é tomada com a participação de todos os profissionais envolvidos nos cuidados do doente. Procurar obter o maior consenso possível da equipa de cuidados	
Boa prática 6.16	A recusa de tratamento é efectuada respeitando a decisão do doente e, se este o desejar, em conjunto com as pessoas que lhe estão ligadas por laços familiares ou de afeto. Em caso de doente incapaz será o seu representante legal	
Boa prática 6.17	Existe um grupo de trabalho interdisciplinar sobre os cuidados em fim de vida e a limitação/adequação dos tratamentos de suporte de vida	

Linha estratégica 6	CUIDADOS EM FIM DA VIDA	CONSULTA DO REGISTO DOS TESTAMENTOS EM VIDA, DO PLANEAMENTO ANTECIPADO DE DECISÕES E DO COMITÉ DE ÉTICA DOS CUIDADOS DE SAÚDE
É facilitada a consulta do registo de testamento vital, do planeamento antecipado de decisão e comissão de ética para uma tomada de decisão partilhada em caso de conflito ético		
Boa prática 6.18	O profissional avalia em que medida o doente está informado sobre o seu processo e a sua capacidade de tomar decisões clínicas	
Boa prática 6.19	E consultado de forma sistemática o registo das diretivas antecipadas, o processo clínico sobre a existência de	

	planeamento antecipado de decisões em doentes em estado crítico ou em fim de vida, que não têm capacidade para decidir por si próprios ou do representante legal, se essa incapacidade existir	
Boa prática 6.20	Quando não há registo de diretivas antecipadas, nem há um registo escrito no proceso clínico de decisões de planeamento antecipado, em pacientes com incapacidade de tomar decisões, isso será partilhado com o representante ou com pessoas com ele relacionadas por laços familiares ou de afeto	
Boa prática 6.21	Existe um procedimento de consulta da comissão de Ética em caso de desacordo	
Boa prática 6.22	É dada formação específica aos profissionais sobre questões bioéticas e jurídicas relacionadas com a tomada de decisões e os cuidados em fim da vida	

Bibliografía recomendada:

Cuidados em fim da vida.

Barbero-Gutiérrez J, Romero-Casabona C, Gijón P, Júdez J. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Med Clin (Barc)* 2002;117(15):586-594.

Abbott J. The POLST Paradox: Opportunities and Challenges in Honoring Patient End-of-Life Wishes in the Emergency Department. *Ann Emerg Med* 2019;73(3):294-301.

Michael GE, Jesus JE. Treatment of potential organ donors in the emergency department: a review. *Ann Emerg Med* 2012;60(4):485-491.

Limehouse WE, Feeser VR, Bookman KJ, Derse A. A model for emergency department end-of-life communications after acute devastating events--part I: decision-making capacity, surrogates, and advance directives. *Acad Emerg Med* 2012;19(9):E1068-E1072.

Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda Campos R et al. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva* 2008;32(3):121-33.

Barrio Cantalejo IM, Simón-Lorda P, Júdez-Gutiérrez J. De las Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas a la Planificación de Decisiones. *Nure Investigación* 2004;5.

Simón-Lorda P, Barrio-Cantalejo IM, Alarcos Martínez FJ, et al. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Rev Calidad Asistencial* 2008;23(6):271-85.

Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. *Rev Chil Neuropsiquiat* 2006;44(3):222-223.

Martin-Roselló ML, Fernández-López A, Sanz-Amores R, Gómez-García R, Vidal-España F, Cía-Ramos R. IDC-Pal. Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales. Fundación Cudeca. Accesible en: <https://cutt.ly/tuQ6saA>. Acceso mayo 2020.

Elding C, Scholes J. Organ and tissue donation: a trustwide perspective or critical care concern? *Nurs Crit Care* 2005;10(3):129-135.

Del Pozo P, García JA, Escribano M, Soria V, Campillo-Soto A, Aguayo-Albasini JL. Evaluación y mejora del manejo del consentimiento informado en urgencias. *Rev Calid Asist* 2009;24(5):222-227.

