



IPG Politécnico
|da|Guarda
Polytechnic
of Guarda

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Licenciatura em Secretariado e Assessoria de Direção

Maria Celeste Calçada Chapeiro Aires

outubro | 2014



Escola Superior de Tecnologia e Gestão

Instituto Politécnico da Guarda

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

MARIA CELESTE CALÇADA CHAPEIRO AIRES

RELATÓRIO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE LICENCIADO EM
SECRETARIADO E ASSESSORIA DE DIREÇÃO

OUTUBRO/2014

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DA ESTAGIÁRIA

Nome: Maria Celeste Calçada Chapeiro Aires

Número: 1010947

Curso: Secretariado e Assessoria de Direção

Correio eletrónico: mccaaires@gmail.com

Estabelecimento de ensino: Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico da Guarda

IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Nome: Hospital Sousa Martins – Unidade de saúde da Guarda

Morada: Parque da Saúde, Av. Rainha D. Amélia

Telefone: 271 200 200

Fax: 271 200 305

Correio eletrónico: geral@ulsguarda.min-saude.pt

CARACTERIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Data início: 02 de junho de 2014

Data de fim: 18 de agosto de 2014

Duração: 400 horas

Orientadora da ESTG: Professora Doutora Ana Margarida Godinho Fonseca

Orientadora na Instituição: Dra. Liliana Isabel Alves Silva

"O sucesso nasce do querer. Sempre que o homem aplicar a determinação e a persistência para um objetivo, ele vencerá os obstáculos, e se não atingir o alvo, pelo menos fará coisas admiráveis."

José de Alencar

RESUMO

No âmbito da obtenção da licenciatura em Secretariado e Assessoria de Direção (SAD), realizei o estágio curricular na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) do Hospital Sousa Martins – Unidade de Saúde da Guarda, que decorreu no período compreendido entre 2 de junho e 18 de agosto de 2014, tendo tido a duração de 400 horas.

Este relatório destina-se a expor e descrever de forma objetiva e detalhada as atividades que realizei durante o estágio supracitado. Posto isto, decidi dividir este relatório em quatro partes, partindo de uma informação mais geral para uma mais particular. Assim, inicio apresentando uma resenha histórica sobre o Hospital da Guarda. Seguidamente, descrevo de forma detalhada o trajeto percorrido por um utente, na Unidade de Cirurgia de Ambulatório, desde a sua referenciação, por parte do médico de família, até à alta hospitalar. Posteriormente, apresento e caracterizo o programa informático utilizado no hospital, designado **Sistema Integrado de Informação Hospitalar** e conhecido habitualmente por SONHO. Por fim, dou a conhecer as tarefas que desempenhei na UCA, baseadas no processo de planeamento da cirurgia de ambulatório, seguindo a ordem sequencial: o pré-operatório, o dia da cirurgia e o pós-operatório. Na conclusão, apresento uma reflexão final acerca do estágio e sobre aquilo que aprendi enquanto Secretária Estagiária da UCA.

Palavras-chave: Relatório de Estágio, Secretariado e Assessoria de Direção, Hospital Sousa Martins, Unidade de Cirurgia de Ambulatório.

AGRADECIMENTOS

Este relatório representa o fim de uma etapa muito importante na minha vida, de tal modo que não podia deixar de dar uma palavra de agradecimento a todos aqueles que me apoiaram ao longo do meu percurso e contribuíram para o meu sucesso académico.

Começo por agradecer à Professora Ana Margarida Fonseca, minha orientadora de estágio, não apenas por todo o apoio prestado no estágio, mas também durante os três anos da licenciatura, tanto como professora como diretora de curso. Agora que faço uma análise retrospectiva do meu percurso académico, é com carinho, admiração, apreço e gratidão que me lembro de como me ajudou a ultrapassar os obstáculos que iam surgindo. Volto a enfatizar o meu agradecimento, pela pessoa que é, pelo exemplo de mulher forte e inteligente, que consegue transmitir de forma carismática que nada é impossível desde que se lute pelos nossos sonhos.

Deixo também uma palavra de agradecimento aos professores da Escola Superior de Tecnologia e Gestão (ESTG), especialmente àqueles que lecionaram a licenciatura de Secretariado e Assessoria de Direção, por terem transmitido os seus conhecimentos e assim contribuírem para a minha formação.

Agradeço também à Dr.^a Sandra Gil, administradora do Hospital Sousa Martins, pela sua simpatia, por me ter orientado na fase inicial do estágio e pela sua constante preocupação relativamente à minha integração na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA).

À Dr.^a Liliana Silva, minha supervisora no hospital, um grande bem-haja pelo seu caloroso acolhimento, dedicação, carinho e disponibilidade em responder a todas as minhas dúvidas. Obrigada pela confiança que depositou no meu trabalho aquando das férias das secretárias da UCA, dado que me deu a oportunidade de trabalhar autonomamente.

Obrigada ao Dr. Dias Costa, Diretor da UCA; pela disponibilidade que sempre demonstrou caso necessitasse de alguma coisa, pela boa-disposição que emanava e pelo sorriso e simpatia que sempre demonstrou, isto tudo apesar dos problemas que iam surgindo.

Devido ao extraordinário tempo que passei na UCA, dedico muito especialmente as palavras que se seguem a todos os funcionários com os quais trabalhei diariamente, iniciando este espaço com as secretárias desta unidade.

Assim, agradeço especialmente à Dr.^a Sónia Oliveira pela forma calorosa como me aceitou na UCA, pela sua amizade, pela boa disposição e pelas brincadeiras que me ajudaram a descontrair nos momentos mais difíceis, gerando momentos de cumplicidade. Um grande bem-haja à minha “chefinha”, como a chamava afetuosamente, retorquindo-me com um carinhoso “pupila”, por me ter ensinado tudo quanto sabe, por me ter oferecido a sua cadeira para trabalhar, pela paciência que teve para comigo, pelo trabalho em equipa e por me ter ensinado a enfrentar e resolver as diversas vicissitudes que iam surgindo.

Deixo também uma palavra de agradecimento à Sr.^a D. Célia pelo seu terno acolhimento aquando da minha chegada à UCA, pela paciência e pelos conhecimentos que me transmitiu durante o estágio.

Agradeço particularmente à enfermeira Paula Rebelo por tudo o que me ensinou, pelo seu apoio e paciência, pela boa disposição e simpatia inclusivamente quando estava doente. Mesmo nos momentos em que estava muito ocupada tinha sempre um instante para responder às perguntas da estagiária, que com muito carinho chamava de Celestinha.

A minha palavra de apreço e reconhecimento aos restantes membros de enfermagem da UCA, em especial à equipa da sala de recobro, nomeadamente às enfermeiras Raquel Pimentel, Manuela Teixeira, Manuela Leitão, Vera Lucas e Joana Fadilha. Todas me ajudaram na minha integração e é com um sabor agridoce que recordo as suas palavras: “Nós já víamos a Celeste como nossa secretária”. Fazendo ainda parte desta equipa, agradeço a todos os auxiliares pela constante boa disposição, pelo bom ambiente que geraram, facilitando a minha integração na equipa de trabalho.

Por último, mas não em último, agradeço ao meu marido e às minhas filhas a ajuda que me prestaram, a preocupação, a paciência e apoio que depositaram em mim durante estes três anos, permitindo alcançar um sonho que tinha desde há muito.

A todos os meus sinceros agradecimentos.

ÍNDICE GERAL

Ficha de Identificação	i
Epígrafe	ii
Resumo	iii
Agradecimentos	iv
Índice Geral.....	vi
Índice de Figuras	ix
Índice de Fluxogramas	x
Índice de Tabelas	x
Índice de Siglas	xi
Introdução	1
Capítulo 1 - O Hospital Sousa Martins.....	3
1.1. Resenha Histórica	4
1.2. O Hospital Sousa Martins como Unidade Local de Saúde.....	6
Capítulo 2 - A Unidade de Cirurgia de Ambulatório do HSM	11
2.1. A Unidade de Cirurgia de Ambulatório	12
2.1.1. Missão.....	12
2.1.2. Valores	12
2.1.3. Objetivos.....	13
2.2. Processo de Planeamento da Cirurgia em Ambulatório	13
2.3. Pré-admissão na UCA / Período Pré-operatório.....	15
2.3.1. Consulta Externa de Especialidade.....	15
2.3.2. Consulta de Anestesiologia.....	16

2.3.3.	Consulta de Enfermagem.....	16
2.3.4.	Não Aprovação para Cirurgia de Ambulatório.....	18
2.3.5.	Agendamento da Intervenção Proposta	18
2.4.	Admissão na UCA	18
2.4.1.	Acolhimento.....	18
2.4.2.	Preparação Pré-operatória.....	19
2.4.3.	Intervenção Anestésico-cirúrgica.....	19
2.4.4.	Recobro Fases 1 a 3	19
2.4.5.	Alta para o Domicílio	20
2.4.6.	<i>Follow-up</i> às 24 horas da alta	20
2.4.7.	<i>Follow-up</i> dos 30 dias.....	20
Capítulo 3 - O Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO)		21
3.1.	Breve Caracterização	22
Capítulo 4 - O Estágio		25
4.1.	Plano de Estágio	26
4.2.	Integração no Local de Estágio	27
4.3.	O Pré-operatório	29
4.3.1.	A Avaliação Pré-operatória.....	29
4.3.2.	Inscrição na Lista de Agendamento da UCA.....	30
4.3.3.	Consulta de Anestesia.....	32
4.3.3.1.	Procedimentos Administrativos Realizados Antes da Consulta	32
4.3.3.2.	Procedimentos Administrativos Realizados no Dia da Consulta.....	37
4.3.3.3.	Procedimentos Administrativos Realizados Depois da Consulta	37
4.4.	O Agendamento Cirúrgico e Organização dos Processos Cirúrgicos	40

4.5. O Dia da Cirurgia	42
4.6. O Pós-operatório.....	43
4.7. Tarefas Diárias.....	46
Conclusão	48
Bibliografia.....	50
<i>Webgrafia</i>	50
Índice de Anexos	51
Anexos.....	52

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Logótipo do Hospital Sousa Martins	3
Figura 2 - Perspetiva de uma das áreas idílicas da mata do Sanatório	5
Figura 3 - Logótipo da UCA	11
Figura 4 - Página inicial do SONHO.....	22
Figura 5 - SONHO - Marcação de consulta de enfermagem com o código 20087.....	24
Figura 6 - Entrada mais antiga do Hospital Sousa Martins	25
Figura 7 - O meu local de trabalho	28
Figura 8 - Registo das consultas de enfermagem	29
Figura 9 - Lista para Agendamento Cirúrgico.....	30
Figura 10 - Códigos de uma proposta cirúrgica	31
Figura 11 - Arquivo da UCA.....	32
Figura 12 - Sala de espera da UCA	35
Figura 13 - Registo da consulta de ensino.....	36
Figura 14 - Registo da consulta de anestesia e ASA no SONHO	38
Figura 15 - Registo da consulta de anestesia e ASA no ficheiro Excel.....	39
Figura 16 - Lista de utentes sem critérios clínicos	39
Figura 17 - Registo da data de cirurgia na lista para agendamento cirúrgico	40
Figura 18 - Lista dos operados	43
Figura 19 - Etiqueta colada na folha de codificação	45
Figura 20 - Correio Eletrónico para o Centro de Saúde	45
Figura 21 - Programa operativo	46
Figura 22 - Mapa - Avaliação de Intercorrências	47

ÍNDICE DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 - Esquema do planeamento da cirurgia em Ambulatório.....	14
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Órgão de Direção da ULS da Guarda.....	10
Tabela 2 - Classificação do estado físico do doente pela ASA	38
Tabela 3 - Processos operatórios	42

ÍNDICE DE SIGLAS

ANT – Assistência Nacional aos Tuberculosos

ASA – *American Society of Anesthesia*

CA – Consulta de Anestesia

ESTG – Escola Superior de Tecnologia e Gestão

GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos

GESP – Gabinete de Estágios e Saídas Profissionais

HSM – Hospital Sousa Martins

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

IIV – Injeção Intra-vítrea

IPG – Instituto Politécnico da Guarda

LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia

LICA – Lista de Espera para Cirurgia de Ambulatório

MCD – Meios Complementares de Diagnóstico

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SONHO – **S**istema Integrado de **I**nformação **H**ospitalar

SSM – Sanatório Sousa Martins

UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UHGIC – Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSG – Unidade Local de Saúde da Guarda

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge na sequência do estágio curricular que realizei no Hospital Sousa Martins da Guarda, com o intuito de obter a licenciatura em Secretariado e Assessoria de Direção.

Não foi por acaso que escolhi esta instituição para realizar o estágio. Esta ideia formou-se no segundo ano da licenciatura aquando da realização de um trabalho académico, sobre o seu arquivo, para a disciplina de Técnicas de Arquivo e Documentação. E consolidou-se no 1º semestre do terceiro ano, com a realização de um inquérito de satisfação aos seus enfermeiros, realizado no âmbito da unidade curricular de Gestão de Recursos Humanos.

Posto isto, apresentei a minha candidatura de estágio, através do Gabinete de Estágios e Saídas Profissionais (GESP) do Instituto Politécnico da Guarda, (IPG) e, passadas algumas semanas, recebi a notícia do deferimento da mesma. Inicialmente, era para realizar o estágio no departamento de codificação do hospital; no entanto, a escassez de funcionários na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) determinou a minha ida para esta unidade. Assim, aí realizei de 2 de junho a 18 de agosto o meu estágio, com horário flexível, adaptado às necessidades laborais desta unidade. Ao longo deste período tive a oportunidade de conhecer a instituição, principalmente a UCA, compreender o seu funcionamento e organização, e tive também contacto com a sua cultura e ambiente.

Este trabalho tem como objetivo apresentar a instituição onde realizei o estágio, dando realce à Unidade de Cirurgia de Ambulatório, e fundamentalmente descrever as funções por mim desempenhadas. Para tal, decidi estruturar o relatório em quatro capítulos. No primeiro capítulo, apresento uma resenha histórica da instituição, a sua missão, departamentos, serviços e unidades que a integram. O segundo capítulo prende-se essencialmente com a UCA e com o processo de planeamento da cirurgia, que vai desde a admissão do utente nesta unidade até à sua alta hospitalar. Dediquei o terceiro capítulo à aplicação informática utilizada pela rede hospitalar da Guarda, designada por Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO), dado que é um sistema vital para o bom funcionamento desta instituição e é o instrumento fundamental de trabalho de todos os seus funcionários. No quarto e último capítulo, descrevo as tarefas que desempenhei ao

longo do estágio. Dado que o funcionamento administrativo da UCA se baseia no planeamento das cirurgias, decidi apresentar as minhas funções seguindo a seguinte ordem sequencial: pré-operatório, o dia da cirurgia e o pós-operatório. Importa esclarecer que, para não quebrar a cadência da descrição das minhas funções, coloquei em anexo o esquema detalhado da marcação de uma consulta, da sua efetivação e o esquema do registo de um contacto telefónico.

Para a elaboração deste relatório baseei-me em pesquisas eletrónicas, na informação disponibilizada pelos funcionários da UCA e fundamentalmente nos apontamentos diários, nos quais descrevia detalhadamente as atividades que realizava ao longo do dia.

CAPÍTULO 1 - O HOSPITAL SOUSA MARTINS



Figura 1 – Logótipo do Hospital Sousa Martins

Fonte: Hospital Sousa Martins

1.1. RESENHA HISTÓRICA¹

As origens do Sanatório Sousa Martins (SSM), na cidade da Guarda, remontam aos finais do XIX, época em que a tuberculose se propagava em Portugal e pelo Mundo, vitimando milhares de pessoas. A necessidade de combater o flagelo causado pela tuberculose originou uma metódica luta contra esta doença infecciosa e mortal. Foi então a conjugação desta necessidade, a indubitável qualidade do ar que se caracterizava por uma baixa pressão atmosférica, ar puro e seco, elevada ozonização, grande luminosidade e escassos nevoeiros, assim como a situação geográfica da cidade, que originaram a construção do Sanatório na cidade mais alta do país.

De todos os envolvidos na fundação do Sanatório salienta-se o nome do Dr. Sousa Martins, o qual, depois de realizar uma expedição científica à Serra da Estrela, considerou e defendeu que a cidade da Guarda oferecia ótimas condições para o tratamento da tuberculose. Em sua honra e pela sua fervorosa luta contra a tuberculose, atribuiu-se o seu nome ao Sanatório.

A proposta para a sua edificação foi realizada pelo Dr. Lopo de Carvalho (Delegado de Saúde da Guarda nessa época) e foi aceite pela Rainha D. Amélia, Presidente da Assistência Nacional aos Tuberculosos (ANT), sensibilizada pelo flagelo originado pela doença. O Sanatório foi inaugurado pelo Rei D. Carlos e por sua esposa a Rainha D. Amélia no dia 18 de maio de 1907, o qual viria a ser o primeiro sanatório da ANT.

A grande afluência de pessoas portadoras da doença ao sanatório excedeu as previsões, tornando os três pavilhões (Pavilhão Lopo de Carvalho, Pavilhão D. Amélia e Pavilhão D. António de Lencastre) que integravam o Sanatório insuficientes perante a procura. Assim, foi necessário, um ano depois da sua inauguração, ampliar o Pavilhão 1 (designado de Lopo de Carvalho) e, a 31 de maio de 1953, inaugurou-se um novo pavilhão, juntando-se aos três já existentes. A zona envolvente dos pavilhões era constituída por zonas arborizadas e por espaços ajardinados com pequenos lagos, como se pode observar na figura 2.

¹ A informação apresentada neste subcapítulo baseia-se no conteúdo disponibilizado no artigo “Apontamento sobre o Sanatório Sousa Martins” de Hélder Sequeira (2002).



Figura 2 - Perspetiva de uma das áreas idílicas da mata do Sanatório

Fonte: Elaboração Própria

Para além dos pavilhões atrás referidos, o Sanatório era, nessa época, uma unidade de saúde muito moderna e completa, sendo constituído por:

“... um pavilhão de isolamento para doenças intercorrentes; seis chalets para famílias que preferam viver independentemente; a sede da Farmácia e do novo Pôsto radiológico para diagnóstico e tratamento; um chalet à entrada do Sanatório para os serviços de escritório e da Administração e, finalmente, o edifício destinado à Lavandaria a vapor e rouparia, montada segundo processos mais modernos, tendo anexa a casa das desinfecções provida de uma grande estufa Geneste Haerscher e de todo o material exigido num estabelecimento desta natureza.”²

Porém, toda esta glória desvaneceu após o 25 de abril de 1974, entrando numa fase de declínio. A publicação do Decreto-Lei 260/75, de 26 de maio, desvinculou o SSM do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos e, por despacho de 5 de novembro de 1975 do Secretário de Estado da Saúde, o SSM foi integrado no Hospital Distrital da Guarda, concluindo a sua exímia função social. A partir de então, começou a decadência

² Auto da inauguração, citado por Ladislau Patrício em “O Sanatório Sousa Martins na Guarda (Memórias)”, trabalho publicado em separata de A Medicina Contemporânea, Jornal Português de Ciências Médicas, fundado por Manuel Bento de Sousa, Miguel Bombarda e Sousa Martins. Cf. Edição de Outubro de 1962, Ano LXXX, nº 10, Lisboa, cit. por Sequeira, 2002:121.

dos pavilhões e o desaparecimento de muito do seu material. No final de 1989, o Hospital Distrital da Guarda passou a denominar-se por Hospital Sousa Martins.

