



Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico da Guarda

Curso de Enfermagem – 1.º Ciclo

4º Ano – 2º Semestre

RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO

Tamara Gomes Esteves

Guarda
2021



Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico da Guarda

Curso de Enfermagem – 1.º Ciclo

4º Ano – 2º Semestre

RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO

Integração à vida profissional em Cuidados de Saúde Primários

Integração à vida profissional em Cuidados de Saúde Hospitalares

Relatório elaborado no âmbito da Unidade Curricular Ensino Clínico - Integração à Vida Profissional, que decorreu na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Castro Daire e no Serviço de Especialidades Cirúrgicas no Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira.

Discente:

Tamara Gomes Esteves, nº 1700125

A Docente Orientadora:

Magda Santos Guerra

Guarda
2021

SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

BI-CSP – Bilhete de Identidade de Cuidados de Saúde Primários

BO – Bloco Operatório

CHUCB – Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira

CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CVC – Centro de Vacinação Covid-19

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

ESS – Escola Superior de Saúde

FC – Frequência Cardíaca

GFUC – Guia de Funcionamento da Unidade Curricular

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

INR – International Normalized Ratio

IPG – Instituto Politécnico da Guarda

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RCCR – Rastreio do Cancro do Cólon e Reto

RCCU – Rastreio do Cancro do Colo do Útero

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

INDÍCE DE FIGURAS

PÁGINA

Figura 1 - Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos.....	9
Figura 2 – Concelho de Castro Daire.....	10

ÍNDICE	PÁGINA
INTRODUÇÃO	6
PARTE 1 - ENSINO CLÍNICO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	9
PARTE 2 - ENSINO CLÍNICO EM CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES	25
PARTE 3 - SEMINÁRIOS.....	36
PARTE 4 – ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA	38
CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
APÊNDICES.....	45
APÊNDICE I – CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	46
APÊNDICE II – PANFLETO SOBRE DIABETES	48
APÊNDICE III – PANFLETO SOBRE INSULINOTERAPIA.....	49
APÊNDICE IV – PROCEDIMENTO DE REALIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS DE ANTIGÊNIO	50
APÊNDICE V – PROCEDIMENTO – ATUAÇÃO EM CASO DE QUEBRA DE REDE DE FRIO	51
APÊNDICE VI – ESPECIALIDADES DO SERVIÇO	70

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório de ensino clínico surge no âmbito da Unidade Curricular “Ensino Clínico – Integração à Vida Profissional” do 4.º Ano / 2.º Semestre, do Curso de Enfermagem – 1.º Ciclo, da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico da Guarda (IPG), durante o ano letivo 2020/2021.

A realização deste relatório surge como elemento de avaliação obrigatória e individual, para posteriormente ser defendido perante um júri de avaliação e a docente orientadora.

O “Ensino Clínico – Integração à Vida Profissional” apresenta um total de 529 horas de contacto, das quais 252 horas para cada campo de estágio, 5 horas de orientação tutorial e 20 horas de seminário, segundo o Guia de Funcionamento da Unidade Curricular (GFUC).

Este Ensino Clínico (EC) foi dividido entre Cuidados de Saúde Primários (CSP) que decorreu na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Castro Daire com duração de 7 semanas, de 6 de abril de 2021 até 21 de maio de 2021, e Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH) que decorreu no Serviço de Especialidades Cirúrgicas no Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira (CHUCB) tendo, igualmente, uma duração de 7 semanas, de 24 de maio de 2021 até 9 de julho de 2021.

O EC representa a aquisição de conhecimentos e saberes práticos. É importante evidenciar a relevância da interação institucional e do processo pessoal-individual na formação, destacando os modos como a teoria e a prática se conjugam ou distanciam na construção do conhecimento profissional (Cunha, Macedo & Vieira, 2017).

Segundo a Melo, Queirós, Tanaka, Costa, Bogalho e Oliveira (2017) o EC é uma componente da formação em Enfermagem na qual o estudante é confrontado com as situações reais do exercício profissional, e, em contexto, aprofundam e mobilizam conhecimentos, habilidades e capacidades, constroem saberes da Enfermagem, essencialmente, os saberes da prática. O EC constitui-se como uma componente fundamental para o desenvolvimento da identidade profissional de cada estudante e, em simultâneo, para o desenvolvimento de competências que habilitam ao exercício da profissão, contribuindo efetivamente para a aquisição gradativa do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais exigido pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

O relatório de EC é visto por Andrade e Mesquita (2016) como um meio onde os alunos descrevem e fazem uma análise crítica pessoal e reflexiva das atividades realizadas no EC e que lhes proporcionam a vivência num ambiente real de trabalho, por meio de um envolvimento

prático e dinâmico, o que dá condições a esses alunos de atuarem de forma satisfatória no mercado de trabalho.

Posta esta contextualização, o EC acaba por ser o local onde colocamos em prática e adestramos os nossos conhecimentos científicos e técnicos adquiridos, sendo este o objetivo geral segundo o GFUC. Os objetivos específicos delineados segundo o GFUC sobre o relatório são os seguintes:

- Reconhecer se os objetivos inicialmente delineados no plano de trabalho foram ou não atingidos;
- Descrever as atividades planejadas e desenvolvidas, bem como as experiências e aprendizagens adquiridas ao longo do EC;
- Refletir de forma crítica acerca das experiências vividas, das competências adquiridas/aperfeiçoadas e quais os contributos alcançados para o enriquecimento pessoal e profissional;
- Analisar a evolução da aprendizagem durante todo o EC;
- Desenvolver a capacidade de análise crítica reflexiva e pessoal;
- Servir como instrumento de avaliação.

Quanto à organização estrutural, o relatório encontra-se estruturado em quatro partes. A primeira parte visa retratar o caminho percorrido para atingir cada objetivo geral proposto no plano de trabalho, assim como uma posterior análise crítico-reflexiva que visa destacar a minha atuação durante o EC na UCSP de Castro Daire, a segunda parte visa retratar o caminho percorrido durante o EC no Serviço de Especialidades Cirúrgicas no CHUCB para atingir cada objetivo geral proposto no plano de trabalho, assim como a análise crítico-reflexiva que visa destacar a minha atuação, com vista a definir o sucesso ou insucesso, enunciando as competências adquiridas e a terceira parte, que retrata os seminários assistidos, com o respetivo programa dos temas abordados, com uma posterior análise crítico-reflexiva à cerca da sua importância.

Por último, a quarta parte, que consiste numa análise crítico-reflexiva à cerca de ambos os EC, desde as dificuldades sentidas e dos métodos utilizados para as ultrapassar até aos aspetos que fizeram com que houvesse evolução da minha parte enquanto estudante de enfermagem e futura profissional de saúde.

A metodologia utilizada na elaboração deste relatório foi descritiva e reflexiva uma vez que visa a análise e reflexão das atividades desenvolvidas no decurso do EC, como se encontra descrito no GFUC, tendo como recurso diversas fontes bibliográficas pertinentes e fidedignas, de forma a conferir-lhe credibilidade e validade.

De forma a elaborar este relatório e a atingir os objetivos propostos, para além de todos os conhecimentos já adquiridos, foram realizadas pesquisas em bases cientificamente credíveis como a B-on, Scielo, artigos científicos, páginas de organizações com a OE, Direção Geral de Saúde (DGS), Serviço Nacional de Saúde (SNS), Organização Mundial de Saúde (OMS), entre outras.

Este relatório tem também como base os Planos de Trabalho elaborados anteriormente, o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da Ordem dos Enfermeiros (2015a), o Guia de Funcionamento da Unidade Curricular 2020/2021 fornecido, bem como as normas preconizadas pela ESS através da consulta do Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde (2008).

PARTE 1 - ENSINO CLÍNICO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Esta primeira parte do relatório irá incidir na exposição e reflexão dos objetivos alcançados e das atividades desenvolvidas, previamente delineados no Plano de Trabalho referente ao EC de CSP. Será executada também uma análise objetiva e clara das mesmas, assim como das competências que foram adquiridas e desenvolvidas ao longo deste EC, de acordo com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da Ordem dos Enfermeiros (2015a).

O EC decorreu na UCSP de Castro Daire pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Dão Lafões. Este abrange os concelhos de Carregal do Sal, Castro Daire, Mangualde, Nelas, Oliveira de Frades, Penalva do Castelo, Santa Comba Dão, São Pedro do Sul, Sátão, Tondela, Vila Nova de Paiva, Viseu e Vouzela, que se inserem no distrito de Viseu e abrange ainda o concelho de Aguiar da Beira que pertence ao distrito da Guarda.

O ACeS foi criado através da Portaria nº 394-A/2012, de 29 de novembro, que procedeu à reorganização dos ACeS, e, nomeadamente ao redimensionamento geodemográfico dos mesmos.

A UCSP de Castro Daire iniciou atividade há 6 anos e é uma unidade funcional que presta cuidados de saúde aos utentes inscritos nas listas dos médicos e enfermeiros de família que integram a respetiva equipa multiprofissional, totalizando uma população de 5099 utentes inscritos, de diferentes faixas etárias, de acordo com os dados apresentados no Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) (Ministério da Saúde, 2017a). O BI-CSP é uma plataforma onde se encontram todos os dados sociodemográficos, entre outros, de todas as unidades de cuidados de saúde primários.

No concelho de Castro Daire a população é bastante envelhecida. Desta forma, na UCSP, prevalece as idades entre os 55 e os 74 anos. Nestas idades os programas de saúde mais comuns são o da pessoa com doença cardiovascular (HTA) e o da pessoa com Diabetes. Na figura a seguir, podemos ver a pirâmide por género e idades, sendo que existe também maior número de utentes do género feminino.

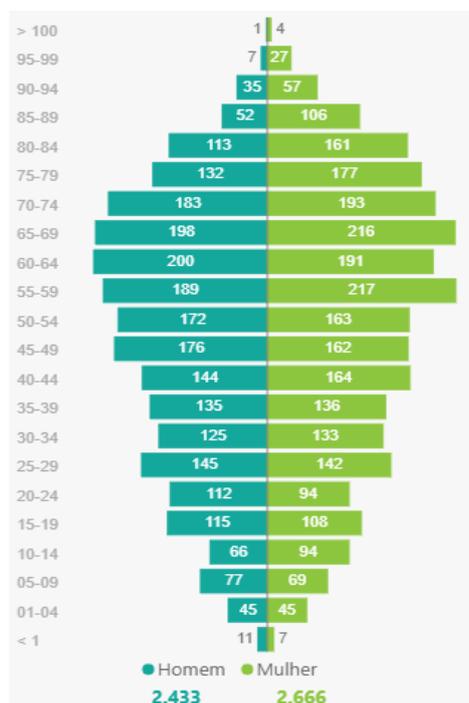


Figura 1 – Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20022/2180307/Pages/default.aspx>

Como estrutura física é constituído por um secretariado, uma sala de espera, uma casa de banho, quatro gabinetes médicos, um gabinete de enfermagem, uma sala de tratamentos e uma sala de vacinação.

Tem como objetivo primordial a melhoria do nível de saúde da população, procurando dar resposta às necessidades de saúde da mesma, através da promoção da saúde, da prevenção da doença, dirigindo a sua atividade ao indivíduo, à família e à comunidade em articulação com as restantes unidades do ACeS.

A Coordenação da Unidade está a cargo de um médico Assistente de Medicina Geral e Familiar. O Conselho Técnico da unidade é constituído por um médico, por um enfermeiro e por um assistente técnico.

A UCSP tem uma área de abrangência geográfica limitada às 16 freguesias do concelho de Castro Daire, sendo na sua maioria rurais. A freguesia de Castro Daire, onde se localiza a sede da unidade é a de maior densidade populacional. Para uma melhor acessibilidade da população aos CSP dadas as condições socioeconómicas da população do concelho, rede de transportes, acessos, entre outros fatores, a UCSP de Castro Daire tem um polo assistencial, localizada na sede da freguesia de Parada de Ester.

Posto isto, pretendo que sejam aplicados todos os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo dos quatro anos de licenciatura, desenvolvendo essencialmente autonomia e responsabilidade, sempre com o propósito de melhorar o estado de saúde dos utentes.

OBJETIVO GERAL I:

Participar na prestação de cuidados de enfermagem ao utente em todo o ciclo vital, aplicando a metodologia científica de enfermagem

Para atingir este objetivo realizei, como principal atividade, o planeamento das consultas de Saúde Infantil e Juvenil (Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil), de Planeamento Familiar (Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva), de Rastreios Oncológicos (Programa Nacional para as Doenças Oncológicas), nomeadamente o Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU) e o Rastreio do Cancro do Cólon e Reto (RCCR), de Saúde Materna (Programa Nacional para a Vigilância de Gravidez de Baixo Risco), de Hipertensão (Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares), de Diabetes Mellitus (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes), Programa Nacional de Vacinação, de Hipocoagulados, de Medicina Geral e Familiar, Visitas Domiciliárias, entre outras. Pude ainda participar na prestação de cuidados relativamente a situações de doença aguda e à vacinação contra a Covid-19.

Para ser possível o bom funcionamento da unidade de forma a serem prestados cuidados de qualidade, esta disponibiliza à comunidade uma Carteira Básica de Serviços de Saúde (APÊNDICE III), dividida segundo o (Ministério da Saúde, 2007) nas seguintes áreas:

- Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva;
- Programa Nacional para a Vigilância de Gravidez de Baixo Risco;
- Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes;
- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil;
- Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares;
- Programa Nacional para as Doenças Oncológicas;
- Programa Nacional de Vacinação.

Estes programas são aplicados aos utentes consoante as suas características, idade, comportamentos de risco, entre outros. Ao longo do EC pude realizar as seguintes atividades:

Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva: Avaliação da Pressão Arterial (PA), da Frequência Cardíaca (FC), do peso, da altura e do Índice de Massa Corporal (IMC). Realização de ensinamentos sobre a colpocitologia, às mulheres, e sobre os métodos contraceptivos bem como o

seu fornecimento. Preparação da mulher para a realização de colpocitologia. Realização de colpocitologia.

Programa Nacional para a Vigilância de Gravidez de Baixo Risco: Na primeira consulta, é recolhida informação acerca dos antecedentes pessoais e familiares bem como a história obstétrica, a data da última menstruação e o peso habitual. Deve ser dado e preenchido o Boletim Individual de Saúde da Grávida e esta deverá fazer-se acompanhar sempre do mesmo e em todas as consultas de vigilância da gravidez. Realização de um teste rápido de urina para despiste, essencialmente, de proteína na urina (pré-eclampsia). Avaliação de PA, FC, peso corporal, altura, IMC, presença de edemas nos membros inferiores. Realização de ensinamentos de acordo com o trimestre de gravidez.

Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes: Avaliação da altura, peso corporal, perímetro abdominal, da glicémia capilar, PA, FC e IMC. Realização de vigilância do pé diabético conforme o risco de desenvolvimento. Realização de ensinamentos sobre alimentação saudável, exercício físico, importância da gestão da terapêutica, cuidados a ter com os pés, importância da autovigilância para prevenção de hipo e hiperglicemia.

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil: Consulta direcionada a bebés, crianças e adolescentes, desde a primeira consulta aos 28 dias até aos 18 anos de idade. Realizando a avaliação dos parâmetros antropométricos (peso corporal, estatura, IMC, PA, FC, perímetro cefálico. Realização do diagnóstico precoce (teste do pezinho). Avaliação do desenvolvimento psicomotor, da motricidade e dos reflexos segundo a Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada a crianças até aos 5 anos de idade. Realização do teste de acuidade visual “E”. Realização de ensinamentos oportunos. Estas avaliações foram realizadas de acordo com a idade dos utentes, uma vez que existem parâmetros diferenciados a ser avaliados em cada idade.

Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares: Avaliação da PA, FC, peso corporal, altura, IMC e perímetro abdominal. Realização de ensinamentos sobre alterações na alimentação e também da importância do exercício físico no quotidiano, importância da gestão da terapêutica e da autovigilância.

Programa Nacional para as Doenças Oncológicas: Realização de colpocitologia. Realização de ensinamentos ao utente sobre o autoexame da mama e incentivar o mesmo, o rastreio do cancro do colo do útero e do rastreio do cólon e reto com entrega do respetivo kit. Os rastreios são também realizados de uma forma oportunista.

Programa Nacional de Vacinação: Convocação para vacinação e administração de vacinas de forma oportunista. Realização de ensinamentos pertinentes. Registro no Boletim de Vacinas e na plataforma VACINAS®.

Para além destes programas, foram executadas também outro tipo de consultas, tais como, de Medicina Geral e Familiar, de Hipocoagulação, de cuidados em situações de doença aguda e cuidados domiciliários que são, maioritariamente, cuidados a utentes dependentes e idosos acima dos 75 anos.

Na consulta de Medicina Geral e Familiar são avaliados certos parâmetros tais como a PA, FC, peso e/ou altura a pedido do médico. Realização de testes rápidos de urina quando necessário.

Nas consultas de Hipocoagulados era realizada a avaliação a PA, FC, a Razão Normalizada Internacional - tempo de protrombina (INR) e presença de hemorragia. São ainda realizados ensinamentos sobre a importância da gestão terapêutica, prática de exercício físico e alimentação adequada.

Em situações de doença aguda a maioria dos cuidados são prestados na sala de tratamentos como a realização de tratamentos a feridas agudas, algumas situações com necessidade de serem suturadas. Administração de medicação (SOS ou de algum tratamento que o utente esteja a fazer).

Na sala de tratamentos tive ainda oportunidade, ao executar tratamentos a feridas traumáticas e cirúrgicas, bem como a úlceras de pressão e/ou venosas, de realizar a avaliação da ferida com a ferramenta TIME para facilitar na escolha do melhor tratamento para a ferida em questão.

Analisando os atos de enfermagem realizados, procurei sempre cumprir as normas estipuladas, primando pela privacidade e comodidade dos utentes, realizando sempre os procedimentos de forma correta, adequando-os à individualidade de cada utente. Aquando da realização destes, sempre que surgiam dúvidas ou dificuldades pude contar sempre com o apoio da minha tutora, que se demonstrou sempre disponível para me ajudar, de modo a ganhar autonomia e segurança na execução dos mesmos, e com a consulta dos programas de saúde da DGS.

Ao longo do EC, após a prestação de cuidados de enfermagem, tive oportunidade de realizar os registos de enfermagem no programa SClínico® conforme as atividades realizadas, consoante o contexto e o tipo de programa de saúde mais adequado ao utente. Este tipo de cuidados (consultas de enfermagem essencialmente) são essenciais para qualidade de vida da

população, pois atuam como prevenção primária, levando os utentes a se manterem “atualizados” em relação ao seu estado de saúde.

A execução destas atividades tiveram uma grande importância no meu processo de aprendizagem uma vez que contribuíram para atingir autonomia e desenvolver competências fundamentais para uma boa prática de enfermagem, segura e responsável. As consultas de enfermagem permitiram-me planejar os cuidados e ensinamentos a realizar de modo a tornar-me independente e a ter segurança junto dos utentes. O facto de estar perante uma população envelhecida e com pouco conhecimento em saúde, foi um desafio para mim pois levou-me a aprofundar mais a minha comunicação com os utentes e os meus conhecimentos para poder realizar ensinamentos de qualidade a fim de melhorar o seu estado de saúde, obtendo ganhos em saúde. A realização de medidas terapêuticas contribuiu para aumentar a minha destreza na prática.

No Centro de Vacinação Covid-19 (CVC), a administração de vacinas era diária, a UCSP trabalhava em conjunto com as restantes unidades do Centro de Saúde para que se tornasse tudo o mais funcional possível. O Centro de Saúde recebia vacinas duas vezes por semana, sendo que as convocatórias eram realizadas com alguma antecedência para que nunca fossem desperdiçadas doses. A distribuição das vacinas foi realizada por idades, de forma decrescente, ou seja, dos mais idosos para os mais jovens.

É de considerar assim, que este objetivo foi concretizado com êxito, e que as competências definidas pelo Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da Ordem dos Enfermeiros (2015a), que foram adquiridas são:

- (20) Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de Enfermagem;
- (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;
- (37) Atua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adotarem estilos de vida saudáveis;
- (61) Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais;
- (70) Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas;
- (85) Contribui para o desenvolvimento da prática de Enfermagem;
- (90) Participa em programas de melhoria contínua da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade.

OBJETIVO GERAL II:

Contribuir para a promoção da saúde dos utentes e comunidade, reconhecendo o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem

Para uma melhor promoção de saúde dos utentes e comunidade é importante entender a gestão e organização da UCSP, para assim poder contribuir para a prevenção da doença e promoção de saúde.

É importante, para uma boa gestão de cuidados de enfermagem, realizar o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. A dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e competência dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para a própria organização.

Neste sentido, consultei a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem realizada pela Ordem dos Enfermeiros (2014) que afirma que na fixação da dotação de pessoal de enfermagem que integra cada UCSP, considera-se adequado observar o seguinte rácio: um Enfermeiro/1.550 utentes ou um Enfermeiro/350 famílias.

Uma vez que a UCSP possui uma equipa de enfermagem de três enfermeiras e nela estão inscritos 5099 utentes, podemos verificar que cada enfermeira tem a seu encargo cerca de 1699 utentes, logo, existem ligeiramente mais utentes distribuídos por cada enfermeira, havendo um défice de enfermeiros segundo o número de utentes inscritos na unidade.

As enfermeiras possuem um horário previamente aprovado pelo coordenador, que foi sofrendo alterações devido à distribuição das mesmas para o CVC.

O horário que as enfermeiras realizam é de trinta e cinco horas semanais, de segunda a sexta, distribuídas entre as oito horas da manhã até às vinte horas da noite. Às sextas-feiras todas as enfermeiras executam um horário das oito horas até as catorze horas à exceção de uma que trabalha das catorze horas às vinte horas. Este último é realizado de forma rotativa para que não seja sempre a mesma enfermeira a assegurar a unidade à sexta-feira à tarde e ao sábado das nove horas às treze horas. Para além deste horário, elas realizam ainda horas extra durante a semana das vinte horas às vinte e duas horas e ao sábado da treze horas às quinze horas, para assegurar situações agudas. O horário de funcionamento do CVC é das oito horas e trinta minutos às dezoito horas e trinta minutos, sendo que os recursos materiais de consumo administrativo, clínico e hoteleiro são supridos pela UCSP e USF de Castro Daire.

Quanto aos indicadores contratualizados, num total de setenta e três indicadores foram atingidos o score 2 em vinte e seis (19,45%), score 1 em dezasseis (11,97%) e score 0 nos restantes trinta e um (23,19%) (Ministério da Saúde, 2017b). Contudo, é importante referir que

nem todas as dimensões passíveis de contratualização foram acordadas, como é o caso da dimensão Satisfação do Utente.

Em relação à gestão de recursos materiais, a metodologia desta é por níveis, ou seja, é uma metodologia centralizada no aprovisionamento, responsabilizando-o pela manutenção dos materiais nas quantidades de consumo, estabelecidas de acordo com os serviços e conhecidos como níveis de reposição. Os materiais são repostos pelo aprovisionamento dentro da periodicidade estabelecida, o qual também os condiciona nos locais determinados. Na unidade existe, portanto, uma enfermeira que, uma vez por mês, realiza os pedidos na plataforma Glintt® de logística hospitalar.

Quanto à sensibilização da comunidade para a importância de ouvir as recomendações fornecidas pelos profissionais de saúde, para que os utentes alterem alguns maus hábitos de forma a seguirem estilos de vida mais saudáveis. É bastante importante responsabilizar os utentes pela sua própria saúde, isto é, sensibilizar sobre a relevância que a procura de cuidados de saúde tem para a qualidade de vida do utente bem como para a capacidade de tomada de decisão.

Neste âmbito foram elaborados dois panfletos com o tema “*Diabetes*” (APÊNDICE V) e “*Insulinoterapia*” (APÊNDICE VI). A escolha dos temas para explorar nos panfletos foi simples, uma vez que, de acordo com a OMS (2021), o número de pessoas com diabetes aumentou de 108 milhões em 1980 para 422 milhões em 2014, entre 2000 e 2016 houve um aumento de 5% na mortalidade prematura por diabetes e em 2019, cerca de 1,5 milhões de mortes foram causadas diretamente pela diabetes. Para além disso, a UCSP não possui qualquer panfleto acerca destas duas temáticas.

Na minha opinião, o material informativo acompanhado de ensinamentos que é fornecido aos utentes, é fundamental para transmitir conhecimentos uteis para uma vida saudável. Os panfletos permitem aos utentes reverem a informação dada sempre que sintam essa necessidade, por esquecimento ou mero esclarecimento. Para além disso, este método de divulgação torna-se mais apelativo e, por sua vez, mais eficaz.

Assim, em todos os contactos com os utentes, houve sempre a necessidade que estes compreendessem e interiorizassem as recomendações da equipa através de diálogo constante, uma vez que a população da Castro Daire tem pouca literacia em saúde e é maioritariamente uma população idosa. Desta forma, os utentes seguem essas recomendações, existe uma continuidade dos cuidados, cumprem eficazmente tratamentos a doenças agudas e crónicas e reconhecem quando devem procurar serviços de saúde e quais os mais adequados à sua situação.

Concluída a apresentação deste objetivo, é possível afirmar que as competências adquiridas do Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da Ordem dos Enfermeiros (2015a) foram:

- (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;
- (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;
- (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;
- (42) Aplica o conhecimento sobre as estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades;
- (63) Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.

OBJETIVO GERAL III:

Atuar com responsabilidade, assumindo os seus atos e respeitando os princípios éticos, morais e deontológicos

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015b), o exercício profissional de Enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa ou um grupo de pessoas (família ou comunidades). Cada um dos intervenientes nesta relação possui quadro de valores, crenças, necessidades, motivações e desejos de natureza individual, assim esta relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o utente e no respeito pelas suas capacidades.

Ao longo do EC estabeleci e desenvolvi relações terapêuticas com o utente e/ou cuidador através da utilização de comunicação apropriada, empática e capacidades interpessoais. Procurei comunicar com consistência, informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do utente, de forma oral, escrita e eletrónica, no respeito pela minha área de competência. Assegurando que a informação dada ao utente e/ou aos cuidadores era apresentada de forma apropriada e clara, tendo em consideração o analfabetismo dos utentes inscritos na UCSP. Sempre que a situação estava fora da minha área de

competência, por exemplo, quando apresentavam alguma queixa que necessitasse de diagnóstico médico ou onde simplesmente tivesse dúvidas no diagnóstico de enfermagem, procedi à referência dos mesmos e/ou dos seus cuidadores para a enfermeira tutora ou outros profissionais de forma a colmatar as suas necessidades.

A utilização de linguagem técnico-científica é importante em qualquer altura do ensino, mas, neste EC de integração à vida profissional, esta importância assume contornos mais significativos uma vez que se aproxima o início da minha carreira profissional. No entanto é necessário saber quando a devemos adequar, de forma a garantir que a informação que pretendemos transmitir seja interpretada pelos utentes ou outros profissionais da melhor forma para que exista promoção de saúde. Uma transmissão deficitária de informação poderá acarretar graves consequências.

Quanto a este objetivo, posso afirmar que adquiri e desenvolvi as seguintes competências do Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da Ordem dos Enfermeiros (2015a):

- (5) Exerce de acordo com o Código Deontológico;
- (9) - Garante a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional;
- (11) Respeita o direito do utente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de Enfermagem e de saúde;
- (12) Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do utente;
- (14) Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados;
- (15) Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.

OBJETIVO GERAL IV:

Estabelecer um bom relacionamento de trabalho com os colegas e com toda a equipa multidisciplinar

A metodologia de trabalho de enfermagem nesta unidade é em equipa uma vez que os utentes são distribuídos por enfermeiro e médico de família. Ao enfermeiro compete designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.

A UCSP de Castro Daire é constituída por uma equipa multidisciplinar, com autonomia de organização e técnica estando, desta forma, garantida a cooperação com outras unidades funcionais do centro de saúde e do ACeS. É constituída por cinco Médicos de Clínica Geral, três Enfermeiras, quatro Secretários Clínicos e três Assistente Operacionais. Articula os cuidados de saúde e trabalha em colaboração com psicólogo, assistente social, nutricionista, técnica de saúde ambiental, estando estes técnicos em cooperação com as três unidades funcionais do Centro de Saúde.

Na minha opinião o papel de enfermeiro de família é extremamente importante uma vez que este contribui de uma maneira muito útil nas atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, para além das suas funções de tratamento. Nos tratamentos a feridas, por exemplo, é sempre conveniente ser o enfermeiro de família a executar o tratamento, pois, assim existe uma avaliação contínua e uniforme da evolução cicatricial da ferida. Para além disso, com o seu conhecimento das questões sociais, institucionais e de saúde pública, os enfermeiros de família estão capacitados para diagnosticar os efeitos dos fatores socioeconómicos sobre a sua saúde e orientarem essa mesma família para uma melhor prestação de cuidados. Desta forma, os utentes têm sempre contacto com o mesmo enfermeiro o que leva a uma prestação de cuidados com qualidade.