Sepúlveda-Sánchez JM, Miguel Morales-Asencio JM, Morales-Gil IM, Canca-Sánchez JC, Crespillo-García E, Timonet-Andreu EM. El derecho a morir con dignidad en un hospital de agudos: un estudio cualitativo. *Enfermería Clínica* 2014;24(4):211-218.

O'Rourke DJ, Thompson GN, McMillan DE. Ethical and moral considerations of [patient] centredness in nursing and healthcare: Navigating uncharted waters. *Nurs Inq* 2019;26(3):e12284.

Ortega-Galán ÁM, Ruiz-Fernández MD, Ortiz-Amo R, Cabrera-Troya J, Carmona-Rega IM, Ibáñez-Masero O. Care received at the end of life in emergency services from the perspective of caregivers: A qualitative study. *Enferm Clin* 2019;29(1):10-17.

Legislação.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15/11/2002.

Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. BOJA Núm. 88, de 07/05/2010, BOE Núm. 127, de 25/05/2010.

Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada. BOJA Núm. 210, de 31/10/2003, BOE Núm. 279, de 21/11/2003.

Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. BOJA nº 88 de 07/05/2010.

Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. BOE Núm. 40, de 15/02/2007.

Portal de voluntades anticipadas/Advance Directives Collaboratory.
www.voluntadesanticipadas.com

Jiménez-García A, Granados-Bolívar M, Fernández-Moreno C. Revisión legislativa de la eutanasia, suicidio asistido y muerte digna en Europa. *Biblioteca Lascasas* 2015;11[2].

Transferência de informação.

Wang D, Creel-Bulos C. A Systematic Approach to Comfort Care Transitions in the Emergency Department. *J Emerg Med* 2019;56(3):267-274.

Comunicação interdisciplinar. Organização do serviço de urgência.

Jackson A, Purkis J, Burnham E, Hundt GL, Blaxter L. Views of relatives, carers and staff on end of life care pathways. *Emerg Nurse* 2010;17(10):22-26.

Acompanhamento.

Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA* 2009;302(7):741-749.

Ética da PCR.

Brummell S. Resuscitation in the A & E department: can concepts of death aid decision making? *Accid Emerg Nurs* 1998;6(2):75-81.

Sobrevivência e emoções.

Siegel M, Bigelow S. Palliative Care Symptom Management in The Emergency Department: The ABC's of Symptom Management for The Emergency Physician. *J Emerg Med* 2018;54(1):25-32.

Gerir as emoções.

Butterworth JE, Hays R, McDonagh ST, Richards SH, Bower P, Campbell J. Interventions for involving older patients with multi-morbidity in decision-making during primary care consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;2019(10):CD013124.

Walters DT, Tupin JP. Family grief in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 1991;9(1):189-206.

McClain K, Perkins P. Terminally ill patients in the emergency department: a practical overview of end-of-life issues. *J Emerg Nur* 2002;28(6):515-522.

Calleja P. Caring for families during critical illness: a reflective case study. *Emerg Nurse* 2007;15(4):28-31.

Wright AA, Keating NL, Ayanian JZ, et al. Family Perspectives on Aggressive Cancer Care Near the End of Life. *JAMA* 2016;315(3):284-292.

Parris RJ, Schlosenberg J, Stanley C, Maurice S, Clarke SF. Emergency department follow-up of bereaved relatives: an audit of one particular service. *Emerg Med J* 2007;24(5):339-342.

LINHA ESTRATÉGICA 7

INFRA-ESTRUTURA HUMANIZADAS

As percepções de ansiedade e medo coexistem no Serviço de Urgência Hospitalar (SUH) devido às consequências físicas da doença e à incerteza da sua causa e prognóstico. O ambiente físico do SUH deve facilitar, juntamente com a melhoria do motivo da consulta, o cuidado do estado físico e psicológico dos doentes, profissionais e familiares.

Assim, esta linha de trabalho promove a criação de espaços onde a eficiência técnica e a qualidade humana andam de mãos dadas com a preservação do conforto e a cobertura das necessidades de todos os intervenientes no processo. Uma conceção adequada pode contribuir para reduzir os erros dos profissionais e melhorar os resultados dos doentes, bem como para reduzir os conflitos com familiares e doentes emocionalmente perturbados por condições ambientais adversas.