Atualmente, a administração e os principais serviços da Unidade Local de Saúde da Guarda funcionam no pavilhão inaugurado em 1953. Dois dos pavilhões, sendo um deles o Pavilhão Lopo de Carvalho, permanecem abandonados.

1.2. O HOSPITAL SOUSA MARTINS COMO UNIDADE LOCAL DE SAÚDE³

A 1 de outubro de 2008, por Decreto-Lei nº183/2008 de 4 de setembro, foi criada a Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda, Entidade Pública Empresarial (E.P.E.), que possui autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Para além da nova designação, assinala-se a transição para um novo estatuto jurídico, transitando do setor público administrativo para o modelo de Entidade Pública Empresarial.

A ULS da Guarda, EPE tem como missão proporcionar serviços públicos de saúde que permitam a maior abrangência de cuidados à população da sua área de influência e a todos os cidadãos em geral, num projeto partilhado e global que vise a obtenção de Qualidade, Acessibilidade, Eficácia e Eficiência, contribuindo também para o futuro sustentável do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Desenvolve ensino e investigação de alta responsabilidade, por cooperar com a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior e colaborar com as Escolas Superiores de Enfermagem e Escolas Superiores de Tecnologias da Saúde e diferentes estabelecimentos de ensino secundário, superior e universitário.

Atualmente a ULS integra:

- O Hospital Sousa Martins sito na cidade da Guarda;
- O Hospital Nossa Senhora da Assunção em Seia;
- Doze centros de saúde do distrito da Guarda, com exceção de Aguiar da Beira e Vila Nova de Foz Côa;
- Uma unidade de Saúde Familiar;
- Duas tipologias de Cuidados Continuados que funcionam no Hospital Nossa Senhora da Assunção.

³ A informação apresentada neste subcapítulo baseia-se na seguinte fonte: <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/publicservices.php>.

O Hospital Sousa Martins funciona como sede das diversas unidades, pois contém os serviços farmacêuticos e os serviços de equipamento que abastecem as outras unidades. Organizacionalmente a ULS da Guarda encontra-se estruturada, de acordo com a natureza das suas atividades, nas áreas que a seguir se discriminam⁴:

- Área de Prestação de Cuidados, que se encontra por sua vez estruturada em quatro níveis, em função da natureza dos cuidados oferecidos:
 - Cuidados de Saúde Pública;
 - Cuidados de Saúde Primários;
 - Cuidados de Saúde Hospitalares;
 - Cuidados Continuados.

- Área de Apoio à Prestação de Cuidados, que se encontra organizada nos seguintes serviços:
 - Serviço Farmacêutico;
 - Serviço de Alimentação, Nutrição e Dietética;
 - Serviço de Esterilização;
 - Serviço de Gestão de Doentes;
 - Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia;
 - Gabinete do Utente;
 - Serviço Social;
 - Serviço de Assistência Religiosa.

- Área de Investigação, Ensino e Formação, que é constituída pelas seguintes unidades:
 - Unidade de Formação;
 - Unidade de Ensino, Investigação e Biblioteca.

- Área de Apoio à Gestão, Logística e Apoio Geral, que é composta pelos seguintes serviços:
 - Serviços Financeiros;
 - Serviço de Recursos Humanos;

⁴ A informação relativa à estrutura do hospital, tanto organizacional como orgânica, não se encontra disposta hierarquicamente num organograma, dado que, apesar de várias tentativas para obter o documento atualizado junto da instituição, este não me foi facultado.

- Serviço de Aprovisionamento e Logística;
- Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes;
- Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação e Comunicação.

Assim, a ULS da Guarda segue um modelo de gestão descentralizado e flexível, dispondo de níveis intermédios de gestão dotados de autonomia.

Relativamente aos cuidados de saúde hospitalares, estes encontram-se organizados em departamentos, serviços e unidades funcionais. Organizacionalmente os cuidados hospitalares comportam os seguintes departamentos:

- ☒ Departamento de Medicina;
- ☒ Departamento de Cirurgia;
- ☒ Departamento de Urgência e Emergência;
- ☒ Departamento da Saúde da Criança e da Mulher;
- ☒ Departamento de Pneumocardiologia;
- ☒ Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

Fazem ainda parte dos cuidados hospitalares os seguintes serviços e unidades funcionais não integradas em departamentos:

- ☒ Serviços:
 - Patologia clínica;
 - Imagiologia;
 - Medicina física e reabilitação.
- ☒ Unidades funcionais:
 - Bloco operatório central;
 - Consulta externa (anestesiologia, cirurgia, dermatologia, dor, fisioterapia, gastroenterologia, ginecologia, medicina, neurologia, ortopedia, otorrino, pneumologia e obstetrícia);
 - Cirurgia de ambulatório da Guarda;
 - Cirurgia de ambulatório de Seia.

Quanto à estrutura orgânica, os órgãos da ULS da Guarda agrupam-se nas seguintes categorias:

- Órgãos Sociais:
 - O Conselho de Administração, adiante designado de CA;
 - O Fiscal Único;
 - O Conselho Consultivo.

- Órgãos de Direção Técnica, compostos pelo Diretor Clínico para os Cuidados de Saúde Primários, pelo Diretor Clínico para os Cuidados Hospitalares e pelo Enfermeiro Diretor;

- Órgão Auditoria Interna;

- Órgãos de Apoio Técnico:
 - Comissão de Ética;
 - Comissão de Humanização, Qualidade e Segurança do Doente;
 - Comissão de Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde;
 - Comissão de Farmácia e Terapêutica;
 - Comissão Técnica de Certificação das Condições para a Interrupção Voluntária da Gravidez;
 - Comissão Médica Hospitalar;
 - Comissão Médica de Cuidados de Saúde Primários;
 - Comissão de Enfermagem;
 - Comissão dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica;
 - Comissão de Coordenação Oncológica;
 - Comissão de Segurança, Higiene e saúde no Trabalho;
 - Comissão de Apoio à Criança e à Família;
 - Comissão de Catástrofe e Emergência Interna.

A 22 de novembro de 2012, tomou posse a nova administração da ULS da Guarda liderada por Vasco Lino. Deste novo Conselho de Administração também fazem parte os nomes que apresento na tabela que se segue.

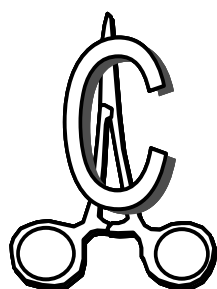
Órgão de Direção da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	Presidente do Conselho de Administração	Vasco Júlio Morão Teixeira Lino
	Vogal Executiva	Flora Maria de Moura Teixeira da Silva
	Diretor Clínico (Cuidados hospitalares)	Fernanda Maria Trovão Maços
	Diretor Clínico (Cuidados de saúde primários)	Luís António Vicente Gil Barreiros
	Enfermeiro Diretor	João Bernardo Marques

Tabela 1 - Órgão de Direção da ULS da Guarda

Fonte: <http://www.portugal.gov.pt/pt/o-governo/nomeacoes/ministerio-da-saude.aspx>

Concluindo, a 21 de janeiro de 2014 o antigo Sanatório Sousa Martins foi classificado como conjunto de interesse público, no entanto o património que a cidade herdou do célebre Sanatório não foi nem está a ser devidamente protegido e promovido. De referir que os pavilhões se encontram em acelerado processo de degradação e deterioração. Deveriam ser tomadas medidas urgentes para inverter a situação e potencializar estes equipamentos, quem sabe como uma fonte de turismo na área da saúde.

CAPÍTULO 2 - A UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO DO HSM



**Unidade
de
Cirurgia de Ambulatório**

Figura 3 - Logótipo da UCA

Fonte: Unidade de Cirurgia de Ambulatório

2.1. UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO⁵

A Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) do Hospital Sousa Martins entrou em funcionamento no dia 11 de janeiro de 2010. Atualmente, nesta unidade, são realizadas intervenções cirúrgicas em especialidades de cardiologia, urologia, dermatologia, gastroenterologia, ginecologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia e cirurgia geral, englobando esta especialidade cirurgias como as hérnias, varizes e quistos.

O modelo de funcionamento desta unidade está estruturado tendo o doente como elemento central, de acordo com os conceitos e normas preconizados pela Associação Portuguesa de Cirurgia e pela Direção Geral de Saúde.

Este serviço permite a redução da taxa de ocupação de camas, a redução de listas de espera, a diminuição dos custos operacionais, assim como um tratamento mais rápido e uma recuperação pós-operatória em ambiente familiar, isto porque o utente regressa a sua casa no próprio dia da cirurgia. A organização funcional adotada é suficientemente flexível para poder evoluir à medida das necessidades reais dos serviços utilizados, garantir permanentemente a segurança e a satisfação dos doentes, bem como maximizar a eficiência produtiva, sem prejuízo da qualidade dos serviços prestados e da satisfação dos profissionais envolvidos.

2.1.1. Missão

A Unidade tem como missão prestar cuidados peri-operatórios de elevada qualidade a todos os utentes da área de influência do Hospital Sousa Martins, num período de tempo ajustado à prioridade que a sua situação o exige, dinamizando a cirurgia de ambulatório de acordo com as linhas de orientação estratégica da própria instituição.

2.1.2. Valores

No cumprimento das funções inerentes a cada profissional que integra a unidade, é de grande importância que as mesmas tenham intrínseco um conjunto de valores que se consideram necessários ao adequado atendimento de todos os utentes.

Deste modo, os profissionais têm como valores orientadores da unidade:

⁵ A informação apresentada neste capítulo baseia-se nos dados disponibilizados pelos serviços da UCA.

- Prestação de cuidados com enfoque no utente;
- Atendimento personalizado e humanizado;
- Prestação de cuidados de elevada qualidade;
- Contínuo desenvolvimento técnico-científico;
- Eficiência e eficácia;
- Flexibilidade;
- Espírito de equipa.

2.1.3. Objetivos

Os objetivos da UCA são:

- Desenvolver uma cultura de cuidados adequada à filosofia e aos princípios da cirurgia de ambulatório;
- Prestar cuidados de excelência de acordo com a *leges artis*⁶ para cada uma das especialidades utilizadoras da unidade;
- Criar e desenvolver uma imagem de segurança e de confiança nos utentes;
- Otimizar os recursos da unidade de modo a obter ganhos efetivos para os utentes e para a instituição;
- Promover a participação de todos os intervenientes, na perspetiva da melhoria contínua da unidade.

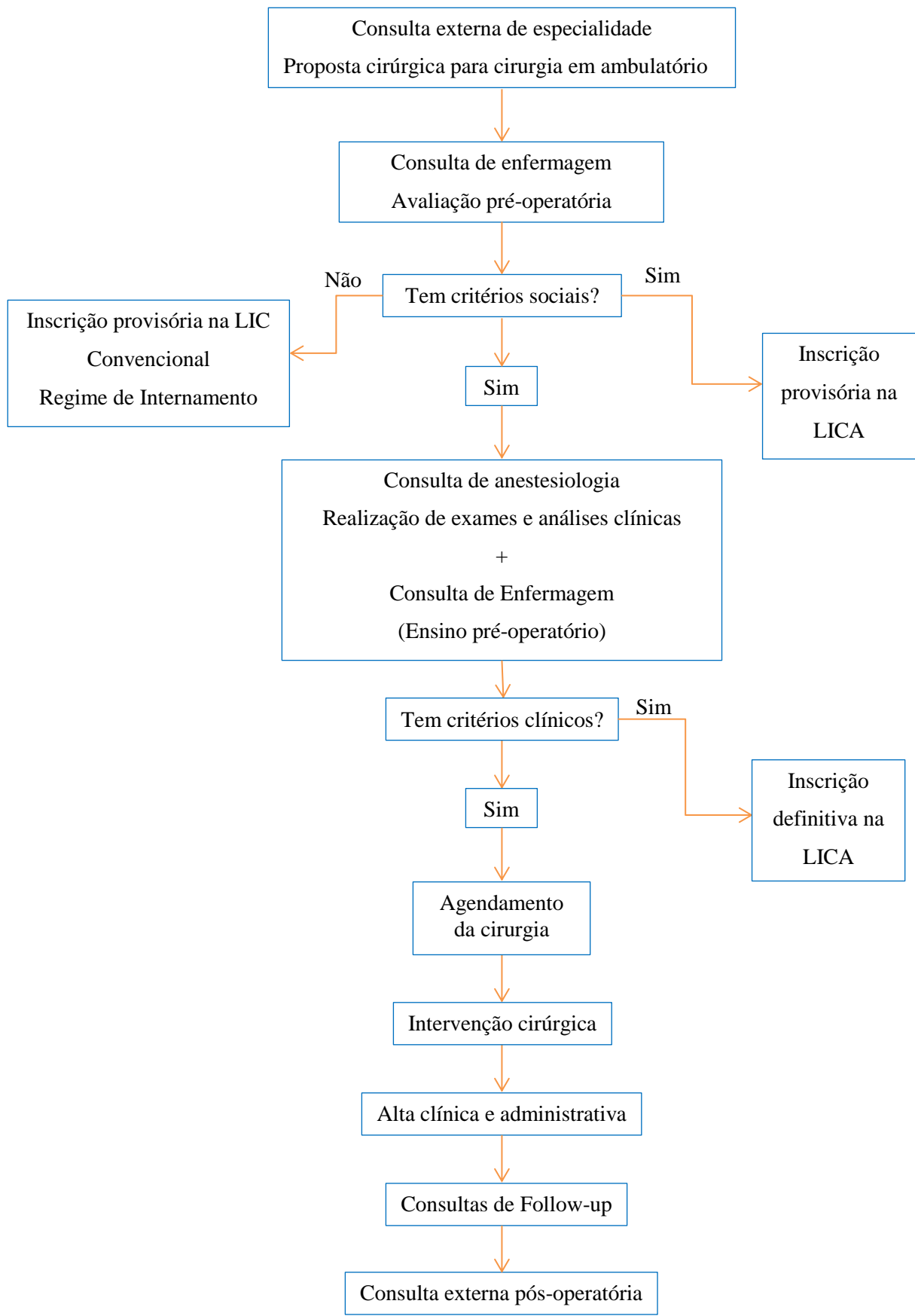
2.2. PROCESSO DE PLANEAMENTO DA CIRURGIA EM AMBULATÓRIO

O processo de planeamento da cirurgia em regime de ambulatório está delineado e projetado de forma objetiva e intuitiva, podendo dividir-se em três etapas bem distintas:

- O pré-operatório;
- O intraoperatório;
- O pós-operatório.

A admissão na UCA e conseqüente inscrição do doente na Lista de Espera para Cirurgia de Ambulatório (LICA) processa-se de acordo com uma criteriosa seleção dos doentes a admitir, cujo percurso decorre segundo o fluxograma que a seguir apresento.

⁶ As regras da arte [médica].



Fluxograma 1 - Esquema do planeamento da cirurgia em Ambulatório

Fonte: Elaboração Própria

2.3. PRÉ-ADMISSÃO NA UCA / PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

2.3.1. Consulta Externa de Especialidade

Após referenciação por parte do Médico de Família para a consulta da especialidade cirúrgica, o utente (paciente) é avaliado pelo Médico Especialista no hospital, que elabora a proposta para cirurgia. No caso de proposta para ambulatório, o utente é encaminhado para a UCA onde é recebido pelas funcionárias administrativas.

Nesta consulta o Médico especialista desenvolve um conjunto de atividades, tendo em vista o seguinte:

- Avaliar o utente para confirmar o diagnóstico e a respetiva indicação cirúrgica;
- Verificar os critérios cirúrgicos de admissibilidade para cirurgia em regime de ambulatório;
- Obter o consentimento informado com explicação do procedimento cirúrgico a efetuar;
- Preencher a Proposta Cirúrgica (anexo 1), de acordo com o regulamento do SIGIC e os critérios clínicos adotados pelo serviço;
- Orientar o doente para a UCA com a finalidade de ser efetuada, por um dos elementos de enfermagem, a avaliação pré-operatória (anexo 2), com vista à aferição dos critérios sociais de admissão na unidade. Para que o utente tenha critérios sociais tem de, por exemplo, ter transporte assegurado em veículo automóvel após a alta, ter habitação com condições adequadas de habitabilidade, ter possibilidade de comunicar à distância (por telefone) e ter a companhia de um adulto responsável nas primeiras 24 horas.

Após a confirmação de que o utente possui critérios sociais para realizar a cirurgia em regime de ambulatório, é inscrito provisoriamente na LICA. Caso não possua estes critérios, é encaminhado para a Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UHGIC) a fim de ser inscrito na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) em regime de internamento.

2.3.2. Consulta de Anestesiologia

A consulta de anestesiologia possibilita realizar uma avaliação clínica pré-operatória que permite aferir se existem critérios clínicos de admissibilidade para cirurgia em ambulatório. Nesta avaliação devem ser efetuados os seguintes procedimentos:

- ☒ Verificação da patologia associada;
- ☒ Observação dos exames e análises pré-operatórios;
- ☒ Verificação da terapêutica em curso;
- ☒ Avaliação do estado físico, de acordo com as diretrizes da *American Society of Anesthesia* (ASA);
- ☒ Confirmação dos critérios médicos de admissão em cirurgia de ambulatório, considerando a intervenção cirúrgica prevista;
- ☒ Validação dos critérios sociais de admissão para cirurgia de ambulatório;
- ☒ Obtenção do Consentimento Informado (anexo 3) para os atos anestésicos a realizar durante a intervenção cirúrgica;
- ☒ Elaboração da proposta anestésica;
- ☒ Prescrição, se necessário, da medicação a efetuar no domicílio no dia da admissão na UCA;
- ☒ Prescrição de medicação pré-anestésica quando indicada;
- ☒ Solicitação de exames complementares e/ou avaliação por outras especialidades quando necessário;
- ☒ Encaminhamento para Consulta de Enfermagem, para ensino pré-operatório de acordo com procedimento a realizar.

Os registos das observações realizadas e das prescrições são efetuados em impresso próprio (anexo 4).

Estando assegurados os critérios médicos e sociais, o doente é inscrito definitivamente na LICA: se o doente não reunir os critérios médicos de admissão para cirurgia de ambulatório, é reencaminhado para o secretariado da UHGIC, com o objetivo de ser inscrito na LIC em regime de internamento.

2.3.3. Consulta de Enfermagem

A consulta de enfermagem é realizada no mesmo dia da consulta de anestesia, permitindo ao utente e ao acompanhante estabelecer contacto com a equipa de

enfermagem da Unidade, conhecer o espaço físico onde decorrerá todo o processo até à alta, sendo prestadas todas as informações determinantes para o sucesso da intervenção.

Esta consulta serve para transmitir ao utente toda a informação e esclarecimentos relativamente aos períodos pré e pós operatórios, para que sejam os mais adequados a cada utente, de acordo com as suas características individuais e devidamente ajustados ao procedimento cirúrgico a realizar, permitindo ao utente expor as suas dúvidas e eliminar os seus receios.