Durante o EC pude participar nas reuniões multidisciplinares da unidade. Estas decorriam semanalmente, através de um diálogo aberto de forma a monitorizar a evolução dos cuidados prestados e a elaboração de diversos documentos essenciais ao funcionamento da UCSP. Foi importante participar nestas reuniões para compreender os reais problemas/dificuldades pelos quais a unidade vai passando, desde as falhas no fornecimento de material, a falta de espaços/gabinetes, a burocratização dos serviços, os constrangimentos na articulação entre serviços, entre outras. Estas dificuldades provocam, eventualmente, insatisfação na equipa que ainda assim, e apesar dos poucos recursos físicos e humanos, conseguem revelar valores, dinamismo e força de vontade para honrar o compromisso com a comunidade.

O estilo de liderança na UCSP é o democrático que divide o foco entre o líder e os subordinados, sendo que as diretrizes debatidas e as técnicas e processos escolhidos pelo grupo são assistidos pelo líder (Santos, Oliveira, Souza, & Reis, 2018). Embora não haja enfermeira chefe, a unidade possui um coordenador, sendo este cargo ocupado por um médico. Existe distribuição de responsabilidades onde a enfermagem tem total autonomia na gestão e na elaboração dos horários. Contudo os programas que as enfermeiras utilizam têm de coincidir com os do médico coordenador.

Acho importante referir os pontos fortes e os pontos fracos da UCSP para perceber melhor as dificuldades sentidas ao longo do EC. Como pontos fortes posso indicar a qualidade dos serviços, as competências da enfermagem em gestão, a boa relação que toda a equipa possui, o esforço por parte da enfermagem em envolver a população nos programas de vigilância de saúde, a flexibilidade e a adaptabilidade e a vontade da equipa multidisciplinar em cumprir o que se encontra estipulado na carta de compromisso. Como pontos fracos saliento a falta de um enfermeiro chefe, a estrutura física pouco funcional pois faltam espaços/gabinetes de trabalho na unidade, a falta de resposta no que concerne ao fornecimento de certos materiais e no arranjo e manutenção de balas de oxigénio, entre outros e um baixo orçamento o que não permite à unidade a compra de materiais novos.

A demonstração de iniciativa e interesse da minha parte foi constante, mostrei-me sempre disponível para cooperar com todos os membros da unidade de forma a ajudar, dentro das minhas competências, todos aqueles que necessitassem e também para aproveitar ao máximo as oportunidades de aprendizagem que iam surgindo. Procurei sempre fazer uma prestação de cuidados de forma autónoma e segura, pois, sempre que surgisse alguma dúvida pedia auxílio à enfermeira tutora.

É de extrema importância manter uma boa comunicação com a equipa de forma a contribuir para a melhoria das relações interpessoais, obter cooperação pelo aumento do espírito de equipa e evitando erros de comunicação, o que se reflete na qualidade e segurança dos cuidados prestados aos utentes. Desde o início do EC, senti-me integrada por toda a equipa da UCSP o que ajudou bastante a manter uma boa relação com a mesma.

Este objetivo foi atingido com sucesso. Como tal, considero ter adquirido as seguintes competências do Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da Ordem dos Enfermeiros (2015a):

- (4) Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício;
- (33) Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades;
- (47) Consulta membros relevantes da equipa de cuidados 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;
- (75) Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração;
- (76) Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.

OBJETIVO GERAL V:

Promover o desenvolvimento das capacidades e competências, valorizando a investigação e a melhoria dos cuidados de saúde, tendo por base uma reflexão crítica do meu desempenho

O EC é a melhor forma de preparar os estudantes para em breve serem profissionais de saúde competentes. É aqui que nos deparamos com casos concretos que necessitam da atuação de enfermeiros e que lidamos com situações que requerem agilidade física e mental para compreender que nem sempre aquilo que se encontra escrito em normas e livros é o melhor para determinado utente. Desta forma é essencial haver uma constante atualização e consolidação de conhecimentos e acima de tudo, saber onde recorrer para proceder a essa atualização.

Este EC ajudou bastante no que concerne ao desenvolvimento de hábitos de pesquisas em bases de dados científicos, uma vez que em determinados momentos nos vemos obrigados a consultar as normas da OE, da DGS e do Plano Nacional de Vacinação (PNV). Este tipo de consulta permite o esclarecimento rápido e eficaz de dúvidas que podem surgir durante uma determinada consulta de enfermagem, permite a realização de ensinamentos com maior rigor, e também a elaboração dos panfletos com informação correta.

Para consolidar os conhecimentos foi importante rever a matéria, analisar panfletos existentes, realizar pesquisas e esclarecer dúvidas com a enfermeira tutora. Pesquisando e procurando diariamente atualizações de procedimentos, formações, normas e legislação para implementar na prática, garantindo assim a sua conformidade e segurança. Desta forma pude-me manter sempre atualizada. Tive ainda, a oportunidade de utilizar a tecnologia de informação disponível como o SClínico®, o Glintt® e o SiiMA Rastreios®, de forma eficaz e apropriada.

A consulta do PNV foi bastante vantajosa para mim, pois assim, pude vacinar utentes sem cometer qualquer erro. No entanto, devido à existência de vacinas extra-plano, tive a necessidade de pedir ajuda à enfermeira tutora, incluindo informação à cerca das vacinas contra a Covid-19. Com o passar do tempo estas dúvidas foram-se dissipando.

Quanto à pesquisa de informação, tanto para a elaboração deste relatório, dos panfletos, das formações e também para a minha atualização de conhecimentos, procurei sempre as bases de dados mais fidedignas, atuais e que mais se relacionam com a realidade da UCSP e também do nosso país. Utilizei essencialmente a DGS que mantém as normas atualizadas, e documentos da unidade fornecidos pela enfermeira tutora.

O facto de surgirem situações novas na UCSP levou-me a querer saber mais e a expandir os meus conhecimentos. Por consequência levou-me a realizar pesquisas aprofundadas sobre

determinados temas para conseguir esclarecer certas dúvidas aos utentes, para conhecer novos produtos passíveis de colocar em determinadas feridas e para ser capaz de realizar ensinamentos corretamente.

Considero que este objetivo foi atingido na sua plenitude, tendo atingido as seguintes competências do Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da Ordem dos Enfermeiros (2015a):

- (47) Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais;
- (66) Utiliza tecnologia de informação disponível, de forma eficaz e apropriada;
- (67) Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos/aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde;
- (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.

OBJETIVO GERAL VI:

Demonstrar capacidade de utilização esclarecida dos resultados da investigação e participação em projetos de investigação em enfermagem ou saúde

Para atingir este objetivo tive oportunidade de participar numa formação extracurricular com a temática “*Tratamento de Feridas: De onde viemos, onde estamos e para onde vamos!*” e com uma duração de 2 horas. Um projeto da Federação Nacional de Associações de Estudantes de Enfermagem em colaboração com a Associação de Estudantes da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Portuguesa.

Na formação foi abordado o passado, o presente e o futuro do tratamento de feridas. É de constatar que as feridas são um problema de saúde pública e que a evolução da medicina no prolongamento de doenças crónicas, que assegura por longos anos a qualidade de vida, mas por outro lado surgem as feridas, com prevalência de forma mais elevada na população idosa. Podemos relacionar esta questão com a diminuição da capacidade regenerativa da pele, do risco de queda e da diminuída imuno-proteção, como potenciadores do risco de desenvolvimento de lesões.

Com a evolução referente ao tratamento de feridas, é exigido atualmente aos enfermeiros, um conhecimento vasto sobre novas técnicas de tratamento a feridas, gamas de produtos, visão holística do utente e visão multidisciplinar. Com isto é requerida uma maior qualificação dos profissionais, que possibilite e assegure a qualidade do atendimento ao utente portador de feridas, sendo indispensável os cursos de aperfeiçoamento, capacitação em serviço, e supervisão.

Abordou-se, também, os diferentes tipos de tratamentos e produtos existentes aplicáveis a um leito de ferida específico, segundo a avaliação da mesma com a ferramenta TIME.

Este tema revelou-se de grande importância uma vez que vai de encontro com a realidade vivida no EC, sobre a avaliação das feridas segundo a ferramenta TIME e dos vários tipos de tratamentos aplicáveis, de modo a que a ferida apresente uma boa evolução cicatricial.

Na unidade são ainda desenvolvidas Formações Internas de acordo com as necessidades mais urgentes do serviço e dos profissionais. Tive oportunidade de desenvolver e realizar duas formações relativamente ao “*Procedimento para a Realização de Testes Rápidos Antigénio*” (APÊNDICE VII) para que os profissionais de saúde soubessem como realizar um teste rápido de antigénio para a deteção de utentes positivos para a Covid-19 e ao “*Procedimento – Atuação em Caso de Quebra de Rede de Frio*” (APÊNDICE VIII), para que as vacinas, principalmente neste contexto de pandemia em que estão a ser transportadas vacinas do Centro de Saúde para o Centro de Vacinação, sejam bem armazenadas e transportadas sem que haja quebra na rede de frio.

Os temas abordados foram desenvolvidos de acordo com as necessidades do serviço, tendo como público-alvo os coordenadores, os médicos e os enfermeiros da UCC, da UCSP e da USF.

Por fim, verifica-se que este objetivo foi atingido com sucesso, segundo as competências definidas pelo Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da Ordem dos Enfermeiros (2015a) que foram adquiridas foram as seguintes:

- (22) Inicia e participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na Enfermagem e nos cuidados de saúde;
- (35) Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação;
- (86) Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade dos cuidados;
- (90) - Participa em programas de melhoria contínua da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade;
- (93) Atua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua;
- (96) - Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.

PARTE 2 - ENSINO CLÍNICO EM CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES

Nos CSH o acompanhamento do utente é centrado na cura e reabilitação, de acordo com as necessidades do utente, enquanto que nos CSP o foco é a promoção da saúde e a prevenção da doença. Se houver uma boa qualidade e uma adequada prestação de cuidados em CSP menos será necessário recorrer aos CSH.

Neste capítulo serão descritas todas as atividades concretizadas ao longo do EC, avaliados os objetivos propostos no Plano de Trabalho de CSH, analisando e refletindo sobre o meu desempenho durante o EC em CSH. Será executada também uma análise objetiva e clara das mesmas, assim como das competências que foram adquiridas e desenvolvidas ao longo deste EC, de acordo com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da Ordem dos Enfermeiros (2015a).

O EC decorreu no Serviço de Especialidades Cirúrgicas no CHUCB situado na sub-região da Cova da Beira, na cidade da Covilhã, pertencente ao distrito de Castelo Branco.

O CHUCB tem o papel de hospital de ensino da Universidade da Beira Interior e engloba dois hospitais autónomos: o Hospital Pêro da Covilhã localizado na cidade da Covilhã e o Hospital do Fundão situado na cidade do Fundão.

O serviço de Especialidades Cirúrgicas, situado no 4º piso do edifício, é composto por seis enfermarias, cada uma com quatro camas, e dois quartos individuais de isolamento, cada um com a respetiva adufa. É constituído por uma sala de Cistoscopia, uma sala de tratamentos, uma sala de limpos e uma de sujos, o gabinete do enfermeiro chefe, o gabinete de enfermagem e o gabinete de terapêutica, por último a copa e um WC.

O serviço de Especialidades Cirúrgicas é rico em experiências e aprendizagem, pois engloba as especialidades de Urologia, Nefrologia, Oftalmologia, Reumatologia, Estomatologia e mais recentemente Neurocirurgia (APÊNDICE IX). Acolhe, também, utentes do serviço de Ortopedia e de Cirurgia Geral, uma vez que estes serviços se encontram, muitas das vezes, sem vagas e sobrelotados.

Assim, é indispensável a descrição e avaliação das atividades planeadas e desenvolvidas para atingir um determinado objetivo e a sua devida contextualização, atividades estas que contribuirão para o meu desenvolvimento pessoal e académico.

OBJETIVO I:

Participar na prestação de cuidados de enfermagem ao utente durante o internamento, aplicando a metodologia científica de enfermagem

Nos cuidados de saúde hospitalares é feito um acompanhamento de utentes agudos, uma vez que são prestados cuidados de saúde apenas durante o seu internamento no serviço. Isto leva a que o enfermeiro que recebe o utente no dia do seu internamento realize uma avaliação inicial (anamnese) fazendo algumas questões relevantes em relação às condições de saúde do utente. Nesta fase inicial é também realizado o ensino ao utente sobre a escala numérica da dor, para que o utente saiba identificar a intensidade da dor ao longo do internamento.

Esta avaliação inicial ajuda a identificar os diagnósticos de enfermagem e a planificar as respetivas intervenções. A aplicação deliberada e sistemática das intervenções de enfermagem permite que as necessidades dos utentes sejam atendidas de forma específica e segura, o que pode acrescentar qualidade ao cuidado, bem como melhorar a visibilidade, a valorização e o reconhecimento profissional. Acresce ainda, que a implementação do plano de cuidados, para além de direcionar a organização do trabalho de enfermagem segundo as suas atribuições específicas, confere aos enfermeiros maior satisfação pessoal e profissional (Pivoto, Lunardi, Lunardi, Silva & Busanello, 2017).

Uma vez que o serviço integra várias especialidades, o plano de cuidados de saúde ao utente é desenvolvido com base no diagnóstico e especialidade a que o mesmo pertence.

Depois do diagnóstico do utente já ser conhecido, é desenvolvido um plano de cuidados adequado ao utente segundo o seu diagnóstico, tornando-se mais fácil prestar cuidados individualizados, atendendo às características e necessidades do utente na fase pré e pós-operatória.

Na fase pré-operatória são feitos os ensinamentos em relação ao banho com clorexidina, lavando todas as partes do corpo, exceto a face. É realizado ainda, o ensino sobre o transporte do utente até ao Bloco Operatório (BO) na cama, sem qualquer adereço e/ou prótese, e sem roupa, indo apenas com o lençol da cama sobre o corpo.

Após a realização do banho, o utente é puncionado preferencialmente do lado esquerdo com um catéter venoso periférico de calibre 18G, segundo as normas do BO do CHUCB, e é colocada uma solução Polieletrolítica com ou sem Glucose, dependendo se o utente é ou não diabético, pelo facto do utente se encontrar em jejum.