Isto inclui propostas sobre privacidade e orientação do doente. Sem privacidade adequada, e com a perda da orientação temporal e do ritmo circadiano, o doente pode desenvolver desconforto e inquietação, que podem evoluir para agitação e delírio. Políticas flexíveis que promovam a distração do doente também contribuem para este objetivo. Outros factores de stress podem ser condições não ergonómicas, de iluminação e acústicas, ou mobiliário e decoração inadequados.



Outro aspeto é o conforto do espaço para os familiares. O mobiliário e o espaço para acompanhar doentes vulneráveis ou menores à cabeceira da cama devem ser cuidadosamente considerados, uma vez que o familiar pode utilizá-los durante muito tempo. Um aspeto básico é a construção de salas de estar (não salas de espera) que incluam espaços privados para grupos de familiares, com uma decoração motivadora, mobiliário confortável, distrações adequadas e instalações que satisfaçam as necessidades básicas (alimentos, bebidas) e as necessidades técnicas, como televisão, telefone e rede sem fios.





A nível profissional, o objetivo é proporcionar áreas de trabalho ergonómicas, com condições ideais de iluminação e som; conceber também acessos adequados às áreas de cuidados e dispositivos médicos, juntamente com mobiliário funcional e tecnologia informática suficiente para introduzir ou recuperar informações da forma mais rápida e eficiente possível. Não devemos esquecer o acondicionamento adequado das áreas de descanso comuns e individuais, onde o pessoal pode recuperar as forças nos momentos em que a atividade de cuidados o permite.




As medidas indicadas têm como objetivo a criação de espaços que promovam a humanização dos cuidados. Espaços com a máxima funcionalidade possível, mas que ajudem a gerar um ambiente que favoreça a consecução dos objectivos de cuidado e o calor humano. Para tal, e tendo em conta os elevados custos das mudanças de infra-estruturas, tentaremos adaptar o melhor possível as estruturas existentes, mas tendo em conta a sua alteração ou redesenho assim que as condições económicas ou estratégicas de cada centro o permitam.




Linha estratégica 7	INFRA-ESTRUTURA HUMANIZADA	PRIVACIDADE E INTIMIDADE DO PACIENTE
		CONFORT: GERAL
		CONFORT AMBIENTAL DO PACIENTE, CUIDADORES E FAMILIARES
		ACONSELHAMENTO DE DOENTES
		CONFORTO E FUNCIONALIDADE NO DOMÍNIO DA ASSISTÊNCIA E CUIDADOS
		CONFORTO NOS DOMÍNIOS ADMINISTRATIVO E PROFISSIONAIS
		DISTRACÇÃO DO DOENTE





Linha estratégica 7	INFRA-ESTRUTURA HUMANIZADA	PRIVACIDADE E INTIMIDADE DO PACIENTE
Garantir a privacidade e a intimidade do doente		
Boa prática 7.1	Está em vigor e implementado um protocolo/procedimento sobre a privacidade dos doentes e a sua implementação é avaliada	
Boa prática 7.2	Existe um procedimento no serviço que garante o anonimato do doente que seja sinalizado	
Boa prática 7.3	Existem consultórios, boxes ou, na sua falta, biombos, cortinas ou outros elementos de separação, em material antibacteriano e fácil de limpar, que permitem criar um espaço independente que favorece a privacidade e a intimidade para as necessidades de cuidados e/ou médicos	
Boa prática 7.4	Existem casas de banho acessíveis aos pacientes, incluindo dispositivos de eliminação portáteis para os doentes, garantindo um mínimo de privacidade para funções fisiológicas discretas e com uma zona de despejos e higienização dos equipamentos	
Boa prática 7.5	Estão disponíveis locais de observação individual	







Linha estratégica 7	INFRA-ESTRUTURA HUMANIZADA	CONFORT: GERAL
Garantir o conforto do ambiente nos serviços de urgência		
Boa prática 7.6	A decoração dos diferentes sectores do SUH contribui para a criação de um ambiente agradável para os doentes, familiares/prestadores de cuidados e profissionais	
Boa prática 7.7	Está instalado um sistema de controlo da iluminação, incluindo a regulação da intensidade da luz, em todas as zonas sensíveis do serviço de urgência	


