



Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico da Guarda

RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO – INTEGRAÇÃO À VIDA PROFISSIONAL

Fernando Miguel Rodrigues Silva

RELATÓRIO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE LICENCIADO
EM ENFERMAGEM

julho 2021



Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico da Guarda

**RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO – INTEGRAÇÃO À VIDA
PROFISSIONAL**

HOSPITAL SOUSA MARTINS – MEDICINA, SETOR-A
UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR DE RIBEIRÃO

Relatório elaborado no âmbito da unidade curricular de Ensino
Clínico – Integração à Vida Profissional.

Discente:

Fernando Miguel Rodrigues Silva Nº 1700082

Enfermeiros Orientadores:

Nuno Alexandre Amado Nunes
Maria do Rosário da Hora Pereira

Docente Orientador:

Professora Doutora Maria do Rosário de Jesus Martins

Guarda

julho de 2021

LISTA DE ABREVIATURAS/LISTA DE SIGLAS

% - Percentagem

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

ARS- Administração Regional de Saúde

CIPE – Classificação internacional para a Prática de Enfermagem

COVID-19- Doença respiratória causada por um coronavírus

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CVC – Cateter Venoso Central

CVP- Cateter Venoso Periférico

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

EC- Ensino Clínico

Enf^a- Enfermeira

Enf^o- Enfermeiro

Enf^{os}- Enfermeiros

ESS- Escola Superior de Saúde

FC- Frequência Cardíaca

GFUC – Guia de Funcionamento da Unidade Curricular

GHAf – Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia

h - Hora

HbA1c – Hemoglobina Glicada

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

IPG- Instituto Politécnico da Guarda

MGF – Medicina Geral e Familiar

n^o - Número

OE- Ordem dos Enfermeiros

PF – Planeamento Familiar

PND – Plano Nacional Diabetes

PNDC - Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares

PNDC - Programa Nacional para as Doenças Cardiovasculares

PNDO – Programa Nacional para as Doenças Oncológicas

PNPCD – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

PNS – Programa Nacional de Saúde

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

PNVGBR – Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SARS-COV-2- Síndrome agudo respiratório pelo coronavírus 2

SM – Saúde Materna

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS 24 – Serviço Nacional de Saúde 24

SU- Serviço de Urgências

SV – Sonda Vesical

TA – Tensão Arterial

UC- Unidade Curricular

ULS – Unidade Local de Saúde

USF- Unidade de Saúde Familiar

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

VNI – Ventilação Não Invasiva

HNSA - Hospital Nossa Senhora da Assunção

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que sempre me apoiaram nas minhas escolhas e que nunca duvidaram das minhas capacidades. São um exemplo de dedicação e esforço.

À minha irmã, por me apoiar incondicionalmente no meu percurso, tanto pessoal como académico.

Aos meus avós que despertaram em mim a vocação de cuidar do outro, e por me terem transmitido toda a sabedoria e valores.

Aos amigos de infância que sempre me apoiaram e se mantiveram ao meu lado nos momentos de desânimo e no sucesso.

Aos amigos da Guarda que me acompanharam nesta jornada, contribuindo para o meu percurso académico e me ajudaram a crescer enquanto pessoa.

Ao Enfermeiro Nuno Nunes e à Enfermeira Rosário Hora, por toda disponibilidade e atenção, por se empenharem a fazer de mim um excelente profissional, por todo o tempo dedicado e toda a paciência. Pela partilha de conhecimentos e experiência e pelo acolhimento caloroso que facilitou todo o meu percurso.

Por fim, à Professora Rosário Martins, por ser presença assídua ao longo deste percurso, por todos os conselhos, apoio, confiança e orientação, pela sua disponibilidade e flexibilidade.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	6
CAPÍTULO I	9
1 - OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	10
1.1 - CONHECIMENTO DO MODELO FUNCIONAL E ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO DE MEDICINA, SETOR A DA ULS-GUARDA	10
1.2 - DESENVOLVIMENTO DO ESPÍRITO DE EQUIPA E RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	14
1.3 - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO UTENTE, VISANDO A MELHORIA DO NÍVEL DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA, ASSUMINDO OS ATOS E RESPEITANDO OS PRINCÍPIOS ÉTICOS, MORAIS E DEONTOLÓGICOS.....	16
CAPÍTULO II	25
2 - OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	26
2.1 - CONHECER A ESTRUTURA FÍSICA, ORGÂNICA E FUNCIONAL DA USF RIBEIRÃO	26
2.2 - ESTABELECEER UM BOM RELACIONAMENTO DE TRABALHO COM OS COLEGAS E COM TODA A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR.....	28
2.3 - DESENVOLVER COMPETÊNCIAS E CONHECIMENTOS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM, EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, APLICANDO A METODOLOGIA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM, AO INDIVÍDUO, A FAMÍLIA E A COMUNIDADE, QUE PERMITEM ALCANÇAR O PERFIL DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIROS DE CUIDADOS GERAIS DEFINIDAS PELA ORDEM DOS ENFERMEIROS	30
2.4 - COOPERAR NA PROMOÇÃO DE SAÚDE DOS UTENTES, FAMÍLIA E COMUNIDADE E NA PREVENÇÃO DA DOENÇA	33
2.5 - CONTRIBUIR PARA A DIMINUIÇÃO DA PROPAGAÇÃO DO VÍRUS SAR-COV-2, VALORIZANDO A INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM E A MELHORIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE.....	41
CONCLUSÃO	44
BIBLIOGRAFIA	46

APÊNDICES

APÊNDICE A – APRESENTAÇÃO “CONTROLO E PREVENÇÃO DE INFEÇÃO”	51
APÊNDICE B – PARTICIPAÇÃO NOS SEMINÁRIOS	68

INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular (UC)- Ensino Clínico-Integração à Vida Profissional com uma vertente de aprendizagem em contexto real, quer a nível dos cuidados a nível hospitalar quer a nível dos cuidados de saúde primários, inserida no 4º ano, 2º semestre, do curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico da Guarda (IPG), como metodologia de aprendizagem e forma de avaliação da UC.

De forma a concretizar a UC, o ensino clínico foi realizado em dois locais de estágio, o primeiro diz respeito aos cuidados de saúde em contexto hospitalar realizado no serviço de medicina setor A, no Hospital Sousa Martins pertencente à Unidade local de Saúde- Guarda, EPE (ULS), com início a 6 de abril de 2021 e com *terminus* a 21 de maio de 2021. Este decorreu sob a orientação de um Enfermeiro (Enf^o) do serviço, o Enf^o Nuno Nunes. O segundo local de estágio, diz respeito aos cuidados de primários, sendo este realizado na Unidade de Saúde Familiar de Ribeirão pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Ave/Famalicão que pertence ao Administração Regional de Saúde do Norte (ARS), este decorreu sob a orientação da Enfermeira (Enf^a) Rosário Hora no período de tempo compreendido entre 24 de maio a 9 de julho de 2021. O total de horas concretizadas foram de 504 horas, das quais 20 horas foram em contexto de seminário e 10 horas de orientação tutorial. É de salientar que o ensino clínico decorreu sob a supervisão pedagógica da Docente Orientadora, a Professora Doutora Rosário Martins.

Segundo Ribeiro (2013), no EC, a prestação de cuidados de enfermagem tem como objetivo proporcionar experiências clínicas de aprendizagem, que possibilitem ao estudante aplicar os conhecimentos, técnicas e procedimentos de enfermagem de modo a desenvolver competências interpessoais, instrumentais e sistémicas no cuidar do utente e família.

De acordo a Ordem do Enfermeiros (OE) (2017), a formação do estudante de enfermagem deve habilitá-lo para o exercício autónomo da profissão através de intervenções autónomas e interdependentes e proceder de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) bem como muni-lo de competências pessoais, culturais e éticas. No seguimento destas ideias, vejo este EC como o momento final e fulcral do meu percurso académico, no curso de licenciatura em Enfermagem, no qual é possível assumir um papel ativo na decisão e prestação de cuidados de enfermagem à pessoa/família/comunidade, promovendo assim a autonomia, sem descurar a supervisão como chave do sucesso. O término

desta etapa dará início a uma etapa de atualização contínua de conhecimentos e desenvolvimento de competências.

Com a elaboração do presente relatório pretendo:

- Realizar uma análise crítica e reflexiva do desempenho decorrente da prestação de cuidados de enfermagem;
- Analisar as atividades desenvolvidas de acordo com os objetivos propostos no Plano de Trabalho;
- Refletir sobre o desenvolvimento das competências do enfermeiro de cuidados gerais;
- Servir de instrumento de avaliação

Quanto à estrutura do relatório é constituído por dois capítulos onde o primeiro capítulo que respeito aos cuidados de saúde hospitalar onde constam os três objetivos delineados por mim para o primeiro local de estágio e em cada um deles são referidos quais as atividades realizadas, se o objetivo foi ou não alcançado com êxito e concluo referindo quais as competências adquiridas preconizadas pela OE para enfermeiro de cuidados de saúde gerais. O segundo capítulo, refere-se aos cuidados de saúde primários, onde, a semelhança do primeiro capítulo, constam os cinco objetivos delineados, assim como as atividades realizadas se o objetivo foi ou não alcançado com êxito e concluo referindo quais as competências adquiridas.

Termino com uma conclusão, onde reflito acerca da minha prestação do ensino clínico e refiro algumas dificuldades sentidas e como as superei. Para complementar o trabalho encontram-se os apêndices, como a educação para a saúde realizada ao longo do EC (Apêndice A) e, por último, uma reflexão crítica acerca da participação nos seminários (Apêndice B).

Para a elaboração deste documento recorreu-se a uma metodologia descritiva, pois o seu conteúdo é, na sua generalidade, proveniente das vivências e conhecimentos adquiridos no contexto do EC, recorrendo em jeito de complementaridade a uma reflexão crítico-reflexiva.

Mais se acrescenta que o mesmo trabalho foi elaborado segundo as regras do novo acordo ortográfico e o guia de elaboração e apresentação de trabalhos escrito da ESS.

CAPÍTULO I

1 - OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste capítulo, será feita uma análise reflexiva dos objetivos propostos no Plano de Trabalho, assim como das atividades desenvolvidas, de modo a atingir o Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, através da compilação de informação. O Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, publicado pela Ordem dos Enfermeiros (2012), refere que o enfermeiro de cuidados de saúde gerais deve dominar um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo- alvo e agir em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.

Neste âmbito, o domínio das competências do enfermeiro de cuidados gerais diz respeito à responsabilidade profissional, ética e legal, prestação e gestão de cuidados, passando ainda pelo desenvolvimento profissional (OE,2012).

1.1 - CONHECIMENTO DO MODELO FUNCIONAL E ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO DE MEDICINA, SETOR A DA ULS-GUARDA

Quando se ingressa em algum tipo de instituição, é fundamental conhecer e compreender a estrutura física, o funcionamento e a organização da mesma, de forma a propiciar uma melhor adaptação à instituição e conseqüentemente integrar a dinâmica e metodologia adotadas.

De acordo com o Sistema Nacional de Saúde (2019), o Hospital Sousa Martins, é designado como Hospital Distrital Médico-Cirúrgico, e em 2008 foi constituído como sendo ULS-EPE, onde engloba, os cuidados de saúde primários (Agrupamento de Centros de saúde da área de influência), diferenciados (onde se integra o Hospital Sousa Martins – Guarda e o Hospital Nossa Senhora da Assunção – Seia (HNSA) e com maior destaque na atualidade, os cuidados continuados (Pelas Equipas de Coordenação Local, Unidades de Convalescência e Paliativos, Equipas de Gestão de Altas e Equipas Domiciliárias integradas nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados), que têm vindo a apresentar uma procura mais frequente, devido ao contexto sociodemográfico da população portuguesa. Segundo a base de dados PorData, o índice de envelhecimento do distrito da Guarda, encontra-se nos 191,5% em 2018, sendo superior ao índice de envelhecimento de Portugal que se encontra nos 157,4%. Estes dados traduzem-nos uma população envelhecida, já característica do país e mais destacada no

interior. Perante este contexto, cabe aos serviços de saúde adaptarem-se ao contexto sociodemográfico em que estão inseridos, atendendo às necessidades da população.

O serviço de Medicina, setor-A, situa-se, assim, no Hospital Sousa Martins, é composto por duas áreas, ala direita onde se situam os gabinetes e salas de apoio à equipa multidisciplinar e na ala esquerda do serviço localiza-se a sala dos médicos e as enfermarias tendo capacidade para albergar vinte e oito utentes distribuídas por dez enfermarias, onde seis das mesma tem capacidade para quatro utentes em cada uma e as outras quatro com capacidade de um utente por cada uma, utilizadas para isolamento. Faz parte da unidade do utente, a cama, a mesa de cabeceira, um cadeirão, rampa de gases com vácuo, ar comprimido, oxigénio devidamente identificados, uma campainha e cortina individualizadora, promovendo a privacidade do utente.

Cada quarto apresenta também, uma casa de banho com poliban. Relativamente à estrutura física do serviço, esta encontra-se devidamente organizada, com diferentes salas de apoio direcionadas e estruturadas de forma a dispor os recursos devidamente arrumados e discriminados, no entanto o serviço encontra-se no edifício antigo do hospital, pelo que se denotam condições precárias.

O Enfermeiro, de acordo com o Código Deontológico, tem o dever de atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma.

Assim, integrado numa equipa multidisciplinar, o enfermeiro assume a responsabilidade da sua competência, trabalhando em articulação com os restantes profissionais. Neste contexto, a equipa multidisciplinar é composta por um Enfermeiro Chefe, dois Enfermeiros Especialistas em Reabilitação, vinte seis Enfermeiros Generalistas, Médicos Especialistas em Medicina Interna, Internos de Medicina da Especialidade de Medicina Interna e dezassete Assistentes Operacionais. A equipa Multidisciplinar conta ainda com Assistente Social, Nutricionista, Secretária Clínica. Verifica-se uma constante e permanente interligação com outros serviços, nomeadamente, Farmácia e Fisioterapia, Alimentação, Lavandaria, Transporte, Laboratório de análises clínicas, imagiologia e serviço de farmácia.

Quando à estrutura orgânica pode considerar-se que a equipa de enfermagem utiliza um método individual, uma vez, que cada enfermeiro fica distribuído por um número fixo de utentes, dependendo do turno que vai realizar. No entanto considero que o método de trabalho é por equipa multidisciplinar, uma vez que, o enfermeiro presta cuidados ao utente, em conjunto com o assistente operacional, médico e restante equipa. Ressalta-se o espírito de equipa, entre enfermeiros e assistentes operacionais, auxiliando-se uns aos outros na prestação de cuidados e desempenho de funções.

Relativamente à estrutura funcional do serviço, este funciona 24 horas por dia, onde os elementos da equipa de enfermagem se encontram distribuídos por três turnos, sendo eles os seguintes: Manhã (08:00h-16:00h), Tarde (15:30h-23:30h), Noite (23:00h-08:30h). A passagem do turno é realizada às horas que inicia cada turno.

O serviço de medicina-A deveria ser assegurado no turno da manhã por seis enfermeiros, no turno da tarde por quatro enfermeiros e no turno da noite por dois. Porém, devido a mobilidade de alguns enfermeiros para os serviços de apoio ao COVID, apenas cinco enfermeiros asseguravam o turno da manhã. Os enfermeiros podem consultar a enfermaria e os utentes onde estão distribuídos, no plano de trabalho semanal, afixado na sala de enfermagem.

Para mim, o conhecimento da estrutura funcional e organizacional do serviço foi fundamental, uma vez que a prestação dos cuidados de enfermagem está sempre dependente desta organização. Ainda em relação ao funcionamento do serviço, é essencial realçar que os utentes admitidos podem ser provenientes do Serviço de Urgência (SU), Serviço de Medicina Intensiva (SMI), Hospital-Dia ou Consulta Externa.

No decorrer do Ensino Clínico, constatei com situações em que era necessário recorrer aos protocolos do serviço, pelo que tive a necessidade de consultar e estudá-los. Apesar de não ter contactado com todos eles diretamente, alguns dos protocolos do serviço, com os quais tive oportunidade de contactar, foram: Admissão do utente; Realização de Medulograma; Cuidados de Enfermagem a utentes submetidos a Cateter Venoso Central; Protocolo de Posicionamentos e de insulina rápida.