Aquando a passagem do utente para o bloco operatório é realizada a identificação do utente, os seus antecedentes pessoais, a medicação que fez antes da ida ao BO, eventuais alergias e sinais vitais. Após a intervenção, no recobro é transmitida a informação relativa ao intraoperatório e os parâmetros vitais mais recentes do utente.

Quando o utente regressa ao serviço de internamento, é sempre observado o seu estado geral, o penso cirúrgico e eventuais alterações realizadas em meio intraoperatório, tal como inserção de drenos ou cateter vesical. São também avaliados os sinais vitais e a glicémia capilar

para realização do “Stop Infecção” que previne as infecções hospitalares e as bactérias resistentes, que são uma ameaça mundial e um grave problema de saúde pública, que colocam em causa a qualidade da prestação de cuidados, que aumentam o tempo de internamentos e provocam mais óbitos (SNS, 2018).

As alterações do estado de saúde do utente devem estar descritas no processo de enfermagem do mesmo, sendo necessário selecionar os respetivos focos e realizar a avaliação dos mesmos no SClínico®.

No momento da realização do penso cirúrgico, é criado um ambiente mais assético possível, para evitar contaminações e infecções da ferida cirúrgica. O objetivo consiste na limpeza e proteção da ferida, vigiando sempre a pele circundante, se apresenta rubor, líquido de drenagem, deiscência dos bordos, exsudado e/ou edema.

Este momento pode também ser considerado como uma atitude personalizada e de humanização dos cuidados de saúde, sendo o enfermeiro responsável por essa humanização, uma vez que estabelece e mantém a relação mais próxima e contínua com o utente.

Para além destes cuidados mais específicos, por me encontrar no serviço de Especialidades Cirúrgicas, também realizei cuidados de higiene ao utente acamado, monitorizei os sinais vitais dos utentes, executei tratamentos a feridas traumáticas e úlceras por pressão, preparei e administrei medicação consoante os horários de prescrição e segundo as necessidades do utente, entre outros cuidados base de enfermagem.

Tive também oportunidade de assistir e colaborar com os enfermeiros e urologistas do serviço na realização de cistoscopias que, é um exame que serve para auxiliar o médico no diagnóstico da patologia vesical e para realizar a extração de cateteres duplo J e/ou mono J, e são realizadas na sala de Cistoscopia do serviço. Este procedimento é feito em meio assético, lavagem previa da região genital e de seguida é administrado anestésico local (lubrificante) para diminuir a sensibilidade e facilitar a introdução do cistoscópio.

Constato, com a experiência do EC, que uma das maiores preocupações pós-operatórias dos utentes submetidos a intervenção cirúrgica urológica, é a permeabilidade dos cateteres e drenagens vesicais. A formação de coágulos, ou uma hemorragia ativa deve ser despistada através da monitorização das drenagens. O desconforto provocado pelas drenagens vesicais e por lavagens vesicais contínuas, é outra das preocupações principais nos utentes desta especialidade. O esclarecimento e ensino nestas situações poderão contribuir para a melhoria do conforto do utente.

A minha maior dificuldade sempre foi estabelecer uma comunicação com os utentes, mas neste EC sinto que consegui quebrar essa dificuldade mantendo a minha postura e sendo mais confiante. Consegui ultrapassar essa dificuldade e estabeleci uma boa comunicação com

os utentes desde a sua entrada até ao dia de alta, contribuindo para uma melhor vigilância e prestação de cuidados da minha parte para com o utente.

Segundo o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da Ordem dos Enfermeiros (2015a), os objetivos foram atingidos com as seguintes competências adquiridas:

- (20) Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de Enfermagem;
- (26) Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo;
- (46) Formula um plano de 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 clientes e/ou cuidadores;
- (52) Documenta o processo de cuidados;
- (53) Implementa os cuidados de Enfermagem planeados para atingir resultados esperados;
- (55) Documenta a implementação das intervenções;
- (61) Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.

OBJETIVO II:

Contribuir para a promoção de saúde dos utentes, reconhecendo o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem

A promoção da saúde pode constituir-se um importante recurso para o desenvolvimento, no entanto é fundamental investir no empoderamento pessoal e social, nas redes de proximidade, na corresponsabilização da sociedade e na afetação de recursos específicos (Carvalho, 2015).

Para atingir este objetivo foi importante estabelecer uma relação empática com o utente, revelando escuta ativa, interesse pela sua situação e disponibilidade, para que o utente se sentisse à vontade em colocar as suas dúvidas e apresentar as suas dificuldades. Sabendo quais as dificuldades que o utente sentia tornou-se mais fácil criar uma relação de ajuda e assistir no desenvolvimento de mecanismos de *coping*, através da prestação direta dos cuidados segundo o seu diagnóstico.

O *coping* é o processo em constante mudança de esforços cognitivos e comportamentais com o fim de gerir ocorrências externas e/ou internas específicas diminuindo os efeitos por si causados. Este só é realmente eficaz quando a pessoa domina efetivamente a situação, contudo, há situações que não podem ser totalmente controladas e nesses casos as estratégias de *coping* mais eficazes são aquelas que permitem à pessoa tolerar, minimizar ou aceitar que a situação não pode ser controlada (Tomás, 2019).

A grande maioria dos utentes não sabe criar estratégias de *coping* e acabam por piorar o seu estado de saúde. Neste aspeto tentei intervir e colaborar com o utente para que criasse as suas estratégias de alívio, realizando também os devidos ensinamentos sobre a patologia em causa e possíveis mecanismos de *coping*.

Sempre que realizava algum procedimento de enfermagem ou qualquer prestação de cuidados ao utente promovia um ambiente terapêutico seguro e a privacidade do mesmo, para otimizar as competências relacionais e humanas.

Para otimizar a qualidade e a continuidade dos cuidados foi importante manter uma vigilância contínua do estado de saúde do utente ao longo do internamento, facilitando não só a tomada de decisão nos cuidados de saúde aplicados, como também a realização da carta de alta da parte de enfermagem. Na realização da carta de alta deve-se ter em conta a causa de internamento, a evolução do internamento do utente e as prescrições e ensinamentos realizados para a pós-alta, para a promoção da continuidade dos cuidados após a alta clínica do utente.

O utente nunca deve sair do internamento com dúvidas à cerca do seu estado de saúde e da continuidade dos tratamentos. Apesar de se encontrar tudo descrito na carta de alta, que é entregue ao utente, é de grande importância explicar e realizar os devidos ensinamentos, aconselhamentos e instruções sobre a continuidade dos tratamentos após a alta, principalmente se o mesmo for para domicílio.

As competências adquiridas neste objetivo, segundo o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da Ordem dos Enfermeiros (2015a), foram:

- (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;
- (36) Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção e educação para a saúde;
- (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;
- (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;
- (42) Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades;
- (43) Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde;
- (48) Garante que o utente e/ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados;
- (63) Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.

OBJETIVO III:

Atuar com responsabilidade, assumindo os meus atos e respeitando os princípios éticos, morais e deontológicos

É explícito, que a decisão, não pode ser dissociada da prática baseada na evidência, como refere a Ordem dos Enfermeiros (2015b). No processo da tomada de decisão e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática.

Na nossa prática, as pessoas que são alvo da nossa atenção e do nosso agir, esperam de nós que sejamos justos e respeitadores. Seguir o código da profissão é o nosso objetivo, e de acordo com os nossos princípios morais, as ações que desenvolvemos terão sempre como principal finalidade o bem dos que precisam de nós.

Neste contexto, esperamos efetuar a nossa escolha no sentido de uma tomada de decisão correta, numa atitude digna, valiosa e moralmente mais elevada.

O nosso ponto central é sempre o utente que temos a nosso cuidado e é importante não nos deixarmos levar pelas práticas rotinizadas, mas sim treinar a nossa capacidade reflexiva aliada à investigação.

A tomada de decisão é indissociável do conceito de autonomia e da resolução de problemas, pois quando se decide o objetivo a deliberar face a uma situação mais ou menos problemática, com a máxima eficiência e eficácia para se atingir o resultado esperado ou próximo dele (Silva, 2014).

Para estabelecer e conseguir manter uma comunicação saudável e de confiança com o utente é importante não se fazerem juízos de valor. Tudo o que envolve o utente, desde as suas crenças, o seu tipo de alimentação, a sua sexualidade e entre outros, deve ser respeitada e compreendida por parte do enfermeiro. Acima de tudo deve haver respeito e empatia de ambas as partes para que não haja intercorrências e que os cuidados de saúde sejam executados com sucesso.

O conhecimento é um forte aliado na prática de enfermagem, pois não só sabemos o que executar segundo as necessidades do utente, como também conseguimos esclarecer as dúvidas que o mesmo apresenta à cerca do seu estado de saúde, bem como dos procedimentos aos quais é submetido. Saber desenvolver técnicas de trabalho baseados em conhecimentos teóricos válidos e comprovados cientificamente acaba por ser um aspeto muitíssimo importante para quem pratica o ato de cuidar do próximo.

Neste EC consegui desenvolver muito as minhas competências comunicacionais, estabelecendo uma relação com os utentes de forma a que fossem abordados vários assuntos de

forma saudável e sem fazer juízos de valor. Deste modo consegui acompanhar as dúvidas do utente, bem como as suas inseguranças, tentando sempre ajudá-lo, dentro das minhas limitações. Para não deduzir o utente em erro e para desenvolver procedimentos corretamente, procurei atualizar sempre os meus conhecimentos tendo por base artigos científicos válidos. Procurei também, prestar cuidados de enfermagem de forma autónoma, segura e correta, sempre sobre supervisão e sempre que surgia alguma dúvida procurava esclarecê-la junto da minha tutora ou de algum outro enfermeiro.

Concluída a apresentação deste objetivo, é possível afirmar que as competências adquiridas do Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da Ordem dos Enfermeiros (2015a) foram:

- (2) Reconhece os limites do seu papel e da sua competência;
- (5) Exerce de acordo com o Código Deontológico;
- (8) Respeita o direito dos utentes ao acesso à informação;
- (9) - Garante a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional;
- (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;
- (15) Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.

OBJETIVO IV:

Estabelecer um bom relacionamento de trabalho com os colegas e com toda a equipa multidisciplinar

Na saúde, o trabalho em equipa torna-se importante no atendimento às necessidades e aos problemas de saúde dos utentes e implica que os profissionais realizem um conjunto de tarefas ou missões concretas (Brás, 2015).

No serviço de Especialidades Cirúrgicas são executadas as atividades em interação, para que a melhoria da prestação de cuidados seja alcançada, tendo uma metodologia em equipa com o objetivo de reunir pequenas parcelas de conhecimentos e informações num todo, onde a assistência é minuciosamente guiada e supervisionada por um enfermeiro que é líder.

Existem diversos fatores relacionados ao quadro clínico do utente, sendo necessário ter uma visão integral do caso por meio da união na atuação de diversos profissionais da área da saúde (Pereira, 2010).

A presença de uma equipa multidisciplinar traz muitos benefícios por ter a atuação centrada para as necessidades dos utentes, a equipa é capaz de cuidar daqueles com diferentes

níveis de complexidade. Assim, após o diagnóstico é elaborado o plano de cuidados segundo as necessidades que eles apresentam, com o objetivo de atingir a recuperação e o bem-estar de quem está a ser tratado, independentemente da gravidade.

Segundo o protocolo de Cirurgia Segura Salva Vidas da DGS (2010), um componente central na comunicação em equipa é a capacidade dos seus membros alertarem para aspetos de segurança. Um ponto de partida essencial para a comunicação efetiva da equipa é uma discussão interdisciplinar para garantir o planeamento e a preparação adequados a cada caso cirúrgico.

Trabalham em conjunto e conseguem oferecer mais conforto ao utente, possibilitando também que ele fique menos tempo internado. Em geral, a equipa consegue elaborar um tratamento melhor e mais completo para quem está sob cuidados.

Nesta vertente, o trabalho em equipa segundo a OMS (2010), é baseado na cooperação entre os vários profissionais, contacto face a face, envolvimento numa ação coordenada, em que os membros contribuem de forma empenhada, competente e responsável para a realização de determinada atividade.

Para atingir este objetivo na totalidade optei por observar a metodologia e dinâmica do trabalho da equipa multidisciplinar para facilitar não só a minha integração na equipa, como também para que conseguisse efetuar as atividades e tarefas em tempo útil, e cooperar e auxiliar mutuamente no trabalho coletivo. Numa equipa que trabalha em interação, como a deste serviço, há sempre partilha de informação e conhecimento, bem como a aceitação da diversidade de ideias, sendo necessário ter capacidade de ouvir e valorizar as ideias dos colegas e de outros profissionais de saúde. Nem sempre se está de acordo com o que o colega executou, por exemplo, como tratamento de uma ferida traumática, e neste caso acaba por existir sempre partilha de ideias entre colegas, com o objetivo de se chegar a um consenso, para uma melhor prestação de cuidados de saúde aos utentes.

É de considerar assim, que este objetivo foi concretizado com êxito, e que as competências definidas pelo Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da Ordem dos Enfermeiros (2015a), que foram adquiridas são:

- (4) Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício;
- (33) Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades;
- (47) Consulta membros relevantes da equipa de cuidados 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;
- (75) Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração;

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

OBJETIVO V:

Promover o desenvolvimento das capacidades e competências, valorizando a investigação e a melhoria dos cuidados de saúde, tendo por base uma reflexão crítica do meu desempenho

A competência profissional compreende a aptidão para utilizar capacidades e experiência clínica, identificando-se rapidamente o estado de saúde, os diagnósticos do utente, os riscos e benefícios individuais de intervenções potenciais, os valores e expectativas pessoais.

O enfermeiro deve assumir o dever de se comprometer no desenvolvimento de um ambiente conducente a tomadas de decisão e práticas baseadas na evidência.

O rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem e a identificação de potenciais problemas do utente, contribuem para evitar e/ou minimizar os efeitos indesejáveis e a prevenir complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Na enfermagem é de grande importância consolidar e atualizar os conhecimentos teórico-práticos, isto porque estão em constante inovação e mudança. Sendo a enfermagem uma profissão na área da saúde, requer responsabilidade para se prestar cuidados de saúde com segurança e autonomia. Isto leva a que, investigar e recolher informação pertinente, consultando as plataformas informáticas com valor científico e atualizadas, seja necessário para que tudo seja mais claro aquando a prestação de cuidados ao utente, para evitar erros e sem comprometer a vida e a saúde de nenhum utente.