Boa prática 7.8	Medidas para manter o controlo do ruído em vigor ambiental, tentando manter um ambiente o menos ruidoso possível nas diferentes áreas do SUH	
Boa prática 7.9	Existe música de fundo no SUH com a possibilidade de a regular	
Boa prática 7.10	Existe uma limpeza adequada das instalações, incluindo a reciclagem e a gestão dos resíduos	
Boa prática 7.11	Existe um sistema de controlo da temperatura em toda a área dos serviços de urgência que permite a regulação da temperatura de forma controlada independente dos vários sectores	




Linha estratégica 7	INFRA-ESTRUTURA HUMANIZADA	CONFORTO AMBIENTAL DO DOENTE, DOS PRESTADORES DE CUIDADOS E DOS FAMILIARES
Assegurar o conforto ambiental do doente, dos prestadores de cuidados e dos familiares		
Boa prática 7.12	Existe mobiliário adequado, devidamente posicionado para criar um espaço funcional com uma circulação óptima, evitar inconvenientes e obstáculos desnecessários	
Boa prática 7.13	Existe uma área de estar para os prestadores de cuidados e familiares, com mobiliário confortável, casas de banho e máquinas de venda de alimentos e bebidas, devidamente sinalizados	
Boa prática 7.14	As salas de estar dispõem de medidas de distração: televisão com aconselhamento para a saúde, jornais, ligação à Internet sem fios grátis, música, biblioteca	













Linha estratégica 7	INFRA-ESTRUTURA HUMANIZADA	ACONSELHAMENTO DE DOENTES
Incentivar a comunicação e o aconselhamento dos doentes		
Boa prática 7.15	O relógio e o telemóvel são permitidos de acordo com as condições de utilização do serviço	
Boa prática 7.16	Quando nem a sala de observações nem a sala de espera dispõem de luz natural e/ou de uma janela, estão disponíveis janelas virtuais	
Boa prática 7.17	Existem calendários e relógios de parede visíveis para os doentes/familiares/cuidadores	

Linha estratégica 7	INFRA-ESTRUTURA HUMANIZADA	CONFORTO E FUNCIONALIDADE NA ÁREA DA ENFERMAGEM E DOS CUIDADOS
Assegurar o conforto e a funcionalidade da área de trabalho dos cuidados		
Boa prática 7.18	Existem espaços de trabalho ergonómicos e adaptáveis, com várias entradas alternativas e equipados com os meios necessários, os meios materiais e tecnológicos necessários para assegurar a assistência habitual	
Boa prática 7.19	O acesso adequado à documentação é possível graças a um número suficiente de postos de trabalho informáticos para consulta dos registos	
Boa prática 7.20	Existe um sistema de informação clínica (SIC) adaptado ao fluxo de trabalho do serviço de urgência que permite a ligação em rede	
Boa prática 7.21	Existe um mapa de trabalho informatizado onde são recolhidas informações sobre exames complementares e cuidados, registos de enfermagem e médicos, história clínica, localização e movimentos do paciente	

Boa prática 7.22	Nos doentes já observados, existe um sistema de controlo centralizado que recolhe a informação de todos os monitores da unidade, controlados pelos médicos e enfermeiros, facilmente acessíveis	
Boa prática 7.23	Existem sistemas para uma vigilância adequada dos doentes a partir de diferentes postos de trabalho	
Boa prática 7.24	Um sistema de pedido de apoio com sinais acústicos e visuais para os doentes/familiares está disponível em diferentes locais	
Boa prática 7.25	As diferentes salas da Unidade estão sinalizadas de forma visível e clara, para cuidadores / familiares, doentes e profissionais	
Boa prática 7.26	Existe um sistema de alarme facilmente acessível e ativado que pode ser utilizado para alertar os profissionais do Serviço de Urgência para a existência de uma PCR ou de um alerta clínico de um doente	
Boa prática 7.27	As áreas de receção das ambulâncias são flexíveis e adaptadas, com boa sinalização e ventilação dos gases de escape, combustão, etc., e com a possibilidade de equipar locais suplementares	