Cuidados no pré-operatório:

- ☒ Jejum pré operatório;
- ☒ Cuidados de higiene;
- ☒ Preparação da pele;
- ☒ Medicação;
- ☒ Tipo de vestuário;
- ☒ Admissão na unidade no dia da cirurgia;

Cuidados no pós-operatório

- ☒ Tipo de cirurgia e suas implicações;
- ☒ Alimentação;
- ☒ Deambulação e Repouso;
- ☒ Cuidados com o penso;
- ☒ Terapêutica analgésica;
- ☒ Sinais e sintomas de complicações cirúrgicas;
- ☒ Transporte para o domicílio e acompanhamento por adulto responsável nas primeiras 24 horas após a alta;
- ☒ Encaminhamento em caso de complicações;
- ☒ Vigilância pós operatória por telefone às 24 horas;
- ☒ Consulta no pós-operatório;
- ☒ Reinício da atividade.

2.3.4. Não Aprovação para Cirurgia de Ambulatório

No caso de o utente não cumprir critérios sociais e/ou clínicos para cirurgia de ambulatório, este é reencaminhado para ser inscrito na Lista de Espera em Regime de Internamento. Esta situação pode ocorrer em dois momentos:

- Na avaliação pré-operatória, se o enfermeiro verificar que não reúne critérios sociais, ou que não tenha possibilidade de vir a reunir esses mesmos critérios;
- Na consulta de anestesia, se o anestesista verificar que não reúne critérios clínicos, que garantam a segurança do procedimento em regime de ambulatório.

Em qualquer das situações é reenviado para o secretariado da UHGIC, com o intuito de ser integrado na LIC em regime de internamento.

2.3.5. Agendamento da Intervenção Proposta

Estando reunidas todas as condições para realizar a cirurgia em regime de ambulatório, é efetuado o agendamento cirúrgico, de acordo com o nível de prioridade da proposta cirúrgica e da antiguidade na LICA. O doente é informado da data da sua cirurgia através de contacto telefónico efetuado pelo enfermeiro responsável. A data e a hora de admissão na UCA serão confirmadas mediante contacto telefónico nos 8 dias seguintes.

2.4. ADMISSÃO NA UCA

A admissão é planeada no dia anterior à intervenção cirúrgica, com a preparação do processo clínico de cada utente agendado. Nele constarão todas as informações escritas recolhidas no período pré-operatório, bem como os impressos necessários aos registos a realizar durante a sua permanência na Unidade.

2.4.1. Acolhimento

Os doentes deverão comparecer na Unidade às 8 horas para iniciar o processo de admissão. Após o registo administrativo, o doente é acolhido por um elemento da equipa de enfermagem que efetua os seguintes procedimentos:

- Confirmação da presença de acompanhante;
- Registo dos sinais vitais;
- Confirmação do período de jejum;

- ☒ Comprovação da medicação efetuada no domicílio;
- ☒ Verificação da ocorrência de qualquer alteração no estado de saúde após o último contacto na Unidade;
- ☒ Encaminhamento para a área de preparação pré-operatória.

2.4.2. Preparação Pré-operatória

Nesta área serão desenvolvidos os seguintes procedimentos:

- ☒ Preparação do doente para a intervenção a realizar;
- ☒ Cateterização venosa periférica e início de fluidoterapia prescrita;
- ☒ Administração da medicação pré-anestésica e pré-cirúrgica prescrita;
- ☒ Acompanhamento do doente ao bloco operatório.

2.4.3. Intervenção Anestésico-cirúrgica

No bloco operatório o utente é recebido por um elemento da equipa de enfermagem, que faz o acolhimento e toma conhecimento de toda a informação referente ao período anterior.

Para além dos registos relacionados com o ato anestésico-cirúrgico (Ficha anestésica e Registo da Cirurgia, anexos 5 e 6 respetivamente), toda a informação relativa à monitorização e ocorrências no período intraoperatório (período que está compreendido entre a indução anestésica e o término da intervenção cirúrgica) é registada em impresso próprio (anexo 7), no qual se dará continuidade dos registos até ao momento da alta.

2.4.4. Recobro Fases 1 a 3

Realizado o ato anestésico-cirúrgico, de acordo com a programação estabelecida, o doente é encaminhado para a sala de Cuidados Pós-anestésicos (Recobro 1), com exceção dos doentes submetidos a intervenção sem a colaboração do anestesista. Estes doentes são diretamente encaminhados para o Recobro 2.

Nesta fase o utente é avaliado de acordo com as recomendações existentes, bem como de acordo com as escalas implementadas, até se verificarem os critérios para a alta. A alta é validada pelo cirurgião que realizou o procedimento, pelo anestesista de serviço à UCA e pelo elemento de enfermagem que acompanhou o processo de recuperação.

Se durante o período de recobro ou no seu final se verificar alguma complicação que não permita a alta do doente, este é encaminhado pelo cirurgião responsável para o serviço de internamento da especialidade correspondente.

2.4.5. Alta para o Domicílio

A alta do utente é programada em função do seu índice de recuperação ao longo do período que permanece na UCA.

São fornecidos ao doente os seguinte elementos:

- Relatório clínico para o médico de família;
- Informação escrita de todas as recomendações necessárias para o pós-operatório no domicílio;
- Informação escrita dos contactos a realizar em caso de intercorrências durante as primeiras 24 horas;
- Informação escrita sobre a data da consulta externa de *follow-up*;
- Receituário da medicação a realizar no domicílio (exceto medicação analgésica e antiemética);
- Fornecimento de medicação analgésica e antiemética para o período máximo de 5 dias.

2.4.6. *Follow-up* às 24 horas da alta

No dia seguinte à intervenção, o doente é contactado por telefone com o objetivo de se obter informação respeitante aos acontecimentos ocorridos nesse período, conforme questionário específico (anexo 8).

2.4.7. *Follow-up* dos 30 dias

Trinta dias após a intervenção cirúrgica, o enfermeiro contacta, por telefone, o utente com a finalidade de recolher informação relativa às ocorrências sucedidas durante os trinta dias posteriores à intervenção, seguindo um questionário específico (anexo 9).

CAPÍTULO 3 -
O SISTEMA INTEGRADO DE
INFORMAÇÃO HOSPITALAR
(SONHO)

3.1. BREVE CARACTERIZAÇÃO⁷

SONHO (Sistema Integrado de Informação Hospitalar) é uma aplicação informática que permite gerir os dados pessoais dos doentes e os respetivos exames, tornando o trabalho administrativo mais célere e eficaz. Este sistema informático abarca também uma forte componente financeira, dado que possibilita a associação de códigos aos diagnósticos e procedimentos que posteriormente serão transformados em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) para fins de faturação.

A sua criação baseou-se na relação bilateral de um doente / um número de identificação, por forma a evitar duplicação de tarefas e informação, contribuindo relacionalmente para um aumento de produtividade.

O SONHO é constituído por vários módulos (figura 4):

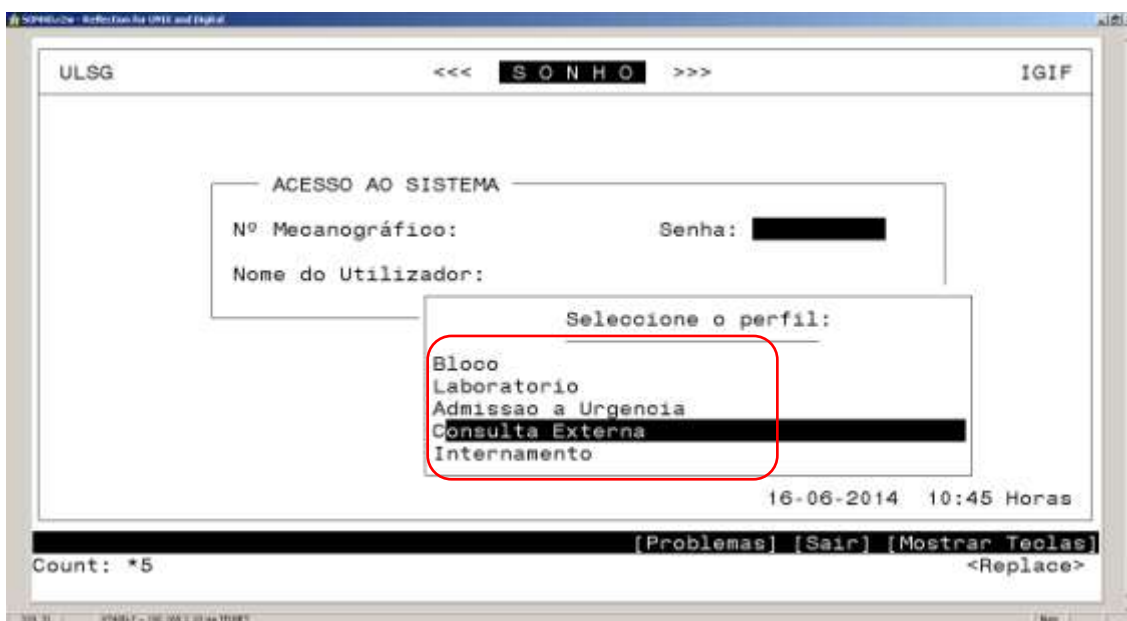



Figura 4 - Página inicial do SONHO

Fonte: Captura de ecrã

-  **Módulo de Bloco** – Permite a gestão administrativa do Bloco Operatório, bem como da informação clínica de cada doente, orientando, rentabilizando e gerindo a atividade dos tempos cirúrgicos nos blocos operatórios.

⁷ A informação apresentada neste subcapítulo fundamenta-se nos dados disponibilizados em <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/SONHO>.

- **Módulo de Laboratório** – Este módulo foi criado com o intuito de gerir os exames laboratoriais dos utentes, quer pela Urgência, quer pela Consulta, Internamento ou qualquer outro movimento interno.
- **Módulo de Admissão à Urgência** – permite registar todos os casos de urgência do hospital e um conjunto de dados sobre o mesmo, fazer o registo e controlo de taxas moderadoras e apuramentos estatísticos desta área.
- **Módulo de Consulta Externa** – possibilita gerir as marcações de consulta, distribuir os doentes pelos médicos da correspondente especialidade e respetivos dias de consulta. Proporciona a preparação do plano de trabalho diário do médico, possibilitando a distribuição atempada dos processos clínicos, que contêm toda a informação clínica do utente. Por último, também facilita o controlo de taxas moderadoras e a execução da faturação, para além de atualizar os dados clínicos.
- **Módulo de Internamento** – permite administrar os procedimentos clínicos e administrativos relacionados com a estadia do doente no hospital, desde o seu ingresso até ao momento da alta clínica.

Como principais vantagens do sistema apontam-se:

- A interligação de todos os dados e o seu processamento;
- Uma maior eficácia de procedimentos em relação ao registo e recolha de informações/dados;
- Acesso rápido aos dados como o histórico do doente, sem perdas de informação e com confidencialidade;
- Melhoria da produtividade e da eficiência, facilitando a tomada de decisão ao nível da Administração.

Este sistema informático caracteriza-se por ser flexível, dado que é uma aplicação informática que se adapta às necessidades de cada hospital.

Esta flexibilidade foi de extrema importância aquando da criação da UCA no Hospital Sousa Martins, visto que, depois do início da atividade nesta unidade, os funcionários depararam-se com a necessidade de criar um módulo no qual se pudesse registar a atividade desenvolvida. Simultaneamente com a criação deste módulo também foram gerados os respetivos códigos da consulta de anestesia da UCA (20090), da consulta de

enfermagem da UCA (20087), como se pode observar na figura 5, e da cirurgia de ambulatório (20093). É com intenção que repito o complemento determinativo – da UCA – nas frases supracitadas, isto porque também existem, noutras unidades, consultas de enfermagem e de anestesia.

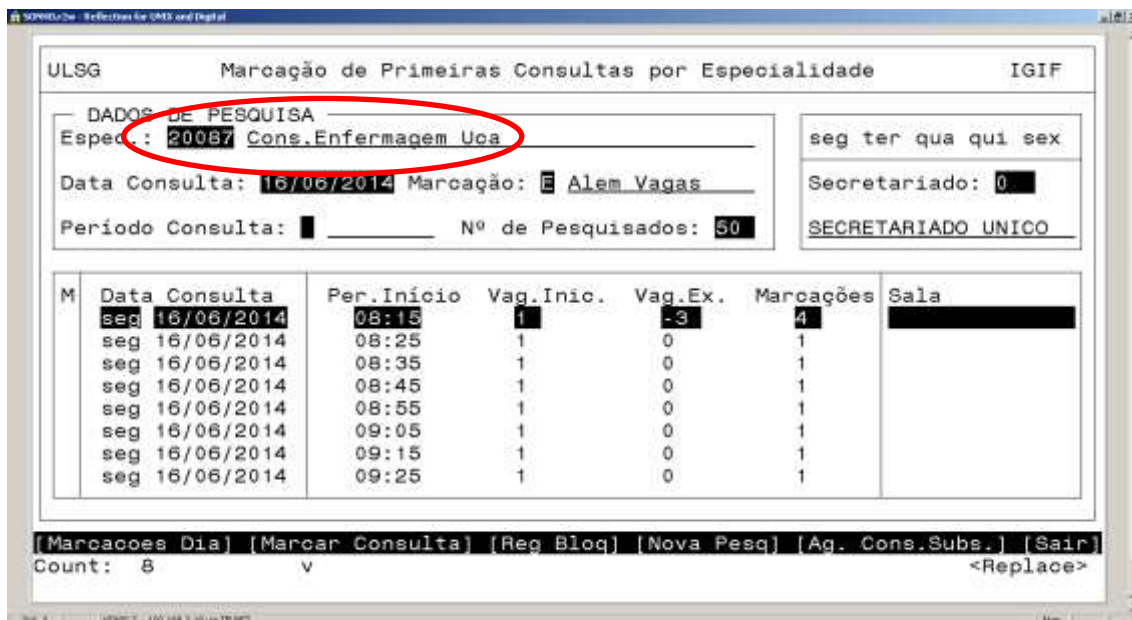


Figura 5 - SONHO - Marcação de consulta de enfermagem com o código 20087

Fonte: Captura de ecrã

De igual modo, foram gerados códigos únicos para as especialidades cirúrgicas de ambulatório, como por exemplo:

- 38 – Código de oftalmologia – Injeção Intra-vítrea (IIV);
- 20 – Ambulatório de oftalmologia;
- 16 – Ambulatório de dermatologia.

CAPÍTULO 4

O ESTÁGIO



Figura 6 - Entrada mais antiga do Hospital Sousa Martins

Fonte: Elaboração Própria

4.1. PLANO DE ESTÁGIO

Antes de iniciar o estágio curricular é necessário definir um plano de estágio onde constem as atividades ou tarefas a desempenhar pelo estagiário, tarefas estas correlacionadas com os conhecimentos adquiridos no curso. Assim, a pedido do GESP do Instituto Politécnico da Guarda e com a ajuda da minha supervisora na instituição, Dr.^a Liliana Silva, elaborou-se o plano de estágio que posteriormente foi aprovado pela minha orientadora na ESTG, Prof.^a Doutora Ana Margarida Godinho Fonseca. As atividades contempladas nesse plano consistiam na/o:

- Elaboração de documentos;
- Atendimento telefónico;
- Receção e atendimento de utentes;
- Organização e preparação de processos;
- Arquivo de documentos;
- Organização e preparação de consultas de ambulatório;
- Efetivação de consultas;
- Agendamento de consultas.

De mencionar que, para além das tarefas acima referidas, efetuei também as seguintes atividades:

- Digitalizações;
- Envio de correio eletrónico;
- Registos operatórios;
- Realização de mapas operatórios;
- Introdução de dados nas listas para agendamento cirúrgico.

4.2. INTEGRAÇÃO NO LOCAL DE ESTÁGIO

No mês de maio, o GESP comunicou-me que a minha candidatura, para realizar o estágio curricular no Hospital Sousa Martins, tinha sido aceite e que teria de contactar a Dr.^a Sandra Gil, minha supervisora na instituição, para delinear as funções que iria realizar e o local de estágio. Assim aconteceu. No entanto, dois dias antes de iniciar o estágio, a Dr.^a Sandra informou-me telefonicamente de que, depois de ter reunido, nesse mesmo dia, com os chefes de unidade do hospital, tinha resolvido alterar o local de estágio e consequentemente as minhas tarefas. Posteriormente, percebi que esta mudança se devia à falta de administrativos na UCA, pois uma das funcionárias estava de baixa médica. Para além destas mudanças, também me comunicou que a Dr.^a Liliana Silva da UHGIC iria ser a minha nova supervisora, dado que é, hierarquicamente, a superior direta das secretárias administrativas dessa unidade.

Assim, iniciei o meu estágio no dia 2 de junho. Ia bastante nervosa, pois nem conhecia a minha supervisora, nem qual seria o meu local de estágio, nem que funções iria desenvolver. Ao chegar à UHGIC, e depois de me apresentar à Dr.^a Liliana como aluna estagiária do IPG, esta, atenciosamente, recebeu-me e indicou o local onde ia desenvolver as minhas funções. De seguida, a Dr.^a Liliana apresentou-me à Sr.^a D. Célia, secretária administrativa na UCA conjuntamente com a Dr.^a Sónia, e informou-me que iria dar apoio nessa unidade, dado que esta última se encontrava ausente devido a doença. Relativamente ao meu horário de trabalho, determinou-se que iria ser flexível, adaptando-se às necessidades administrativas da unidade.

O primeiro dia foi deveras intenso, dado que me foi transmitida muita informação tanto sobre o programa SONHO, como sobre todas as atividades que iam sendo realizadas pela Sr.^a D. Célia. De referir que, como não existiu um fio condutor na minha aprendizagem, isto é, ia aprendendo conforme o trabalho ia sendo realizado, tive alguma dificuldade tanto em compreender o fluxograma que apresento na página 14 como em perceber as funcionalidades do SONHO.

No gabinete administrativo da UCA apenas existem duas secretárias (figura 7), uma da Dr.^a Sónia e outra da Sr.^a D. Célia, pelo que eu trabalhava na secretária que estivesse livre, uma vez que o meu estágio também coincidiu com o período de férias das administrativas desta unidade. Existiu um curto período de tempo em que estiveram as

duas administrativas ao serviço, pelo que aproveitei essa altura para consolidar toda a informação já adquirida e tudo o que tinha aprendido, isto conjuntamente com a Dr.^a Sónia, secretária administrativa nesta unidade desde a sua criação.



Figura 7 - O meu local de trabalho

Fonte: Elaboração Própria

Todas as tarefas que desempenhei na UCA basearam-se no processo de planeamento da cirurgia em regime de ambulatório. Deste modo, vou descrever as atividades que realizei seguindo as três principais etapas deste procedimento: o pré-operatório, o dia da cirurgia e o pós-operatório.

Antes de iniciar o relato das minhas funções nesta unidade, tenho de referir que todos os dados pessoais apresentados nas imagens são fictícios, por questão de confidencialidade.