Deste modo, considero que os EC são a melhor oportunidade de atualizar, consolidar e aperfeiçoar esses conhecimentos, pois aplico-os na prática o que permite fazer uma autorreflexão daquilo que fiz bem ou menos bem, como tenho de melhorar e ultrapassar as minhas dificuldades.

É fundamental demonstrar interesse e iniciativa de aprendizagem, pois isso leva-me sempre a querer desenvolver mais e a adquirir novas experiências. Para além disso demonstra que realmente tenho capacidade emocional para executar as atividades e tarefas propostas. Ao longo do EC, esforcei-me para dar o meu melhor tanto a nível prático como teórico, aplicando todos os conhecimentos e ultrapassando os obstáculos que iam surgindo. Procurei, também, ter um papel ativo no meu processo de aprendizagem, revelando interesse, responsabilidade e iniciativa na prestação de cuidados. Reconheço que tenho ainda muito para aprender e evoluir, e que terei de estar em constante processo de aprendizagem para poder alcançar a excelência profissional.

Por fim, verifica-se que este objetivo foi atingido com sucesso, segundo as competências definidas pelo Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da Ordem dos Enfermeiros (2015a) que foram adquiridas foram as seguintes:

- (47) Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais;
- (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 dos cuidados;
- (91) Leva a efeito uma revisão regular das suas competências;
- (92) Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção e aperfeiçoamento das competências.

OBJETIVO VI:

Demonstrar capacidade de utilização esclarecida dos resultados da investigação e participação em projetos de investigação em enfermagem ou saúde

Reconhece-se a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes, para consolidar ao nível do saber e da ciência, demonstrando aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática, ou seja, dá um forte contributo para a sua visibilidade social.

Para a melhoria e atualização dos conhecimentos, a equipa de enfermagem planeia e desenvolve formações de acordo com as necessidades do serviço e dos profissionais. Tive oportunidade de assistir numa formação elaborada e apresentada pela minha enfermeira tutora com o tema “*Processo de Enfermagem no SClínico*”. Esta formação teve como público-alvo os restantes enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem do serviço. Os temas abordados foram desenvolvidos de acordo com as necessidades do serviço, respetivamente, para que os profissionais de saúde saibam como realizar o processo de enfermagem corretamente no SClínico®, segundo as necessidades de cada utente.

O SClínico® é uma ferramenta em constante mudança e atualização, para auxiliar e melhorar tanto o desempenho dos enfermeiros no que diz respeito aos registos clínicos, como também para o desenvolvimento de um processo clínico contínuo e mais completo, em relação ao estado de saúde do utente. O acesso à informação clínica variada do utente, a utilização e partilha dos dados com profissionais de saúde de diversas áreas e a sistematização dos mesmos, permitirá homogeneizar as práticas e a informação recolhida a nível nacional, tornando a atuação dos profissionais de saúde mais eficaz e eficiente. Isto faz com que

desempenhem melhor o seu papel na equipa multidisciplinar, possibilitando, desta forma, um melhor apoio, assistência e acompanhamento ao utente (Ministério da Saúde, 2019).

É de grande importância saber quais os focos base a serem selecionados no respetivo serviço, como também os restantes focos associados ao internamento do utente em questão, que servirão para a identificação dos respetivos diagnósticos de enfermagem. A cada diagnóstico são atribuídas, posteriormente, as respetivas intervenções de diagnóstico associadas ao foco selecionado e ao diagnóstico pretendido, às quais são atribuídos horários específicos.

No serviço de Especialidades Cirúrgicas alguns dos focos base que são imediatamente selecionados após a entrada do utente no serviço, como o foco Dor, Conhecimento, Queda, Úlcera de Pressão e Ingestão Nutricional.

O facto dos processos de enfermagem de todos os utentes internados se encontrarem completos e atualizados, após qualquer alteração do estado de saúde do utente, facilita os registos clínicos e a realização da carta de alta de enfermagem do mesmo.

Neste EC trabalhei imenso com o SClínico®, podendo, autonomamente com supervisão, realizar a avaliação inicial do utente, fazer a seleção dos focos e respetivos diagnósticos, associando aos mesmos as intervenções de diagnóstico mais adequadas, bem como a carta de alta de enfermagem. A formação veio enriquecer os meus conhecimentos relativamente ao tema, pois o SClínico® é uma ferramenta muito utilizada, tanto em meio hospitalar como em meio de CSP, e é de grande importância registar tudo o que é realizado ao utente para que haja uma avaliação contínua do seu estado de saúde e facilitar a atualização do plano de cuidados de saúde do mesmo.

Quanto a este objetivo, posso afirmar que adquiri e desenvolvi as seguintes competências do Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da Ordem dos Enfermeiros (2015a):

- (21) Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências;
- (22) Inicia e participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na Enfermagem e nos cuidados de saúde;
- (35) Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação;
- (86) Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade dos cuidados;
- (90) Participa em programas de melhoria contínua da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade;
- (93) Atua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua;
- (96) Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.

PARTE 3 - SEMINÁRIOS

Durante o EC foram realizados seminários, de caráter obrigatório, com o intuito de esclarecer dúvidas e abordar temas relevantes para o futuro dos estudantes de enfermagem em fase final de licenciatura. Os seminários foram realizados por parte de docentes da ESS da Guarda, às terças e quintas-feiras das 18h às 20h, durante quatro semanas.

Ao longo destes seminários foram abordados vários temas, tendo o programa sido o seguinte:

- 1-** Elaboração do Curriculum Vitae;
- 2-** Estatuto Disciplinar da Administração Pública;
- 3-** Implicações legais na Prática Profissional de Enfermagem no setor Público/Empresarial/Cooperativo e Privado;
- 4-** Seminário Medicina Forense - Abordagem Multidisciplinar;
- 5-** Organizações Profissionais:
 - Ordem dos Enfermeiros - Presidente do Conselho de Jurisdição da OE da Secção Regional do Centro;
 - Organizações Sindicais Mesa Redonda;
 - DRC SINDEPOR;
 - Sindicato Independente dos Profissionais de Enfermagem.
- 6-** As Novas Dimensões do Cuidar em Enfermagem;
- 7-** Hospitalização Domiciliária;
- 8-** Percurso Profissional às Novas Orientações da DGS sobre o Programa de Saúde Mental.

Cada tema abordado tem a sua importância, sem exceções, sendo que uns tiveram maior impacto por se tratarem de temas com grande importância para os tempos que nos avizinham enquanto futuros profissionais de saúde.

O *Curriculum Vitae* é um documento que relata a trajetória educacional e as experiências profissionais da pessoa, como forma de demonstrar as suas habilidades e competências. Tem como objetivo fornecer o perfil da pessoa para um empregador, podendo também ser usado como instrumento de apoio em situações académicas. A entrega do currículo é apenas a primeira fase da admissão em uma instituição, as fases posteriores compreendem em entrevista e prova de conhecimentos.

A elaboração do *Curriculum Vitae* foi abordada de forma detalhada, pois foi um dos temas mais importantes, uma vez que me será útil neste início de carreira. Há aspetos a ter em atenção na elaboração do currículo como, por exemplo, ter cuidado com a pontuação, espaços, margens e intervalos; utilizar frases curtas e concisas, evitar parágrafos com mais de cinco linhas e escolher termos simples em vez de uma redação complexa, que dificulte a leitura e apreensão do conteúdo; e ter muita atenção com a ortografia e gramática.

A OE é a associação pública profissional que congrega todos os profissionais de Enfermagem que trabalham em Portugal. Define regras relativas à atividade profissional e respetivo controlo da sua observância, e tem como preocupação a regulamentação e disciplina da profissão de Enfermagem, enquanto outras organizações, como os sindicatos, se preocupam com os assuntos laborais, decorrentes no contrato de trabalho.

Independentemente do contexto jurídico-institucional onde o enfermeiro desenvolve a sua atividade, no setor público, privado ou em regime liberal, o seu exercício profissional carece de ser regulamentado, em ordem a garantir que o mesmo se desenvolva não só na salvaguarda dos direitos e normas deontológicas específicos da enfermagem como também por forma a proporcionar aos cidadãos deles cariciados de enfermagem de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Como estudante do último ano de licenciatura destaco a importância da realização destes seminários, para me auxiliar num futuro próximo. Todos os temas abordados foram apresentados de forma detalhada e esclarecedora, com o contributo de palestrantes externos com vários anos de experiência na área.

É importante referir que o único ponto negativo dos seminários se encontrou no momento de realização dos mesmos, isto é, em tempo de EC, tendo na maioria das vezes de me articular entre EC e seminário, tendo sido menos produtivo para mim, uma vez que os horários não coincidiam com os meus dias de descanso.

PARTE 4 – ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

Após este EC em CSP e em CSH posso concluir que ambos foram uma experiência gratificante, que me levou a aprender e aperfeiçoar tanto na teoria como na prática.

Apesar de ser visível o cansaço em cada enfermeiro, pelo facto de lhes ser exigido que façam horas extra nesta fase pandémica pela qual estamos a passar, estiveram sempre disponíveis para me auxiliar. É visível também, em ambos os campos de EC a falta de material, na maioria das vezes por rutura de *stock*.

Neste contexto de pandemia, infelizmente, no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil eram apenas realizadas consultas mais específicas, como a realização do rastreio ao recém-nascido previsto no Programa Nacional do Rastreio Neonatal (“teste do pezinho”), as consultas de vigilância de saúde infantil até aos 2 anos de idade e o cumprimento do PNV, uma vez que era impossível de conseguir realizar as consultas de vigilância todas segundo as normas devido à existência do horário específico para o CVC.

No CVC também tive oportunidade de desenvolver práticas de enfermagem, administrando vacinas e fazendo ensinamentos em relação às mesmas. Desenvolvi a minha capacidade de comunicação com os utentes tendo em conta a sua faixa etária e o seu grau de conhecimentos.

Inerente ao próprio processo de aprendizagem deparei-me com algumas dificuldades e constrangimentos que considero ter ultrapassado, não só através de todo o meu investimento profissional como também com a colaboração das enfermeiras orientadoras e todos os restantes elementos das equipas multidisciplinares, da UCSP e do CHUCB. Os constrangimentos e dificuldades mais relevantes foram, em CSP as consultas de Saúde Infantil/Juvenil e Saúde Materna, que exigiram de mim um empenho acrescido, pois são áreas mais específicas, de cuidados diferenciados e diversificados com um vasto campo de educação para a saúde.

Em CSH a exigência acrescida sobre o conhecimento sobre as diferentes especialidades inseridas no serviço, para a realização do plano de cuidados adequado a cada utente e ao seu diagnóstico.

Procurei superar os constrangimentos com pesquisas e procurando informação fidedigna e em CSP realizei a preparação prévia das consultas alicerçadas nas orientações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e Programa Nacional de Gravidez de Baixo Risco, com pesquisa sobre as diferentes áreas específicas e validando com as enfermeiras as dúvidas que surgiam.

Para terminar e como futura profissional de saúde considero que adquiri novos conhecimentos e melhorei o meu desempenho na prestação de cuidados aos utentes segundo a sua necessidade de forma individualizada, holística e congruente para promover um ambiente seguro promovendo a saúde e prevenindo a doença.

CONCLUSÃO

Após o término da elaboração deste relatório, foi possível perceber o quanto este contribuiu para assimilar a aprendizagem e conhecimentos adquiridos no decorrer dos EC para que possa existir uma evolução em situações futuras. É de considerar assim, que foi atingida autonomia, desenvolvendo um conjunto de competências fundamentais, tendo ficado gradualmente independente na prestação de cuidados, no planeamento dos mesmos, na reflexão e alteração dos cuidados.

Assim, com o decorrer destes EC, menciona-se que foi desenvolvida uma prática profissional segura e responsável, sendo que é de extrema importância a cooperação entre a equipa para que os direitos do utentes sejam assegurados, assim como a melhoria do seu estado de saúde e dos cuidados que lhe são prestados.

Os EC foram muito proveitosos e desafiantes visto ter prestado cuidados, tanto em CSP aos utentes inseridos na população de Castro Daire, uma população envelhecida e com pouca ou nenhuma literacia em saúde, como em CSH a utentes intervencionados cirurgicamente.

Deste modo foram desenvolvidas competências técnicas e relacionais, segurança na prestação de cuidados e na realização de ensinamentos, de modo a conseguir transmitir confiança ao utente. O contacto direto com o utente nas diferentes faixas etárias e nos diversos programas/especialidades favoreceu o desenvolvimento pessoal e profissional, na medida em que foram adquiridos diversos conhecimentos, que permitiram olhar para as situações com uma nova perspetiva crítica, analisando cada momento como único.

Considera-se, então, que os objetivos propostos, previamente referidos na introdução, foram alcançados com sucesso. Encontram-se discriminadas todas as atividades, por mim realizadas, de forma clara, facilitando uma reflexão crítica sobre o que foram os EC. Foi exequível organizar todo o trabalho, gerindo eficazmente o tempo e planeando as atividades a executar.

O que me foi possível verificar ao longo dos EC é que um procedimento bem feito é crucial para a imagem que queremos passar enquanto profissionais de saúde, mas a empatia e a comunicação que fazemos com os utentes é essencial para sermos vistos como excelentes enfermeiros.

Todas as críticas que foram feitas pelas enfermeiras tutoras foram aceites, numa perspetiva construtiva e de aprendizagem. Como futura profissional, houve sempre uma tentativa de empenho ao máximo para que toda esta experiência fosse o mais proveitosa possível, beneficiando de todas as oportunidades que surgiram e procurando as mesmas, o que

contribuiu para idealizar uma visão própria da realidade do que é enfermagem de CSP e de CSH, e perceber que ambos têm imenso trabalho e um papel fundamental para a comunidade.