Linha estratégica 7	INFRA-ESTRUTURA HUMANIZADA	CONFORTO NO DOMÍNIO ADMINISTRATIVO E PROFISSIONAL
Assegurar o conforto no domínio administrativo e profissional		
Boa prática 7.28	Existem salas para os profissionais de urgência, com espaços adequados e confortáveis	

Boa prática 7.29	Está disponível uma sala de estar para os profissionais com acesso rápido à unidade	  

Linha estratégica 7	INFRA-ESTRUTURA HUMANIZADA	OCUPAÇÃO DO DOENTE
Incentivar a ocupação do doente		
Boa prática 7.30	A luz de leitura está disponível para observação em regime de internamento	  
Boa prática 7.31	É permitida a utilização regrada de livros, jornais, rádios, tablets, computadores portáteis e telemóveis	  
Boa prática 7.32	Está disponível uma ligação sem fios gratuita para a utilização de tablets e telemóveis, para permitir que o doente seja admitido no hospital possa comunicar e ocupar-se, com regulamentação adequada da sua utilização	  
Boa prática 7.33	O acesso a meios para a criança se ocupar está disponível na área pediátrica	  

Bibliografía recomendada:

Infra-estructuras.

Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2017.

Velasco Bueno JM, La Calle GH. Humanizing Intensive Care: From Theory to Practice. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2020;32(2):135-147.

Bryans A, Camilleri-Brennan J, Hua L, Patel N, Price R, Browning J. What do adolescents want from their ED? An evaluation on the preferences and opinions of adolescents attending local EDs. *Emerg Med J* 2018;35(11):675-679.

Walsh M, Knott JC. Satisfaction with the emergency department environment decreases with length of stay. *Emerg Med J* 2010;27(11):821-828.

Aaronson, Emily L.; Mort, Elizabeth; Sonis, Jonathan D.; Chang, Yuchiao; White, Benjamin A. Overall Emergency Department Rating: Identifying the Factors That Matter Most to Patient Experience. *J Healthc Qual* 2018;40(6):367-376.

Agarwal AK, Mahoney K, Lanza AL, et al. Online Ratings of the Patient Experience: Emergency Departments Versus Urgent Care Centers. *Ann Emerg Med* 2019;73(6):631-638.

Kirsch M, Zahn P, Happel D, Gries A. Interdisziplinäre Notaufnahme - Schlüssel zum Erfolg? [Interdisciplinary emergency room - key to success?]. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2014;109(6):422-428.

Gordon J, Sheppard LA, Anaf S. The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *Int Emerg Nurs* 2010;18(2):80-88.

Graham B, Endacott R, Smith JE, Latour JM. 'They do not care how much you know until they know how much you care': a qualitative meta-synthesis of patient experience in the emergency department. *Emerg Med J* 2019;36(6):355-363.

Boyle A, Viccellio P, What Ch. Is "Boarding" Appropriate to Help Reduce Crowding in Emergency Departments? *Br Med J* 2015;350:2249.

Chavis J, Cochran AL, Kocher KE, Washington VN, Zayas-Cabán G. A simulation model of patient flow through the emergency department to determine the impact of a short stay unit on hospital congestion. WSC '16: Proceedings of the 2016 Winter Simulation Conference 2016:1982-1993. Disponible en: <http://www.informs-sim.org/wsc16papers/173.pdf>. Acceso junio 2020.

Servicio Andaluz de Salud y Escuela Andaluza de Salud Pública. Guía de diseño del Servicio de Urgencias de Hospitales. Edición 2018. Disponible en: <https://www.easp.es/project/arquitectura-sanitaria-en-el-sistema-sanitario-publico-de-andalucia-guia-de-diseno-del-servicio-de-urgencias-de-hospitales-edicion-2018/>. Acceso junio 2020.

Bates V. 'Humanizing' healthcare environments: architecture, art and design in modern hospitals. *Design Health (Abingdon)* 2018;2(1):5-19.

Bromley E. Building patient-centeredness: hospital design as an interpretive act. *Soc Sci Med* 2012;75(6):1057-1066.