Relativamente à administração de terapêutica, o serviço de Medicina apresenta a metodologia convencional. A terapêutica é transportada pela farmácia até ao serviço por volta das 16:30h, em cassetes unidose, para as 24h seguintes. Posteriormente, a sua preparação e administração é da responsabilidade dos enfermeiros, no horário prescrito.

Quanto aos registos de enfermagem, estes têm por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), fornecendo uma linguagem comum para que os enfermeiros possam descrever o que observam e registar o que fazem. Os registos de enfermagem são realizados, fundamentalmente em dois programas informáticos, nomeadamente o SClínico e o Programa de Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF), utilizados em todos os turnos criando uma continuidade de cuidados e uma atualização constante do estado de saúde do utente.

Ao longo destas semanas de Ensino Clínico, tive a oportunidade de estar distribuído em diferentes enfermarias, constatar com diferentes utentes com diferentes necessidades, assim como trabalhei com diferentes assistentes operacionais. Em todos os turnos, tentei adaptar-me

à organização funcional do serviço e à metodologia de trabalho dos diferentes profissionais de saúde, facilitando a minha integração, autonomia e prestação de cuidados personalizados.

Nos primeiros turnos do início do EC não foi possível realizá-los com o enfermeiro Orientador o que a meu ver, foi prejudicial no contacto inicial. Contudo este processo de adaptação ao serviço foi imprescindível a ajuda do Enf^o Orientador. De reforçar que, apesar de já conhecer minimamente a organização do serviço, o Enf.^o orientador apresentou-me o mesmo, expôs os diferentes protocolos e sistemas informáticos que servem de apoio à prática de enfermagem. No meu ponto de vista, a forma como nos acolhem no serviço, reflete muito a prestação individual do aluno. Inicialmente senti alguma dificuldade em adaptar-me ao serviço, aspeto que tentei melhorar ao longo do Ensino Clínico, pois de acordo com o Código Deontológico, o Enfermeiro deve integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços.

Relativamente à estrutura física e organizacional, o serviço de Medicina encontra-se adequado para dar resposta às necessidades da população, visando os seus valores e os dos utentes, no entanto, e por se localizar num edifício já antigo, apresenta condições, por vezes, precárias, que podem interferir na qualidade máxima na prestação de cuidados. No entanto a equipa, tenta, sempre que possível, gerir os recursos disponíveis, colmatando as falhas que possam surgir.

Por fim, posso dizer que consegui atingir este objetivo na totalidade e no que concerne aos critérios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais desenvolvidas foram os seguintes:

- 4 – Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício.
- 26 – Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo.
- 33 – Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades.
- 47 - Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais;
- 68 – Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.
- 73 - Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes;
- 76 - Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.
- 85 – Contribui para o desenvolvimento da prática de Enfermagem.

1.2 - DESENVOLVIMENTO DO ESPÍRITO DE EQUIPA E RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

A integração na equipa multidisciplinar e o relacionamento com os diferentes profissionais do serviço de Medicina foi indispensável para a concretização deste Ensino Clínico. Reconheço, que foi, inicialmente, um objetivo desafiador, uma vez que, por vezes as minhas qualidades individuais, podem prejudicar-me, no que concerne à comunicação e relacionamento interpessoal.

Desde o primeiro dia fui acolhido por toda a equipa multidisciplinar de uma forma muito agradável, principalmente pelo Enf.º orientador, que manteve um papel fundamental no que diz respeito à cooperação e relação com os diferentes elementos da equipa. Trata-se de uma equipa maioritariamente jovem, e todos estiveram sempre bastantes disponíveis para o esclarecimento de qualquer questão que surgia ou até mesmo para ajudar ou colaborar na prestação de cuidados.

É necessário que exista espírito de equipa, uma boa relação de trabalho e um bom ambiente entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, uma vez que isto beneficia a prestação de cuidados aos utentes e convivente significativo. Ao observar a equipa multidisciplinar, visualizei harmonia e respeito entre os profissionais, sendo estes valores transmitidos para os utentes.

No decorrer do Ensino Clínico fui criando uma relação de empatia, comunicação e trabalho com o Enf.º orientador, que, com o decorrer dos turnos, foi depositando em mim, progressivamente, confiança e autonomia na realização das intervenções de enfermagem. Através desta aproximação foi possível desenvolver uma comunicação eficaz, tanto com o Enf.º orientador, assim como com a restante equipa de enfermagem e com os utentes.

É também importante visar que este Ensino Clínico se trata de uma integração à vida profissional, e por isto, é necessário conhecer, trabalhar, comunicar e colaborar com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, pelo que me foi dada esta mesma oportunidade, para o meu desenvolvimento pessoal como futuro profissional de saúde.

A comunicação eficaz no trabalho de equipa contribui não só para evitar erros, assim como para o aumento da qualidade em saúde, zelando pela segurança do utente. A comunicação entre a equipa, foi também um fator que inicialmente, foi prejudicado pelas minhas características pessoais, contribuindo para que demonstrasse alguma insegurança na partilha de informações, não só na passagem de turno, mas também na transmissão de informação aos colegas ou atendimento telefónico. Denotei alguns erros iniciais, como por exemplo omissão de informação importante, ou falta de precisão ou consistência da informação. Torna-se fulcral identificar as nossas falhas e trabalhar essas mesmas de forma a melhorar continuamente.

Pessoalmente considero que interrupções e ruídos frequentes inviabilizam a clareza da mensagem a ser transmitida, uma vez que nos podemos distrair e ignorar informações importantes, e por isso considero ser um aspeto negativo do serviço, uma vez que surgem interrupções constantes durante a passagem de turno. Apesar de ser uma pessoa particularmente tímido, quando não conheço bem as pessoas, considero que melhorei bastante a comunicação e relacionamento com a restante equipa. Para tal, contribui também o facto da equipa me ter acolhido tão bem e se demonstrar sempre disponível para me ajudar, acabando por se tornarem um apoio fundamental no meu desenvolvimento profissional. A comunicação assume um papel de elo e de continuidade dos cuidados ao utente, por isso a sua prática deve ser sempre aprimorada de modo a contribuir para continuidade dos cuidados com qualidade e rigor.

Ainda no âmbito da comunicação eficaz entre os profissionais, tive a oportunidade de melhorar esta capacidade através de uma atividade proposta por uma Enfermeira do serviço, que dinamizei em conjunto com os meus colegas (Apêndice A). Esta atividade incidiu na elaboração de um trabalho sobre o controlo e a prevenção de infeções nosocomiais, onde o tema recaiu, posteriormente, sobre o controlo e prevenção de infeções no Cateter Venoso Central (CVC), o Cateter Venoso Periférico (CVP) e a Sonda Vesical (SV). Darei continuidade sobre este tema no objetivo seguinte.

A comunicação terapêutica e criação de uma relação empática, tanto com o utente como com o convivente significativo é fundamental para a qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem. O Conselho de Enfermagem (2001; cit. por Barbosa, 2010), refere que o exercício profissional da enfermagem se centra na relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa, ou entre o enfermeiro e um grupo de pessoas. É frequente os conviventes significativos apresentarem inseguranças, medos e receios, recorrendo aos enfermeiros para que estes os situem da situação do utente e esclareçam certas dúvidas. Uma conversa terapêutica entre enfermeiro-convivente significativo pode ajudar a minimizar estas dúvidas e melhorar a confiança. Inicialmente fiquei reticente e demonstrei insegurança, relativamente à melhor forma de informar o convivente significativo, aspeto este, que o Enf.º orientador trabalhou comigo, elucidando sobre a informação que podemos e devemos transmitir, enquanto enfermeiros. Infelizmente, devido ao tempo pandémico que estamos a vivenciar, as visitas presenciais eram inexistentes, salvaguardando algumas exceções. Assim sendo, esta comunicação com o convivente significativo era feita, maioritariamente, por via telefónica.

Fazendo uma análise global e contínua, considero ter melhorado bastante neste domínio, demonstrando segurança nas informações que transmitia, esclarecendo dúvidas aos conviventes significativos, dentro das minhas capacidades. Tentei esclarecer e tranquilizar os mesmos, quando necessário, sempre da melhor forma possível. Fui tentado minimizar todas as

inseguranças e maximizar a capacidade de transmissão de informações necessárias aos conviventes significativos. Contudo saliento que ainda é um aspeto a trabalhar, de forma a melhorar, continuamente, uma vez que é uma capacidade que vamos melhorando com a prática.

O enfermeiro, de acordo com o Código Deontológico, assume o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem, assim como atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem. Como tal, torna-se fulcral a necessidade de aprimorar esta capacidade.

Assim, posso referir que me foi possível criar uma relação empática e comunicacional eficaz com os utentes, convivente significativo e equipa multidisciplinar, o que influencia positiva e indiretamente os cuidados de enfermagem prestados aos utentes. Concluo que a comunicação foi um fator que me permitiu desenvolver competências relacionais fundamentais, a manutenção do espírito de grupo, bem como o estabelecimento de relações.

Quanto aos critérios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais desenvolvidas, foram os seguintes:

2 - Reconhece os limites do seu papel e da sua competência.

8 - Respeita o direito dos utentes ao acesso à informação.

61 - Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o utentes e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.

62 - Comunica com consistência informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do utente, de forma oral, escrita e eletrónica, no respeito pela sua área de competência

65 - Comunica com o utente e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder

74 - Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.

75 - Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.

76 - Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.

1.3 - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO UTENTE, VISANDO A MELHORIA DO NÍVEL DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA, ASSUMINDO OS ATOS E RESPEITANDO OS PRINCÍPIOS ÉTICOS, MORAIS E DEONTOLÓGICOS

A prática de enfermagem é centrada no utente e em estabelecer uma relação interpessoal entre o utente/família e o enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Deste modo, relativamente à prestação dos cuidados de enfermagem, estes devem ser centrados no utente e

tem de ter em atenção a relação interpessoal do enfermeiro e o utente/família, uma vez que a prestação de cuidados é para melhorar o bem-estar do utente, satisfazer as necessidades do mesmo e promover a sua autonomia.

Para prestarmos cuidados de enfermagem corretos, o enfermeiro tem de ter por base alguns princípios, como por exemplo, humanização dos cuidados de forma individualizada e holística, a justiça, a ética e a deontologia profissional. Tendo em conta o que referi anteriormente, ao longo deste Ensino Clínico, mantive sempre a privacidade dos utentes através do sigilo profissional, respeitei os seus direitos humanos e tive sempre em conta os direitos e deveres do utente e do enfermeiro.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015), o Artigo 105.º do Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro adota o dever de informar o utente e a família no que diz respeito aos cuidados de enfermagem, como também atender com responsabilidade e cuidado todas as solicitações de informação ou explicação feito pelo utente no que concerne aos cuidados de enfermagem.

O sigilo profissional tem como função respeitar e proteger o direito das pessoas à reserva da vida privada e à confidencialidade das informações e dados pessoais, bem como garantir a confiança dos cidadãos nos profissionais de saúde. De acordo com o artigo 106.º do código deontológico da Ordem dos Enfermeiros (OE), o enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o a toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de considerar confidencial toda a informação acerca do utente e da família, independentemente da fonte e apenas partilhar informação com aqueles que estão implicados no plano terapêutico.

Assim sendo, a prestação de cuidados é importante para humanizar os cuidados de enfermagem de modo individualizado e humanizado, vendo sempre o utente como um todo. Procurei respeitar a individualidade dos utentes, assim como as decisões por eles tomada e respeitar os seus valores e crenças.

Para tal, é necessário colocar em práticas todas as experiências que adquiri anteriormente ao longo do curso de modo que na prestação de cuidados aos utentes seja possível fornecer cuidados de qualidade. No início sentia algumas dificuldades na abordagem ao utente, pois sentia-me nervoso, mas com o passar do tempo adquiri mais confiança e segurança, criando assim uma melhor relação terapêutica e ao transmitir segurança ao utente é uma mais valia, pois, o mesmo também se sente mais confiante e confortável ao receber a prestação de cuidados.

Orientei a minha prática através do Processo de Enfermagem e nas suas cinco fases: avaliação inicial, diagnóstico de enfermagem, planeamento das intervenções de enfermagem, implementação e avaliação dos cuidados prestados ao utente.

Durante o Ensino Clínico, surgiu a oportunidade de realizar algumas admissões dos utentes, maioritariamente provenientes do serviço de urgência. No que diz respeito ao acolhimento e integração no serviço, primeiro verificamos o nome do utente e é de extrema importância criar uma relação de empatia e confiança com o utente. Se o utente tiver condições físicas e psicológicas que o permitam, é explicada a dinâmica do serviço, que devido ao tempo pandémico, algumas foram alteradas, como por exemplo o horário das visitas, que salvo algumas exceções não existia. É referido o número da cama e o cacifo correspondente, onde se localiza a casa de banho e o chuveiro e as rotinas do serviço.

Posteriormente identificamos o utente com uma pulseira que consta o nome completo, o número de processo, a data de nascimento e o serviço, é colocado uma roupa mais confortável ou roupa hospitalar ou com pijama do mesmo se este trouxer, caso este já não venha assim vestido, aproveitando assim para avaliar as características físicas do utente, isto é, avalia-se integridade cutânea, presença de edemas ou hematomas, avaliamos os sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e dor), saturação de oxigénio e glicémia capilar, fazemos o espólio do utente, verificamos a terapêutica prescrita e caso necessário fazemos os cartões da medicação com o ajuste do horário tendo em conta as horas predefinidas pelo serviço e se for necessário administrar alguma dependendo das horas de chegada ao serviço. Realiza-se também um cartão para colocar no fundo da cama com identificação do Serviço, nome do utente e n.º da cama e atualiza-se o quadro da sala de registos. Posso referir que com o passar do Ensino Clínico adquiri mais autonomia na admissão dos utentes no Serviço embora não tenha realizado muitas e gostasse de ter feito mais.

Na admissão também aplicamos duas escalas, para avaliar o Risco de Úlcera de Pressão, avaliada de dois em dois dias no turno da manhã, e do Risco de Queda, avaliado de sete em sete dias no turno da manhã.

Relativamente ao risco de queda, após a avaliação é atribuído um score de alto, médio ou baixo risco, onde no serviço, existe uns autocolantes para colocar na pulseira de identificação, que identifica o risco de queda, contudo constatei que nem sempre é utilizada para identificar corretamente os utentes com alto risco de queda, pelo que essa prática deveria ser adotada uniformemente de forma a evitar o erro.

Tentei sempre que possível, aproveitar todas as oportunidades de realizar a admissão de utentes, de forma a melhorar progressivamente a minha prestação, e o contato inicial com o utente. Com o passar do Ensino Clínico e com a prática, adquiri mais autonomia na admissão dos utentes, do procedimento necessário de realizar, no manuseamento do programa informático, como também na avaliação das escalas.

Após a elaboração dos planos de cuidados, faz-se a implementação. Esta engloba a prestação de cuidados e devo ter sempre em conta o Modelo Principlista, que de acordo com Gonçalves (2017), este baseia-se em quatro princípios bioéticos fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. O Princípio da autonomia está sempre presente na prestação de cuidados, pois os utentes capazes de fazer as suas escolhas informadas e voluntárias, devem sempre tomar a decisão se autorizam ou não a realização dos procedimentos (Peralta, 2014). Aristóteles defendia a autonomia como uma qualidade específica do Homem, fundamentada na racionalidade, definindo-a como a capacidade de pensar, decidir de modo livre e independente. E também de modo a proporcionar uma escolha autónoma, surgiu o consentimento informado que compreende num processo integrado na relação médico-utente onde se clarificam as ideias e são permitidos o debate e a troca de informações pertinentes (Peralta, 2014). Tive oportunidades de realizar colheitas de sangue para análise e de uroculturas. Antes de realizar algum destes procedimentos confirmava sempre a requisição pedida, o nome do utente com o mesmo e na pulseira e o número da cama. Após a colheita identificava corretamente os frascos com as etiquetas e enviava os mesmos para o laboratório.

De acordo com Peralta (2014), a beneficência consiste numa ação executada com o objetivo de causar benefício a outros. Assim sendo, o Princípio da Beneficência serve como um componente de ligação entre o dever moral de agir em benefício dos outros.