4.3. O PRÉ-OPERATÓRIO

4.3.1. A Avaliação Pré-operatória

Administrativamente, a preparação do processo e posterior agendamento da cirurgia inicia-se com a chegada do utente e da proposta cirúrgica (anexo 1) à UCA. Assim, depois de o utente chegar a esta unidade informava a enfermeira para que, numa consulta de enfermagem, realizasse a **avaliação pré-operatória** (anexo 2). Esta avaliação é realizada nesta fase embrionária do processo, com o intuito de aferir se o utente tem ou não critérios sociais de admissão na unidade, conforme anteriormente explicado.

Nesta fase, marcava no SONHO a consulta de enfermagem que depois efetivava. Note-se que todas as consultas realizadas nesta unidade deviam ser marcadas e efetivadas nesta aplicação. O processo de marcação e efetivação é idêntico para cada categoria de consulta (consulta de enfermagem, de anestesia e de cirurgia de ambulatório), apenas mudando o código a introduzir (20087, 20090, 20093 respetivamente). Para melhor compreensão deste processo apresento de forma esquematizada, no anexo 10, a marcação de uma consulta e no anexo 11 a sua efetivação.

Para além de marcar e efetivar a consulta de enfermagem no SONHO, registava a consulta num ficheiro Excel (figura 8).



Nº	Nome	Especialidade	Avaliação Pré-op.	Consulta Ensino	N/CRITÉRIOS		
					R	S	C
1	LEONOR MENDES	OFTALMOLOGIA		X			
2	TOMÁS MONTEIRO	CIRURGIA		X			
3	INSOLINA ALICE	UROLOGIA		X			
4	ANGELA MARIA	ORTOPEdia		X			
5	MARIA PIEDADE	OFTALMOLOGIA		X			
6	MARIA FERNANDA	GINECOLOGIA	X				
7	SANDRA CRISTINA	UROLOGIA	X				
8	PINTO ROSA	GINECOLOGIA	X				
9	ANA ENCARNAÇÃO OSORIO	ORTOPEdia	X				
10	LUCIA FERNANDA ANDRADE	OFTALMOLOGIA	X				
					0	0	0

Figura 8 - Registo das consultas de enfermagem

Fonte: Captura de ecrã

Este ficheiro Excel, como todos os documentos relativos à UCA, estão inseridos numa pasta designada de Pasta Partilha. Este nome deve-se ao facto de se poder aceder a todos os seus documentos a partir de qualquer computador desta unidade. No entanto, apenas se conseguiam realizar modificações, em qualquer um dos documentos, desde que não fossem abertos em modo de leitura.

Depois de realizada a avaliação pré-operatória, o utente ia embora e uma das minhas tarefas era colocar a proposta cirúrgica, conjuntamente com a avaliação, numa pasta que posteriormente ia para a UHGIC. Nesta unidade, se o utente possuía critérios sociais para realizar a cirurgia em regime de ambulatório, era inscrito na LICA, caso não possuísse estes critérios era inscrito na LIC em regime de internamento.

4.3.2. Inscrição na Lista de Agendamento da UCA

Seguidamente, a proposta do utente, com critérios sociais para realizar a cirurgia em regime de ambulatório, regressava à UCA. Nesta fase, inseria os dados da proposta no ficheiro Excel denominado Lista para Agendamento Cirúrgico (figura 9), localizado na Pasta Partilha. Este livro Excel é composto por várias folhas, duas para cada especialidade, sendo que numa delas estão os utentes por operar e noutra encontram-se

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1	UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - LISTA INSCRITOS ORTOPEdia										
2	Data de Entrada	Processo Clínico	Idade	Nome Utente	Diagnóstico	Intervenção	Consulta Anestesia (ASA)	Observações	Médico proponente	Situação (LICA)	Data Cirurgia
6	10-02-14	201	72	Manuel Joaquim	STC DT*	Libertação do mediano		Tem quest + falta ca	Dr. Luis Camarinha	Pendente	
7	17-02-14	200	26	Tania Silva	D 3 mão em gatilho Esq. (em quisto tendinose)	Libertação Bainha Tendão Flexor	R-I	Tem quest + tem ca	Dr.º Eunice	Pendente	
8	18-02-14	200	46	Mario Antonio	STC DT*	Libertação do mediano	R-II	Tem quest +tem ca	Dr. Jose Lemos Ferreira	Pendente	
9	06-03-14	200	54	Clarinda	STC DT*	Libertação do mediano	R-II	Tem quest + tem ca	Dr. Lemos	Agendado	30-09-14
10	07-03-14	200	34	Natalia	Recidiva de quisto sinovial do pé dto	excisao	R-I	Tem quest + tem ca	Dr. Alexandre	Agendado	16-09-14
11	11-03-14	201	53	Maria Emilia	Fascite Plantar (esporão calcaneo esq.)	Libertação Facial plantar	R-II	Tem quest + tem ca	Dr.º Eunice	Agendado	23-09-14
12	12-03-14	200	39	Suzana Maria	Quisto sinovial dorso punho esq.	excisao	R-I	Tem quest + tem ca	Dr. Eduardo Araujo	Agendado	16-09-14
13	13-03-14	2003	27	Candida Dulce	Quisto gangliomar tendão flexor 3º. Dedo mão dto	exereses	R-I	Tem quest + Tem ca	Dr. Jose Lemos Ferreira	Agendado	23-09-14
14	19-03-14	201	25	Fabio Rafael	Condromolacia da rótula dt*	Libertação da asa ext. rotula	15-set	Tem quest + falta ca	Dr. Eduardo Araujo	Agendado	23-09-14
15	20-03-14	200	47	Maria Rosario	STC ESQ.	Libertação do mediano	15-set	Tem quest + falta ca	Dr. Jose Lemos Ferreira	Agendado	23-09-14
16	20-03-14	200	63	Aloisio	Doença de Dupuytran 3º. Dedo à Esq.	Fasciectomia Palmar	16-set	Tem quest + falta ca	Dr. Jose Alexandre Marques	Agendado	23-09-14
17	21-03-14	201	57	Maria Augusta	Quisto sinovial do Punho Esq.	Artroscopia		Temquest + falta ca	Dr. Jose Alexandre Marques	Ativo	
18	21-03-14	200	53	Maria Lurdes	STC DT*	Libertação do mediano	R-II	Tem quest + tem ca	Dr. Fernando Pessoa	Agendado	30-09-14

Figura 9 - Lista para Agendamento Cirúrgico

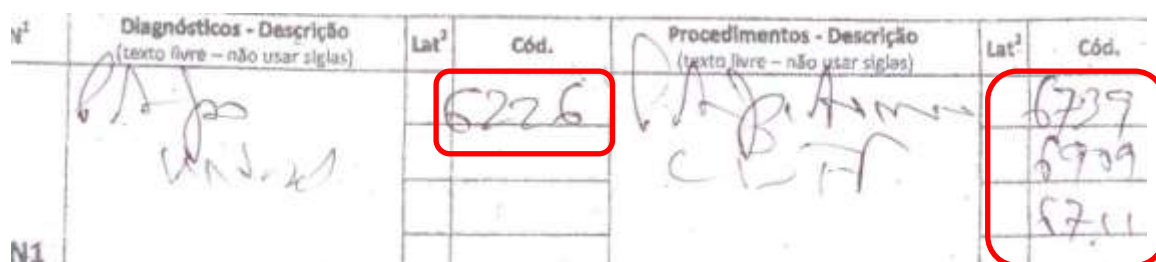
Fonte: Captura de ecrã

todos aqueles que já não estão na lista de inscritos para cirurgia em ambulatório, ou porque já foram operados, ou porque cancelaram a operação ou porque foram operados noutra hospital.

A inserção dos dados da proposta cirúrgica, nesta lista, era feita segundo a especialidade e data da proposta (da mais antiga para a mais recente, excetuando na especialidade de oftalmologia, visto que eram ordenadas por data de cirurgia) e consoante um código de cores, que facilitava a análise da lista tanto a nível de prioridades cirúrgicas (segunda folha do anexo 1) como de idade dos utentes.

Portanto, caso a proposta cirúrgica fosse de nível 1, ou seja, de prioridade normal, inseria o registo do utente a preto; se fosse de nível 2, isto é, prioritária, assinalava a inscrição a verde, tomando um lugar de destaque na lista. Por último, os dados de uma criança digitava-os a azul. Sempre que transpunha os dados de um utente da lista “para operar” para a lista dos operados, colocava-os a vermelho.

Seguindo as instruções que me tinham sido facultadas, pensei que não ia ter dificuldades em efetuar esta tarefa, no entanto tudo se complicou quando tentei ler, ou melhor decifrar o diagnóstico e o respetivo procedimento. Isto porque a proposta cirúrgica é preenchida à mão pelos clínicos e a “letra dos médicos” é mesmo muito difícil de compreender, principalmente quando se trata de termos clínicos (anexo 12). No início, quando tinha dúvidas, pedia ajuda às colegas ou às enfermeiras, consoante a sua disponibilidade. Todavia, com o passar do tempo fui ganhando prática e no final do estágio já conseguia perceber o que o médico tinha escrito. Nos casos mais difíceis, como o anexo 12, recorria aos códigos inseridos na proposta cirúrgica (figura 10), dado que cada código corresponde unicamente a um diagnóstico ou a um procedimento. Estes encontravam-se ordenados por especialidade num ficheiro Excel, que foi criado pelas secretárias desta unidade, devido às dificuldades que também elas sentem aquando da realização desta tarefa.



The image shows a handwritten surgical proposal form with two main columns: 'Diagnósticos - Descrição' and 'Procedimentos - Descrição'. Each column has sub-columns for 'Lat²' and 'Cód.'. The 'Cód.' column in both sections has three entries highlighted with red boxes. The first highlighted code is '5226' under the 'Diagnósticos' section. The other two highlighted codes are '6739' and '6711' under the 'Procedimentos' section.

Nº	Diagnósticos - Descrição (texto livre - não usar siglas)		Cód.	Procedimentos - Descrição (texto livre - não usar siglas)		Cód.
	Lat²			Lat²		
N1			5226		6739	
					6709	
					6711	

Figura 10 - Códigos de uma proposta cirúrgica

Fonte: Serviços da UCA

Após ter realizado esta tarefa, colocava um visto - ✓ - no canto superior esquerdo da proposta que confirmava a sua inserção na lista para agendamento cirúrgico. Seguidamente, arquivava a proposta no respetivo *dossier* (figura 11) por ordem da data da proposta, isto é, da mais antiga para a mais recente. Este procedimento verificava-se em todas as especialidades, excetuando oftalmologia, na qual ordenava as propostas por data de cirurgia, também da mais antiga para a mais recente.



Figura 11 - Arquivo da UCA

Fonte: Elaboração Própria

Arquivar uma proposta é uma tarefa que se reveste de grande importância, dado que se uma delas fosse colocada noutra *dossier* que não a da especialidade da proposta, ou mesmo que estivesse no *dossier* correto, mas não arquivada cronologicamente, iria originar perda de tempo numa procura desnecessária.

Administrativamente, seguiam-se as marcações das consultas de anestesia e de enfermagem (neste caso também designada de ensino), realizadas no mesmo dia que antecede a cirurgia.

4.3.3. Consulta de Anestesia

4.3.3.1. Procedimentos Administrativos Realizados Antes da Consulta

A preparação da consulta de anestesia iniciava-se com o contacto telefónico aos utentes, logo que a enfermeira nos facultasse a lista dos pacientes a chamar. Este telefonema era

realizado com o intuito de dar a conhecer ao utente o dia da consulta de anestesiologia e informá-lo de todos os requisitos necessários para se poder apresentar na mesma. Note-se que o agendamento desta consulta só era realizado quando ou já se soubesse a data da cirurgia ou esta se realizasse num futuro próximo, posto que os exames realizados no dia da consulta têm um prazo máximo de seis meses de validade.

No exercício desta atividade tive a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos na unidade curricular de Técnicas Administrativas e de Assessoria II. Portanto, quando atendia uma chamada preocupava-me em sorrir, uma vez que o sorriso conferia um tom amável e simultaneamente transmitia afabilidade e simpatia ao interlocutor. Assim, iniciava o telefonema cumprimentando o interlocutor, identificava-me, de seguida identificava a instituição e tinha sempre o cuidado de confirmar a identificação do interlocutor, enunciando todo o seu nome, para não haver equívocos.

Principiava então por: “Bom dia / boa tarde, fala a Celeste, estou a falar do Hospital da Guarda da Unidade de Cirurgia de Ambulatório, estou a falar com o Sr. Joaquim das Neves?”.

Depois de confirmar a identidade do interlocutor, explicava a razão do meu telefonema e seguidamente realizava as questões que abaixo apresento, com as respetivas recomendações, para que o utente realizasse uma preparação prévia antes da consulta.

Pergunta 1: Toma alguma medicação para a tensão? Caso a resposta fosse afirmativa, pedia-lhe que, na manhã do dia da consulta, a tomasse com um golo de água.

Pergunta 2: É diabético? Se o utente respondesse afirmativamente, solicitava-lhe que, na manhã do dia da consulta, bebesse um chá açucarado. Caso fosse simultaneamente diabético e hipertenso, pedia-lhe que tomasse o comprimido da tensão com chá açucarado.

Pergunta 3: Tem exames, análises e eletrocardiograma recentes? Só no caso de o interlocutor ter realizado algum destes meios complementares de diagnóstico (MCD) num laboratório ou médico privado é que solicitava que o trouxesse, dado que todos os MCD efetuados na ULS da Guarda estão disponíveis em rede, mediante prévio *login*.

Pergunta 4: Sabe onde se localiza a UCA? Devido à mudança de alguns serviços para o edifício novo, muitas eram as dúvidas dos utentes. Assim, mesmo que o interlocutor dissesse que sabia, confirmava sempre a sua localização.

Outras recomendações:

- Vir em jejum;
- Ser portador de toda a medicação que toma;
- Apresentar-se na UCA entre as 10 e 11 horas para realizar todos os MCD pré-operatórios, permanecendo na UCA da parte da tarde, visto que o médico anestesista iniciava as consultas às 14 horas.

Como, na maioria das vezes, comunicava com pessoas de idade avançada, tinha a precaução de utilizar um vocabulário adequado, pelo que em vez de recorrer a vocábulos como *localização* ou *situa-se* empregava *fica*. Sempre que telefonava para um utente que, ou pela idade ou por outros motivos, não compreendesse as recomendações que lhe estava a transmitir, perguntava-lhe se queria que telefonasse a um(a) filho(a) ou a alguém que normalmente o acompanhasse aquando das suas deslocações.

Para que não houvesse esquecimentos ou equívocos relativamente à data e hora da consulta e também sobre as recomendações fornecidas, sugeria ao interlocutor que apontasse as informações, dando-lhe tempo para se munir de papel e caneta, e falava pausadamente.

No dia da consulta, se algum utente não comparecesse até cerca das 11h 15 m, era procedimento comum telefonar-lhe para saber se apenas estava atrasado ou se não ia comparecer, tendo de, neste caso, apresentar um válido argumento (por exemplo: doença repentina, queda, entre outros). Certo dia, fiquei muito surpreendida quando, ao contactar uma utente para saber qual a razão do seu não comparecimento, a senhora disse-me que estava na sala de espera (figura 12).



Figura 12 - Sala de espera da UCA

Fonte: Elaboração Própria

Após este acontecimento, sempre que efetuava um contacto telefónico relacionado com a consulta de anestesia, tinha o cuidado de pedir aos utentes que, logo que chegassem à UCA, dessem o seu nome para termos conhecimento da sua presença.

Várias foram as ocasiões em que, no decorrer de uma chamada, tive necessidade de procurar alguma informação que o interlocutor pretendia, então perguntava-lhe se podia esperar breves momentos. Depois retomava a ligação, agradecendo-lhe por ter esperado, e facultava os elementos pretendidos.

Para além de efetuar contactos telefónicos, também atendia telefonemas, tanto internos como externos. As chamadas internas provinham essencialmente das enfermeiras da sala de recobro da UCA, que nos contactavam, por exemplo, para pedir dados sobre algum utente. Relativamente aos telefonemas externos, muitos eram erradamente redirecionados pela central de telefones do hospital para a UCA, pelo que tentava, sempre que possível, ajudar o interlocutor. Excetuando estes enganos, as chamadas externas eram realizadas, na sua maioria, pelos utentes em lista de espera para cirurgia em ambulatório. Telefonavam sobretudo com o intuito de saberem o tempo que ainda faltava para serem convocados para a cirurgia. Esta era uma das questões à qual tinha mais dificuldades em responder, uma vez que cada especialidade tem o seu tempo de espera, que está diretamente relacionado com o mapa trimestral de tempos operatórios. Isto é, se o mapa tem poucos tempos operatórios de ortopedia, logo o tempo de espera aumenta.

Por exemplo, um utente inscrito na lista de cirurgia pode estar na lista de espera pelo menos 15 meses até ser convocado, mas se estiver inscrito na lista de ortopedia, para ser operado a um túnel cárpico, o tempo de espera não supera os 6 meses.

Depois de ter efetuado o contacto telefónico e de o utente confirmar a sua presença, marcava, no SONHO, as consultas de anestesia e de enfermagem. Esta marcação tinha de ser realizada com uma antecedência de pelo menos 48 horas, para que os funcionários do arquivo tivessem conhecimento dos processos necessários e no-los trouxessem no dia anterior ao da consulta. Também realizava o registo desta última, no ficheiro Excel - Registo de consultas de enfermagem (figura 13).

Nº	Nome	Especialidade	Avaliação Pré-op.	Consulta Ensino	N/CRITÉRIOS		
					R	S	C
1	LEONOR MENDES	OFTALMOLOGIA		X			
2	TOMAS MONTEIRO	CIRURGIA		X			
3	INSOLINA ALICE	UROLOGIA		X			
4	ANGELA MARIA	ORTOPEDIA		X			
5	MARIA PIADEDE	OFTALMOLOGIA		X			
6	MARIA FERNANDA	GINECOLOGIA	X				
7	SANDRA CRISTINA	UROLOGIA	X				
8	PINTO ROSA	GINECOLOGIA	X				

Figura 13 - Registo da consulta de ensino

Fonte: Captura de ecrã

Seguidamente, registava o contacto telefónico realizado no SONHO (anexo 13). Note-se que o registo deste contacto era realizado independentemente da confirmação de comparência na consulta. Isto é, o registo era efetuado tanto em caso de o utente não aceitar ou aceitar apresentar-se no dia da consulta, como em caso de não ter atendido o telefone. Este registo permitia a criação de um histórico telefónico, dado que se não conseguisse contactar via telefone o utente, era necessário fazê-lo por carta e este histórico permitia verificarmos e certificarmos-nos dos contactos telefónicos já efetuados.

Em continuação, procedia à preparação do processo da consulta de anestesia de cada utente. Este processo era constituído sequencialmente pelos seguintes impressos:

- Consulta de anesthesiologia (anexo 4);
- Registo do plano de cuidados, designado geralmente por Proposta Cirúrgica (anexo 1);
- Capa da Unidade de Cirurgia de Ambulatório (anexo 14);
- Avaliação pré-operatória (anexo 2);
- Consulta de enfermagem (anexo 15);
- Consentimento informado (anexo 3);
- Admissão na UCA (anexo 16);
- Preparação pré-operatória imediata (anexo 17);
- Orientação para pós-operatório (anexo 18), em determinadas especialidades como ginecologia, cirurgia ou ortopedia tinha de imprimir impressos específicos, localizados num ficheiro Excel designado Recomendações Alta, que se caracterizavam por já estarem preenchidos com a medicação a realizar no pós-operatório;
- *Follow-up* telefónico (anexo 8).