Por fim, é essencial referir que esta passagem pela UCSP de Castro Daire e pelo serviço de Especialidades Cirúrgicas do CHUCB foram experiências muito gratificantes e enriquecedoras, visto esta última, ser uma área de grande interesse pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, V. & Mesquita, E. (2016). *A introdução do relatório de estágio supervisionado: uma análise retórica*. Domínios de Linguagem.
- Associação dos Amigos de Urologia e Transplantação Renal (2019). *Urologia ao centro – A medicina geral e familiar no centro dos cuidados de saúde*. Fundação Bissaya Barreto. Coimbra.
- Brás, M. (2015). *A identidade das boas práticas, formação e trabalho em equipa: segurança do utente*. Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria. Porto.
- Carvalho, N. (2015). *Promoção da saúde: da investigação à prática*. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Lisboa.
- CHUCB (2021). *Serviços clínicos*. Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira. Covilhã. Acedido a 10 de junho de 2021: <http://www.chcbeira.min-saude.pt/>.
- Cunha, C., Macedo, A. & Vieira, I. (2017). Perceções dos estudantes de enfermagem sobre os processos formativos em contexto de ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(12),65-73.[consultado a 2 de junho de 2021]. ISSN: 0874-0283. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388250148009>
- DGS (2010). *Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS – Cirurgia Segura Salva Vidas*. Direção-Geral de Saúde.
- Escola Superior de Saúde (2008). *Guia de elaboração de trabalhos escritos*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda. Guarda.
- Escola Superior de Saúde (2020). *Guia de funcionamento da unidade curricular “Ensino Clínico – Integração à Vida Profissional”*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda. Guarda.
- Melo, R., Queirós, P., Tanaka, L., Costa, P., Bogalho, C., & Oliveira, P. (2017). Dificuldades dos estudantes do curso de licenciatura de enfermagem no ensino clínico: percepção das principais causas. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(15),55-64.[consultado a 26 de maio de 2021]. ISSN: 0874-0283. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17059>

- Ministério da Saúde (2007). *Portaria n.º 1368/2007*. Diário da República I (1368/2007), 7655 a 7659.
- Ministério da Saúde (2017a). *Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários*. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE. Lisboa. Acedido a 28 de abril de 2021: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20022/2180307/Pages/default.aspx>
- Ministério da Saúde (2017b). *Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários – IDG UF visão dos indicadores*. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE. Lisboa. Acedido a 12 de maio de 2021: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20022/2180307/Pages/default.aspx>
- Ministério da Saúde (2019). *Sclínico – manual de consulta rápida*. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE. Lisboa.
- OMS (2010). *Topic 4: Being an effective team player*. Doc 1.5, World Health Organization. www.who.int.
- OMS (2021). *Diabetes*. Acedido a 14 de maio de 2021: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento conceptual enunciados descritos*. Ordem dos Enfermeiros. www.ordemdosenfermeiros.pt.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. www.ordemdosenfermeiros.pt.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Diário da República 10087-10090.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Regulamento para o exercício profissional dos enfermeiros (REPE) e estatuto da ordem dos enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. www.ordemdosenfermeiros.pt.
- Pereira, M. C. (2010). *Dinâmicas e perceções sobre trabalho de equipa: Um estudo em ambiente cirúrgico*. Universidade da Beira Interior - Faculdade de Ciências da Saúde. Covilhã.

- Pivoto, F., Lunardi, W., Lunardi, V., Silva, P., & Busanello, J. (2017). Production of nurse's subjectivity: relationship with the implementation of the nursing process. *Revista de Enfermagem UFPE*. 11(supl.4):1650-1657.
- Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Saúde (2012). *Portaria n.º 394-A/2012*. Diário da República I (394-A/2012), 6832-(2) a 6832-(5).
- Santos, L. M., Oliveira, M. D., Souza, R. B., & Reis, M. G. (2018). Gestão escolar: considerações sobre a cultura e o clima de uma realidade escolar no município de naviraí-ms. *Encontro Internacional De Gestão, Desenvolvimento E Inovação (EIGEDIN)*, 2(1). Recuperado de: <https://periodicos.ufms.br/index.php/EIGEDIN/article/view/7123>
- Silva, R. (2014). *Fatores que contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica*. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- SNS (2018). *Stop infeção hospitalar!*. Sistema Nacional de Saúde. Acedido a 19 de junho de 2021: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/05/08/stop-infecao-hospitalar-3/>.
- Tomás, A. (2019). *O coping nos militares do grupo de intervenção de proteção e socorro da guarda nacional republicana*. Mestrado Integrado em Ciências Militares, na especialidade de Segurança. Relatório Científico Final do Trabalho de Investigação Aplicada. Lisboa.
- USF-AN (2016). *Unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde*. Unidades de Saúde Familiar – Associação Nacional. Porto. Acedido a 27 de junho de 2021: <https://www.usf-an.pt/>

APÊNDICES

APÊNDICE I – CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva – Dirigido a mulheres dos 15 aos 54 anos de idade e homens sem limite de idade, que tem como objetivo o controlo da fertilidade, fomentar a sexualidade responsável e relação saudável dos casais e planeamento da gravidez.

Programa Nacional para a Vigilância de Gravidez de Baixo Risco – Para acompanhamento da mulher grávida, realização da revisão de puerpério, com o objetivo final do nascimento de uma criança saudável.

Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Diabetes – Para vigilância e seguimento de utentes com diabetes e, prevenção e reabilitação de complicações da diabetes.

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil – Para vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (1ª consulta aos 28 dias, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 meses, 3, 4, 3 5 anos, 6-7anos, 8 e 10 anos, 12-13 anos e 15-18 anos). A vigilância nestes grupos etários permite identificar, tendencialmente, precocemente as crianças e jovens com doenças crónicas e/ou deficiências, avaliar as suas necessidades em saúde e estabelecer um programa de intervenção personalizado.

Consulta de Medicina Geral e Familiar – Uma vez que estão definidos programas próprios de vigilância e rastreio adequados aos grupos vulneráveis, bem como programas de vigilância de doenças crónicas como a Diabetes e Hipertensão Arterial, a UCSP entendeu que não se justificava delinear um programa próprio para os adultos e os idosos. Cada pessoa com mais de 18 anos, que não se inclua num dos outros programas, terá um acompanhamento individualizado definido pelo seu Médico de Família. O seu atendimento será feito no horário definido genericamente como medicina geral e familiar. Essencial para a prevenção e acompanhamento de doenças subagudas ou crónicas, elaboração de relatórios clínicos, certificados de incapacidade temporária, etc.

Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares – Programa que visa prevenir as complicações decorrentes deste fator de risco que é a hipertensão (HTA), tão prevalente no nosso país. Nesta consulta tem-se a oportunidade de intensificar as estratégias preventivas, corrigir fatores de risco reversíveis e fornecer aconselhamento sobre gestão da doença.

Programa Nacional para as Doenças Oncológicas – Neste programa dá-se prioridade à prevenção primária (como diminuição à exposição ao tabagismo) e prevenção secundária, rastreio (colo do útero e cólon e reto) e deteção precoce de alterações potencialmente malignas.

Programa Nacional de Vacinação - Convocação ou aplicação oportunista de vacinas de acordo com o PNV, normas da DGS e mais recentemente, vacinação contra a Covid-19.

Cuidados em Situação de Doença Aguda - O atendimento das situações de doença aguda é assegurado durante o período de funcionamento da Unidade, preferencialmente pelo Médico de Família e/ou Enfermeiro de Família. Na sua ausência ou impedimento, o atendimento será assegurado por um Médico designado por uma escala de serviço de intersubstituição, previamente elaborada e exclusivamente do conhecimento interno da equipa.

Cuidados Domiciliários - Destinado à prestação de cuidados médicos e de enfermagem a utentes em situação de dependência, crónica ou aguda, idosos acima dos 75 anos, recém-nascidos e puérperas residentes na área de influência da UCSP.

Consulta de Hipocoagulados - Permite a monitorização do INR a utentes que fazem terapêutica anticoagulante oral segundo protocolo estabelecido pelo SNS (TAONET®), prevenindo, potencialmente, deslocações regulares e permanências longas no hospital.

APÊNDICE II – PANFLETO SOBRE DIABETES

CONTROLO DE DIABETES

A Diabetes não tem cura, mas pode e deve ser controlada!

Na fase mais precoce da doença, a Diabetes pode ser controlada com:

- Caminhadas, natação, bicicleta, corrida...
- Exercício pelo menos 30 minutos seguidos, 5 vezes por semana;
- Não falte às consultas de diabetes.
- Cuide dos seus picos de hiperglicemia ou hipoglicemia e relacione com factos do período das alterações (alimentos ingeridos, estresse, jejum, etc).
- Vigie os pés e use calçado confortável.
- Pare de fumar e de beber.
- Deve cumprir um plano alimentar regrado. **Não passar mais de 3 horas sem comer**, cumprindo o horário e o número de refeições!
- É fundamental **não** consumir açúcar.

Há 3 aspetos a ter em conta:



O QUE É A DIABETES?

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica em que o açúcar que circula no sangue (glicose) está presente em níveis muito altos.

A glicose é necessária para fornecer energia às células e entra nelas por ação da Insulina, que é uma hormona produzida no pâncreas.



Diabetes Mellitus tipo 1: quando o pâncreas não consegue produzir insulina.

Diabetes Mellitus tipo 2: o pâncreas produz insulina mas em quantidades insuficientes ou a insulina existente não atua bem (há uma resistência à insulina).

A Diabetes Tipo 2 é a mais frequente.

DIAGNÓSTICO DE DIABETES

Existem diversos testes que podem mostrar se uma pessoa é diabética. O mais comum é o teste de glicemia feito em jejum de 8 a 12 horas, que verifica o nível de glicose presente no sangue.

Pessoas não diabéticas apresentam glicemia em jejum entre 70mg/dl e 99mg/dl.

Nos diabéticos, esse resultado é igual ou superior a 126mg/dl. Resultados entre 100mg/dl e 125mg/dl são considerados como sinal de pré-diabetes.



EXEMPLO DE PLANO ALIMENTAR

Refeição	Constituição
Pequeno-almoço	1 chávena de leite magro / chá / cevada, sem açúcar e 1 pão de cereais / de mistura / integral, com manteiga ou 1 fatia de queijo ou fiambre (preferir o fiambre de aves).
Lanche ao meio da manhã	½ pão com 1 fatia fina de queijo magro e 1 peça de fruta média ou 2 bolachas secas e 1 peça de fruta média.
Almoço	Começar sempre com sopa de legumes sem batata. Prato (carne, preferencialmente branca, equivalente à palma da mão, com 2 colheres de sopa de arroz ou massa, ou 2 batatas pequenas, e salada ou legumes cozidos) e 1 fruta média para sobremesa.
Lanche ao meio da tarde	1 iogurte magro aromas / natural sem açúcar e 1 pão de mistura / integral / de cereais ou 1 chávena de chá / cevada / leite magro e 1 pão com 1 fatia fina de queijo magro ou fiambre (preferir o fiambre de aves).
Jantar	Idêntico ao almoço (sopa + prato + sobremesa) intercalando entre peixe/carne, evitando as carnes vermelhas.
Ceia	(só se passarem 3 horas entre o jantar e a hora de dormir) 1 iogurte magro aromas e 2 bolachas secas ou ½ chávena de leite magro / chá / cevada, sem açúcar, e 2 tostas de trigo simples.



Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Castro Daire
Av. Dr. Francisco Sá Carneiro 17
3600-180 Castro Daire
Tel. 232 319 180 | E-mail: ucs.cdtaire@arscentro.min-saude.pt

Elaborado por:

Tamara Gomes Esteves, Estudante de Enfermagem ESSG
Sob orientação da Enf. I
Abril, 2021
Data da próxima revisão: abril 2023



Diabetes



FATORES DE RISCO PARA A DIABETES

Idade;

Eros alimentares: consumo excessivo de açúcar e hidratos de carbono e baixa ingestão de legumes;

Pouco exercício físico;

Excesso de peso e obesidade;

Fatores genéticos;

Familiares com Diabetes;

Ter tido Diabetes durante a gravidez.



COMPLICAÇÕES DA DIABETES

A Diabetes, se não for rapidamente diagnosticada ou não estiver controlada pode conduzir a graves alterações:

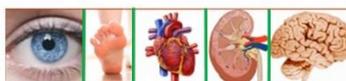
-> Cegueira (Retinopatia Diabética)

-> Feridas e úlceras nos pés (Pé Diabético)

-> Disfunção do rim (Nefropatia Diabética)

-> Doenças nos vasos do coração e do cérebro (podendo provocar enfartes e AVC)

-> Disfunção sexual (disfunção eréctil).



SINTOMAS DA DIABETES

Diabetes tipo 1

- Poliúria (urinar muito e em grandes quantidades);
- Polidipsia (muita sede);
- Polifagia (muita fome);
- Emagrecimento rápido;
- Dores musculares fortes;
- Dores de cabeça;
- Vômitos e náuseas.



Diabetes tipo 2

- Poliúria (urinar muito e em grandes quantidades);
- Polidipsia (muita sede);
- Polifagia (muita fome);
- Cansaço;
- Prurido (comichão no corpo);
- Prurido vulvar (mulher);
- Visão Turva.



Mas, geralmente, a Diabetes é silenciosa e não provoca sintomas!!

APÊNDICE III – PANFLETO SOBRE INSULINOTERAPIA

O que deve fazer:

- Guarde no frigorífico a insulina que não está a usar (não no congelador).
- A ampola ou caneta que está a usar deve ser conservada à temperatura ambiente no máximo 1 mês (não expor ao sol).
- A insulina de lenta deve injetar-se 30-45 minutos antes da refeição e a rápida 15-30 minutos antes.
- Depois de injetar a insulina deve comer a refeição correspondente. Nunca a salte, pois poderá causar baixas de açúcar importantes (hipoglicémias).
- Quando tem febre, vómitos ou diarreia faça mais controlos de glicémia no dedo e não deixe de administrar insulina nem reduza a dose ainda que coma menos. Beba muita água. Tome sumos, arroz aguado, leite com adoçante, etc., cada 3-4 horas.



CUIDADOS A TER

- Não precisa de desinfetar a pele com álcool. O banho diário é o suficiente, não devendo coincidir com a administração da insulina.
- Deve lavar as mãos antes de aplicar a insulina.



Quando deve consultar o médico de família?

- ⇒ Se apresentar hipoglicémias ou, pelo contrário, os controlos de glicose forem repetidamente elevados.
- ⇒ Se os lugares das injeções apresentarem cicatrizes, zonas duras ou dolorosas.
- ⇒ Se vai iniciar um programa de exercício físico ou mudar de trabalho, para adaptar as doses de insulina.



Não se esqueça de comer depois de injetar a insulina, pois pode ter uma baixa de açúcar (hipoglicémia).

A administração de insulina exige que faça uma vigilância regular das suas glicémias e não dispensa uma alimentação equilibrada e prática de exercício regular para melhor tratamento da sua Diabetes.



Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Castro Daire

Av. Dr. Francisco Sá Carneiro 17

3600-180 Castro Daire

Tel. 232 319 180 | E-mail: ucsp.cdair@arscentro.min-saude.pt

Elaborado por:

Tamara Gomes Esteves, Estudante de Enfermagem ESSG

Sob orientação da Enf. I _____ s

Abril, 2021

Data da próxima revisão: abril 2023



Insulinoterapia



EM QUE CONSISTE?