Relativamente ao Princípio da não maleficência de acordo com Peralta (2014), este abrange algumas regras morais tais como: não matar, não causar dor ou sofrimento; não comprometer a qualidade de vida. O enfermeiro tem um papel preponderante neste princípio pois deve prestar cuidados de conforto ao utente e avaliar se este tem dor ou não.

Segundo ainda o autor supracitado, justiça implica respeito pelos direitos de cada individuo e a atribuição do que é a cada um, fornecendo tratamento justo, equitativo e apropriado. Tendo em conta o que este autor refere mais uma vez apoia que devemos prestar cuidados de forma individualizada e equitativa a todos os utentes.

O planeamento da alta, começa logo desde a admissão do utente. Para o planeamento da alta deve ter-se em atenção as alterações do estado do utente e envolver para além do próprio, a sua família (Peralta, 2014). Posto isto, no Serviço o Enf.º contacta a família/lar para dar conhecimento da alta clínica. É removido o CVP, são reforçados alguns ensinamentos se necessário ao próprio/familiares, entregam-se as cartas de alta e após a saída do utente é dada alta pela administrativa nos programas informáticos. De referir que embora percebesse como era feita não tive oportunidade de elaborar uma carta de alta de enfermagem, uma vez que foram poucos os utentes que estavam distribuídos ao meu orientador que tiveram alta quando realizei turnos, pelo que gostaria de ter tido mais oportunidades neste sentido.

Relativamente à transferência de Serviço o utente vai sempre acompanhado por um Enf.º, levam-se os pertences do utente, o processo clínico, a medicação e chegando lá o Enf.º passa o turno ao Enf.º que fica responsável pelo utente.

O Enf.º, de acordo com a alínea a) do artigo 100º do Código Deontológico do Enf.º presente no Estatuto da OE (2015), tem o dever de “Cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão”. Considero, portanto, que o Código Deontológico é algo que os Enf.ºs devem ter sempre presente e pelo qual se devem reger. Assim, ao longo do Ensino Clínico considero que o tive em conta, respeitei os direitos humanos, de modo a promover a realização de uma prática profissional com segurança e responsabilidade.

Deste modo, ao longo do Ensino Clínico, tenho tido em consideração os direitos humanos dos utentes, familiares e profissionais, respeitando-os e tendo conhecimento dos meus direitos e deveres. Posto isto, de forma a assegurar a sua privacidade tenho o cuidado de correr as cortinas para a prestação de cuidados e não referenciar informação acerca dos utentes na presença de pessoas externas ao Serviço. No sentido de contribuir para a capacitação e independência dos utentes tenho tido em atenção o estado funcional dos mesmos, substituído ou auxiliando as necessidades apenas quando necessário, isto implica que o utente continue a executar as ações nas quais não está afetado sem perda de independência.

Os Enf.ºs de cuidados gerais, segundo o REPE “procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade.”. Este Ensino Clínico foi bastante enriquecedor, pois além de contactar com diferentes patologias pude contactar com uma grande variedade de fármacos lembrando alguns e conhecendo novos sobre os quais necessitei de pesquisar, pois para realizar uma administração segura é necessário conhecer uma grande variedade de fármacos, assim como os seus efeitos secundários. Os mais administrados no Serviço são analgésicos, analgésicos opioides, antipiréticos, anti-inflamatórios, corticoides, benzodiazepinas, antieméticos, broncodilatadores, anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, anti hipertensores, vasodilatadores, anti-histamínicos, antibióticos, laxantes e diuréticos. A minha maior dificuldade era a via endovenosa, nomeadamente as diluições uma vez que já não me recordava de como se fazia grande parte delas, Com ajuda do Enf.º orientador e consultando a documentação do Serviço sobre administração de fármacos via endovenosa consegui melhorar bastante neste aspeto e com a prática considero que também melhorei a destreza embora ainda possa melhorar na rapidez.

Este Serviço proporcionou-me a oportunidade de realizar muitos procedimentos que foram uma mais-valia para adquirir maior experiência. Pude realizar cuidados de higiene e conforto, nutrição, hidratação, monitorização e interpretação de sinais vitais, algaliação, entubação nasogástrica, punção venosa periférica, colheita de sangue, urina e expetoração para

análise, realização de tratamentos a feridas (aplicando a mnemónica TIME, T - Tratamento do tecido, I – Controlo da infeção/ inflamação, M – Equilíbrio da humidade, E – Avanço epitelial/margens, de forma para tornar mais simples a avaliação e tratamento da ferida), oxigenoterapia (tendo oportunidade de contactar com VNI), aspiração de secreções, posicionamentos, levantes, transferências, preparação e administração de terapêutica por diversas vias (endovenosa, subcutânea, oral, inalatória, retal, transdérmica), ensinamentos oportunos aos utentes, entre outros. Pude também realizar duas atividades que não tinha planeado, como a colheita de sangue para hemoculturas e os cuidados post mortem, não tendo tido qualquer problema em realizá-los, mantendo-me controlada a nível emocional e prestando os cuidados com respeito e dignidade.

É de referir que, ao longo dos ensinamentos clínicos realizados ao longo do curso, nunca tive a experiência de ter à minha responsabilidade tantos utentes, visto que, gradualmente, acabei por ficar responsável por todos os utentes que estavam distribuídos ao meu orientador. Foi bastante complicado no início, porém ultrapassei de forma gradual esta dificuldade e adaptei-me às dinâmicas de prestação de cuidados de cada turno.

Quanto a dar informações à família sobre o estado do seu familiar a nível de cuidados de enfermagem considero que também é um aspeto de melhoria uma vez que não tenho prática nesse aspeto, pois em nenhum Ensino Clínico anterior me tinha sido permitido fazê-lo.

No que diz respeito à passagem de turno, esta é sempre realizada através do diálogo com auxílio de papel com identificação de cada utente, assim como de um monitor com informação relevante do utente (norma do serviço). Desta forma, torna-se mais fácil a transmissão de todas as informações, pois ao mesmo tempo que realizamos a passagem de turno, visualizamos o utente do qual estamos a transmitir as informações. Tentei sempre aperfeiçoar esta componente de enfermagem, utilizando uma comunicação assertiva e eficaz, clara ao enfermeiro que iria dar continuidade à prestação de cuidados. Considero que melhorei progressivamente esta capacidade, uma vez que inicialmente senti alguma dificuldade em estruturar a informação a transmitir, no entanto fui adotando estratégias para melhorar, que considero terem resultado.

Para prestar cuidados de qualidade, pela excelência do serviço e de acordo com o Código Deontológico, o enfermeiro deve assumir o dever de analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude, assim como, citando de novo o Código Deontológico, manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. De modo a investir na excelência do exercício, procedi a inúmeras pesquisas e estudo em casa, de forma a fundamentar as minhas práticas, assim como elaborei um trabalho sobre o controlo e prevenção de infeções, que se encontra em Apêndice A. O objetivo das

pesquisas e do trabalho realizados, centram-se na importância de identificar patologias e procedimentos, de modo a compreendê-los o melhor possível, identificar fatores de risco e atuar na prevenção, atualizar conhecimentos acerca de diversos temas, garantindo a qualidade e continuidade dos cuidados. Durante a hospitalização o utente está exposto a uma grande variedade de microrganismos, associado a outros fatores de aquisição de infeções nosocomiais, nomeadamente idade avançada, imunossupressão, multiterapêutica prescrita, patologias crónicas, entre outros. A taxa de infeções nosocomiais em utentes de uma instituição é um indicador da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Quando situações destas acontecem, os profissionais devem adotar medidas de precaução de controlo de infeção na prestação de cuidados. Estas precauções a serem adotadas dependem da via de transmissão implicada. Assim o isolamento e outras barreiras de proteção devem ser claramente estabelecidas. Durante o decorrer do Ensino Clínico, tive oportunidade de contactar com situações de isolamento de contacto e de gotículas, no entanto devido à sobrelotação do serviço, nem sempre a disponibilidade dos quartos de isolamento se verificou, pelo que se adotaram outras medidas de isolamento, de acordo com os recursos existentes, no entanto, em certos casos, não foram as mais indicadas, comprometendo a qualidade e segurança dos cuidados. As infeções nosocomiais, contribuem para a incapacidade funcional e stress emocional dos utentes, podendo em alguns casos levar à morbidade e mortalidade, associado ainda a custos económicos, pelo que a prevenção das mesmas, assim como a deteção precoce se tornam fulcrais, por isso o controlo de infeções é da responsabilidade de toda a equipa multidisciplinar.

Como reflexão das oportunidades de cuidados de enfermagem prestados, não existe nada mais gratificante do que receber/escutar as palavras de gratidão que cada utente nos diz. Considero que enquanto enfermeiros, somos o suporte dos utentes, somos nós que cuidamos, que os escutamos e que os tranquilizamos. Esta relação terapêutica é tão benéfica para os utentes, como para os profissionais de saúde. Tendo como exemplo um excelente profissional, que demonstra bastante dedicação e empenho para com os seus utentes, tendo sido para mim, um aspeto facilitador, de modo a criar uma boa capacidade de comunicação e uma relação terapêutica, assim como promover a melhoria contínua dos cuidados, que levo para a minha vida profissional.

Posso asseverar, de coração cheio, que a minha passagem pelo serviço de Medicina veio ajudar não só na minha definição como futuro enfermeiro, mas como pessoa. Configurou uma experiência profissional única, que não hesitaria em repetir.

Quanto aos critérios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais desenvolvidas, estas foram as seguintes:

5 – Exerce de acordo com o Código Deontológico;

- 8 – Respeita o direito dos utentes e acesso à informação;
- 9 – Garante a confidencialidade e a segurança de informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional;
- 10 – Respeita o direito do utente à privacidade;
- 11- Respeita o direito do utente à escolha e à autodeterminação referentes aos cuidados de enfermagem e de saúde;
- 20 – Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de Enfermagem.
- 24 – Ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados.
- 25 – Fornece a fundamentação para os cuidados de Enfermagem prestados.
- 29 – Apresenta a informação de forma clara e sucinta;
- 34 – Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspetiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde;
- 35 – Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação;
- 38 – Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis ótimos de saúde e reabilitação;
- 41 – Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de Enfermagem;
- 42 – Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades.
- 49 – Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os utentes e/ou cuidadores.
- 51 – Revê e reformula o plano de cuidados regularmente, sempre que possível, em colaboração com os utentes e/ou cuidadores.
- 61 – Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o utente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.
- 63 – Assegura que a informação dada ao utente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.
- 64 – Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos utentes e/ ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência.
- 65 – Comunica com o utente e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder.
- 66 – Utiliza a tecnologia de informação disponível de forma eficaz e apropriada.
- 86 – Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade nos cuidados.

- 92 – Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção e aperfeiçoamento das competências.
- 93 – Atua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.
- 95 – Atua como mentor/tutor eficaz.
- 96 – Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.

CAPÍTULO II

2 - OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Na elaboração deste capítulo, vou descrever e refletir sobre o meu desempenho e a evolução no desenrolar do EC, com a finalidade de aprimorar e aperfeiçoar a minha prestação de cuidados de enfermagem e desenvolver competências comuns do enfermeiro, expostos no plano de trabalho.

Ao longo deste capítulo serão enumerados os objetivos propostos no plano de trabalho nos cuidados de saúde primários, as atividades desenvolvidas, adversidades sentidas, e as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, definidas pela OE, que consegui adquirir com a realização das atividades executadas na passagem pelo EC.

Iniciou-se no dia de 24 de maio de 2021 na USF Ribeirão, sendo realizada a integração no serviço do dia seguinte pela minha Enfermeira orientadora, permitindo-me aferir conhecimentos acerca da estrutura física, orgânica e funcional do serviço.

2.1 - CONHECER A ESTRUTURA FÍSICA, ORGÂNICA E FUNCIONAL DA USF RIBEIRÃO

Quando se ingressa em algum tipo de instituição, é fundamental começar por tentar conhecer e compreender a estrutura física, o funcionamento e a organização da mesma, de forma a propiciar uma melhor adaptação à instituição.

Segundo o decreto-lei nº298/2007, as Unidades de Saúde Familiar (USF), definem-se como as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo, e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento, A, B e C, diferenciados entre si pelo grau de autonomia organizacional, modelo retributivo e de incentivos aos profissionais, modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico.

A USF Ribeirão, tem como missão, prestar cuidados de saúde personalizados, à população inscrita da área geográfica definida no art.2º, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos. Esta rege-se pelo modelo B e é parte integrante no ACES Ave/Famalicão, na Administração Regional de Saúde Do Norte. Esta encontra-se localizada Na Rua Extensão de Saúde – Ribeirão. Iniciou atividade no dia 16 de maio de 2011, e encontra-se a funcionar em modelo B, como acima descrito, desde agosto de 2015, garantindo uma resposta assistencial a cerca de 10813 dados referentes a maio de 2018.

A sua área geográfica de atuação corresponde aos residentes de Ribeirão e em freguesia vizinhas (Vilarinho das Cambas, Lousado, Fradelos e Trofa).

Estrutura física:

O edifício está dividido estruturalmente em duas áreas separadas, sob a vigilância de um segurança. Na área destinada ao atendimento ao público, existe uma área de atendimento administrativo, uma sala de espera. Relativamente à outra área é constituída por sete gabinetes médicos, sendo um destinado a internos de formação específica, uma sala de tratamentos, três gabinetes de enfermagem, um gabinete de planeamento familiar, equipada com cama ginecológica, um gabinete de saúde infantil, uma copa e vários espaços para arrumação de materiais de consumo corrente.

Relativamente a estrutura, o facto de só existir uma sala de tratamento não é suficiente para a enorme afluência de utentes que necessitam de cuidados, como tratamento de feridas e administração de injetáveis, havendo a necessidade de, por vezes, realizar os tratamentos no gabinete de enfermagem, estando estes preparados com uma marquesa para estas situações.

Estrutura Orgânicas e Funcional:

Para a prestação de cuidados a USF de Ribeirão dispõe de uma equipa multidisciplinar, assim como colaboradores. No que diz respeito à equipa de multidisciplinar, esta é composta por seis enfermeiros especialistas, seis médicos especialistas em medicina geral e familiar (MGF) e quatro secretárias clínicas. Tem ainda três médicos internos em formação específica de MGF, sob orientação. É salientar ainda que, cada enfermeiro de Família trabalha por área geográfica diferenciando da área dos médicos. De acordo com o Código Deontológico, o enfermeiro deve atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, da equipa em que está inserido.

A USF encontra-se em funcionamento em todos os dias úteis entre as 08:00 horas e as 20:00 horas.

Nesta USF desenvolvem-se diversos Programas Nacionais de Saúde (PNS) específicos, que irão ser abordados posteriormente, inseridos na Carteira de Serviços, tendo em conta as necessidades presentes na região, aos quais pretende dar resposta. No que diz respeito ao sistema informático utilizado na USF Ribeirão para a prática de enfermagem é o SClínico.

Por fim, os critérios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais desenvolvidas foram os seguintes:

4 – Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício.

- 26 – Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo.
- 32 – Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais.
- 73 - Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes;
- 74 – Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.
- 76 - Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.
- 85 – Contribui para o desenvolvimento da prática de Enfermagem.

2.2 - ESTABELECE UM BOM RELACIONAMENTO DE TRABALHO COM OS COLEGAS E COM TODA A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

A integração na equipa multidisciplinar e um bom relacionamento com os diferentes profissionais foi crucial para o bom desempenho no ensino clínico.

O trabalho em equipa é definido como um trabalho que é dado a um grupo de pessoas que possuem habilidades individuais, que sejam responsáveis pela tomada de decisões individuais, que conservem um propósito comum e que possam juntos comunicar, compartilhar e consolidar conhecimentos para que planos sejam realizados, decisões futuras sejam influenciadas e ações sejam determinadas (Pinho, 2006).

A equipa multidisciplinar permite uma prática potenciadora e promotora de desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional, conducente à resolução de problemas em rede, tirando o máximo de proveito dos saberes e competências de cada profissão e de cada profissional num caminho para a transdisciplinaridade (Freitas, 2017). Assim sendo, é necessário desenvolver a capacidade de produzir e usar de forma adequada e efetiva o conhecimento num projeto de construção participada dos cuidados (Rowe e Hogarth; 2005).