Finalmente, assim que chegasse do arquivo o processo clínico dos pacientes, colocava no seu interior o processo da consulta de anestesia, para que, caso fosse necessário, os enfermeiros e os médicos tivessem acesso a toda a informação clínica do doente.

4.3.3.2. Procedimentos Administrativos Realizados no Dia da Consulta

No dia da consulta, o atendimento era realizado conforme os utentes iam chegando e, aquando da sua chegada à UCA, averiguava se os seus nomes e datas de nascimento correspondiam aos dados do processo, a fim de evitar equívocos relativamente à sua identificação. De seguida, efetivava as consultas de anestesia e de enfermagem previamente marcadas e, depois de o processo estar pronto, levava-o ao gabinete de enfermagem.

4.3.3.3. Procedimentos Administrativos Realizados Depois da Consulta

Como já referi anteriormente, um dos objetivos da consulta de anestesia é avaliar se o utente possui ou não critérios clínicos para realizar a cirurgia em regime de ambulatório. A comprovação destes critérios resulta da avaliação e análise do estado físico do

paciente pelo médico anestesista, que utiliza o sistema de classificação do estado físico da *American Society of Anesthesiologists* (ASA) (tabela 2).

Estado físico	Descrição
ASA I	Indivíduo saudável
ASA II	Paciente com doença sistémica leve
ASA III	Paciente com doença sistémica grave
ASA IV	Paciente com doença sistémica grave que é uma ameaça constante à vida

Tabela 2 - Classificação do estado físico do doente pela ASA

Fonte: Adaptado de <https://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>

Independentemente do resultado da consulta de anestesia, introduzia no SONHO o ASA do utente e a informação de como já tinha realizado esta consulta (figura 14).

The screenshot shows a software window titled 'LISTA DE INSCRITOS DO BLOCO' with the following data fields:

- Nº PROCESSO: 200
- Nº Lista Inscrito: 107
- Nome: ANTONIO
- Sexo: 1 Mas
- Idade: 72(anos)
- Estado: A Activo
- Situação: 3 Agendado
- Data de Entrada: 21/02/2014
- Prevista: Data: 21/02/2014
- Duração: [empty]
- Especialidade: 20 AMB OFTALMOLOGIA
- Tipo: 2 Cirurgia de Ambula
- Interv. Cir.: 1341 FACOEMULSIFICACAO E ASPIRACAO DE CATARATA
- Diagnóstico: 36610 CATARATA SENIL SOE
- Prioridade: 1 Normal
- Justificação: Realizada
- Aval. Pré Operatória: R
- ASA: 2 ASA II
- Suporte Peri-Operatório: N
- Patologias Associadas? N

Navigation buttons at the bottom include: [Situação/Estado] [Outros Dados] [Agendamento] [Sair] and a '<Replace>' button.

Figura 14 - Registo da consulta de anestesia e ASA no SONHO

Fonte: Captura de ecrã

Todavia, apenas colocava esta informação no ficheiro Excel – Lista para agendamento cirúrgico – se o utente possuísse critérios clínicos de admissibilidade em cirurgia de ambulatório (figura 15).

UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - LISTA INSCRITOS ORTOPEdia										
Data de Entrada	Processo Clínico	Idade	Nome Utente	Diagnóstico	Intervenção	Consulta Anestesia (ASA)	Observações	Médico proponente	Situação (LICA)	Data Cirurgia
10-02-14	20193	72	Manuel Joaquim	STC DTª	Libertação do mediano	R-I	Tem quest + tem ca	Dr. Luis Camaril	Pendente	
17-02-14	20060	26	Tania	D 3 mão em gatilho Esq. (em quisto tendinose)	Libertação Bainha Tendão Flexor	R-I	Tem quest + tem ca	Dr.ª Eunice Dr. Jose Lemos Ferreira	Pendente	
18-02-14	20070	46	Mario Antonio	STC DTª	Libertação do mediano	R-II	Tem quest + tem ca	Dr. Luis Camaril	Pendente	
24-02-14	20105	50	Ricardo Jorge	STC ESQ	Libertação do mediano	R-II	Tem quest + tem ca	Dr. Luis Camaril	Agendado	16-09-14
05-03-14	20131	60	Abilio	Doença Dupuytan 3ª, ralo (grau 1) Esq.	Excisao de Nodulos dolorosos na palma	R-II	Tem quest + tem ca	Dr. Eduardo Araujo	Pendente	
06-03-14	20085	54	Clarinda	STC DTª	Libertação do mediano	R-II	Tem quest + tem ca	Dr. Lemos	Agendado	30-09-14
07-03-14	20025	34	Natalia	Recidiva de quisto sinovial do pé dto	excisao	R-I	Tem quest + tem ca	Dr. Alexandre	Agendado	16-09-14
11-03-14	20188	53	Maria Emilia	Fascite Plantar (esporão calcaneo esq.)	Libertação Facial plantar	R-II	Tem quest + tem ca	Dr.ª Eunice	Agendado	23-09-14
12-03-14	20052	39	Suzana Maria	Quisto sinovial dorso punho esq.	excisao	R-I	Tem quest + tem ca	Dr. Eduardo Araujo	Agendado	16-09-14
13-03-14	20035	27	Candida	Quisto gangliomar tendão flexor 3ª. Dedo mão dto	exeresese	R-I	Tem quest + tem ca	Dr. Jose Lemos Ferreira	Agendado	23-09-14
19-03-14	20194	25	Fabio Rafael	Condromalacia da rotula dtª	Libertação da asa ext. rotula	15-set	Tem quest + falta ca	Dr. Eduardo Araujo	Agendado	23-09-14
20-03-14	20098	47	Maria Rosario	STC ESQ	Libertação do mediano	15-set	Tem quest + falta ca	Dr. Jose Lemos Ferreira	Agendado	23-09-14

Figura 15 - Registo da consulta de anestesia e ASA no ficheiro Excel

Fonte: Captura de ecrã

Se o doente não reunisse estes critérios, retirava o utente desta lista, passando-o para a respetiva lista de operados com a seguinte anotação: utente sem critérios clínicos para realizar operação em ambulatório. Esta observação permitir-nos-ia saber em qualquer altura a razão da sua saída (figura 16).

UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - LISTA INSCRITOS ORTOPEdia										
Data de Entrada	Processo Clínico	Idade	Nome Utente	Diagnóstico	Intervenção	Consulta Anestesia (ASA)	Observações	Médico proponente	Situação (LICA)	Data Cirurgia
12-03-14	20052	66	Colectina	Lesão Meniscal interna como posterior Esq.	Artroscopia		Tem quest + Falta ca - PASSOU PARA CONVENCIONAL	Dr. Eduardo Araujo	Ativo	uhgic
28-02-14	20037	61	Maria Helena	Lesão interna do joelho dtª	Artroscopia		Tem quest + Falta ca - PASSOU PARA CONVENCIONAL	Dr. Fernando Pessoa	Ativo	uhgic
28-02-14	20130	54	Americo	Sinovite joelho Esq. → lesão menisco int.	Artroscopia		Tem quest + Falta ca - PASSOU PARA CONVENCIONAL	Dr. Fernando Pessoa	Ativo	uhgic
12-03-14	20027	58	Jose	Gonartrose joelho Esq.	Artroscopia		Tem quest + Falta ca - PASSOU PARA CONVENCIONAL	Dr. Eduardo Araujo	Ativo	uhgic
24-03-14	20138	70	Joao Santos	Rotura Menisco int. joelho Dto.	Artroscopia		Tem quest + Falta ca - PASSOU PARA CONVENCIONAL	Dr.ª Eunice Tavares Carvalho	Ativo	uhgic
01-04-14	20103	29	Marco Jose	Lesão do menisco interno joelho Dto	Artroscopia		Tem quest + Falta ca - PASSOU PARA CONVENCIONAL	Dr. Jose Manuel Lemos	Ativo	uhgic
07-04-14	20189	71	Adelino	Gonartrose tricompartmental+ lesão menisco interno	Artroscopia		Tem quest + falta ca-PASSOU PARA CONVENCIONAL	Dr.ª Eunice Tavares Carvalho	Ativo	uhgic
10-04-14	20120	59	Maria Fernanda	Patologia meniscal, condromalacia	Artroscopia		Tem quest + Falta ca - PASSOU PARA CONVENCIONAL	Alexandre Marques	Ativo	uhgic
10-04-14	20071	54	Maria Fernanda	Rotura do MI joelho dtª + condromalacia patelar	do joelho + condroplastia com shaver		Tem quest + Falta ca - PASSOU PARA CONVENCIONAL	Dr. Jose Alexandre Marques	Ativo	uhgic

Figura 16 - Lista de utentes sem critérios clínicos

Fonte: Captura de ecrã

Relativamente à proposta cirúrgica, esta seguia dois caminhos diferentes, dependendo de os critérios para cirurgia de ambulatório se confirmarem ou não. Em caso negativo, enviava a proposta, conjuntamente com a avaliação pré-operatória e a consulta de anestesia, para a UHGIC para o utente ser transferido para o internamento. Em caso positivo, arquivava os impressos supracitados no respetivo *dossier* da especialidade. Nestes dois casos, o processo clínico e o resto dos impressos do processo da consulta de anestesia iam para o arquivo.

Depois de realizada a consulta de anestesia, muitos utentes e acompanhantes, aquando da sua saída da UCA, pediam uma justificação da sua presença nesta unidade para entregarem à entidade patronal. Por conseguinte, preenchia a declaração (anexo 19) com o nome e número de beneficiário do utente, colocava um - √ - na 5ª opção onde registava as horas de entrada e saída da unidade. Se a declaração fosse para um acompanhante, para além da informação supramencionada, assinalava a última opção e adicionava o nome do acompanhante e o seu número de Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão. Finalmente, assinava a declaração e carimbava-a.

4.4. O AGENDAMENTO CIRÚRGICO E ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS CIRÚRGICOS

Depois de realizadas todas as diligências supramencionadas, a enfermeira responsável colocava na Lista para Agendamento Cirúrgico (ficheiro Excel) a data da cirurgia do utente (figura 17), à qual toda a unidade tinha acesso, visto encontrar-se este ficheiro na pasta Partilha.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1	UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - LISTA INSCRITOS ORTOPEdia										
2	Data de Entrada	Processo Clínico	Idade	Nome Utente	Diagnóstico	Intervenção	Consulta Anestesia (ASA)	Observações	Médico proponente	Situação (UCA)	Data Cirurgia
3	10-02-14	20193	72	Manuel Joaquim	STC DTP	Libertação do mediano	R-I	Tem quest + tem ca	Dr.Lemos	Ativo	16-09-14
4	17-02-14	20060	26	Tania	D 3 mão em gatilho Esq. (em quisto tendinose)	Libertação Bainha Tendão Flexor	R-I	Tem quest + tem ca	Dr.ª Eunice Dr. Jose Lemos	Ativo	16-09-14
5	18-02-14	20070	46	Mario Antonio	STC DTP	Libertação do mediano	R-II	Tem quest + tem ca	Ferreira	Ativo	16-09-14
6	24-02-14	20105	50	Ricardo Jorge	STC ESQ	Libertação do mediano	R-II	Tem quest + tem ca	Dr.Lemos	Ativo	16-09-14
7	06-03-14	20085	54	Clarinda	STC DTP	Libertação do mediano	R-II	Tem quest + tem ca	Dr.Lemos	Ativo	30-09-14
8	07-03-14	20025	34	Natalia	Recidiva de quisto sinovial do pé dto	excisao	R-I	Tem quest + tem ca	Dr. Alexandre	Ativo	16-09-14
9	11-03-14	20188	53	Maria Emilia	Fascite Plantar (esporão calcaneo esq.)	Libertação Facial plantar	R-II	Tem quest + tem ca	Dr.ª Eunice	Ativo	23-09-14
10	12-03-14	20052	39	Suzana Maria	Quisto sinovial dorso punho esq.	excisao	R-I	Tem quest + tem ca	Dr.Eduardo Araujo	Ativo	16-09-14
11	13-03-14	20035	27	Candida	Quisto gangliomar tendão flexor 3ª. Dedo mão dto	excisao	R-I	Tem quest + tem ca	Dr.Jose Lemos Ferreira	Ativo	23-09-14

Figura 17 - Registo da data de cirurgia na lista para agendamento cirúrgico

Fonte: Captura de ecrã

Logo que estas datas estivessem disponíveis, realizava o agendamento cirúrgico no SONHO e, com a mesma data do agendamento, marcava, também neste sistema informático, a consulta designada de Cirurgia de Ambulatório com o código 20093. Esta consulta tinha de ser marcada com uma antecedência de pelo menos 48 horas, para que os funcionários do arquivo tivessem conhecimento dos processos necessários e no-los trouxessem no dia anterior ao da cirurgia para podermos preparar os mesmos.

Seguidamente, procedia à organização do processo cirúrgico de cada utente. Em primeiro lugar, retirava do *dossier* a proposta cirúrgica, a avaliação pré-operatória e a consulta de anestesia. A estes impressos juntava sequencialmente:

- ☒ Registo da cirurgia (anexo 6);
- ☒ Registo perioperatório (anexo 7);
- ☒ Receita para Cirurgia de Ambulatório (anexo 20);
- ☒ Ficha anestésica (anexo 5).

Note-se que nem em todas as especialidades se verificava esta sequência, ou porque adicionava ou retirava impressos. Por exemplo em oftalmologia, ginecologia e dermatologia não colocava o impresso - Receita para Cirurgia de Ambulatório. Ainda em ginecologia adicionava sequencialmente os seguintes impressos:

- ☒ Consulta externa de ginecologia (anexo 21);
- ☒ Protocolo operatório (anexo 22);
- ☒ Requisição de exame histológico (anexo 23).

Nas cirurgias que eram realizadas sem consulta de anestesia, como as injeções Intra-vítreas (IIV) em oftalmologia, as pequenas cirurgias (por ex. a remoção de quistos), a colocação ou remoção de *implantofix* (cateter que facilita os tratamentos de quimioterapia) e por último a remoção de sinais malignos em dermatologia, tinha de preparar processos completos. Atente-se que, em cada um destes casos, a preparação do processo é diferente, dado que os impressos variam, como se pode verificar pelos exemplos que a seguir apresento.

Processo da pequena cirurgia	Processo de dermatologia
<ul style="list-style-type: none"> ☒ Proposta cirúrgica; ☒ Registo cirúrgico; ☒ Capa da UCA; ☒ Consentimento informado; ☒ Admissão na UCA; ☒ Preparação pré-operatória imediata; ☒ Orientações para o pós-operatório. 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Proposta cirúrgica; ☒ Registo cirúrgico; ☒ Registo perioperatório; ☒ Capa da UCA; ☒ Avaliação pré-operatória; ☒ Consulta de enfermagem; ☒ Consentimento informado; ☒ Admissão na UCA; ☒ Preparação pré-operatória imediata; ☒ <i>Follow-up</i> das 24 horas.

Tabela 3 - Processos operatórios

Fonte: Elaboração Própria

O processo cirúrgico da IIV e da pequena cirurgia são similares, dado que apenas difere um impresso, ou seja, o processo da IIV não tem o impresso - Orientação para pós-operatório.

4.5. O DIA DA CIRURGIA

No dia da cirurgia, os utentes chegavam à UCA às oito horas da manhã. Estes eram chamados não por ordem de chegada, mas sim consoante a sua disposição no mapa operatório.

Era um dia bastante importante para eles. Muitos chegavam receosos e nervosos, pelo que conversava um pouco com eles, tranquilizando-os, tentando ao mesmo tempo transmitir um pouco de confiança. Também lhes perguntava o nome do médico de família e o centro de saúde ao qual recorriam, pois caso necessitassem de realizar tratamentos pós-operatórios, como mudar o penso ou retirar pontos, mandava uma mensagem de correio eletrónico ao centro de saúde, dando conhecimento desta situação.

Em seguida efetivava a consulta (20093) previamente marcada e, depois de ter o processo pronto, levava-o ao gabinete de enfermagem, para que a enfermeira realizasse os preparativos de admissão.

Ao longo de todo o dia, alguns familiares ou vinham ao nosso gabinete ou telefonavam para saberem notícias dos pacientes. Nestes dois casos encaminhava-os para o recobro, onde as enfermeiras falavam com eles.

4.6. O PÓS-OPERATÓRIO

Após saber que todos os pacientes tinham sido operados, retirava o seu nome da Lista para agendamento cirúrgico (ficheiro Excel), colocando-os na correspondente lista dos operados (figura 18).

UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - LISTA INSCRITOS ORTOPEZIA												
	Data de Entrada	Processo Clínico	Idade	Nome Utente	Diagnóstico	Intervenção	Consulta Anestesia (ASA)	Observações	Médico proponente	Situação (LICA)	Data Cirurgia	Data Operado
1704	26-02-14	20085	52	Maria Conceicao	Neuroma Norton 3º, Espaço Dto	Excisao	R-I	Tem quest + tem ca	Dr.º Eduardo Araujo	Agendado	09-09-14	09-09-14
1705	24-02-14	20144	35	Antonio	Doença Dupuytren - Grau 3 5º. Meio mão	Fasciotomia	R-II	Tem quest + Tem ca	Drª Eunice Tavares	Agendado	05-05-14	05-09-14
1706	05-03-14	20192	70	Manuel	Doença Dupuytren 5º -rulo Eq. (2º. Grau)	Fasciotomia	R-II	Tem quest + tem ca	Dr. Eduardo Araujo	Agendado	09-09-14	09-09-14
E207	27-02-14	20142	60	Maria Alzira	Doença Dupuytren - mão Dta 3 e 4 dedo	Fasciotomia	R-II	Tem quest + tem ca	Dr. Alexandre	Agendado	05-05-14	09-09-14
1708	16-05-14	20082	35	Bruno Miguel	Quisto Sinovial pé Dtº	Exeresse	R-II	Tem quest + tem ca	Dr. Fernando Pessoa	Agendado	09-09-14	09-09-14
1709	25-10-13	20025	48	Maria Jose	STC DTº	Libertação do mediano	R-II	Tem quest + Tem ca	Dr. Alexandre	Agendado	09-09-14	09-09-14
1710	27-02-14	20070	31	Maria Rosa	STC DTº	Libertação do mediano	R-II	Tem quest + tem ca	Dr. Jorge Correia	Agendado	09-09-14	09-09-14
1711	13-03-14	20088	60	Maria Jose	STC DTº	Libertação do mediano	R-II	Tem quest + tem ca	Dr. Jose Lemos Ferreira	Agendado	09-09-14	09-09-14
1712	14-03-14	20038	54	Maria Odete	STC Esq	Libertação do mediano	R-I	Tem quest + tem ca	Dr. Fernando Pessoa	Agendado	05-03-14	09-09-14

Figura 18 - Lista dos operados

Fonte: Captura de ecrã

Também marcava as consultas pós-operatórias, que ocorriam normalmente trinta dias depois da operação, consoante informação médica ou administrativa das respetivas especialidades. Ou seja, em algumas especialidades, o médico-cirurgião dizia-nos a data da consulta, noutras especialidades telefonava para a unidade em questão, para me fornecerem a data da consulta, mediante as vagas existentes na agenda do clínico. Seguidamente, marcava as consultas no SONHO e imprimia uma carta modelo (anexo 24), que ou entregava em mão ao utente ou enviava por correio, para que este soubesse o dia em que tinha de se apresentar na consulta pós-operatória.