A insulina é uma hormona fabricada nas células do pâncreas, usada no tratamento da diabetes:

Diabetes tipo 1: há destruição massiva dessas células.

Diabetes tipo 2: apesar do pâncreas ser capaz de produzir insulina, o organismo torna-se resistente à sua ação, forçando-o a trabalhar cada vez mais até que a insulina deixa de ser suficiente.

A insulinoterapia consiste na administração de insulina por via subcutânea (por baixo da pele).

Fazer insulina não significa que a doença é mais grave.

QUE INSULINAS EXISTEM?

A escolha do tipo de insulina está relacionada com as necessidades de cada pessoa. Existem:

- **Insulinas "lentas" ou basais:** administradas 1 ou 2 vezes por dia, em jejum e/ou ao jantar/deitar. Podem ter aparência translúcida ou leitosa;
- **Insulinas "rápidas" ou prandiais:** administradas antes das principais refeições. Têm sempre aparência translúcida;
- **Insulinas de "mistura" ou bifásicas:** na mesma caneta estão misturadas insulina "rápida" e "lenta". São administradas antes das refeições e têm sempre aparência leitosa.

Nota: Se usa mais do que um tipo de insulina é muito importante saber qual é qual para evitar erros que podem ser perigosos! Deve pelo menos memorizar o nome e a aparência da caneta e cartucho. Colocar uma etiqueta pode ajudar.

TIPOS DE INSULINA

Há 2 tipos de canetas de insulina:

Pré-cheias: a embalagem adquirida na farmácia tem várias canetas já carregadas com insulina. Depois de serem utilizadas, são deitadas fora.

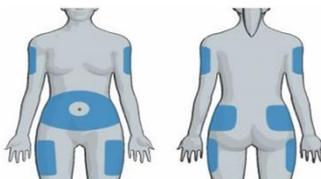
Recarregáveis: a caneta vem à parte e a embalagem que adquire na farmácia traz ampolas de insulina para colocar dentro da caneta.



LOCAIS DE INJEÇÃO

Abdômen, coxas, braços e nádegas.

As injeções de **insulinas rápidas** durante o dia devem ser aplicadas no abdômen (absorção mais rápida). As restantes insulinas podem ser aplicadas em qualquer local alternativo.



Rode o local de injeção dentro de cada zona, de modo a que o local da picada tenha um intervalo de 2 dedos em relação à picada anterior.

TÉCNICA DE INJEÇÃO

- Confirme o tipo de insulina que vai usar;
- Limpe o lugar da injeção com água e sabão. Se utiliza álcool deixe-o secar;
- Se a insulina está turva, agite-a suavemente;
- Carregue as unidades de insulina que deve injetar;
- Pegue numa prega de pele e espete a agulha de forma reta (perpendicular) à pele. Se não puder pegar, por exemplo, estique a pele e espete num ângulo inclinado de 45º;
- Aperte o êmbolo até ao final e mantenha a agulha espetada durante 10 segundos. Retire a agulha e pressione com um algodão. Não importa que saia sangue;
- Utilize sempre uma agulha nova após cada injeção.



APÊNDICE IV – PROCEDIMENTO DE REALIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS DE ANTIGÉNIO



Procedimento

Realização de Testes Rápidos de Antígeno (TRAg) no ACeS Dão Lafões
(Nasofaríngeo)

1. Proceder à organização do material no tabuleiro:

- ⇒ Dispositivo de teste com dessecante em bolso individual;
- ⇒ Solução tampão (Reagente);
- ⇒ Tubo de extração com tampa de bico de gotejamento e respetiva tampa;
- ⇒ Zaragatoa;
- ⇒ Suporte dos tubos;
- ⇒ Cronómetro;
- ⇒ Contedor de Resíduos de Risco Biológico;
- ⇒ Compressas;
- ⇒ Solução de hipoclorito de sódio a 1%;
- ⇒ Álcool a 70%.



2. Segurar o frasco de tampão verticalmente e encher o tubo de extração com fluido de tampão até que ele flua até à linha de enchimento do tubo de extração (300µL = 6 gotas).



3. Colocar o tubo de extração no suporte de tubos.



4. Em posição sentado, solicitar ao utente que destape as narinas, mantendo a boca tapada com a máscara.

- Inclinar a cabeça do utente para trás.
- Inserir a zaragatoa numa das narinas até sentir uma ligeira resistência.
- Rodar suavemente a cotonete, 3-4 vezes.
- Deixar a zaragatoa por alguns segundos, para absorção das secreções.
- Remover a zaragatoa lentamente, com movimento de rotação.
- Repetir o processo na outra narina, com a mesma zaragatoa.



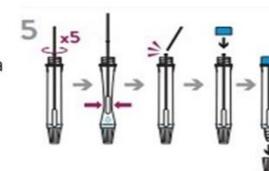
5. Inserir a zaragatoa com a amostra de esfregaço no tubo de extração com a solução tampão.

-Girar a ponta da zaragatoa no fluido tampão dentro do tubo de extração, empurrando na parede do tubo de extração, pelo menos 5 vezes e, em seguida, apertar o tubo de extração apertando a ponta da cotonete.

-Quebrar a zaragatoa e fechar a tampa do tubo de extração.

-Desinfetar externamente o tubo de extração, primeiramente com uma compressa com solução de hipoclorito de sódio a 1% e de seguida com uma compressa embebida em álcool a 70%, colocando em seguida sobre uma compressa limpa e seca.

-Remover o primeiro par de luvas.

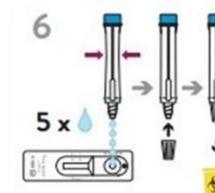


6. Abrir a tampa do bico de gotejamento na parte inferior do tubo de extração.

-Dispensar 5 gotas das amostras extraídas verticalmente na cavidade da amostra (S) do dispositivo.

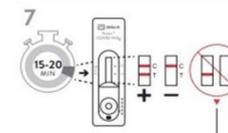
-Não manusear ou mover o dispositivo até que o teste esteja concluído e pronto para leitura.

-Fechar o bico e descartar no recipiente de risco biológico - Grupo III.



7. Iniciar o cronómetro a 15 minutos.

-Não ler os resultados após 20 minutos.



8. Descartar o dispositivo usado no recipiente de risco biológico - Grupo III.



INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DOS TESTES:

POSITIVO—na presença da linha de teste (T) e da linha de controle (C) dentro da janela de resultados. Independentemente de qual linha apareça primeiro.

NEGATIVO—na presença da linha de controle (C) e nenhuma linha de teste (T) dentro da janela de resultado.

INVÁLIDO—quando a linha de controle (C) não estiver visível na janela de resultados após o teste.

APÊNDICE V – PROCEDIMENTO – ATUAÇÃO EM CASO DE QUEBRA DE REDE DE FRIO



Procedimento – Atuação em caso de Quebra de Rede de Frio – Vacinas

Elaboração	Enfermeira M R ; Aluna Enfermagem Tamara Esteves	Data: abril 2021
Revisão	Conselho Técnico	Data:
Aprovação	Conselho Geral	Data:
Validação	Coordenadora	Data:

1 – Objetivos

- Definir as regras para atuação em caso de quebra de rede de frio especificamente no caso das vacinas do Plano Nacional de Vacinação (PNV) e vacinas Covid-19 que devem ser armazenadas a temperatura controlada (2º a 8ºC).
- Promover a segurança e eficácia no uso da rede de frio, assegurando a prestação de cuidados aos utentes com eficácia por parte de todos os profissionais envolvidos no processo.

2 – Âmbito

Este procedimento aplica-se quando existe quebra da rede de frio na UCSP e/ou Centro Vacinação Covid-19 (CVC) de Castro Daire, bem como aos profissionais envolvidos neste processo.

3 – Enquadramento

Rede de Frio- é um sistema que integra pessoas, equipamentos e procedimentos, que contribui para assegurar que as vacinas mantenham as condições adequadas de qualidade, segurança e eficácia, ao longo das diferentes etapas, desde o circuito de fabrico, armazenamento, distribuição até à sua administração.

Frigorífico- é o elemento da rede de frio mais eficaz para armazenar as vacinas, quando não se pretende conservar grandes quantidades, tal como se verifica nos ACeS e respetivos locais de vacinação. Deverão ser apropriados ao armazenamento de vacinas, devendo possuir registo gráfico do valor da temperatura (termógrafo).

Mala Térmica- é um contentor fabricado em material isolante que, quando revestido interiormente por acumuladores térmicos, mantém as vacinas e os diluentes à temperatura adequada. É utilizada para o transporte em veículo fechado ou em mão, de pequenas quantidades de vacinas e poderá também servir para substituir o frigorífico em alturas de limpeza ou avaria, ou ainda para armazenamento temporário, durante as sessões de vacinação.

Procedimento – Atuação em caso de Quebra de Rede de Frio – Vacinas

Dependendo do modelo, a sua vida de frio (sem ser aberta) poderá atingir as 48 horas, à temperatura ambiente (Manual Rede Frio, ARSLVT, 2010).

Todos os equipamentos incluídos na rede de frio devem ser qualificados e o transporte deve ser validado, tendo em conta os piores cenários (temperaturas muito elevadas ou muito baixas, durante períodos muito longos). Deverá ainda, transversalmente, ser dado cumprimento ao disposto nas Boas Práticas de Distribuição de Medicamentos para Uso Humano publicadas pelo INFARMED, I.P na Deliberação N.º 047/2015 de 19 de março.

Este procedimento enquadra-se no âmbito da resposta aquando da quebra da rede de frio, de acordo com as Normas e Orientações da Direção Geral de Saúde.

4 – Responsabilidades

Coordenadores;

Enfermeiro responsável pelo equipamento/vacinação, devendo existir um substituto;

Equipa de Enfermagem.

5 – Descrição

1 - Armazenamento e Transporte Adequados

A cadeia de frio envolve requisitos como equipamentos, pessoas e processos. Sua preservação é característica fundamental no armazenamento e transporte das vacinas, sendo assim, qualquer falha nesses requisitos pode resultar em perda potencial do produto manuseado nesta cadeia. Nesse sentido, cada componente dela deve ser cuidadosamente mantido.

Algumas vacinas podem ainda ser afetadas pela congelação ou pela exposição à luz, devendo ser seguidas as indicações do Resumo das Características do Medicamento relativas às precauções especiais de conservação.

As condições de conservação constantes na rotulagem devem ser sempre confirmadas, de modo a garantir a sua qualidade, segurança e eficácia.

Em toda a rede de frio as vacinas devem ser mantidas a uma temperatura adequada de conservação dos medicamentos de frio que é entre 2°C a 8°C, que de ser registada diariamente no mapa de temperatura (*Anexo I OU Anexo II*), pelo enfermeiro que entra na unidade às 8 horas e no final do turno da tarde. Em caso de alarme do frigorífico deve-se verificar a variação da temperatura, descarregando os dados do “Data Logger” (*Anexo III*). É importante a utilização do sistema “Data Logger” que permite medir, registar e guardar, os valores da temperatura e da humidade a que estão sujeitas as vacinas durante o seu armazenamento.

Procedimento – Atuação em caso de Quebra de Rede de Frio – Vacinas

Aquando da receção das vacinas Covid-19, deve ser preenchido o documento do Modelo 09 (*Anexo IV*), e enviado aos Serviços Farmacêuticos do ACeS.

Todos os equipamentos incluídos na rede de frio devem ser qualificados e o transporte das vacinas ser efetuado na mala térmica (*Anexo V*).

II - Manutenção dos Equipamentos da Rede de Frio

Deve ser assegurado um plano de manutenção periódica e sistemática de todos os equipamentos da rede de frio, mediante contratualização com entidades/empresas certificadas, para evitar avarias e consequente desperdício de vacinas.

Compete ao ACeS providenciar, através dos serviços competentes a manutenção/reparação/ calibração de equipamentos, bem como a substituição destes quando necessário, respondendo em tempo útil de forma a não pôr em causa a prestação de cuidados.

III – Modo de atuação em caso de quebra de Rede de Frio

Sempre que ocorra uma inconformidade nas condições de armazenamento ou transporte das vacinas, nomeadamente, uma avaria ou quebra de corrente, deve-se:

- 1- Confirmar se o equipamento de conservação apresenta uma temperatura fora do intervalo de 2º a 8ºC, ou se está muito próximo destes limites.
- 2- Realocar as vacinas, noutra equipamento cuja temperatura se encontre dentro dos parâmetros (2 º a 8ºC), identificando as vacinas realocadas com a indicação de que não devem ser utilizadas e que se encontram em quarentena.
- 3- Verificar e registar o período de tempo da excursão de temperatura e preencher o Relatório de Incidente de Quebra de Rede de Frio dos Serviços Farmacêuticos (*Anexo VI OU Anexo VII*).
- 4- Registar a temperatura máxima ou mínima atingida, lida no suporte de registo, em disco de papel, informático (colocação de uma pen no frigorífico) ou “Data Logger”.
- 5- Identificar e registar as quantidades e lotes das vacinas sujeitas a excursão de temperatura (*Anexo VI OU Anexo VII*).
- 6- Enviar toda esta informação aos Serviços Farmacêuticos (não se aplica ao Armazém Central da Farmácia dos Serviços Farmacêuticos) (*Anexo VIII*).
- 7- Os Serviços Farmacêuticos da ARSC contactam e questionam as entidades competentes e comunicam a decisão.
- 8- A unidade procede de acordo com a informação dos Serviços Farmacêuticos.



A avaliação destes incidentes é competência da ARSC e o parecer final depende da informação fornecida pela(s) empresa(s) farmacêutica(s) detentora(s) da autorização de comercialização das vacinas implicadas no incidente.