No decorrer do ensino clínico, tive a oportunidade de colaborar com a equipa multidisciplinar da USF de Ribeirão onde considero que tenha sido uma mais valia para o percurso académico. Ao longo do tempo, foi criando uma relação de empatia, comunicação com a equipa, mas principalmente com a Enf^a Orientadora que foi depositando em mim progressivamente, confiança e autonomia na prestação de cuidados de enfermagem ao utente/família/comunidade.

De acordo com o Decreto-lei nº 118/2014, de 5 de agosto, o enfermeiro de família é o profissional que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, presta cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases do ciclo vital e em todos os contextos da comunidade (Ministério da Saúde, 2014). Sendo um recurso de proximidade, o enfermeiro de família disponibiliza cuidados de enfermagem, efetuando, em articulação com a restante equipa

de saúde, a avaliação da situação de saúde e das fases da vida, relativamente ao seu grupo de famílias, privilegiando as áreas da educação e promoção da saúde, prevenção da doença, da deteção precoce de doenças não transmissíveis, da gestão da doença crónica e da visita domiciliária (Ministério da Saúde, 2014).

Na USF de Ribeirão, o grupo de famílias atribuído ao enfermeiro de família diferencia do grupo atribuído ao Médico de família. No início do estágio tive alguma dificuldade em me adaptar a este método uma vez que houve a necessidade de identificar as diferentes áreas responsáveis na prestação de cuidados de saúde em articulação com os diferentes médicos de família. Contudo ao longo do estágio comecei a familiarizar com os métodos de trabalho da enfermeira Orientadora e dos diferentes métodos dos médicos através da criação de uma relação de empatia e comunicação, conseguindo superar progressivamente este obstáculo. A comunicação foi um fator que me permitiu desenvolver competências relacionais fundamentais, na manutenção do espírito de grupo, bem como o estabelecimento de relações.

Quanto aos critérios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais desenvolvidas, foram os seguintes:

- 2 - Reconhece os limites do seu papel e da sua competência.
- 8 - Respeita o direito dos utentes ao acesso à informação.
- 61 - Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o utente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.
- 62 - Comunica com consistência informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do utente, de forma oral, escrita e eletrónica, no respeito pela sua área de competência
- 65 - Comunica com o utente e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder
- 74 - Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.
- 75 - Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.
- 76 - Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.

2.3 - DESENVOLVER COMPETÊNCIAS E CONHECIMENTOS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM, EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, APLICANDO A METODOLOGIA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM, AO INDIVÍDUO, A FAMÍLIA E A COMUNIDADE, QUE PERMITEM ALCANÇAR O PERFIL DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIROS DE CUIDADOS GERAIS DEFINIDAS PELA ORDEM DOS ENFERMEIROS

Os Enfermeiros têm obrigação de praticar a profissão com os conhecimentos científicos e técnicos apropriados, tendo respeito pela vida, pela dignidade humana e pelo bem-estar e saúde da comunidade, adotando estratégias e medidas de modo a promover e melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem e cumprir sempre com a legislação em vigor no que concerne ao exercício da profissão (Assembleia da República, 2015).

Assim, sendo ao longo do meu percurso enquanto estudante de enfermagem tive oportunidade de adquirir conhecimentos e competências científicas, técnicas e relacionais que irei utilizar ao longo de toda a minha vida profissional. A Enfermagem exige uma contínua atualização dos conhecimentos, através da formação permanente, sendo assim é necessário estar constantemente a atualizar os meus conhecimentos. A atualização e a aquisição de novos conhecimentos ajudam-me na preparação para as consultas de enfermagem, realizar ensinamentos com confiança e segurança e assim transmitir informação correta e de forma credível aos utentes.

Aliado a tudo isto, reconheço que a criação de uma relação baseada em confiança e empatia, permite que os utentes e as famílias, se sintam mais à vontade para colaborar connosco, facilitando a prestação dos cuidados e permitindo assim ganhos em saúde. Ao longo do EC consegui pôr em prática esta relação de forma assertiva, respeitando sempre o utente, a família e comunidade, tendo em conta as suas crenças, valores e os seus direitos.

De acordo com Pontes, Leitão e Ramos (2008), a comunicação é o pilar em que se sustenta o cuidar em enfermagem. A comunicação eficaz e assertiva do enfermeiro, permite que este consiga: informar, direcionar e apoiar o indivíduo, família e comunidade.

Por sua vez Phaneuf (2005; cit. por Coelho, 2015), afirmar que a comunicação, mais do que uma escolha do enfermeiro, é uma condição da qualidade dos cuidados prestados. Acrescenta também que esta constitui a principal ferramenta terapêutica de que dispõe a enfermeira, uma vez que permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida do indivíduo e a conceção do mundo que motiva os seus esforços para aceitar a sua doença e tratamento, preservando ao máximo a sua saúde.

Na sequência da comunicação ligada aos cuidados de saúde, surge a comunicação terapêutica que é um método de comunicação através do qual o enfermeiro responde às necessidades explícitas e implícitas do indivíduo (Fuller, 2007; cit. Coelho, 2015).

Reconheço que o estabelecimento da comunicação terapêutica com o utente é extremamente importante pois, permite ao enfermeiro, identificar focos de enfermagem, assim como negociar as metas a atingir de maneira a obter ganhos em saúde. Assim sendo, no decorrer do EC procurei melhorar a comunicação terapêutica com o indivíduo, criando uma relação de confiança, para que este falasse abertamente dos seus problemas e exprime-se os seus sentimentos.

Apostar na comunicação terapêutica deve ser uma estratégia-chave para a promoção da saúde e prevenção da doença. Daí ser extremamente importante criá-la, de modo a consciencializar o indivíduo, a família e a comunidade para a adoção de comportamentos promotores de saúde através da realização de ensinamentos que contribuam positivamente para a saúde e qualidade de vida. Face a isto, posso mencionar que desde o meu primeiro EC, senti uma enorme evolução nesta temática, pois é uma área de atuação extremamente importante na Enfermagem.

Relativamente à sala de tratamento esta encontra-se devidamente bem equipada e organizada, com todas as condições para a prestação de cuidados personalizados e de qualidade. É aqui que se executa o tratamento de feridas cirúrgicas, traumáticas ou crónicas como úlceras e é também feita a administração de terapêutica subcutânea, intramuscular e endovenosa, remoção de material de sutura e realização de ensino oportunos, sempre que necessários.

Em relação à realização destes procedimentos de enfermagem, tentei sempre proceder à sua execução da forma mais correta, escolhendo a melhor opção de tratamento, respeitando sempre a assepsia, quando existiam dúvidas ou dificuldades, a Enf^a orientadora disponibilizou-se sempre para auxiliar e corrigir as mesmas. Num contacto inicial com os utentes procurei criar uma relação de empatia e aos mesmo tempo de confiança com os mesmos para se sentirem seguros na prestação de cuidados a receber, uma vez que alguns podem ser dolorosos. Após realizar os diferentes procedimentos efetuava o registo da intervenção no SClínico e fazia o agendamento da próxima consulta caso fosse necessário.

Ao longo do estágio, foi-me dado a possibilidade de realizar teste rápido ao VIH, estes detetam, rapidamente, os anticorpos do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), através de algumas gotas de sangue após uma picada num dedo. Considero este teste bastante útil, uma vez que nos dá um resultado fidedigno, em pouco tempo, podendo detetar precocemente a infeção permitindo a adoção de práticas para que se impeça a transmissão da infeção.

Tive também a oportunidade de participar/colaborar na visitação domiciliária, em que os cuidados de saúde foram prestados no domicílio dos utentes com problemas de saúde e suas famílias com o objetivo de promover, manter ou minimizar o impacto da doença (Grelha, 2009, cit. por Pinto, 2013). Compreende a prestação de cuidados de saúde, no ambiente familiar e de acordo com as necessidades específicas de cada indivíduo/ família e difere de outras áreas uma vez que a prestação de cuidados é realizada no meio ambiente do utente.

Na visitação domiciliária, procurei sempre estabelecer um contato direto através da relação empática e da escuta ativa com o utente/família no seu ambiente. Tem em atenção à realidade de cada utente, avaliava as condições habitacionais e socioeconómicas e identificava possíveis fatores de risco para a sua saúde. Existe alguns dias onde são programadas a visitação domiciliária com médico de família para a realização de consultas no domicílio, onde são avaliados os parâmetros vitais e, se necessário, prescrição de terapêutica que o utente apresente em falta ou então administração de vacinas que o mesmo tenha em atraso, nomeadamente a vacinas de combate à COVID-19, tanto ao utente como ao seu prestador de cuidados.

Deste modo, considero ter atingido o objetivo na totalidade e, através das atividades que pude desenvolver, adquiri essencialmente os seguintes critérios de competências do enfermeiro de cuidados gerais preconizadas pela OE:

- 3 - Consulta peritos em Enfermagem, quando os cuidados de Enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência atual ou que saem do âmbito da sua área de exercício;
- 6 - Envolve-se de forma efetiva nas tomadas de decisão ética;
- 10 - Respeita o direito do utente à privacidade;
- 12 - Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do utente.
- 13 - Identifica práticas de risco e adota as medidas apropriadas; (1) - Aceita a responsabilidade e responde pelas suas ações e pelos juízos profissionais que elabora;
- 15 - Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos;
- 19 - Reconhece e atua nas situações de infração ou violação da Lei e/ou do Código Deontológico, que estão relacionadas com a prática de Enfermagem.
- 22 - Inicia e participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na Enfermagem e nos cuidados de saúde
- 23 - Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.
- 27 - Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde.

- 28 - Atua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte
- 30 - Interpreta, de forma adequada, os dados objetivos e subjetivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura
- 49 - Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os utentes e/ou cuidadores;
- 50 - Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e/ou revistos, em colaboração com os utentes e/ou cuidadores;
- 60 - Utiliza os dados da avaliação para alterar o planeamento dos cuidados
- 63 - Assegura que a informação dada ao utente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara;
- 64 - Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos utentes e/ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência.
- 67 - Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos/aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.
- 77 - Participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao utente.
- 86 - Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade dos cuidados
- 91 - Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas.
- 92 - Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção e aperfeiçoamento das competências

2.4 - COOPERAR NA PROMOÇÃO DE SAÚDE DOS UTENTES, FAMÍLIA E COMUNIDADE E NA PREVENÇÃO DA DOENÇA

A USF de Ribeirão, para a promoção da saúde e prevenção da doença, compreende vários programas instituídos pelas Direção Geral da Saúde (DGS) que são cumpridos de acordo com um determinado agendamento em conjunto entre o Médico e o Enfermeiro de Família.

Para este objetivo defini como prioridade participar nos diferentes programas de saúde colocando em prática todos os meus conhecimentos e técnicas adquiridas, participando no planeamento, implementação e avaliação do plano de cuidados de enfermagem no âmbito dos cuidados de saúde primários. Apresento seguidamente, uma revisão relativa aos programas de saúde em que tive oportunidade de participar, bem como uma análise reflexiva da minha contribuição e aprendizagem.

Plano Nacional de Vacinação (PNV)

A vacinação é um direito fundamental e o PNV promove equidade, proporciona igualdade de oportunidades, protege a saúde e previne das doenças independentemente do género, da etnia, da religião, do estatuto social, rendimentos familiares e ideologias (DGS, 2017a). O PNV aplica-se gratuitamente a todas as pessoas presentes em Portugal, recomendando-se diferentes esquemas vacinais, em função da idade e do estado vacinal anterior e ainda esquemas vacinais específicos para grupos de risco ou em circunstâncias especiais (DGS, 2017). Antes de proceder à administração das vacinas criei sempre um ambiente de confiança e segurança com o utente, e no caso das crianças, por vezes tornava-se mais difícil a administração pelo medo que lhes transmitíamos. Furneci todas as informações necessárias sobre as vacinas que iriam ser administradas, explicando, quando adequado os benefícios da vacinação e dos riscos da não adesão à vacinação. Após a sua administração realizei breves ensinamentos quer aos pais, quer aos adultos, no que concerne a reações adversas, informação que, por vezes, era complementada pela enfermeira orientadora. Seguidamente registava a inoculação no Boletim Individual de Vacinação e no Sclínico, no Boletim de Vacinas Digital.

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

Segundo a Norma da DGS nº- 010/2013, são aspetos prioritários do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), a deteção e o apoio às crianças que apresentam necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis, a redução de desigualdades no acesso aos serviços de saúde, assim como o reconhecimento e a capacitação dos pais e outros adultos de referência, enquanto primeiros prestadores de cuidados.

No decurso da vigilância em Saúde Infantil e Juvenil, são realizadas diversas intervenções que visam concretizar um conjunto de objetivos com vista à obtenção contínua de ganhos em saúde. Desta forma, o PNSIJ pretende avaliar o crescimento e desenvolvimento, estimular comportamentos promotores de saúde, promover saúde oral, prevenir os maus tratos, promover o aleitamento materno, detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente, identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus tratos e de violência, sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica e ou deficiência, apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais, promover o desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação das crianças e jovens e prevenir, identificar e saber abordar as doenças comuns (DGS, 2013).

De acordo com a DGS (2013), as crianças devem realizar seis consultas no primeiro ano de vida, cinco do primeiro ao terceiro ano de vida, quatro do quarto ao nono ano de vida e três

do décimo ao décimo oitavo ano de vida. Para além destas consultas, o recém-nascido deve realizar controlo do peso semanal e o diagnóstico precoce entre o terceiro e o sexto dia de vida, com o objetivo de diagnosticar precocemente doenças endócrinas e metabólicas. No decorrer deste EC, tive oportunidade de auxiliar a enfermeira orientadora na realização do teste de diagnóstico precoce. Procedeu-se ao preenchimento dos dados e informamos os pais do recém-nascido sobre o procedimento.

Para além da realização de um teste de diagnóstico precoce, tive oportunidade de contactar com crianças e jovens de diferentes idades que recorreram a USF de Ribeirão, por consulta agendada instituídas pelo PNSIJ, para controlo de peso semanal e para o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação.

No que diz respeito a estas consultas, apercebi-me que ficava um pouco retraído e nervoso aquando da prestação dos cuidados à criança. Este sentimento de nervosismo deveu-se à presença dos pais ou familiares, que originavam receio quanto à abordagem mais correta a utilizar com o recém-nascido/ criança.

Porém apesar deste sentimento, tentei sempre criar uma relação empática com a criança e com os pais, um ambiente favorável e acolhedor para posteriormente proceder à realização das intervenções de enfermagem com mais qualidade. Nestas consultas, torna-se importante dar a nossa atenção não só a criança ou recém-nascido, mas também aos seus pais, porque por serem eles os principais cuidadores, poderão ter de esclarecer dúvidas e receios relativamente ao seu filho.

Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco

A consulta de saúde materna faz parte do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR) (DGS,2015).

De acordo com DGS (2015), a gravidez é um processo fisiológico, vivenciado por milhões de mulheres ao longo da história da humanidade. Esta não deve ser considerada um estado de doença que necessita de tratamento, mas sim uma adaptação a uma nova situação, nomeadamente a uma modificação fisiológica, corporal e emocional que culmina no nascimento de uma ou mais crianças.

Assim sendo, o PNVGBR tem como finalidade “contribuir para um futuro mais saudável da população atuando desde o início do ciclo da vida, através de cuidados antecipatórios e individualizados, numa perspetiva de participação ativa das mulheres/famílias.” (DGS, 2015:17).

De acordo com a DGS (2015), o PNVGBR recomenda três momentos referentes à Gravidez e o Ciclo da vida, nomeadamente, a consulta pré-concepcional, vigilância da gravidez de baixo risco e a consulta de puerpério.

A consulta pré-concepcional pretende contribuir para o sucesso da gravidez através da identificação precoce de fatores de risco modificáveis, para o estabelecimento do risco da gravidez, para a sistematização e transmissão de recomendações pertinentes e para promover a participação do progenitor nas questões de saúde sexual e reprodutiva (DGS, 2015).