Realizava ainda o registo operatório, no módulo do Bloco do SONHO, seguindo as informações registadas no impresso Registo da cirurgia. Deste modo, inseria os seguintes dados:

- ☒ Número da sala utilizada;
- ☒ Tipo de cirurgia – Limpa;
- ☒ Hora do início e fim da intervenção;
- ☒ Hora da entrada e saída do bloco;
- ☒ Hora do início e fim da anestesia;
- ☒ Tipo de anestesia administrada;
- ☒ ASA do paciente;
- ☒ Recobro – sim;
- ☒ Hora da entrada no recobro;
- ☒ Nome do cirurgião;
- ☒ Nome do 2º cirurgião;
- ☒ Nomes dos que constituíram a equipa de enfermagem (enfermeiro instrumentista, anestesista e circulante);
- ☒ Data e hora da saída clínica.
- ☒ Introdução de intervenções se necessário.

Note-se que este registo não era linear, dado que existiam algumas diferenças segundo a especialidade que registava ou mesmo segundo a anestesia aplicada no ato cirúrgico. Por exemplo, apenas inseria as horas de início e fim da anestesia, se esta fosse endovenosa, balanceada ou bloqueio, se fosse local não as registava. No caso de realizar o registo de uma cirurgia às cataratas (oftalmologia), ou o registo de uma cirurgia ao útero (dilatação e curetagem do útero - ginecologia), inseria uma segunda intervenção conjuntamente com o correspondente código.

Por último, imprimia uma etiqueta (figura 19) que colava na folha de codificação (anexo 25) e, depois de preencher esta folha, ordenava e agrafava todos os impressos relativos à cirurgia, colocava-os no processo clínico que posteriormente ia para codificar para efeitos de faturação.

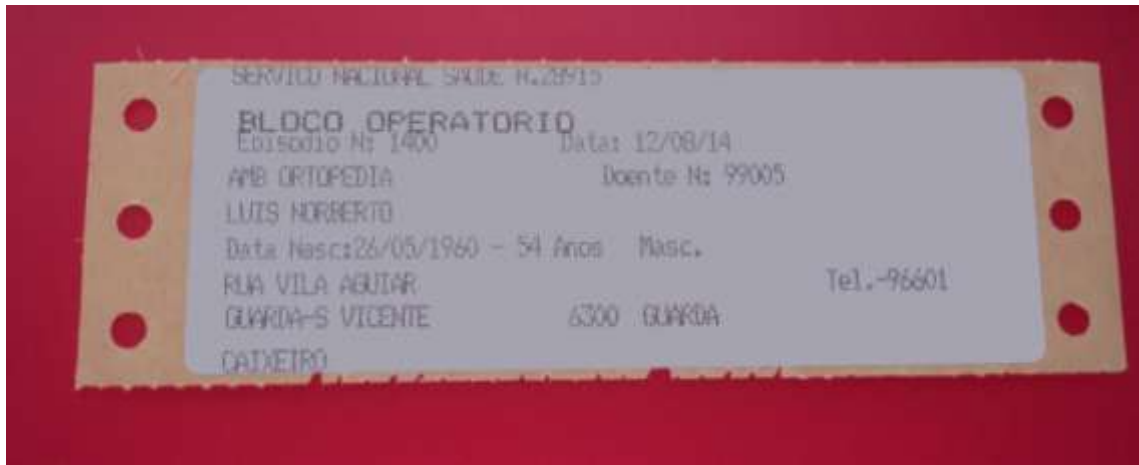


Figura 19 - Etiqueta colada na folha de codificação

Fonte: Elaboração Própria

Sempre que o utente necessitasse de cuidados pós-operatórios, enviava uma mensagem de correio eletrónico (figura 20) ao centro de saúde do utente, para que as enfermeiras e o médico assistente do utente tivessem conhecimento dos cuidados pós-operatórios a realizar.

UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATORIO - ULS Guarda INFORMAÇÃO PARA O MÉDICO DE FAMÍLIA	
Centro de Saúde	CENTRO DE SAÚDE DE CELORICO
Nome	MARIA ALZIRA
Data de Nascimento	17-12-1968
Médico de Família	Dra. ANTÓNIA
Intervenção Cirúrgica	Excisão do nódulo mão Drt.
Data da Intervenção	12-09-2014
Consulta de Follow-up	13-10-2014
Penso Cirúrgico	PENSO 3 EM 3 DIAS - RETIRA PONTOS AOS 14 DIAS

Figura 20 - Correio Eletrónico para o Centro de Saúde

Fonte: Captura de ecrã

Depois da cirurgia, alguns utentes e acompanhantes solicitavam uma justificação da sua presença nesta unidade. Deste modo, preenchia a declaração como referi anteriormente no ponto 4.3.3.3, selecionando, neste caso, a opção 6.

Trinta dias depois da cirurgia, as enfermeiras contactavam telefonicamente o utente com a finalidade de recolher informação sobre as ocorrências sucedidas durante esse período. Registavam os dados no impresso *Follow-up* dos 30 dias, que posteriormente nos entregavam. Este contacto telefónico correspondia a uma consulta de enfermagem, pelo

que marcava a consulta no SONHO e efetivava-a, arquivando posteriormente o impresso.

4.7. TAREFAS DIÁRIAS

Todas as tarefas que relatei anteriormente eram realizadas segundo o processo de planeamento da cirurgia em ambulatório. No entanto, executava outras tarefas diárias como a elaboração do mapa operatório e do mapa Avaliação de Intercorrências.

No mapa operatório (figura 21), a ordem dos utentes estava condicionada à intervenção cirúrgica que iam realizar. Por exemplo, na especialidade de Cirurgia primeiro colocava as hérnias, em segundo as varizes, seguidas dos quistos e em último colocava os *implantofix*. No caso de pediatria, realizava o mapa segundo as idades, isto é, do mais novo para o mais velho. Cada especialidade tinha a sua particularidade, pelo que quando tinha dúvidas perguntava a ordem das intervenções à enfermeira.

PROGRAMA OPERATÓRIO									
15-08-2014									
SALA	ESPECIALIDADE	HORAS	NOME	IDADE	DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÃO	EQUIPA CIRURGICA	ANESTESISTA	TIPO DE ANESTESIA
1	CIRURGIA	08.00	ANTONIO VAZ	73	HERNIA INGUINAL BILATERAL	HERNIOPLASTIA	Dr. AUGUSTO + Dr. FERRÃO	Dra. MARIA JOAO	A PONDERAR
			CARLOS ALBERTO	56	HERNIA INGUINAL Esq. VARIZES NBS (COMPETENCIA DAS SAFENAS)	HERNIOPLASTIA	Dr. AUGUSTO + Dr. FERRÃO	Dra. MARIA JOAO	A PONDERAR
			MARIA FATIMA	59		LAQUEAÇÃO DE COLATERAIS	Dr. AUGUSTO + Dr. FERRÃO	Dra. MARIA JOAO	A PONDERAR
			MARIA PRAZERES	58	LESAO MESENTERICA	LAPAROSCOPIA PARA BIOPSIA	Dr. AUGUSTO + Dr. FERRÃO	Dra. MARIA JOAO	A PONDERAR
			FRANCISCO JOSE	66	NEO RECTO - NECESSIDADE DE QT	COLOCAÇÃO DE IMPLANTOFIX	Dr. AUGUSTO + Dr. FERRÃO		LOCAL
							O Coordenador		
							M. A. Dias da Costa		

Figura 21 - Programa operatório

Fonte: Captura de ecrã

Após elaborar o mapa operatório, imprimia-o e depois de assinado pelo Diretor do Serviço (Dr. Dias Costa), distribuía-o pelos diferentes serviços da UCA. Deixava um no recobro, no bloco operatório deixava um ou dois consoante as salas ocupadas, dava um à enfermeira que admitia os utentes na UCA, e nós, secretárias, ficávamos com outro.

Em caso de haver anestesia geral no mapa, a cirurgia era realizada em regime de internamento, pelo que também entregava um nesse serviço, para que tivessem conhecimento dessa cirurgia.

Relativamente ao mapa da Avaliação de Intercorrências (figura 22), completava-o com os mesmos dados do mapa operatório, adicionando apenas o ASA. Aquando do seu preenchimento, na coluna A, colocava uma numeração sequencial que continuava com a numeração do mapa anterior, dando assim a possibilidade de em qualquer altura se saber quantas cirurgias já se tinham realizado. Por exemplo, no dia 16 de agosto, realizar-se-ia a cirurgia número 1346.

Nº	Nome	Idade	ESPECIALIDADE	INTERVENÇÃO	ASA	Patologia Associad	Anestesia	PNV	Intercorrências	Intercorrências 24h
1346	ANTONIO VAZ	73	CIRURGIA	HERNIA INGUINAL BILATERAL - HERNIOPLASTIA	I					
1347	CARLOS ALBERTO	58	CIRURGIA	HERNIA INGUINAL Esq. - HERNIOPLASTIA	II					
1348	MARIA FATIMA	59	CIRURGIA	VARIZES Mts (COMPETENCIA DAS SAFENAS) - LAQUEAÇÃO DE COLATERAIS	I					
1349	MARIA PRAZERES	68	CIRURGIA	LESÃO MESENTERICA - LAPAROSCOPIA PARA BIOPSIA	III					
1350	FRANCISCO JOSE	66	CIRURGIA	NEO RECTO - NECESSIDADE DE QT - COLOCAÇÃO DE IMPLANTOFIX	I					
Enfermeiro (a)										

Figura 22 - Mapa - Avaliação de Intercorrências

Fonte: Captura de ecrã

Este mapa destinava-se apenas às enfermeiras do recobro que o utilizavam para registar a informação mais importante dos utentes, como a sua patologia associada ou o tipo de anestesia que lhe iria ser administrada durante a cirurgia, concentrando esta informação numa só folha e possibilitando a sua consulta de forma rápida e eficaz.

CONCLUSÃO

Durante os dois meses e meio de estágio no Hospital Sousa Martins da Guarda, tive a possibilidade de conhecer um mundo laboral com características muito específicas, de realizar um conjunto de tarefas diversificadas e de integrar-me numa equipa de trabalho que me transmitiu novos conhecimentos. No seio desta equipa, vive-se um agradável ambiente e a cumplicidade que existe entre colegas de trabalho ajudou em muito na minha integração e aprendizagem.

Globalmente foi uma ótima e muito enriquecedora experiência. Tenho de referir que foram também as vicissitudes que ultrapassei que a tornaram tão interessante e rica. Reporto-me, por exemplo, ao programa SONHO, ferramenta de trabalho fundamental no hospital e sobre a qual nada sabia aquando da minha chegada à instituição, sendo que no final do estágio já trabalhava nela autonomamente.

Para além de ter sido persistente na minha aprendizagem, também os conhecimentos que adquiri ao longo da licenciatura permitiram que executasse todas as atividades que me foram propostas e que o meu estágio fosse um sucesso. Nomeadamente a unidade curricular de Aplicações Informáticas serviu para aprofundar e solidificar os meus conhecimentos no programa Excel, que utilizei diariamente ao longo do estágio. Do mesmo modo, a unidade de Técnicas de Arquivo e Documentação, para além de me facultar competências de ordenação, classificação, seleção e consulta de documentos, também me transmitiu que na maioria das vezes o arquivo dos documentos se realiza consoante as necessidades laborais da instituição, o que me permitiu ter um espírito crítico e aberto acerca do arquivo da UCA. De igual modo, as unidades curriculares de Técnicas Administrativas e de Assessoria I e II revelaram-se de extrema importância, dado que me proporcionaram conhecimentos fundamentais sobre o bom atendimento ao público quer presencial quer telefónico e sobre os procedimentos a adotar na gestão de conflitos.

É ainda importante referir que o facto de ter trabalhado durante 10 anos como rececionista num lar de terceira idade, ajudou-me a suplantar o medo que se sente quando se principia uma atividade laboral e ademais facilitou especialmente a realização do atendimento presencial. A similitude entre o atendimento presencial que

realizei na UCA e no lar é muito grande, dado que as pessoas, nas duas situações e na maioria das vezes, se sentem debilitadas tanto física como emocionalmente, sendo necessário ter paciência e ser compreensivo aquando do atendimento.

No que diz respeito à redação deste relatório, decidi apresentar linearmente todo o processo de planeamento da cirurgia em ambulatório, ou seja, relato as atividades exercidas sem nenhuma variável. No entanto, a realidade era mais complexa, dado que frequentemente, se não diariamente, apareciam situações com características únicas, exigindo-me maior capacidade de adaptabilidade e flexibilidade.

Em termos de trabalho administrativo, não apresento nenhuma sugestão já que considero toda aquela unidade coesa, muito trabalhadora e responsável, felicitando-os por isso. Apenas tenho a referir que é bastante difícil trabalhar nos dias de mais calor, devido à ausência de qualquer ar condicionado naquele espaço.

Relativamente ao meu desempenho, penso que foi muito positivo, pois sempre me empenhei em todas as tarefas que efetuei, procedendo de acordo com as características que se pretendem num bom profissional de secretariado. Manifestei espírito crítico e de iniciativa, sendo exigente comigo, fazendo sempre o meu melhor e procurando ser um membro ativo da equipa e contribui com sugestões para melhorar o trabalho na UCA. Por exemplo, no caso das propostas cirúrgicas, sugeri que a estas fosse agrafada uma cópia do relatório médico digitado a computador, para que quando estas fossem ilegíveis tivéssemos um documento através do qual pudéssemos confirmar o diagnóstico e o procedimento cirúrgico.

Outro indicador que comprovou o meu bom desempenho e a minha boa execução das tarefas foi o facto de aceitarem a minha candidatura para realizar, nesta unidade, o estágio profissional, logo que termine a licenciatura.

BIBLIOGRAFIA

FONSECA, Ana Margarida (2012-2013). *Dossier da Disciplina de Português Empresarial III*. Guarda: ESTG.

SEQUEIRA, Hélder (2002), “Apontamento sobre o Sanatório Sousa Martins”, *Praça Velha* – Revista Cultural da Cidade da Guarda (2002), Novembro, Ano V, n.º12, 1.ª Série, p.116-133.

WEBGRAFIA

Unidade Local de Saúde da Guarda (2011-2014) *Missão e Visão*, <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/index.php>, acedido em 24 de agosto de 2014.

Portal de codificação dos GDH (2013) *SONHO*, <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/SONHO>, acedido em 27 de agosto de 2014.

American Society of Anesthesiologists (1995 – 2014) *ASA Physical Status Classification System*, <https://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>, acedido em 30 de agosto de 2014.

Governo de Portugal (2014) *Nomeações*, <http://www.portugal.gov.pt/pt/o-governo/nomeacoes/ministerio-da-saude.aspx>, acedido em 2 de setembro de 2014.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 - Proposta cirúrgica	53
Anexo 2 - Avaliação pré-operatória	56
Anexo 3 - Consentimento informado	58
Anexo 4 - Consulta de anestesiologia.....	60
Anexo 5 - Ficha anestésica	62
Anexo 6 - Registo da cirurgia.....	65
Anexo 7 - Registos perioperatórios	67
Anexo 8 - <i>Follow-up</i> das 24 horas	69
Anexo 9 - <i>Follow-up</i> dos 30 dias	71
Anexo 10 - Esquema da marcação de consultas.....	73
Anexo 11 - Esquema da efetivação de consultas marcadas.....	78
Anexo 12 - Proposta cirúrgica ilegível	83
Anexo 13 - Esquema do registo dos contactos telefónicos	85
Anexo 14 - Capa da Unidade de Cirurgia de Ambulatório	89
Anexo 15 - Consulta de enfermagem	91
Anexo 16 - Admissão na UCA	93
Anexo 17 - Preparação pré-operatória imediata	95
Anexo 18 - Orientação para pós-operatório	97
Anexo 19 - Justificação de presença.....	99
Anexo 20 - Receita para Cirurgia de Ambulatório.....	101
Anexo 21 - Consulta externa de ginecologia.....	103
Anexo 22 - Protocolo operatório	105
Anexo 23 - Requisição de exame histológico	107
Anexo 24 - Consulta pós-operatória.....	109
Anexo 25 - Folha de codificação - cirurgia de ambulatório.....	111

ANEXOS

ANEXO 1

PROPOSTA CIRÚRGICA

ANEXO 2

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 4

CONSULTA DE ANESTESIOLOGIA

ANEXO 5

FICHA ANESTÉSICA

ANEXO 6

REGISTO DA CIRURGIA

ANEXO 7

REGISTOS PERIOPERATÓRIOS

ANEXO 8

FOLLOW-UP DAS 24 HORAS

ANEXO 9

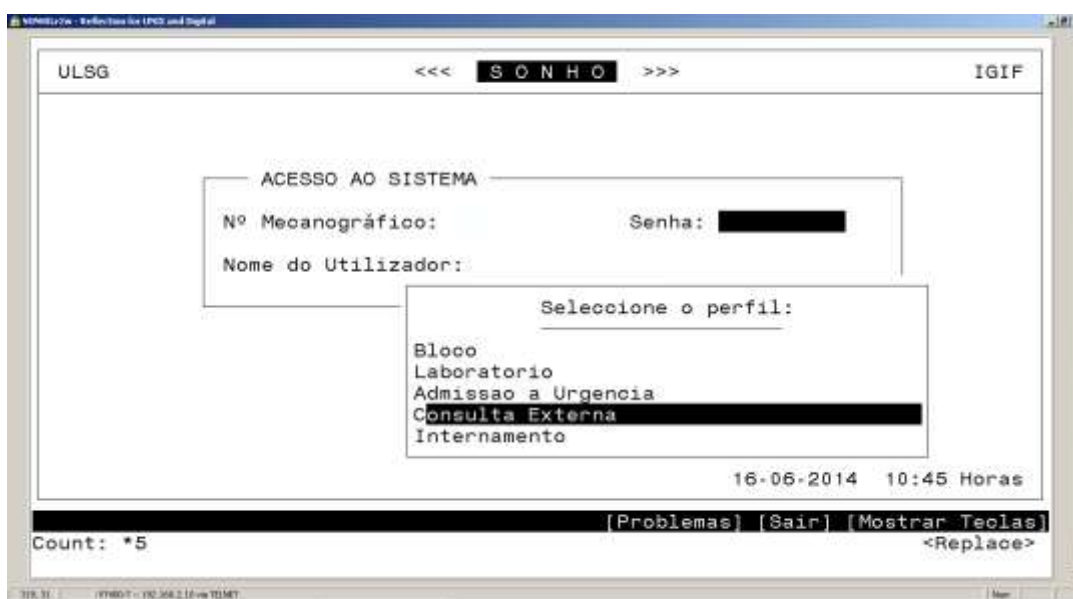
FOLLOW-UP DOS 30 DIAS

ANEXO 10

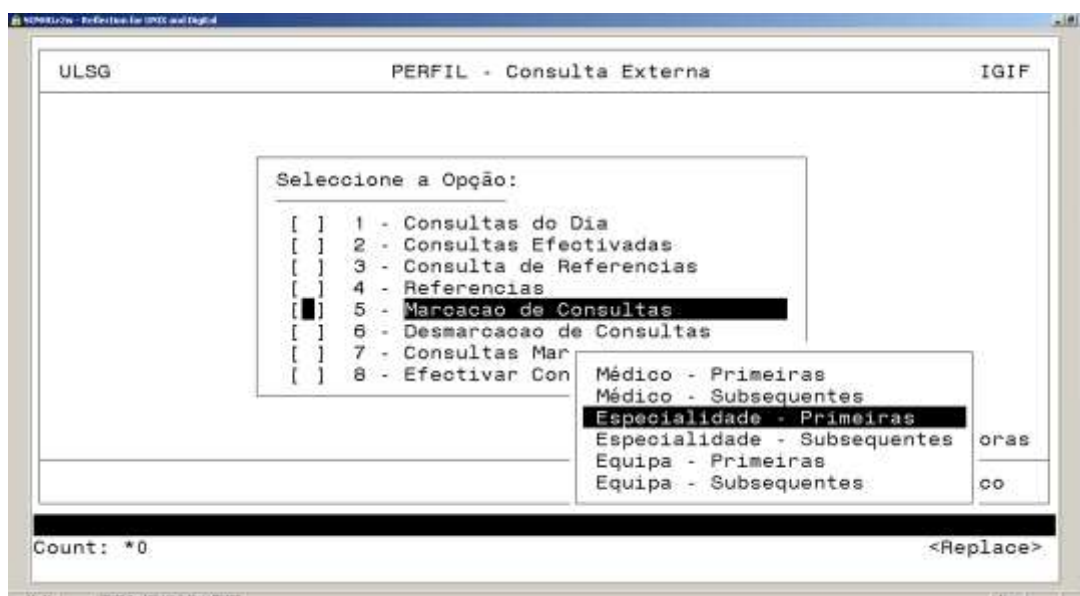
ESQUEMA DA MARCAÇÃO DE CONSULTAS

Para entrar no SONHO é necessário introduzir um código de acesso e uma palavra-passe. Ao longo do meu estágio utilizei as credenciais, tanto da Sr.^a D. Célia como da Dr.^a Sónia. A sua utilização não era aleatória, visto que utilizava as credenciais da administrativa que estivesse presente.