Anåker A, Heylighen A, Nordin S, Elf M. Design Quality in the Context of Healthcare Environments: A Scoping Review. *HERD* 2017;10(4):136-150.

Elf M, Fröst P, Lindahl G, Wijk H. Shared decision making in designing new healthcare environments-time to begin improving quality. *BMC Health Serv Res* 2015;15:114.

Romero-Guerrero MT, Baules-Borrull A, Sevillano-Rodríguez MJ, Padilla-Sánchez A, Casanovas-Marsal JO. Contaminación acústica en un servicio de urgencias hospitalarias. *Metas Enferm* 2019;22(4):59-64.

Alberto Villamor-Ordozgoiti A, Priu-Parra I, España Salvador MC, Torres-Valdés C, Bas-Ciudad MP, Ponce-Quílez MR. Intervención para reducir la repercusión en el sueño de la luz y el ruido en áreas de observación de urgencias. *Emergencias* 2017;29:39-42.

Navarro Carrascal OE. Psicología ambiental: visión crítica de una disciplina desconocida. *Duazary* 2005;2(1):65-68.

Vico-Romero J, Cabré-Roure M, Monteis-Cahis R, Palomera-FanegasE, Serra-Prat M. Prevalencia de trastornos del sueño y factores asociados en pacientes hospitalizados. *Enfermería Clínica* 2014;24:276-82.

Hewart C, Fethney L. Improving patients' sleep: reducing light and noise levels on wards at night. *Nurs Manag (Harrow)* 2016;22(9):18-23.

Tineo-Drove T, Montero-Pérez A, Trujillo-González MJ, et al. ¿Por qué se altera la necesidad de descanso-sueño en los pacientes ingresados encuidados críticos? *Rev Cient Soc Esp Enferm Neuro* 2011;34:39-45.

Actividad y Calidad de los Servicios Sanitarios Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2017 INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2019. MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL. Disponible en: <https://cutt.ly/huTJAXa>. Acceso mayo 2020.

Boas práticas de humanização nos Serviços de Urgência Hospitalares

2020

Autores:

- Yáñez Caballero Benjamín. Enfermeiro. Hospital Alta Resolución de Benalmádena. Málaga.
- Serrano Moraza Alfredo. Médico Summa 112. Madrid.
- Serrano Cepas Mari Carmen. Coordinadora de Cuidados UGC Coín. Málaga.
- Rojas Rojas Dolores. TCAE de urgencias Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga.
- Rodríguez Chaves Ana. Enfermeira. Hospital de Alta Resolución de Benalmádena. Málaga.
- Ortega Martínez Araceli. Psicóloga acreditada em Psicología de Emergências e Catástrofes, GIPED COPAO e Especialista em Crise. Málaga.
- Igeño Cano José Carlos. Chefe de Serviço de Medicina Intensiva e Urgências. Hospital San Juan de Dios. Córdoba.
- Hidalgo Pedraza María Luisa. Enfermeira de cuidados intensivos e urgencias del Hospital de Montilla. Córdoba.
- Gómez Tello Vicente. Chefe de Serviço de Urgências. Hospital Universitario HLA Moncloa. Madrid.
- García Llamas Valle. Responsável de RRHH. Hospital de Montilla. Córdoba.
- Del Campo Molina Emilio. Director de Cuidados Intensivos e Urgências. Hospital de Montilla. Córdoba.
- Coba Diéguez Antonio. Supervisor de URG/UCI/REA/S. Transversales. Hospital San Juan de Dios. Córdoba.
- Antúnez Miranda Francisco Jesús. Director de Enfermaria do Hospital de Montilla. Córdoba.
- Serra Eduardo Alejandro. Médico especialista em clínica médica e cuidados intensivos. Serviço de Medicina Intensiva de Adultos do Hospital Regional Ushuaia. Argentina.
- Alarcón Muñoz-Cobo Luisa María. Responsável da Unidade de Enfermeria de Processo do Doente Crítico. Hospital de Alta Resolución de Benalmádena. Málaga.



Manual de Boas Práticas de Humanização dos Serviços de Urgência Hospitalares