Por outro lado, nas consultas da vigilância da gravidez de baixo risco, devem ser abordadas três componentes, que são: os cuidados pré-natais, a educação para a saúde, e a preparação para o parto e parentalidade. Nos cuidados pré-natais devemos informar sobre o esquema e periodicidade das consultas pré-natais previsto, calcular a idade gestacional e registar os dados e avaliações obtidas nas consultas no boletim de saúde da grávida. Na educação para a saúde procura-se concretizar quais os elementos que durante a gravidez estão factualmente associados a benefícios para a grávida e para a criança, sendo assim é importante abordar temáticas como a alimentação, atividade física, saúde oral e sexualidade durante a gravidez, desconfortos e sinais de alerta, tabagismo, álcool e substâncias psicoativas e segurança rodoviária. Na preparação para o parto e para a parentalidade, o casal procura receber informação sobre: direitos e deveres parentais, a tomada de decisão no trabalho de parto, alívio da dor, cuidados ao recém-nascido e preparação para o aleitamento materno (DGS, 2015).

Por último a consulta de puerpério consiste na avaliação do bem-estar físico, emocional e social da mulher / criança/ família que começa imediatamente após o nascimento do recém-nascido que se prolonga por seis semanas pós-parto. Esta deve ser realizada entre a 4^a e a 6^a semana após o parto. Nesta consulta, existe um conjunto de intervenções a realizar como: avaliação do aleitamento materno, da saúde mental, da dinâmica familiar e do suporte emocional, do estado nutricional, das perdas hemáticas e involução uterina e ainda deve ser realizada a promoção do início da contraceção e fornecer informação sobre a sexualidade durante o puerpério (DGS, 2015).

No que diz respeito às consultas durante o período de gestação, a DGS (2015), propõe que: primeira consulta - antes das doze semanas de gestação, segunda consulta - entre as quatorze e as dezasseis semanas e seis dias de gestação, terceira consulta – antes das vinte e quatro semanas de gestação, quarta consulta – entre as vinte e sete e as trinta semanas e seis dias de gestação, quinta consulta – entre as trinta e quatro e as trinta e cinco semanas de gestação, sexta consulta – entre as trinta e seis e as trinta e oito semanas e seis dias de gestação, sétima consulta – após as quarenta semanas de gestação.

Ao longo destas semanas foram poucas as oportunidades para realizar consultas no âmbito SM. No entanto, quando surgiu o momento tentei sempre criar uma relação de empatia com a gestante para poder ajudar no esclarecimento de dúvidas. Abordava também diversas temáticas como alterações fisiológicas, os sinais de alerta e desconfortos durante a gravidez e eram fornecidos panfletos informativos. No decurso das consultas, tive oportunidade de avaliar o bem-estar materno-fetal (TA, FC, peso, altura, IMC, análise sumária a urina e presença de edemas). Para além disso, tive ainda oportunidade de administrar a vacina preconizado pelo PNVGBR durante a gravidez, a vacina Tdpa entre as vinte e as trinta e seis semanas, sendo a semana ideal às trinta e duas semanas. No fim da consulta, fazia os registos no SClínico e no Boletim Individual de Saúde da Grávida.

Quanto à minha prestação neste âmbito de consultas, sinto ainda alguma dificuldade uma vez que tive poucas oportunidades de participar nestas, porém tentei sempre prestar e proporcionar o melhor cuidado à gestante.

Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar

O conceito de saúde reprodutiva prende-se com o direito do individuo a ter acesso a um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que contribuam para a sua saúde e bem-estar reprodutivos através da prevenção e resolução de problemas, dando resposta às necessidades específicas ao longo do seu ciclo vital (DGS, 2008).

Por outro lado, planeamento familiar, compreende-se como sendo uma componente fundamental da prestação integrada de cuidados de saúde reprodutiva assegurando deste modo atividades de promoção da saúde através da informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das infeções sexualmente transmissíveis, do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concicionais e no puerpério (DGS, 2008).

Neste âmbito, tive oportunidade de colaborar em consultas de Planeamento Familiar realizando ensinamentos oportunos, providenciando contraceptivos e demonstrando disponibilidade para esclarecimento de dúvidas sendo que para tal é necessário estabelecer um ambiente acolhedor.

Consulta de Saúde do Adulto/Idoso

O Plano Nacional de Saúde (PNS) das Pessoas Idosas visa a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida. Assim sendo, os cuidados prestados nesta consulta, são dirigidos essencialmente para sessões informativas acerca da saúde, do utente e da sua família.

A USF de Ribeirão, realiza consultas para adultos e idosos, sendo que as pessoas que tenham mais de sessenta e cinco anos entram no Programa Nacional de Saúde para Pessoas Idosas. Neste tipo de consultas, inicialmente procurava saber qual o intuito da consulta, sendo que a maioria recorria para a solicitação de terapêutica, de exames complementares de diagnóstico, bem como a análise dos mesmos por parte do médico de família. Seguidamente, estava atento a fatores de risco, como, a hipertensão arterial, hipercolesterolemia, o tabagismo e o sedentarismo, procedendo a ensinamentos que fossem oportunos para a situação que surgisse. Também monitorizava e avaliava os seguintes parâmetros: TA, peso, altura, FC, IMC, perímetro abdominal e avaliava o risco de diabetes tipo 2. Para além disso, consultava o Plano Nacional de Vacinação para verificar a sua atualidade, caso não estivesse, procedíamos a administração da vacina, com o consentimento do utente. No fim, todas as avaliações eram registadas no SClínico.

Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (PNDC)

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2006), a Hipertensão Arterial (HTA), é um dos principais fatores de risco de doença cardiovascular, e a principal causa de morte e incapacidade no nosso país.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2006), o diagnóstico e o controlo da HTA é de particular importância uma vez que a doença cardiovascular é a primeira causa de incapacidade e morte. O tratamento da HTA pretende diminuir e controlar os valores da TA, para desta forma, evitar a progressão da patologia e das suas reflexões nos órgãos, a longo prazo, a diminuição da morbilidade e da mortalidade cardiovascular.

Os utentes com HTA, deveriam registar com mais frequência os valores da sua TA, dado que é difícil concluir o seu estado de saúde apenas com a avaliação realizada na consulta, pois por vezes advêm diversas agravantes nomeadamente, o stress ou cansaço, ou o facto de vir a uma consulta, o que provocava nervosismo.

Nesta consulta, é realizada a avaliação dos parâmetros antropométricos, nomeadamente, peso, altura, IMC e perímetro abdominal e, também, a avaliação da PA e FC. Uma vez a cada três anos realizava-se a análise microalbuminúria, que nos indica, numa forma menos fiável e mais económica, uma visão do funcionamento renal, onde se este valor estivesse alterado, era avisado o médico de família, onde este indicaria para a realização de análises laboratoriais.

Tal como referido anteriormente, para mudar hábitos de vida e comportamentos inadequados, é necessário criar uma relação de empatia e um clima de confiança, sendo que foi exatamente isso que procurei fazer em todas as consultas. Sempre que achasse necessário e pertinente, transmitia informação e conhecimentos acerca da alimentação que deve fazer, neste

caso, diminuir o consumo de sal e as carnes suínas. Procurei também incentivar à prática de atividade física pelo menos durante 30 minutos ao dia, referindo como exemplo uma caminhada pelo final do dia em conjunto com a família, e aderir ao regime terapêutico prescrito.

No fim realizava o registo dos valores obtidos no programa SClínico.

Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes

A Diabetes Mellitus (DM) é uma patologia crónica e progressiva, que pode acarretar graves consequências para a saúde e bem-estar individual e está associada a elevados custos sociais e dos sistemas de saúde (DGS, 2017b). Desta forma, torna-se importante prevenir, diagnosticar e tratar esta patologia antecipadamente, reduzindo assim os riscos para os utentes.

Segundo a DGS (2017b), as complicações da diabetes são, o pé diabético, doença renal crónica, retinopatia diabética e doença macrovascular.

Esta consulta guia-se pelo Programa Nacional de Diabetes (PND) e este tem como missão desenvolver e implementar programas de prevenção, de diagnóstico e tratamento precoce da DM em todo o território nacional, de forma a limitar o crescimento da doença e a proporcionar a todas as pessoas residentes em Portugal, de forma igualitária, o acesso aos melhores cuidados de saúde, meios de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Ao longo do EC, foram vastas as consultas no âmbito da diabetes, onde tive oportunidade de as realizar de forma autónoma e independente. Mais uma vez, procurei sempre criar uma relação empática com os utentes, de forma a estabelecer um clima de confiança entre o profissional/utente. Este clima de confiança levou, a uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, com o intuito de mudar comportamentos inadequados dos utentes, esclarecendo e informando quais os mais adequados para uma diabetes mais controlada. Após criar esse clima de confiança, verificava o boletim do registo da glicémia que o utente realizava em casa e se tivessem análises, verificava ainda o valor da glicemia e a hemoglobina glicada, averiguando se os valores estavam dentro dos parâmetros normais. Caso não estivessem, realizava ensinamentos oportunos de forma a mudar comportamentos inadequados que o utente realizasse, informando sobre os riscos e consequências que podem acarretar. Nestas consultas procedia a avaliação do peso, altura, IMC, perímetro abdominal, a TA e FC. Ainda era realizado uma análise a microalbuminúria, onde era executado o processo exatamente igual a consulta do PNDC, diferenciando só no tempo de realização, que neste caso era de um em um ano.

Para além de proceder a avaliação destes valores anteriormente referidos, avaliava ainda o pé diabético (exame clínico do pé das pessoas com diabetes) se o utente não tivesse ainda a avaliação feita (de acordo com o risco). Foram várias as avaliações realizadas ao pé diabético, monitorizando o risco de úlcera de pé diabético, através da presença ou ausência de pulso

pedioso e tibial posterior, da presença ou ausência da sensibilidade cutânea (teste do monofilamento, algodão e diapasão) e também a presença ou ausência de micoses e deformidades do pé. Das dificuldades sentidas, enalteço a palpação dos pulsos, principalmente em pés edemaciados onde a percepção do pulso aparenta estar diminuída. Sempre que fosse necessário, realizava ensinamentos e expunha a importância de uma alimentação saudável, prática de exercício físico e os cuidados a ter com os pés.

Por isto tudo acima descrito, senti que tive grande autonomia e independência nestas consultas amplificando um pouco mais o meu nível de confiança das minhas capacidades. Para além disso, senti que este tipo de consultas é importante para os utentes, não apenas a nível fisiológico, mas mental, dado que muitas vezes me deparei com situações, em que os utentes apenas queriam falar acerca deles, da sua família e da sua vida. O mais importante no final, é escutar o outro, entender os seus medos e confortar.

Acredito que respeitei sempre a funcionalidade do serviço assim como da equipa multidisciplinar da USF, sem descuidar os direitos dos utentes, tratando-os sempre da melhor forma, esforçando-me sempre para prestar cuidados de qualidade. Melhorando progressivamente o meu desempenho com a realização das consultas, pelo que considero este objetivo alcançado com sucesso.

Com este objetivo saliento ter adquirido os seguintes critérios de competências:

- 5 - Exercer de acordo com o Código Deontológico;
- 33 - Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades;
- 34 - Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspetiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde;
- 36 - Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção e educação para a saúde
- 37 - Atua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adotarem estilos de vida saudáveis.
- 38 - Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis ótimos de saúde e de reabilitação;
- 39 - Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.
- 40 - Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.
- 41 - Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de Enfermagem.
- 55 - Documenta a implementação das intervenções;
- 56 - Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente; saudáveis;

84 - Defende o direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no planeamento dos programas.

2.5 - CONTRIBUIR PARA A DIMINUIÇÃO DA PROPAGAÇÃO DO VÍRUS SAR-COV-2, VALORIZANDO A INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM E A MELHORIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE

O conhecimento é uma procura constante que se constrói numa relação biunívoca entre aprender e ensinar (Leal, 2015). Segundo a mesma autora, o conhecimento permite a diferenciação e confere-nos a possibilidade de adquirir saberes diferentes, tão distintos e especializados que legitima a nossa posição dentro da equipa multidisciplinar.

De acordo com o Código Deontológico, o enfermeiro deve manter a atualização contínua dos conhecimentos e a investigação em enfermagem, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. É o conhecimento que nos permite a diferenciação na profissão de enfermagem e é a partir do conhecimento e do investimento contínuo, que prestamos cuidados de qualidade com rigor científico, não esquecendo também a humanização dos cuidados, associados ao conhecimento.

É considerado suspeita de caso COVID-19, qualquer pessoa que apresente sintomas como tosse, febre, dispneia entre outros sintomas ou que tenha tido contacto direto com uma pessoa que seja caso confirmado de COVID-19. Após os utentes comunicarem com linha SNS24 são encaminhados para plataforma TRACE-COVID para dar continuidade ao processo. Todos os utentes que apresentem sintomas relacionados com o COVID-19, são colocados em vigilância sobre ativa, isto significa que vão ser contactos diariamente pelo centro de saúde para se vigiar os sintomas até ser dado alta clínica.

Em relação à vacinação, esta desempenha um papel fundamental para preservação de vidas humanas no contexto de pandemia, inclusive a pandemia de COVID-19, através da redução da mortalidade e dos internamentos e da redução dos surtos sobretudo nas populações mais vulneráveis.

Uma vez que existe escassez de doses de vacinas, foram definidos os procedimentos para a implementação do Plano de Vacinação contra a COVID-19, tendo sido definidos grupo de prioritários que vão de acordo os princípios científicos (imunológicos e epidemiológicos) e éticos. O plano de vacinação é realizado em regime de campanha com a administração de vacinas faseadamente a grupos prioritários, sendo estas ajustadas em função da evolução do

conhecimento científico da situação epidemiológica a cada momento e da disponibilização das vacinas de forma a proceder à vacinação do maior número de pessoas possível.

A campanha de Vacinação contra a COVID-19 é planeada de acordo com a alocação das vacinas contratadas para Portugal. Neste momento, temos em Portugal as vacinas VAXZEVRIA, que é recomendada a utentes com mais de sessenta anos de idade (DGS,2021a). A vacina Janssen recomendada a utentes do sexo masculino com mais de dezoito anos e a utentes do sexo feminino com mais de cinquenta anos (DGS,2021b). A Vacina Moderna (DGS,2021c) e a Vacina COMIRNATY (DGS,2021d) são recomendadas para utentes com mais de dezasseis anos. Durante o ensino clínico, tive a oportunidade de participar na campanha de vacinação contra a COVID-19 e assim contribuir para a diminuição da propagação do vírus SAR-COV-2. Deste modo, tive necessidade de pesquisar e de adquirir alguns conhecimentos continuamente uma vez que existe atualização das normas regularmente. É extrema importância a atualização sistemática das normas de definem os critérios da administração das vacinas contra o COVID-19 com a finalidade de minimizar erros da administração.

Relativamente à administração das vacinas, antes do ato os utentes são submetidos a um questionário epidemiológico para atestar a viabilidade da vacinação, neste caso o questionário é dirigido aos prestadores uma vez que muitos utentes não estão capazes de responder. Após o questionário, era então administrado a vacina e feito os ensinamentos oportunos, principalmente em relação aos efeitos adversos. Denotei que alguns prestadores se apresentavam receosos em relação à vacina uma vez que é algo que ainda se encontra em estudo e muitas vezes lhes é transmitido informações erradas sobre a mesma. Enquanto futuro profissional, tentei transmitir calma e segurança na ciência, respondendo as questões que me foram colocando, sendo isto possível através da atualização dos conhecimentos em fontes fidedignas.

Deste modo, considero ter atingido o objetivo e, através das atividades que pude desenvolver, adquiri essencialmente os seguintes critérios de competências do enfermeiro de cuidados gerais preconizadas pela OE:

21 - Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.

26 - Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo.

35 - Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.

44 - Efetua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a conceção dos cuidados de Enfermagem.

45 - Analisa, interpreta e documenta os dados com exatidão.

- 48 - Garante que o utente e/ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados.
- 52 - Documenta o processo de cuidados.
- 54 - Pratica Enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o utente.
- 69 - Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais
- 70 - Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas.
- 90 - Participa em programas de melhoria contínua da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade.