Depois de entrar na aplicação, aparecia uma caixa de texto que me dava a hipótese de entrar em 5 módulos como se pode verificar na figura que se segue. Nesta fase, realizava todas as operações no módulo de Consulta Externa.



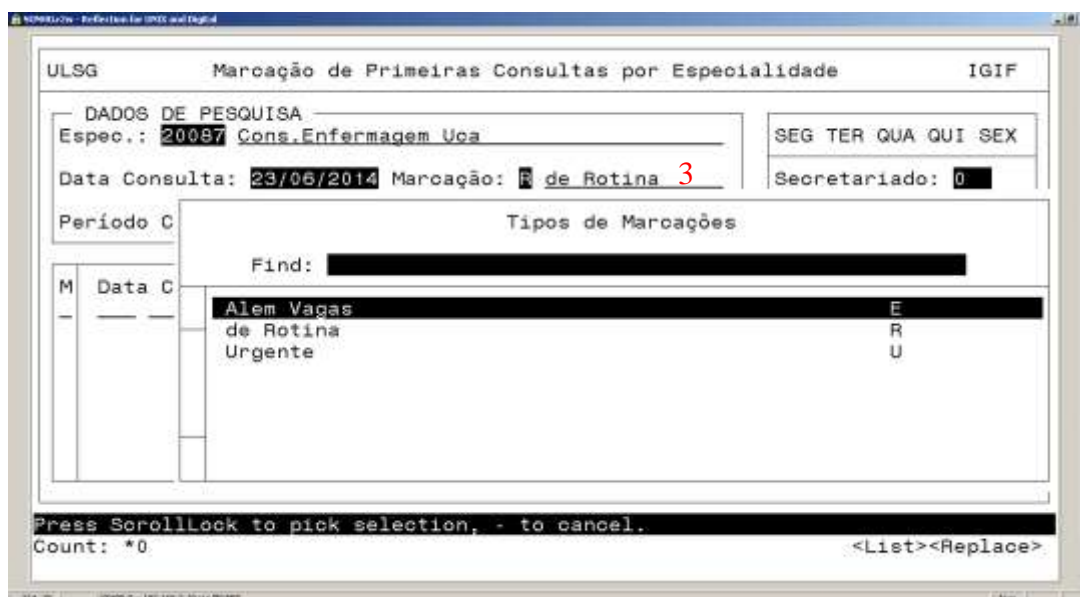
Após entrar no perfil da Consulta Externa, assinalava a opção: Marcação de Consultas onde ao clicar – *Enter* - abria outra caixa de texto com 6 opções das quais seleccionava – Especialidade Primeiras, conforme se pode observar na imagem seguinte.



Ao escolher esta última opção surgia uma nova página, figura que abaixo apresento, na qual inseria o código da consulta que queria marcar (1) e o dia da consulta (2). Seguidamente pressionava na tecla F12 para que a aplicação fizesse a pesquisa das vagas ainda existentes para o dia desejado.



Atente-se que, se no dia em que quisesse marcar a consulta, neste caso de enfermagem, já não houvesse vaga, no campo de - Marcação (3) – clicava na tecla *Home* para poder selecionar a opção – *Alem Vagas* – que ia permitir a marcação de consultas no dia pretendido, como se pode verificar no exemplo que se segue.



Depois de ter estes três campos preenchidos, clicava na tecla - Insert – que ia abrir outra página na qual inseria o número do processo (4) do utente a quem se destinava a consulta.

The screenshot shows a window titled 'ULSG' with the subtitle 'PESQUISA DOENTES' and 'IGIF' in the top right. The main area is titled 'DADOS PARA PESQUISA' and contains several input fields: 'Nº Processo:' with the value '4', 'Nº Ant. Proc.:', and 'Nº Utente SNS:'. Below these are fields for 'Nome:', 'Sexo:', 'Data Nascimento:', 'Idade: (de) (a)', and 'Nº Máx. Pesquisa:' with the value '50'. A table below is titled 'DOENTES PESQUISADOS' with columns for 'Nome' and 'Idade Morada'. At the bottom, there is a menu bar with options: '[Não Identificado]', '[Pesquisa Fixa]', '[Pesquisar]', '[Sair]', and '[Mostrar Teclas]'. The status bar shows 'Count: *0' and '<Replace>'.

Ao clicar – Enter – surgiam as informações pessoais.

The screenshot shows a window titled 'ULSG' with the subtitle 'IDENTIFICAÇÃO' and 'IGIF' in the top right. The main area is titled 'PROCESSO Nº 2006' and contains several input fields: 'Última actualização: 27/08/2014', 'Registado em: 21/04/2001', 'Nº Utente do S.N.S.: 29534', and 'Nº Antigo Processo: S300'. Below these are fields for 'Nome: MARIA EMILIA', 'Sexo: Feminino', 'Data Nascimento: 25/03/1941', and 'Idade: 79 Anos'. Further down are fields for 'Nacionalidade: 620 PORTUGAL', 'País Or.: 620 PORTUGAL', 'Doc. Identificação: B. Ident./C. Cidadão', 'Nº Documento: 4379', and 'Nº Contribuinte: 1773'. At the bottom, there is a menu bar with options: '[Ver Dados Cartao]', '[Pág. Seguinte]', '[Gravar]', '[Sair]', and '[Mostrar Teclas]'. The status bar shows 'Count: *1' and '<Replace>'.

Gravava as operações efetuadas para marcar a consulta ao utente. Por último, tinha de inserir no sistema a proveniência do utente (5) e respetiva especialidade (6). Guardava novamente as operações realizadas e concluía assim a marcação da consulta.

ULSG CONSULTAS MARCADAS IGIF

Nº PROCESSO: 200

Nome: MARIA EMILIA

Estado:
Sexo: Fem
Idade: 73 Anos

Proveniência e Causa

Causa: Prov.: Consulta Externa 5
Unidade Saúde Proveniência:
Especialidade Proveniência: 20030 OFTALMOLOGIA 6

Taxas Moderadoras

Taxa: Isento de Taxa
Isenção: UTENTES EM SITUAÇÃO DE INSUFICIENCIA ECONOMICA

Faltas

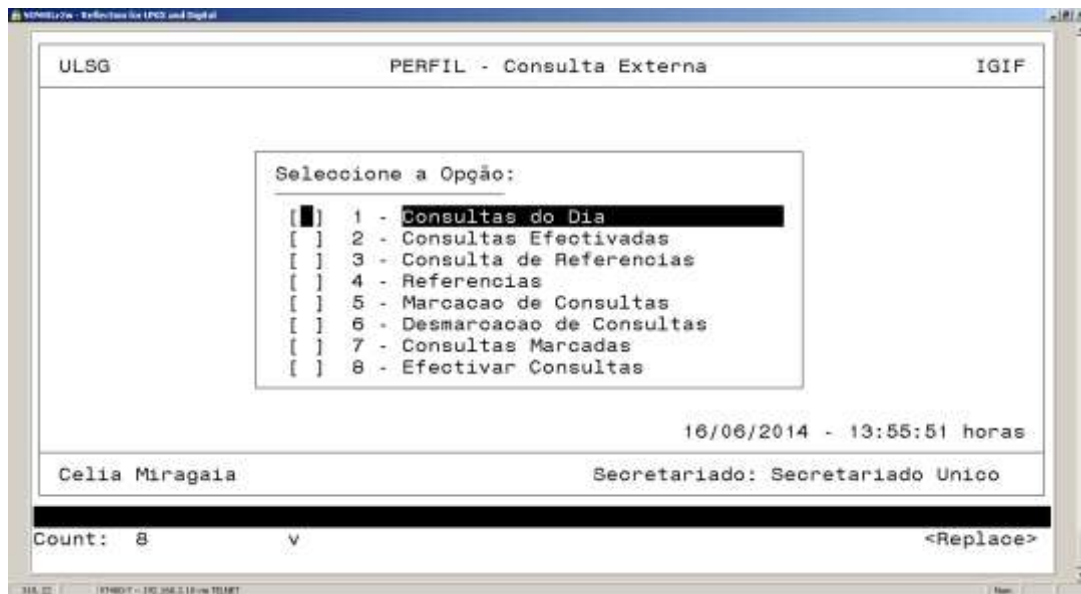
Estado: Data Reg.:
Motivo:

Taxas Moderadoras [Referência Médica] [Listar] [Emitir Avisos] [Outros Dados]
Count: *0 <List><Replace>

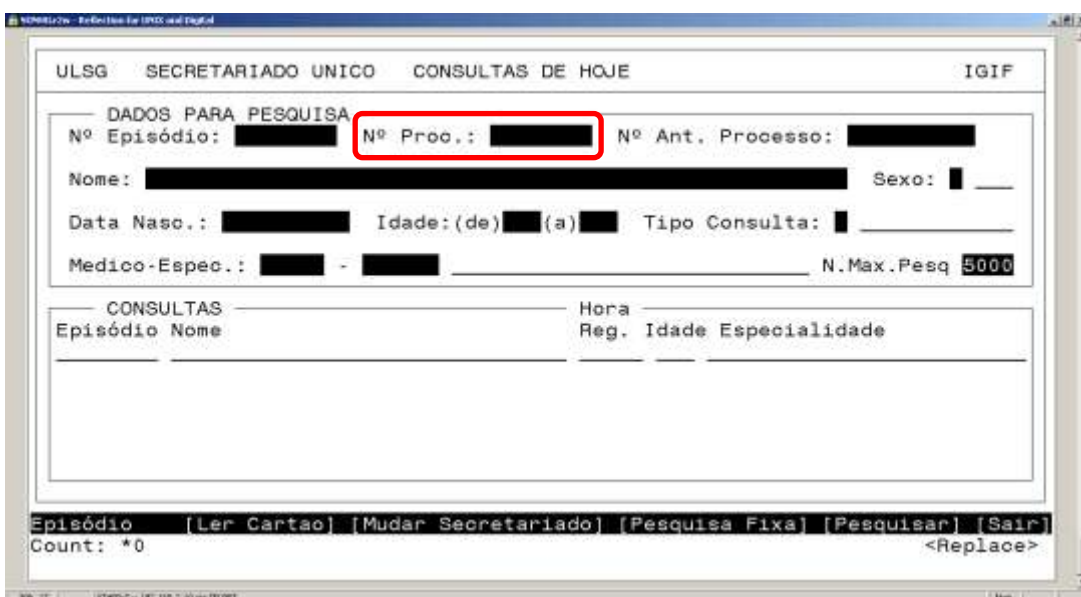
ANEXO 11

ESQUEMA DA EFETIVAÇÃO DE CONSULTAS MARCADAS

Para efetivar uma consulta marcada, dentro do perfil da Consulta Externa, ia ao módulo ou das Consultas Marcadas ou ao das Consultas do dia (ver figura abaixo). No caso de efetivar uma consulta marcada no próprio dia, o mais indicado era ir às Consultas do Dia, isto porque, inserindo o número do processo do utente, listava todas as consultas marcadas desse doente, no presente dia.



Assim, ao pressionar a tecla – Enter – sobre o módulo Consultas do dia, aparecia uma nova página (ver figura subsequente) na qual introduzia no número do processo do utente.



De seguida fazia F12 para que o SONHO pesquisasse e listasse as consultas do utente.

The screenshot shows a terminal window titled 'ULSG SECRETARIADO UNICO CONSULTAS DE HOJE IGIF'. It contains a search form with the following fields: 'DADOS PARA PESQUISA', 'Nº Episódio', 'Nº Proc.: 2001', 'Nº Ant. Processo', 'Nome', 'Sexo', 'Data Naso.', 'Idade: (de) (a)', 'Tipo Consulta', 'Medico-Espec.', and 'N.Max.Pesq 5000'. Below the form is a table of search results:

Episódio	Nome	Hora	Reg.	Idade	Especialidade
14066	MARGARIDA	13:51	61		CONS.ENFERMAGEM UCA

At the bottom, there are navigation options: 'Nome Doente', '[Efectivar Consultas]', '[Seleccionar]', '[Sair]', '[Mostrar Teclas]', and 'Count: *1'.

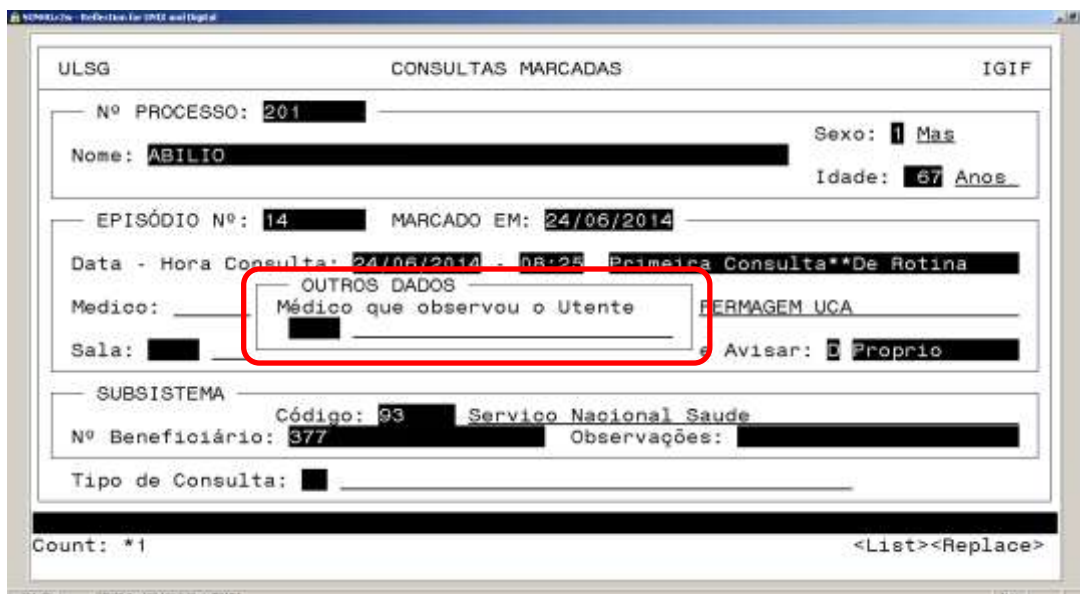
Após este passo, seguia-se a efetivação da consulta. Para tal pressionava a tecla F11 que permitia a confirmação do registo da consulta, como se pode ver na figura abaixo.

This screenshot shows the same terminal window as above, but with a confirmation dialog box overlaid. The dialog box is titled 'ATENC?O !' and contains the text 'Confirma o registo da Consulta?'. It has two options: '(Sim)' and '(Não)'. The dialog box is highlighted with a red border.

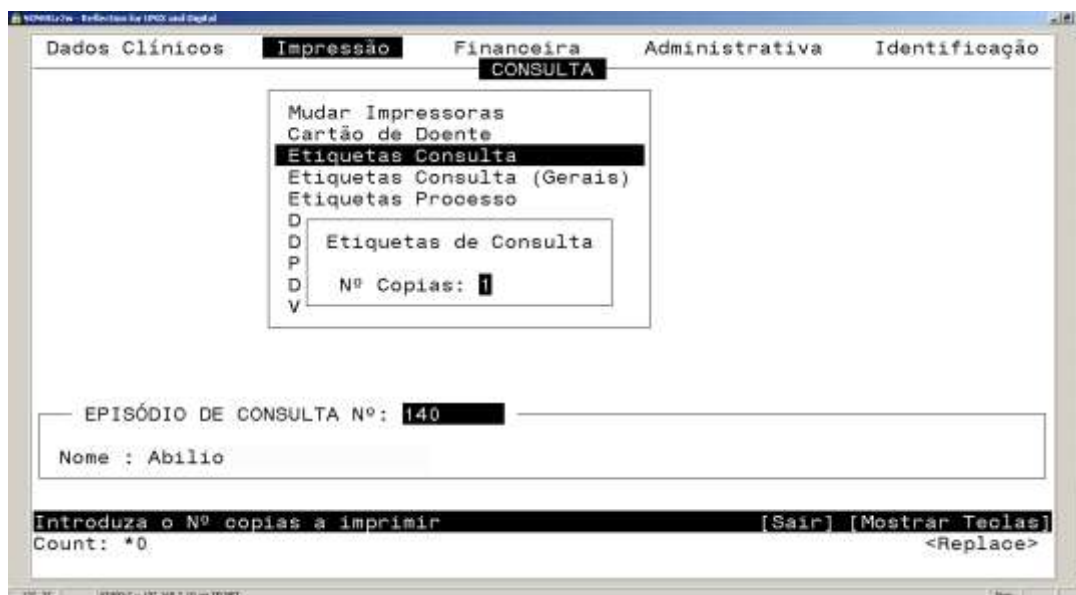
Ao clicar na opção – Sim – surgia uma nova janela que me dava acesso a todos os dados do utente, desde a sua identificação até aos seus dados clínicos. Nesta página, clicava no separador – Administrativa – que me dava acesso a outra caixa de texto, como se pode ver na imagem que se segue, na qual optava pelo – Resumo da consulta.