CONCLUSÃO

De forma a concluir o relatório de EC – Integração à vida Profissional, torna-se pertinente abordar e analisar de forma sucinta, todas as atividades desenvolvidas, conjuntamente com os objetivos delineados nos planos de estágios. O presente relatório permitiu-me aprofundar conhecimentos anteriormente adquiridos, relativos aos Cuidados de Saúde hospitalares e primários. Para além destes conhecimentos, permitiu desenvolver competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, que são a chave para prestar os cuidados de enfermagem com máxima qualidade.

Relativamente aos cuidados de saúde em contexto hospitalar, permitiu-me a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, prática e autonomia para a integração ao exercício da vida profissional. No decorrer do estágio existiram diversas oportunidades de prestação de cuidados aos utentes, recorrendo à aplicação do processo de enfermagem e às suas intervenções, procedendo à aplicação dos conhecimentos teórico-científicos, aperfeiçoando progressivamente a minha prestação ao nível dos cuidados, com o desenvolvimento e criação de uma relação empática e uma comunicação terapêutica tanto com os utentes como com a família, desenvolvendo capacidades para dar resposta às exigências da sociedade como futuro profissional de saúde.

Em relação aos cuidados de saúde primários, tive a oportunidade de cooperar enquanto membro ativo na equipa multidisciplinar, tendo um papel crucial na comunidade, na família e em cada um dos utentes, através dos ensinamentos, das relações de ajuda, no apoio emocional, da promoção e prevenção. Senti que os profissionais são postos à prova frequentemente e tem de ser a capacidade de se adaptar às novas situações, através do domínio de competências.

Relativamente às dificuldades sentidas, saliento o facto de não ter sido longo distribuído o Professor Orientador, o que dificultou a adaptação ao serviço de medicina, o que comprometeu a progressão da minha aprendizagem. Inicialmente, devido a esta adaptação prolongada, senti alguma desmotivação, mas depressa converti essa falha numa oportunidade de aprendizagem e considero que tive um percurso gradual e positivo. Ao longo do estágio e com a ajuda do Enf^o orientador, comecei a conhecer a perceber a dinâmica do serviço progredindo de forma positiva. Realço também que após terem sido distribuídos os professores, a docente Rosário demonstrou logo disponibilidade na orientação do relatório e na continuação do ensino clínico que foi crucial para o sucesso ao longo do mesmo. Em relação à USF, saliento os registos no sistema informático, visto que são diferentes do contexto hospitalar. No início foi complicado identificar onde se procurava os focos e as intervenções

correspondentes, sendo este um aspeto que lutei para colmatar ao longo do estágio. Em relação as dificuldades sentidas na elaboração do relatório, saliento o número reduzido de páginas estipuladas para a execução do mesmo, pois nem sempre é fácil sintetizar todos os acontecimentos e sendo um relatório descritivo-reflexivo, a quantidade reduzida de páginas permite-me apenas fazer uma análise reflexiva sucinta das atividades

Para concluir, o desenvolvimento profissional desenvolveu-se em grande parte pela monitorização contínua e atual das experiências vivenciadas em contexto clínico, o que conduziu à operacionalização de saberes em competências científicas, técnicas, humanas. Resta-me então, afirmar que o ensino clínico foi extremamente enriquecedor, que me colocou em situações de grande desafio pessoal, fazendo-me pensar e agir no imediato que me exigiram grande concentração e superação.

BIBLIOGRAFIA

- Assembleia da República (2015). *Diário da república, 1º série- nº181*. Acedido em junho 15, 2021 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei>.
- Barbosa, S. (2010). *Humanização dos Cuidados de Enfermagem: A Perspectiva do Enfermeiro*. Universidade Fernando Pessoa – Unidade de Ponte de Lima: Faculdade de Ciências da Saúde. Acedido em maio 15, 2021, em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/8448>.
- Coelho, M.T.V. (2015). *Comunicação terapêutica em enfermagem: utilização pelos enfermeiros*. Acedido em junho 18, 2021 em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82004/2/33990.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Acedido em junho 10, 2021, em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Programa-Nacional-de-Prevencao-dasDoencas-Cardiovasculares.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Saúde Reprodutiva – Planeamento Familiar: Orientações Direção-Geral da Saúde*. Acedido em junho, 2021, <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-reprodutiva-planeamento-familiar-orientacoes-tecnicas-9-edicao-revista-e-actualizada-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma nº 010/2013 – *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido em junho 9, 2021, em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: DGS. Acedido em junho 10, 2021, em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/normas-e-orientacoes.aspx>.

- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa Nacional para a Diabetes*. Acedido em junho 16, 2021 em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22724/1/Programa%20Nacional%20para%20a%20Diabetes%202017.pdf>.
- DGS. (2021a). *Campanha de Vacinação Contra a COVID-19*. Acedido em junho 23, 2021 em <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/03/i027259.pdf>.
- DGS. (2021b). *Campanha de Vacinação contra a COVID-19: Vacina VAXZEVRIA*. Acedido em junho 23, 2021 em https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/05/Norma_003_2021_act_28_05_2021.pdf.
- DGS. (2021c). *Campanha de Vacinação contra a COVID-19: COVID-19: Vaccine Janssen*. Acedido em junho 23, 2021 em https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/06/Norma_004_2021_act_08_06_2021.pdf.
- DGS. (2021d). *Campanha de Vacinação contra a COVID-19 COVID-19: Vaccine MODERNA*. Acedido em junho 23, 2021 https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/03/Norma_001_2021_act_23_03_2021.pdf.
- DGS. (2021e). *Campanha de Vacinação contra a COVID-19: Vacina COMIRNATY*. Acedido em junho 23, 2021 em <https://covid19.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2021/03/i027220.pdf>.
- Freitas, C. (2017). *A humanização dos cuidados como caminho para a excelência da prática de enfermagem*. Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Acedido em 13 de maio de 2021 em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22918/1/Relat%C3%B3rio%20Final.pdf>.
- Gonçalves, P. (2017). *“Matar” vs “deixar morrer”*: critérios de distinção e a análise de Beauchamp e Childress em *Principles of Biomedical Ethics*. Dissertação de Mestrado em Filosofia. Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas Lisboa.

- Leal, F. (2015). *Padrões de Conhecimento em Enfermagem*. Lisboa: Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE. Acedido em junho 10, 2021, em: http://www.acenfermeiros.pt/docs/arq_revistas/enformacao_06_2015.pdf.
- Ministério da Saúde (2007). *Decreto-Lei n.º 298/2007* de 22 de agosto. Diário da República, 1.ª série — N.º 161 — 22 de agosto de 2007. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2014). *Decreto-Lei n.º 118/2014* de 5 de agosto. Diário da República, 1.ª série — N.º 149 — 5 de agosto de 2014. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa. Acedido em maio 11, 2021 em Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código Deontológico*. Acedido em junho 7, 2021 em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa
- Peralta, T. (2014). *Terapêutica do cancro e princípios da bioética*. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra. Coimbra. Acedido em maio 25, 2021, em estudo geral: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/31987>.
- Pinho, M. (2006). *Trabalho em equipa de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz*. Ciências & Cognição, vol. 8.
- Pinto, A. (2013). *A Importância da visita domiciliária de enfermagem na qualidade de vida dos doentes com coxartrose submetidos a artroplastia total da anca*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Acedido em junho de 2021, em: [https://www.aper.pt/Ficheiros/Cong%20APER%202016/CLs/5%20%20Efeitos%20de%20um%20programa%20de%20reabilitação%20instituído%20a%20pessoas%20submetidas%20a%20artroplastia%20total%20da%20anca%20\(Vanda%20Pinto\).pdf](https://www.aper.pt/Ficheiros/Cong%20APER%202016/CLs/5%20%20Efeitos%20de%20um%20programa%20de%20reabilitação%20instituído%20a%20pessoas%20submetidas%20a%20artroplastia%20total%20da%20anca%20(Vanda%20Pinto).pdf).

- Pontes, A.C, Leitão, I.M.T.A. e Ramos, I.C. (2008). *Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado*. Acesso em 09 de junho, 2021, em Revista Brasileira de Enfermagem: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>.
- PorData (2018). *Índice de envelhecimento*. Acesso em abril 17, 2021 em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>.
- Ribeiro, O. (2013). *Custos e benefícios do ensino clínico em enfermagem para as instituições hospitalares*. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Rowe, A. & Hogarth, A. (2005). *Use of complex adaptive systems metaphor to achieve professional and organizational change*. Journal of Advanced Nursing.
- Sistema Nacional de Saúde (2019). *Cuidados de Saúde Hospitalares: Hospital Sousa Martins*. Acesso em junho 16, 2019 em SNS: www.ulsguarda.min-saude.pt/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/csh1/.
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2006). *Hipertensão arterial: o que é?*. Acesso em junho, 2021 em: https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/89.

APÊNDICE A – APRESENTAÇÃO “CONTROLO E PREVENÇÃO DE INFEÇÃO”



The slide features a magnifying glass over a virus particle on the left. The background is a blurred hospital hallway. The text is in Portuguese, detailing the institution (ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA), the course (Curso de Enfermagem, 1.º Ciclo, 4.º Ano – 2.º Semestre), and the authors (Ariana Gonçalves, Fernando Silva, Ladslau Amaral e Mariana Marques). The main title is 'CONTROLO E PREVENÇÃO DE INFEÇÃO' and it is associated with CVP, CVC, and CV. Below this, a section titled 'Infeções associadas aos cuidados de saúde' includes a definition of healthcare-associated infections (nosocomial infections) and a reference to a 2019 report. To the right is an illustration of a nurse with a clipboard and a patient in bed, with colorful virus particles floating around them. The bottom section is titled 'Infeções nosocomiais' and includes a small house icon. It contains two text boxes: 'O que provocam?' leading to 'Diminuição da qualidade de vida dos doentes.', and 'Previnem-se através de medidas simples' leading to 'Lavagem e higienização das mãos com uma substância alcoólica.'

IPG
INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA

Curso de Enfermagem, 1.º Ciclo
4.º Ano – 2.º Semestre

Trabalho realizado por: Ariana Gonçalves,
Fernando Silva, Ladslau Amaral e Mariana
Marques

CONTROLO E PREVENÇÃO DE INFEÇÃO

ASSOCIADO AO CVP, CVC E CV

Infeções associadas aos cuidados de saúde

Entende-se por infeção associada aos cuidados de saúde, as infeções adquiridas em contexto da prestação de cuidados e que estes resulta, sendo também denominadas por infeções nosocomiais.

(Mapril, 2019)

Infeções nosocomiais

O que provocam?

Diminuição da qualidade de vida dos doentes.

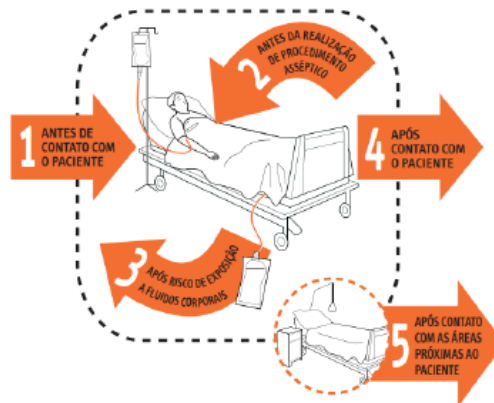
Previnem-se através de medidas simples

Lavagem e higienização das mãos com uma substância alcoólica.

3

5 Momentos para a higienização das mãos

(DGS, 2010)



Infeções nosocomiais



Doentes mais suscetíveis



Pessoas que possuem um sistema imunológico debilitado

Pessoas Idosas

Bebés

(DGS, 2010)

5

CONTROLO E PREVENÇÃO DE INFEÇÃO

ASSOCIADO AO CVP, CVC E CV

Patogénese

PATOGENESE



Desenvolvimento e origem das doenças e dos mecanismos que as provocaram.

A patogénese das infeções relacionadas com CVP, CVC e CV é multifatorial e complexa.

(Ministério da Saúde, 2006)

7

As potenciais fontes de contaminação dos dispositivos

- | | |
|---|---|
| 1) mãos dos profissionais; | 4) colonização das conexões do cateter; |
| 2) microflora da pele do doente; | 5) fluidos contaminados; |
| 3) ponta de cateter contaminada durante a inserção; | 6) via hematogénea. |

Outros aspetos patogénicos importantes a considerar são:

A) o material de que é composto o dispositivo;
B) a virulência do microrganismo infetante.

(Ministério da Saúde, 2006)

8

CONTROLO E PREVENÇÃO DE INFEÇÃO

ASSOCIADO AO CVP, CVC E CV

TÉCNICA LIMPA VS TÉCNICA ESTÉRIL

TÉCNICA LIMPA

(Conceição, 2016)

Envolve condutas para minimizar o número total de micro-organismos, evitando ou reduzindo o risco de transmissão de uma pessoa para outra, ou de um lugar para outro.

Exemplos: CVP e SNG



TÉCNICA ESTÉRIL

(Conceição, 2016)

Envolve procedimentos que reduzam, ao máximo, a carga microbiana por meio de estratégias, que restrinjam a exposição aos micro-organismos.

Exemplos: CVC e CV



CATETER VENOSO PERIFÉRICO ✍

Intervenções de Enfermagem associadas ao CVP

O que é a CVP?

“É um procedimento invasivo que consiste em puncionar uma veia num cliente, através do rompimento da pele, pela transposição das suas camadas, com o auxílio de vários tipos de dispositivos”

(Ribeiro, 2016)



A inserção do CVP exige recursos materiais adequados à pessoa e ao objetivo para o qual vai ser utilizado, bem como o emprego de conhecimentos e competências do enfermeiro, que levam ao sucesso da realização do procedimento sem colocar em risco a segurança da pessoa.

(Silveira, 2018)

13

Intervenções de Enfermagem associadas ao CVP

As recomendações emanadas pelo Centers for Disease Control and Prevention - Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, United States (CDC-HICPAC), relativamente ao CVP, incluem:

1 – Lavagem das mãos

4 – Preparação da Pele

2 – Seleção do local anatómico

5 – Inserção do cateter venoso periférico

3 – Seleção do cateter venoso periférico

6 – Pensos Utilizados na fixação do cateter

A utilização de protocolos de cuidados atualizados, formação e treino dos profissionais, são medidas que visam a redução da colonização do local de inserção do CVP

(Silveira, 2018)

14

Intervenções de Enfermagem associadas ao CVP



<https://blogging.valedebrasil.com.br/wp-content/uploads/2020/08/original-316ac7993da773a2673d77a34435747-1536x1024.jpeg>

1 – LAVAGEM DAS MÃOS

A higienização das mãos é considerada um procedimento imprescindível para a prevenção de complicações devendo ser realizada com água e sabão, ou preferencialmente com uma solução de base alcoólica

Portugal, expõe este procedimento na Circular Normativa da DGS N.º 13 de 14 de junho de 2010 – Orientação de Boa Prática para a Higiene das mãos nas Unidades de Saúde

(Ribeiro, 2016)

15

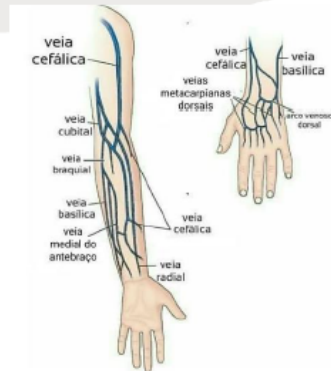
Intervenções de Enfermagem associadas ao CVP

2 – SELEÇÃO DO LOCAL ANATÓMICO

A escolha do local de cateterização venosa periférica deve ter em conta a idade, o conforto do paciente, a acessibilidade da veia em relação à posição do paciente e a urgência da situação.

Recomenda-se a cateterização mais distal do membro, para preservação da veia, evitando zonas de flexão e se possível, no membro não dominante da pessoa.

(Silveira, 2018)



<https://i.pinimg.com/564x/7d/3e/c5/7d3ec51465216a891293938434740.jpg>
16

Intervenções de Enfermagem associadas ao CVP

3 – SELEÇÃO DO CVP

Relativamente ao calibre do cateter, a medida utilizada em Portugal para referenciar o diâmetro do CVP que fica inserido na veia é Gauge (G), correspondendo o maior número ao menor calibre. Os calibres variam entre 14 G (1.62 mm) e 24 G (0.51 mm).



(Silveira, 2018)

17

Intervenções de Enfermagem associadas ao CVP

4 – PREPARAÇÃO DA PELE

Esta medida tem como objetivo promover a limpeza, eliminar e/ou inibir o crescimento de micro-organismos impedindo a sua penetração na corrente sanguínea

COMO FAZER?

Para diminuir a colonização no sítio de inserção e evitar a multiplicação de microrganismos são necessárias medidas profiláticas



A higienização das mãos do profissional



Adequada preparação da pele com antisséptico

(Silveira, 2018)

18

Intervenções de Enfermagem associadas ao CVP

CONTINUAÇÃO

Após a seleção da veia a puncionar, a limpeza do local deverá ser base de cloro-hexidina, com movimentos circulares, no sentido proximal para o distal, deixando a área desinfetada secar completamente

Após esta desinfecção não se deverá voltar a tocar no local a puncionar pois existe o risco de contaminação do mesmo

(Silveira, 2018)

19

Intervenções de Enfermagem associadas ao CVP

5 - INSERÇÃO DO CVP

- 1 Primeiramente, coloca-se o garrote formando meio laço, 8 a 10 cm acima do local de inserção do cateter. A avaliação das veias disponíveis inclui a inspeção e a palpação.

Caso haja dificuldade de visualizar a veia, vários métodos podem ser usados para dilatá-la, como:

- ❖ Posicionar o braço abaixo do nível do coração;
- ❖ Bater suavemente no local da veia;
- ❖ Pedir para o paciente abrir e fechar a mão repetidamente;
- ❖ Aplicar uma compressa morna sobre o local selecionado para induzir vasodilatação.

(Silveira, 2018)

20

Intervenções de Enfermagem associadas ao CVP

5 - INSERÇÃO DO CVP

- 2 Após a seleção da veia, efetua-se a desinfecção da pele e insere-se o cateter escolhido na veia, com o bisel voltado para cima, formando um ângulo entre 5°-30°

- 3 Quando o cateter se introduz na veia provoca um refluxo de sangue, este facto comprova que a agulha e o cateter de plástico se encontram no lúmen da veia, nesta fase avança-se com o cateter na direção da veia e retira-se simultaneamente a agulha.

Após inserção completa do cateter na veia, retira-se o garrote

(Silveira, 2018)

21

Intervenções de Enfermagem associadas ao CVP

5 - INSERÇÃO DO CVP

4

Posteriormente é necessário confirmar se o acesso se encontra permeável, injetando-se soro fisiológico através dele!



Observar possíveis alterações da pele, como:

- Rubor, edema, tumefação e extravasamento de líquido em redor do local de inserção.

(Silveira, 2018)



<https://files.passeidireto.com/e9206b4-ec61-4886-8f5a-d8ab8882656/bg1.png>

Intervenções de Enfermagem associadas ao CVP

6 - PENSOS UTILIZADOS NA FIXAÇÃO DO CATETER

As recomendações emanadas pela CDC, refere que os pensos a utilizar devem ser estéreis, transparentes e semipermeáveis, devendo ser substituídos sempre que este se apresente húmido, solto ou visivelmente sujo, ou então, substituído a cada 3 a 7 dias.

(Ribeiro, 2016)



<http://www.milliporephew.com/global/images/products/wound/v-3000/2514-371-b7u-46b-b191-40cabae678.gif>

É importante que este fique bem fixo, diminuindo o risco de se movimentar !!

Intervenções de Enfermagem associadas ao CVP

SUBSTITUIÇÃO DO CVP

O tempo que um CVP está colocado é provavelmente um dos fatores mais importantes que influenciam o risco de infeção

Wilson (2003)



- Refere que se verifica um aumento do número de flebites e de colonização do CVP quando estes são mantidos por mais de 72h.

CDC (2011)



- A substituição e a rotação do local do CVP devem ser efetuadas a cada 72-92h.
- O CVP colocado em situação de emergência, onde a assepsia pode ser comprometida, deve ser retirado e ser novamente puncionado num local diferente dentro de 48h.

24

Intervenções de Enfermagem associadas ao CVP

MANUSEAMENTO DOS CVP

Sempre que é necessário manipular o orifício do cateter ou dispositivos com acesso ao mesmo (torneiras), é essencial manter a técnica asséptica nas intervenções realizadas.

- Para isso o local deverá ser limpo com uma solução desinfetante e só depois disso utilizado para administração de terapêutica (Ribeiro, 2016)



https://i23.dgprimages.com/2527057/15194/v/606/dgprimages_151947552-stock-illustration-nurse-and-patient.jpg

25

SUBSTITUIÇÃO DOS SISTEMAS DE ADMINISTRAÇÃO DE FLUIDOS

- Os CDC (2011), recomendam substituir os sistemas de administração de fluidos, incluindo torneiras e prolongadores a cada 72h.
- Já relativamente aos sistemas utilizados na administração de sangue, devem ser substituídos dentro das 24h, após o início da infusão.

Intervenções de Enfermagem associadas ao CVP

VIGILÂNCIA

- É recomendado que a vigilância seja feita diariamente em locais com possibilidade de observar o local de inserção
- A vigilância deve ser sistematizada, se possível recorrendo a instrumentos com base em Escalas de Avaliação de Flebites

(Silveira, 2018)

VIP PT-PT	A VIP PT-PT deverá ser avaliada pelo menos uma vez por turno e devidamente documentada
O local da Cateterização Venosa apresenta-se saudável Nenhum dos seguintes é evidente: • Não há vermelhidão nem calor no local de cateterização venosa	0 Sem Comprometimento do Cateter Venoso • Vigiar local de inserção do Cateter Venoso • Executar tratamento ao local de inserção do Cateter Venoso
Um dos seguintes é evidente: • Há vermelhidão ou calor no local de cateterização venosa	1 Com Risco de Comprometimento do Cateter Venoso • Vigiar local de inserção do Cateter Venoso • Executar tratamento ao local de inserção do Cateter Venoso
Dois dos seguintes são evidentes: • Há vermelhidão no local de cateterização venosa • Há calor • Há dor	2 Comprometimento do Cateter Venoso em Grau Reduzido • Vigiar local de inserção do Cateter Venoso • Executar tratamento ao local de inserção do Cateter Venoso • Aplicar antibióticos locais no local de inserção do Cateter Venoso • Trocar Cateter Venoso
Trois dos seguintes são evidentes: • Há dor no longo do trajeto do cateter • Há dor • Há vermelhidão • Há calor	3 Comprometimento do Cateter Venoso em Grau Moderado • Vigiar local de inserção do Cateter Venoso • Executar tratamento ao local de inserção do Cateter Venoso • Aplicar antibióticos locais no local de inserção do Cateter Venoso • Trocar Cateter Venoso
Quatro dos seguintes são evidentes & extensos: • Há dor no longo do trajeto do cateter • Há dor • Há vermelhidão • Há calor • Há inchaço no local de inserção do cateter • Há dor • Há vermelhidão • Há calor	4 Comprometimento do Cateter Venoso em Grau Elevado • Vigiar local de inserção do Cateter Venoso • Executar tratamento ao local de inserção do Cateter Venoso • Aplicar antibióticos locais no local de inserção do Cateter Venoso • Trocar Cateter Venoso
Todos os seguintes são evidentes & extensos: • Há dor no longo do trajeto do cateter • Há dor • Há vermelhidão • Há calor • Há inchaço no local de inserção do cateter • Há dor • Há vermelhidão • Há calor • Há inchaço no local de inserção do cateter	5 Infecção do Cateter Venoso • Vigiar local de inserção do Cateter Venoso • Executar tratamento ao local de inserção do Cateter Venoso • Aplicar antibióticos locais no local de inserção do Cateter Venoso • Trocar Cateter Venoso • Retirar o cateter

<https://docplayer.com.br/docs-images/108/183127730/images/58-0.jpg>

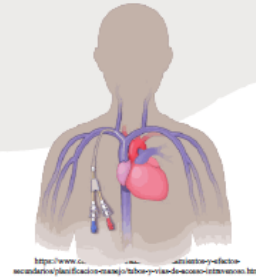
26

CATETER VENOSO CENTRAL

Cateter Venoso Central (CVC)

O que é a Cateterização Venosa Central?

É um procedimento médico invasivo amplamente utilizado em pacientes com estado clínico agravado e com uma necessidade de assistência à saúde de alta complexidade. Esta consiste na introdução de um cateter através de fio guia numa veia de grande calibre.



O CVC é um sistema intravascular utilizado para soroterapia, administração de fármacos, infusão de hemoderivados, nutrição parentérica, monitorização hemodinâmica, hemodiálise, entre outras. Este dispositivo minimiza o trauma associado às repetidas inserções de CVP's.



Os CVC's apresentam um maior risco de infecções do que qualquer outro tipo de dispositivo médico.

(Santos, Alcoforado, Campos e Ercole, 2014)

28

Escolha do CVC

Avaliar a necessidade de colocar CVC, visto que permite o acesso direto do meio exterior com o meio intravascular, sendo, deste modo, uma porta de entrada para microrganismos diretamente na corrente sanguínea.



Selecionar o CVC com o mínimo de lumens possíveis

- Maior número de lumens está associado a um maior risco de infecção pela maior manipulação durante o seu uso.

<http://premeda.com/agprodcat/cvmc-venoso-central-4lr>

29

Escolha do local para inserção do CVC

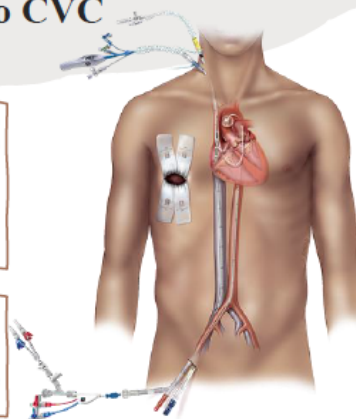
O local anatómico adequado para punção venosa central é determinado pelo operador, e depende das condições clínicas do utente e das suas necessidades.

O acesso pode ser obtido através da punção das veias:

- Subclávia;
- Jugular interna;
- Femoral.

Veia Subclávia – local de eleição; evidência de menor taxa de infecção.

Veia Femoral - desaconselhado, usar em último recurso; dificuldade de manter o local de inserção estéril.



<https://www.ahsortho.com/br/veias/acessorios/minimal-incision-MIV-4LR>

30

Preparação do local para inserção do CVC



<https://www.faxiaida.com/curso-venoso-central/>

1. Realizar preparação pré-cirúrgica das mãos.
2. Usar bata, luvas estéreis, touca e máscara.
3. Realizar antissepsia da pele do utente com cloro-hexidina a 2% (fazer fricção durante pelo menos 30 segundos e deixar secar durante 30 segundos).
4. Utilizar um campo cirúrgico.



Não quebrar a assepsia durante a inserção.

31

Manutenção e manipulação do CVC

A manipulação do CVC após a sua inserção e até ao momento da sua remoção é inteiramente da responsabilidade do enfermeiro.

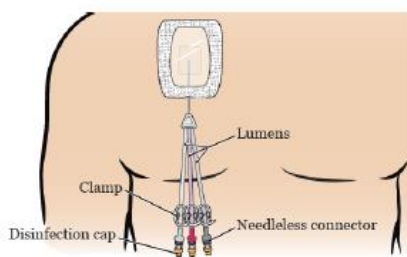


<https://www.portalelf.com/2017/01/mantem-como-enfermeiro-competicao-via-central/>

Deste modo, o enfermeiro desempenha um papel importante na prestação de cuidados diretos à manutenção do CVC, assegurando a eficiência de funcionamento do mesmo e despistando possíveis complicações.

32

Manutenção e manipulação do CVC



<https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/about-your-tunneled-catheter>

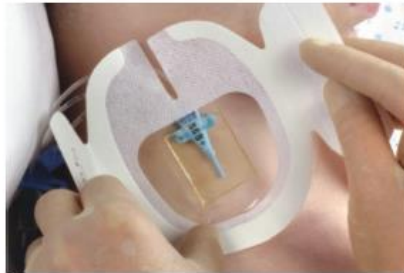
Deve ser avaliada diariamente a necessidade de manter o CVC.

Antes de qualquer manuseamento deve ser realizada higiene das mãos e colocação de luvas limpas.

Antes de conectar qualquer dispositivo devem ser descontaminadas todas as conexões com cloro-hexidina a 2%, durante 10 a 15 segundos, e deixar secar (formação de biofilmes devido à colonização dos conectores e consequente entrada de bactérias no lúmen do CVC).

33

Manutenção e manipulação do CVC - penso



<https://www.farmacadolema.com.br/produto/2361>

Realizar o penso utilizando técnica asséptica.

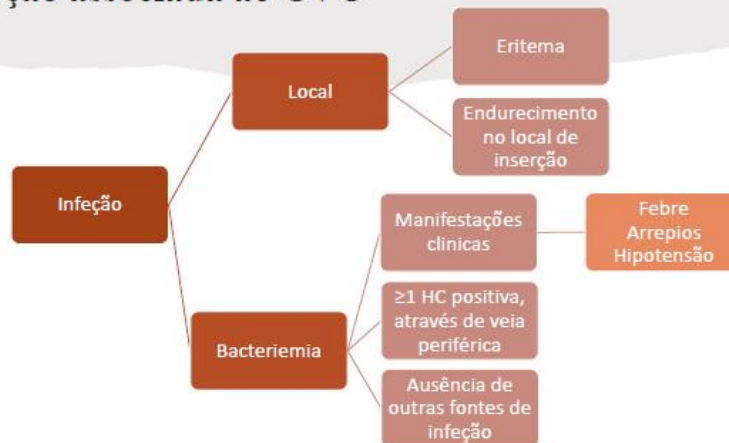
1. Utilizar máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado.
2. Usar "kit de pensos".
3. Garantir que orifício de inserção se encontre limpo e sem sangue.
4. Datar o penso.

O penso do CVC deve ser realizado:

- a) Sempre que se encontre visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele.
- b) 48h após a sua realização se penso com compressa.
- c) 7 dias após a sua realização se penso transparente.

34

Infeção associada ao CVC



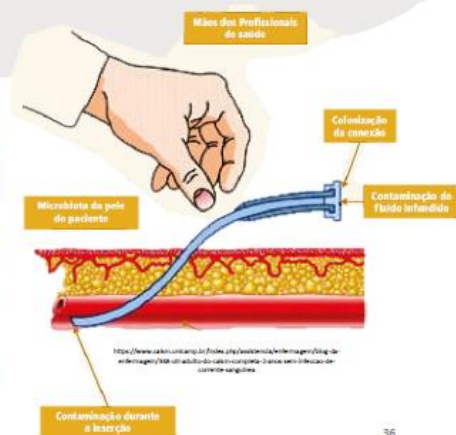
35

Infeção associada ao CVC

As infeções relacionadas com o CVC têm origem multifatorial e complexa.

As potenciais fontes de contaminação são:

- Mãos dos profissionais;
- Microflora da pele do utente;
- Ponta do cateter contaminada durante a inserção;
- Colonização das conexões do cateter;
- Fluidos contaminados.



36

As infeções associadas ao CVC implicam: ↑ tempo de internamento; ↑ morbidade; ↑ mortalidade; ↑ custos de hospitalização;

CATETER VESICAL

Intervenções de Enfermagem associadas à CV

• Definição:

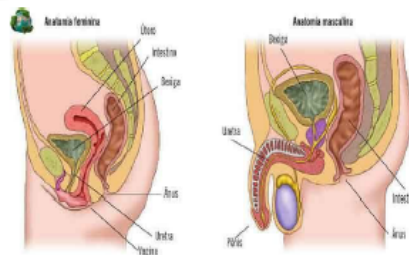
“Consiste, na introdução de uma sonda vesical através do meato urinário e uretra até à bexiga

(Veiga, B. et al, 2011)

A infecção do trato urinário é uma das infecções associadas aos cuidados de saúde mais frequentes na maioria das instituições

Em cerca de 80% dos casos está associada a cateter vesical

(GCL-PPCIRA, 2019)



<https://plataziologia.gnet.net.br/wp-content/uploads/2016/09/Sistema-excretor-femino-e-masculino-com-par%C3%AAs7%20%20A-3o-2.jpg>

38

Intervenções de Enfermagem associadas à CV

O agente microbiano habitual responsável pela infecção do trato urinário é a *Escherichia coli* mas também temos:

- Enterobacteriaceae,
- *Pseudomonas aeruginosa*,
- *Acinetobacter baumannii*,
- *Staphylococcus spp.*,
- *Enterococcus spp.*
- e fungos leveduriformes.