Ao pressionar - Enter – sobre Resumo da Consulta, abria uma nova página (ver imagem abaixo) de seguida clicava na tecla F11 para fazer aparecer uma caixa de texto (retângulo encarnado) na qual colocava o código e nome do enfermeiro ou médico que iria observar o utente. Gravava todas as informações registadas e saia deste separador.



Entrava então no separador – Impressão – e através da opção - Etiquetas Consulta - imprimia o número de etiquetas desejadas (ver imagem subsequente).



Segue-se uma imagem exemplificativa de etiquetas de consulta de enfermagem e de consulta de anestesia.



Por fim, colava as etiquetas nos impressos que variavam segundo a etiqueta que imprimia. Por exemplo, a etiqueta da consulta de anestesia colava-a no impresso – Consulta de anesthesiologia.

ANEXO 12

PROPOSTA CIRÚRGICA ILEGÍVEL

REGISTO DO PLANO DE CUIDADOS (proposta cirúrgica)



Data: 27/08/2014
(data da inscrição)

PROCESSO N.º: 200 Seq.: 148
CONSULTA N.º: 14093 - dia 27/08/2014
MARIA SANTOS
SNS - 2952827
Data Nasc.: 01/11/1969 Feminino
BAIRRO MUNICIPAL 6350 - 000 Tel: 27157
ALMEIDA 6350 - ALMEIDA 9699
GINECOLOGIA - MARIO COUCEIRO 2715

Instituição Hospitalar: ULS
Ser./Unid. Func.: Almeida
Médico: Mário Couceiro (proponente) OM: 6352

Unidades Nosológicas: _____ Nº episódio: _____ Nº LIC: 11

UN ²	Diagnósticos - Descrição (texto livre - não usar siglas)	Lat ²	Cód.	Procedimentos - Descrição (texto livre - não usar siglas)	Lat ²	Cód.
Principál UN1	<u>Almeida</u> <u>ultra-som</u>		<u>6226</u>	<u>Almeida</u> <u>CB</u> <u>CTT</u>		<u>6739</u>
						<u>6909</u>
						<u>6711</u>
Objectivos: Resolução/cura <input checked="" type="checkbox"/> Melhoria/atenuação <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Vigiar/Acompanhar <input type="checkbox"/>						
Secundárias UN2						
Objectivos: Resolução/cura <input type="checkbox"/> Melhoria/atenuação <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Vigiar/Acompanhar <input type="checkbox"/>						
UN3						
Objectivos: Resolução/cura <input type="checkbox"/> Melhoria/atenuação <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Vigiar/Acompanhar <input type="checkbox"/>						
UN4						
Objectivos: Resolução/cura <input type="checkbox"/> Melhoria/atenuação <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Vigiar/Acompanhar <input type="checkbox"/>						

Nas descrições localizar precisamente a região afectada e a extensão em área ou volume. Nos procedimentos referir sempre a abordagem e o tipo de técnica cirúrgica. Colocar código de patologia associada se ASA 1.

Objectivos (Resultados esperados com a terapêutica proposta):

Especificar os efeitos a obter sobre a doença e qualidade de vida e eventuais sequelas.

Características da proposta cirúrgica:

Regime de Cirurgia	Avaliação pré-operatória	Tipo de anestesia	Classificação de Mallampati das vias aéreas
Internamento <input type="checkbox"/>	Não solicitada <input type="checkbox"/>	Geral <input checked="" type="checkbox"/>	
Ambulatorio <input checked="" type="checkbox"/>	Solicitada <input checked="" type="checkbox"/>	Regional Central <input type="checkbox"/>	
	Realizada <input type="checkbox"/>	Regional periférica <input type="checkbox"/>	
		Local <input type="checkbox"/>	
		Sedação <input type="checkbox"/>	
ASA: _____		Sem Anestesia <input type="checkbox"/>	Class 1 <input type="checkbox"/> Class 2 <input type="checkbox"/> Class 3 <input type="checkbox"/> Class 4 <input type="checkbox"/>

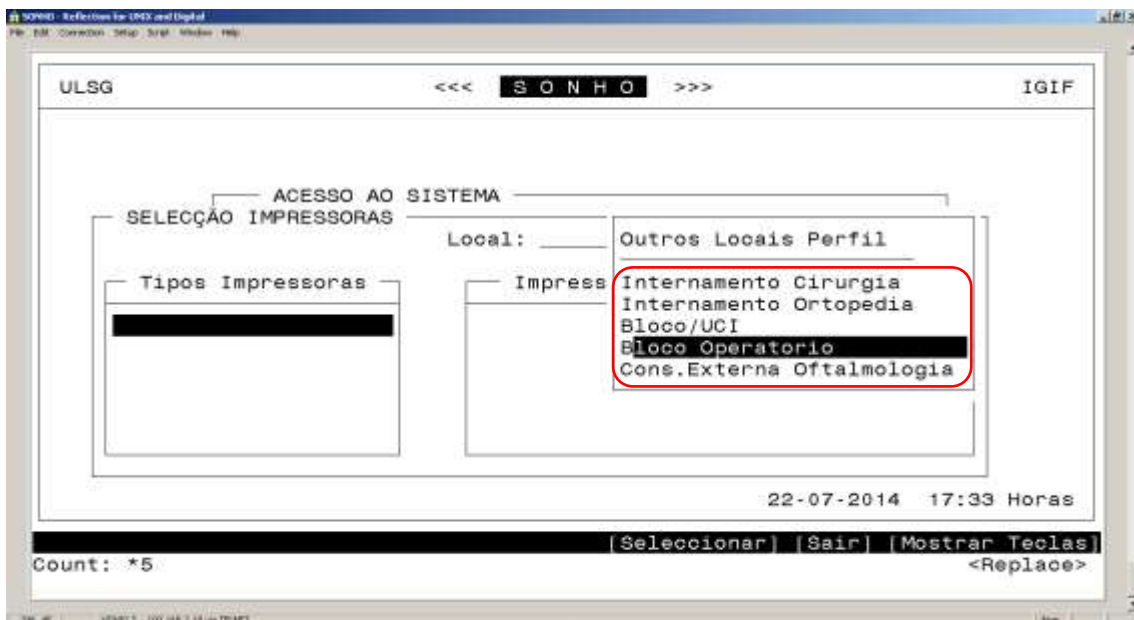
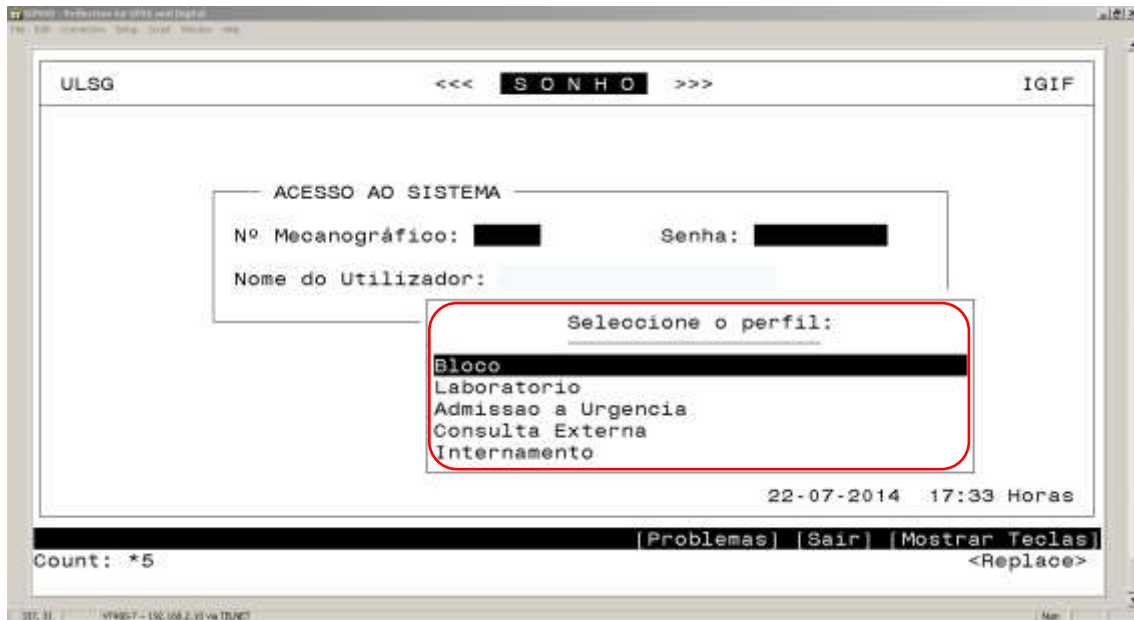
Resultados da avaliação pré-operatória: Apto Apto c/ condições Não Apto

Especificar condições e resultados da avaliação

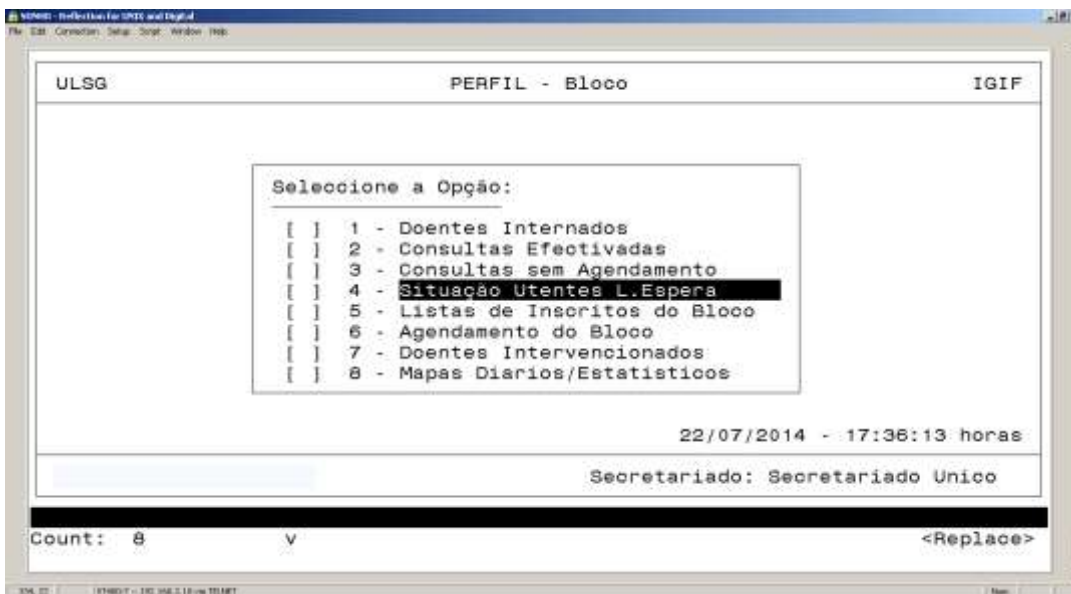
ANEXO 13

ESQUEMA DO REGISTO DOS CONTACTOS TELEFÓNICOS

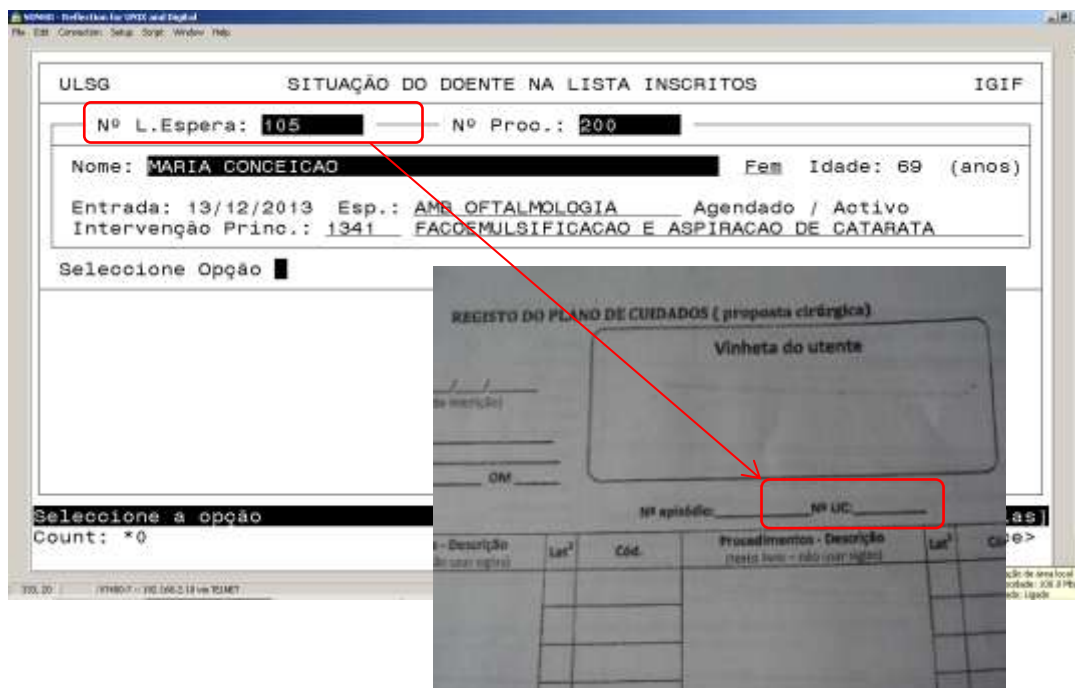
Realizava o registo dos contactos telefónicos no módulo do Bloco que me dava acesso ao perfil do Bloco Operatório (ver as duas imagens seguintes).



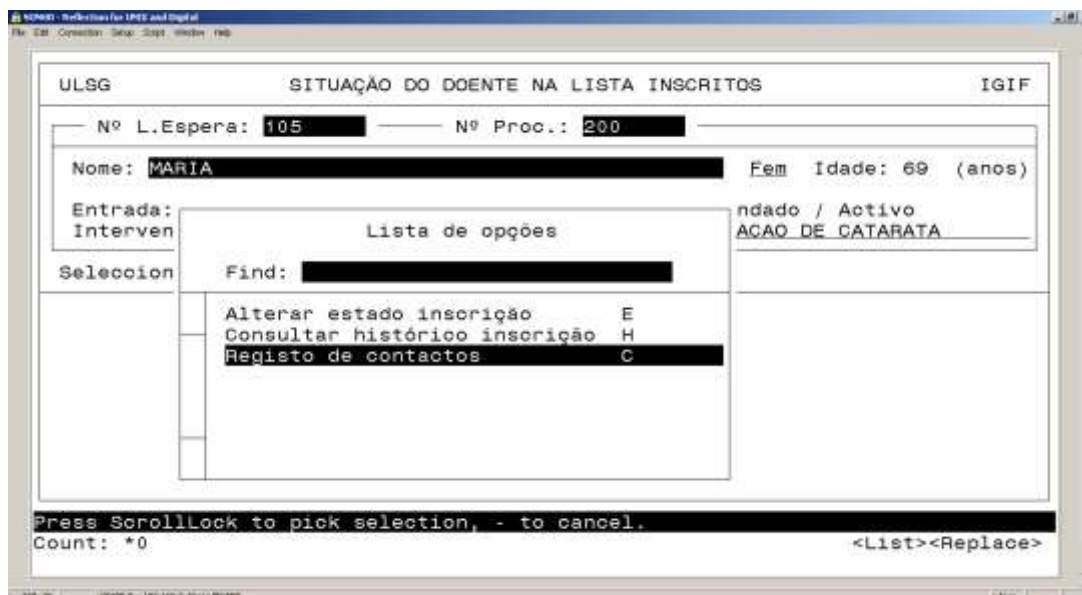
Ao entrar no perfil do Bloco Operatório, seleccionava a opção 4: Situação Utentes Lista de Espera (ver imagem abaixo).



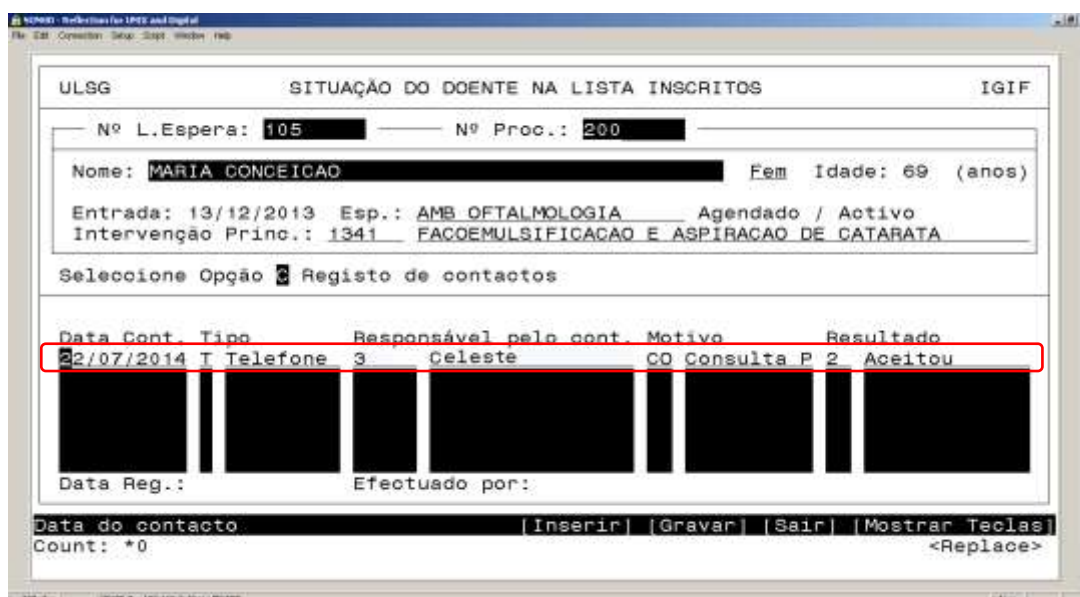
Na janela que surgia, colocava o número da lista de espera do utente que se encontrava na primeira folha da Proposta Cirúrgica. Com a inserção deste específico número, aparecia o episódio cirúrgico pretendido (ver imagem que se segue).



Posteriormente clicava na tecla – Home – para obter a lista de opções na qual escolhia o Registo de Contactos.



Finalizando, inseria o tipo de contacto realizado, telefónico neste caso, o número mecanográfico do responsável pela chamada, o motivo da chamada, ou seja, se era para informar o utente do dia da consulta da anestesia ou o dia da cirurgia e o resultado do contacto, isto é, se aceitou ou não a data da consulta.



ANEXO 14

**CAPA DA UNIDADE DE CIRURGIA DE
AMBULATÓRIO**

ANEXO 15

CONSULTA DE ENFERMAGEM

ANEXO 16

ADMISSÃO NA UCA

ANEXO 17

PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

IMEDIATA

ANEXO 18

ORIENTAÇÃO PARA PÓS-OPERATÓRIO

ANEXO 19

JUSTIFICAÇÃO DE PRESENÇA

ANEXO 20

RECEITA PARA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

ANEXO 21

CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGIA

ANEXO 22

PROTOCOLO OPERATÓRIO

ANEXO 23

REQUISIÇÃO DE EXAME HISTOLÓGICO

ANEXO 24

CONSULTA PÓS-OPERATÓRIA

ANEXO 25

**FOLHA DE CODIFICAÇÃO - CIRURGIA
DE AMBULATÓRIO**