<https://static.biologanet.com/content/images/escherichia-coli-apresenta-alguns-estipes-projetivas-causadora-varias-patologias-3b2d990e42b2.jpg>

(GCL-PPCIRA, 2019)

Muitos destes microrganismos fazem parte da flora intestinal endógena do doente e podem ser introduzidos na bexiga aquando da inserção do cateter vesical ou através da parede externa da mesma, durante a sua permanência.

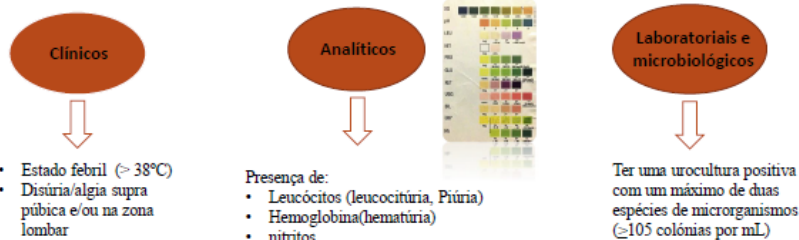
Também podem ser adquiridos por contaminação cruzada e migração pelo lúmen do sistema de cateterização vesical

39

Intervenções de Enfermagem associadas à CV

• Diagnóstico IU-CV:

Feito com base em critérios clínicos, analíticos, laboratoriais e microbiológicos que definem sinais ou sintomas de uma infeções urinárias adquirida no meio hospitalar, o doente deve apresentar:



Lobão, M.J., Sousa, P., (2016)

40

Intervenções de Enfermagem associadas à CV

Avaliação da prescrição da CV:

A CV só é feita quando os métodos alternativos (cateterização intermitente, dispositivo urinário externo, cateterização suprapúbica e fralda) não são eficazes.



IMPORTANTE:

- O motivo CV deve ser documentado no processo clínico do utente;
- Os registos (avaliação da necessidade de manter a CV) têm que ser feitos diariamente;
- Agendar a data final da remoção da sonda.

(GCL-PPCIRA, 2019)

41

Orientação para a execução do CV

- a) A escolha do cateter vesical dependerá da avaliação prévia do doente e da duração prevista da algaliação;
- b) Selecionar o calibre mais pequeno do cateter vesical que permita um adequado fluxo urinário;
- c) Utilizar equipamento de proteção individual (avental e luvas);
- d) Efetuar a higiene do períneo (com água e sabão) utilizando luvas limpas;
- e) Utilizar técnica assética na colocação do cateter vesical:
 - 1º. Higienizar as mãos com antisséptico de base alcoólica;
 - 2º. Colocar as luvas estéreis;
 - 3º. Limpar o meato uretral com soro fisiológico antes da inserção do cateter vesical;

(Veiga, B. et al, 2011)

42

Orientação para a execução do CV

- 4º. Conectar o cateter vesical a um sistema de drenagem fechado estéril (com torneira de despejo, não voltando a desadaptá-lo);
 - 5º. Lubrificar o meato uretral e/ou cateter vesical com gel estéril individualizado;
 - 6º. Proceder à cateterização (algaliação). Com uma das mãos adequa a uretra e com a outra introduz o dispositivo, mantendo as condições de assepsia. Se houver quebra da técnica assética o procedimento deve ser reiniciado;
 - 7º. Encher o balão do dispositivo com água destilada;
 - 8º. Higienizar as mãos.
- g) Assegurar a correta fixação do cateter vesical, de forma a evitar mobilizações nas vias urinárias inferiores e a tração uretral.

(Veiga, B. et al, 2011)

43

Cuidados a ter na Manutenção e manuseamento do sistema de drenagem vesical:

- a) Higienizar as mãos antes e depois da manipulação do sistema;
- b) Realizar a higiene do períneo (pelo doente sempre que possível, ou pelos profissionais) com água e sabão diariamente e sempre que necessário;
- c) Garantir o livre fluxo de urina, evitando dobras no circuito de drenagem;
- d) Evitar o refluxo de urina mantendo o saco coletor sempre abaixo do nível da bexiga, sem tocar no chão;
- e) Ponderar o esvaziamento do saco coletor antes da mobilização e/ou transporte do doente;

(GCL-PPCIRA, 2019)

44

Cuidados a ter na Manutenção e manuseamento do sistema de drenagem vesical:

- f) Não substituir o sistema de drenagem por rotina, mas apenas quando existam indicações clínicas (ex. obstrução, data de troca) ou mau funcionamento/ degradação visível;
- g) Em caso de desconexão do cateter vesical do saco coletor, ou se necessário a sua substituição, utilizar técnica assética para repor o circuito, desinfetando a conexão com álcool a 70°;
- h) As irrigações, instilações ou lavagens não estão recomendadas a não ser que haja indicação clínica (ex. cirurgia urológica, hematuria franca, obstrução).

(GCL-PPCIRA, 2019)

45

Esvaziamento do Saco Coletor



<https://www.pnh.pt/Assets/imag/artigos/9676184.jpg>

- a) Este procedimento deve ser efetuado por pessoal com a respetiva formação;
- b) O saco coletor deve ser esvaziado quando se encontrar a 2/3 da sua capacidade e, quando necessário, sob orientação/ indicação do enfermeiro, da seguinte forma:



- 1º. Higienizar as mãos;
- 2º. Colocar luvas de proteção (luvas limpas) e avental devido ao risco de ocorrência de salpicos;
- 3º. Limpar a válvula de despejo antes da sua abertura com uma compressa embebida em álcool a 70°;



- 4º. Esvaziar o saco coletor para um recipiente limpo e individualizado, evitando o contacto entre a torneira de despejo e o recipiente de recolha;
- 5º. Limpar a válvula de despejo como em 3º;
- 6º. Lavar as mãos após o procedimento.

(GCL-PPCIRA, 2019)

46

Recolha de urina para análise:

A Colheita de urina deve ser realizada num local apropriado do sistema de cateterização vesical e nunca por desadaptação da junção do saco com o cateter vesical e com o seguinte procedimento:

1. Clampar o sistema de drenagem da urina para o saco coletor, a jusante do local de colheita. Aguardar o tempo necessário para reter na bexiga a urina suficiente para o exame (num indivíduo com diurese normal o tempo de clampagem será cerca de 15");
2. Desinfetar com álcool a 70° o local apropriado do sistema coletor. Deixar secar;
3. Fazer a punção com a agulha estéril acoplada ao respetivo dispositivo de aspiração



https://img.r7.com/images/2015/08/26/585q7c38e5_bao1aexp0r_8e

(GCL-PPCIRA, 2019)

47

Prevenção de IU- CV

FEIXE DE INTERVENÇÕES

Este "feixe de Intervenções" tem como objetivo garantir que os doentes recebam cuidados seguros de uma forma consistente, resultando na diminuição da infeção urinária.

- a) Avaliar sistematicamente a possibilidade de evitar o CV e documentar sistematicamente a razão que o torna necessário no processo clínico;
- b) Cumprir a técnica asséptica no procedimento de CV e de conexão ao sistema de drenagem;
- c) Cumprir a técnica limpa, nomeadamente a correta higiene das mãos e uso de luvas e avental, no manuseamento do sistema de drenagem, de forma individualizada, doente a doente, mantendo constantemente a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem;

48

Prevenção de IU- CV

FELXE DE INTERVENÇÕES

d) Realizar a higiene diária do meato uretral, pelo doente (sempre que possível) ou pelos profissionais de saúde, com ação de educação para a saúde ao doente e família sobre cuidados de prevenção da infeção urinária associada a CV;

e) Manter o CV seguro, com o saco coletor constantemente abaixo do nível da bexiga e esvaziado sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade;

f) Verificar diariamente a necessidade de manter o CV, retirando-o logo que possível e registando diariamente no processo clínico as razões para a sua manutenção.

49

WEBGRAFIA

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. [Em linha]. 2011. [Consult. em 10 Outubro 2015]. Disponível em WWW: < <http://www.cdc.gov/ncipc/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf> >.
- Direção-Geral da Saúde (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Circular Normativa No 13, 1, 44
- Direção-Geral da Saúde (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. Norma 022/2015.
- DGS(2017). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. Acedido em maio 9,2021, em DGS: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical - Portal das Normas Clínicas (min-saude.pt)
- Grupo de coordenação local do programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. (GCL-PPCIRA) (1 de janeiro de 2019). NORMA Nº 3: Prevenção da infeção urinária em doentes algaliados. Lisboa. Acedido em maio 9,2021: NORMA nº 3 Prevencao da infecao urinaria em doentes algaliados 2019.pdf (min-saude.pt)
- Lobão, M. S. (2016). Infeções Urinárias Associadas a Cateter Vesical. Acedido em maio 9,2021: Infeções Urinárias Associadas a Cateter Vesical: Contributos para a Prática Clínica (mec.pt)
- Ministério da Saúde . (2006). Recomendações para a prevenção de infeção associada aos dispositivos intravasculares. *Programa Nacional de controlo de infeção* , p. 5.

50

WEBGRAFIA

- Ribeiro, C. M. (2016). Procedimentos de Enfermagem da Cateterização Venosa Periférica na Prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde. *Relatório de Trabalho de Projeto para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica* a da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, pp. 29-40.
- Santos, S. F., Viana, R. S., Alcoforado, C. L. G., Campos, C. C., Matos, S. S., & Ercole, F. F. (2014). Ações de enfermagem na prevenção de infeções relacionadas ao cateter venoso central: uma revisão integrativa. *Rev. SOBECC*, 19(4).
- Silva, A. J. R., Oliveira, F. M. D., & Ramos, M. E. P. (2009). Infeção associada ao cateter venoso central—revisão da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(11), 125-133.
- Schwan, B. L., Azevedo, E. G., & Costa, L. B. D. (2012). Acesso venoso central. *Revista: Acta méd. Porto*.
- Silveira, S. M. (2018). Prevenção da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde: Bundle do Cateterismo Venoso Periférico. *Relatório de Estágio para obtenção de grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A Pessoa em Situação Crítica*, pp. 60-64.
- Veiga, B., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I., Martins, M., . . . Silva, P. (2011). Em Manual de Normas de Enfermagem- Procedimentos técnicos (p. 240). Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde
- WILSON, Jennie – Controlo de infeção na prática clínica. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-57-6.

51

APÊNDICE B – PARTICIPAÇÃO NOS SEMINÁRIOS

Segundo o Guia de Funcionamento da Unidade Curricular (GFUC), estão previstas vinte horas estipuladas para seminários que ocorreram no período de 11 de maio a 17 de junho, moderados pelo professor António Batista. Ao longo deste período foram abordados vários temas pertinentes para a minha formação, mas principalmente enquanto futura licenciada. Segue-se abaixo um quadro resumo com a informação referente aos seminários assistidos, contendo a data, designação e tempo dos mesmos.

Quadro 1- Seminários online assistidos

Data	Seminário	Tempo
11/05/2021 13/05/2021	Elaboração do Curriculum Vitae	4 Horas
18/05/2021	Estatuto Disciplinar da Administração Pública	2 Horas
20/05/2021	Implicações legais na Prática Profissional de Enfermagem no setor Público/Empresarial/ Cooperativos e Privado	2 Horas
25/05/2021	Seminários Medicina Forense- Abordagem Multidisciplinar	2 Horas
27/05/2021	Organizações Profissionais (Ordem dos Enfermeiros)	2 Horas
1/06/2021	Organizações Sindicais Mesa Redonda	2 Horas
8/06/2021	As Novas Dimensões do Cuidar em Enfermagem	2 Horas
15/06/2021	Hospitalização Domiciliária	2 Horas
17/06/2021	Do Percurso Profissional às novas Orientações da DGS sobre o Programa de Saúde Mental	2 Horas

Fonte: Elaboração Própria

Tive a oportunidade de aprender a elaborar um Curriculum Vitae, tendo este um papel fundamental na contratação de qualquer profissional, tornou-se crucial aprender as melhores estratégias de modo que fique o melhor estruturado possível, uma vez que um erro pode ser fatal para o sucesso profissional.

Ao longo dos seminários foram abordados temas como o REPE, regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, que configura o exercício de enfermagem, clarifica

conceitos, intervenções, assim como os direitos e deveres dos enfermeiros, incorporando de várias áreas como ética, moral e legislação que regulam a profissão. A meu ver, é de extrema importância, conhecer o estatuto disciplinar da administração pública, é necessário compreender as implicações legais da prática de enfermagem, tendo uma maior visão sobre as leis e como devemos proceder em certas situações.

O código Deontológico é um pilar essencial para a prática dos enfermeiros. O facto deste tema ser abordado no último ensino clínico, a meu ver, faz-me consciencializar da importância do papel do enfermeiro no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde, mas acima de tudo faz-me reconhecer a importância dos meus deveres e dos meus direitos. Tenho a consciência que serei responsabilizada pelas minhas decisões, por isso é necessário ter o conhecimento certo em relação aos meus direitos, mas também aos meus deveres para que o utente beneficie da qualidade dos cuidados. É de extrema importância ter também noção que o incumprimento das leis, de forma consciente ou não, poderá ser alvo de punição.

Outro tema que me suscitou bastante interesse, foi quando o Enfermeiro Válder Amorim, veio dar a conhecer o papel da Ordem dos Enfermeiros (OE). Sendo esta a associação que defende os interesses gerais dos serviços de saúde e que representa e defende os interesses da profissão, foi sem dúvida importante conhecer o papel da mesma e como é que ela atua para a valorização e visibilidade social da profissão.

Durante o seminário, tivemos a oportunidade de assistir a uma “mesa redonda” onde podemos debater acerca da defesa dos direitos laborais entre outros temas, através da opinião de dois representantes dos sindicatos. Uma vez que os sindicatos tem um papel fundamental na procura de melhores condições de trabalho, na minha opinião, foi de extrema importância conhecer os ideais dos mesmos, para que no futuro possa ter um papel ativo, apoiando a construção do percurso evolutivo da profissão.

Relativamente as novas dimensões do cuidar, na minha opinião foi um seminário bastante interessante, fiquei a conhecer novas ferramentas para o meu dia-a-dia, através do desenvolvimento de técnicas de comunicação, empatia e de compaixão. É importante ter a noção que existe necessidade de adaptar a comunicação de utente para utente.

De seguida tivemos o seminário sobre a hospitalização no domicílio, algo inovador que se começou a implementar, com o foco de evitar internamentos recorrentes no hospital, isto porque os serviços hospitalares estão cada vez mais sobrelotados e a capacidade de resposta é cada vez menor, concomitantemente o abandono social. A hospitalização domiciliária surge no intuito de dar uma resposta emergente a esta situação, este visa proporcionar cuidados nos

domicílios dos utentes mediante os recursos materiais, humanos e organizacionais do hospital, nunca esquecendo que é constituído por uma vasta equipa multiprofissional.

O percurso profissional às novas orientações da DGS sobre o programa de saúde mental, um tema bastante interessante, porque a pandemia atual do covid-19 trouxe uma nova introspeção da forma como temos de ver a saúde mental e a sua importância nos dias de hoje no qual a mesma sempre foi muito desvalorizada. As doenças mentais são cada vez mais frequentes, e com a situação covid-19 veio a piorar drasticamente, por isso houve a necessidade de arranjar estratégias e medidas promotoras de saúde mental como por exemplo promover a centralização do serviço de saúde, baixar o consumo de benzodiazepinas, promover programas específicos, incidência e preocupação dos grupos mais vulneráveis (mais atentos e mais direcionados) como também facilitar o processo de recuperação e reabilitação.

Para concluir, os temas abordados têm bastante importância entanto futura licenciada, enriquecendo assim o meu conhecimento em relação a algumas situações que poderão influenciar para as minhas escolhas enquanto profissional. O facto dos seminários terem a presença de enfermeiros de várias áreas tornou-os mais cativantes através das suas vivências entanto profissionais. Um aspeto menos positivo, foi o facto de os seminários serem dados em simultâneo com o ensino clínico e por vezes não conseguia assistir ao início do seminário perdendo a nota introdutória dos mesmos.