6 – Referências

Manual do Usuário - TEMPMATE-M1("Data Logger")

Manual Rede Frio, ARSLVT (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo), fevereiro 2010

Mod.05/00 - Instrução de Trabalho Atuação em caso de Quebra de rede de frio – Vacinas COVID-19, Serviços farmacêuticos ARSC, 27/01/2021

Norma DGS 023/2017 Rede de frios das vacinas, 07/12/2017

7- Anexos

Anexo I – Mapa de controlo de Temperatura UCSP

Anexo II – Mapa de controlo de Temperatura – Centro de Vacinação COVID-19 – ACeS Dão Lafões

Anexo III – Manual do Usuário - TEMPMATE-M1("Data Logger")

Anexo IV - Procedimento para receção de vacina COVID-19

Anexo V – Transporte de Vacinas

Anexo VI – Notificação de incidente com a Rede de Frio – Vacinas PNV

Anexo VII – Relatório de incidente de quebra de Rede de Frio – Vacina Covid-19

Anexo VIII - Atuação em caso de Quebra de rede de frio da ARSC

Procedimento – Atuação em caso de Quebra de Rede de Frio – Vacinas

Anexo I – Mapa de controlo de Temperatura

VACINAÇÃO
Controlo de Temperaturas

MÊS _____ ANO 20____

ARMAZEM _____ UCSP/USF _____ EXTENSÃO _____ FRIGORIFICO _____

O ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELA VACINAÇÃO _____

O COORDENADOR DA UNIDADE _____

Mod. 27.21



Procedimento – Atuação em caso de Quebra de Rede de Frio – Vacinas

Anexo II – Mapa de controlo de Temperatura – Centro de Vacinação COVID-19 – ACeS Dão Lafões



Centro de Vacinação COVID-19 - ACeS Dão Lafões

MAPA DE CONTROLO DE TEMPERATURA

PLANO DE VACINAÇÃO COVID-19

	Mês:																															
Temp (°C)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
17																																
16																																
15																																
14																																
13																																
12																																
11																																
10																																
9																																
8																																
7																																
6																																
5																																
4																																
3																																
2																																
1																																
0																																
-1																																
-2																																

Manual de Orientação e Operacionalização dos Centros de Vacinação COVID-19 | Versão: 1|15-03-2021
 ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde | Dão Lafões
 Avenida António José de Almeida | Edifício MAG | 3504-511 Viseu | T22 419 900

Anexo III – Manual do Usuário - TEMPMATE-M1 (“Data Logger”)

tempmate.®

Manual do Usuário

- tempmate.®-M1 PDF Temperature Data Logger



Produto: tempmate.®-M1 Data Logger
Escopo: Instruções de operações



Tema	Página
01. Dados técnicos	2
02. Instruções de operação do dispositivo	2
03. Utilização inicial	2
04. Descrição de função-chave	4
05. Gerenciamento de bateria	4
06. Aviso de visor LCD	5
07. Apêndice 1 - Descrição status de trabalho	5
08. Apêndice 1 - Descrição status de trabalho	5
09. Apêndice 3 - exibição de página de LCD	6

Este registrador de dados é usado principalmente para detectar a temperatura dos alimentos, produtos farmacêuticos, produtos químicos e outros produtos durante o transporte ou armazenamento. As principais características deste produto: múltiplo uso gerado automaticamente relatório PDF, alto nível impermeável, bateria trocável.

1



Manual do usuário

tempmate.®-M1 Data Logger



01. Dados técnicos

• Especificações Técnicas

Sensor de Temperatura	NTC Interno e externo opcional	Configuração de Alarme	Ajustável até 5 limites de alarme
Escala de Medição	-30 °C a +70 °C	Tipo de Alarme	Único alarme ou cumulativo
Precisão	±0.5 °C (a -20 °C a +40 °C)	Bateria	CR2032 / substituíveis pelo cliente
Resolução	0.1 °C	Dimensões	79mm x 33mm x 14mm (L x W x D)
Armazenamento de dados	32.000 valores	Peso	25g
Display	Multifunção LCD	Classe de proteção	IP67
Iniciar a criação	Manualmente, pressionando um botão ou automaticamente na hora de início programada	Requisitos do sistema	PDF Reader
Tempo de gravação	Livremente programáveis pelo cliente / até 12 meses	Certificação	12830, certificado de calibração, CE, RoHS
Intervalo	10 sec. - até 24 horas	Software	TempBase Lite 1.0 software / download Grátis
		Interface PC	Porta USB integrada
		Relatórios PDF automático	Sim

02. Instruções de operação do dispositivo

Instalar o software tempbase.exe, inserir o logger tempmate.®-M1 para o computador via porta USB, terminar a instalação do driver USB diretamente.

- (1) Abra tempbase.® software de gerenciamento de dados, após a conexão, as informações de dados serão carregadas automaticamente.
- (2) Em seguida, você pode clicar no botão "Configuração Logger" para entrar na interface de configuração do parâmetro e configurar os parâmetros de acordo com a aplicação específica. Após terminar a configuração, clique no botão "Salvar" para salvar a configuração de parâmetro, em seguida, abrirá uma janela "Configuração de parâmetro concluída", clique em Ok e feche a interface.

3. Utilização inicial

1. Operação de configuração

Depois de ligar o tempmate.®-M1 logger com o computador, as informações de dados serão automaticamente carregado. Em seguida, você pode clicar no botão "LoggerSetting" para entrar interface do parâmetro de configuração e configurar os parâmetros de acordo com a aplicação específica. Depois de terminar a configuração, clique no botão "Salvar" para salvar o parâmetro de configuração, em seguida, ele irá abrir uma janela "Configuração de parâmetro concluída", clique em Ok e feche a interface.

2. Operação de início de agente de log

O tempmate.®-M1 suporta três modos de início (start manual, começo agora, hora de início), o modo de início específica é definido pela configuração de parâmetro.

Partida manual: Pressione a tecla esquerda durante 4 segundos para iniciar o agente de log.

Comece agora: iniciar imediatamente após o tempmate.®-M1 ser desligado do computador.

Início do calendário: tempmate.®-M1 começa quando o horário de início definido for alcançado (Nota: O horário de início definido precisa ser pelo menos de um minuto).



Procedimento – Atuação em caso de Quebra de Rede de Frio – Vacinas

Manual do Usuário

tempmate.®-M1 Data Logger



3. Operação de pausa

Dê um duplo clique na tecla esquerda para entrar no estado de pausa. Em status de pausa, o dispositivo apenas registra o tempo em vez de registro da temperatura. Com um duplo clique na tecla esquerda novamente, a operação de pausa é cancelada e volta a definir a gravação temperatura novamente.

4. Operação de marca

Dê um duplo clique com a tecla direita para marcar uma operação. Depois de terminar a operação de marcação- se a pausa rápida e a ação de cancelamento de pausa forem realizadas - a marcação atual pode ser cancelada.

Nota:

(1) Para a gravação de uma viagem, o dispositivo pode suportar um máximo de 10 marcos.

(2) Sob o Status de pausa ou estado desconectado do sensor (quando o sensor externo está configurado), a operação MARK está desabilitada.

5. Parar a operação

M1 suporta dois modos de parada (para quando atinge o recorde capacidade máx, parada manual), e o modo de parada específica é determinado pelo ajuste do parâmetro.

Para quando atingir a capacidade máxima de gravação : quando a capacidade de registro alcança o limite max., o log irá parar automaticamente.

Parada manual: O dispositivo só para quando for parado manualmente, exceto se a bateria estiver abaixo dos 5%. Se os dados gravados chegarem ao máximo da capacidade, os dados serão substituídos (depende da configuração).

Nota:

Durante o status de substituição de dados (memória de toque), a operação MARK não será eliminada. Ainda existem marcas salvas. O máximo de eventos MARK ainda são 10 vezes e todos os dados marcados serão salvos sem limpar durante o ciclo de transporte

6. Operação de visualização

Enquanto tempmate.®-M1 está no estado de gravação ou parada, insira o registrador no computador, os dados podem ser visualizados pelo software tempbase.® ou no relatório PDF gerado no dispositivo USB.

Os relatórios em PDF são diferentes se houver uma configuração de alarme:

- Se nenhuma configuração de alarme estiver programada, não há coluna de informações de alarme e na tabela de dados, nenhuma marcação de cor de alarme e no canto superior esquerdo, ele exibe PDF no retângulo preto.

- Se o alarme estiver configurado como alarme superior/ inferior, ele possui uma coluna de informações de alarme superior são exibidos em vermelho e os dados de alarme mais baixos são exibidos em azul. No canto superior esquerdo, se o alarme ocorrer, o fundo do retângulo é vermelho e exibe ALARME dentro. Se não houver nenhum alarme, o fundo do retângulo é verde e exibe OK dentro.

- Se o Alarme estiver configurado como alarme de zona múltipla na coluna de informações de alarme PDF, ele poderia ter o máximo, seis linhas: superior 3, superior 2, superior 1, zona padrão; inferior 1; inferior 2, os dados de gravação de alarme superior são exibidos em vermelho e os dados de alarme mais baixos são exibidos em azul. No canto superior esquerdo, se o alarme ocorrer, o fundo do retângulo é vermelho e exibe ALARME dentro. Se não houver nenhum alarme, o fundo do retângulo é verde e exibe OK dentro.

Nota:

(1) Em todos os modos de alarme, se a zona da tabela de dados para dados marcados for indicada em verde. Se os pontos gravados forem inválidos (conexão USB (USB), dados de pausa (PAUSE), falha no sensor ou sensor não está conectado (NC)), a gravação é cinza. E na zona de curva de PDF, no caso de conexão de dados USB (USB), pausa de dados (PAUSE), falha no sensor (NC), todas as suas linhas serão desenhadas como linhas pontilhadas em negrito e cinza.

(2) Se o tempmate.®-M1 estiver conectado durante o período de gravação, ele não registra dados durante o tempo de conexão.

3

Procedimento – Atuação em caso de Quebra de Rede de Frio – Vacinas

Manual do Usuário
tempmate.®-M1 Data Logger



(3) Enquanto o tempmate.®-M1 está conectado ao computador, o M1 está gerando um relatório PDF dependendo da configuração:

- Se tempmate.®-M1 for parado, ele sempre gera um relatório quando o M1 está conectado a porta USB.
- Se tempmate.®-M1 não for parado, ele só gera um PDF quando ele está habilitado na "Configuração Logger"

03.7 Início Múltiplo

O tempmate.®-M1 suporta a função de partida contínua após a última parada do registrador sem a necessidade de reconfigurar os parâmetros.

4. Descrição da Função Principal

TECLA ESQUERDA: Iniciar (reiniciar) tempmate.®-M1, interruptor de menu, pausa

CHAVE DIREITA: MARK, parada manual

5. Gerenciamento de bateria

05.1 Indicação do nível da bateria

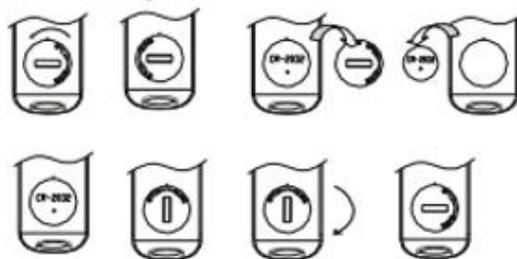
Indicação nível de bateria	Capacidade Bateria
	40% - 100%
	20% - 40%
	5% - 20%
(flash)	< 5%

Nota:

Quando a capacidade da bateria é inferior ou igual a 10%, por favor, substitua a bateria imediatamente. Se a capacidade da bateria for inferior a 5%, a tempmate.®-M1 vai parar a gravação.

05.2 Substituição da bateria

Substituindo em etapas:



Nota:

Recomenda-se verificar o estado da bateria antes de reiniciar o registrador para garantir que a vida útil restante da bateria possa terminar a tarefa de gravação. A bateria pode ser substituída antes de configurar o parâmetro. Após a substituição da bateria, o usuário precisa configurar o parâmetro de novo.

Quando o registrador está conectado ao computador sob o status de gravação ou pausa, é proibido conectar o tempmate.®-M1 sem bateria.



User Manual For tempmate.®-M1 Data Logger



06. Aviso de exibição do LCD

Alarme display LCD

Quando o tempo de exibição do LCD estiver configurado para 15 s, clique na teca esquerda para ativar a exibição. Se ocorre um incidente de temperatura excessiva, ele primeiro exibe a interface do alarme por aproximadamente 1 s, e depois ignora a interface principal automaticamente.

Quando o tempo de exibição é configurado para "para sempre", o alarme de temperatura excessiva ocorre permanentemente. Pressione a teca esquerda para pular para a interface principal.

Quando o tempo de exibição está configurado para "0", não há exibição disponível.

07. Appendix 1-working status description

Device status	LCD display	Device status	LCD display
1 Iniciar logger	St Art	5 MARK sucesso	SEt 8
2 Início de atraso • Está piscando	...	6 MARK falta	SEt 10 ^x
3 Status de Gravação Durante o estado da gravação, no meio da primeira linha, a exibição estática•	rEC	7 Parar o dispositivo No meio da primeira linha, a exibição estática•	StOP
4 Pausa No meio da primeira linha, exibição piscando•	PAUSE	8 USB conexão	USB

08. Apêndice 2 – outro display LCD

Status do dispositivo	LCD	Status do dispositivo	LCD
1 Apagar o status dos dados	---	3 Interface de Alarme Apenas exceder o limite superior	ALr-H
2 Gerando PDF O arquivo em PDF está sendo gerado, o PDF está no estado Flash	PDF	Apenas exceder o limite inferior	ALr-L
		Ocorre limite superior e inferior	ALr HL

5



Manual do Usuário tempmate.®-M1 Data Logger



09. Appendix3 – LCD page display

Página de vídeo	LCD	Página de vídeo	LCD
Página 1 Nível da bateria, estado de funcionamento atual (registro, parada, etc. estado do limite superior/ inferior, temperatura atual)		Página 7 Limite superior 2	
<ul style="list-style-type: none"> ↑ O alarme do limite superior ocorre ↓ Alarme de limite inferior ocorre 		Página 8 Temperatura de ajuste do limite superior 2	
Página 2 Nível da bateria, status de trabalho atual, pontos de gravação		Página 9 Limite superior 3	
Página 3 Nível da bateria, status de trabalho atual, Max. temperatura		Página 10 Temperatura de ajuste do limite superior 3	
Página 4 Nível da bateria, status de trabalho atual, Min. temperatura		Página 11 Limite inferior 1	
Página 5 Limite superior 1		Página 12 Temperatura de ajuste do limite inferior 1	
Página 6 Temperatura de ajuste do limite superior 1		Página 13 Limite inferior 2	
		Página 14 Temperatura de ajuste do limite inferior 2	



Procedimento – Atuação em caso de Quebra de Rede de Frio – Vacinas
Anexo IV - Procedimento para receção de vacina COVID-19
(A devolver aos Serviços Farmacêuticos após o preenchimento)

Local de receção:	
ACeS:	
Unidade Funcional:	
Data:	Hora:
Responsável pela receção (médico ou enfermeiro ou farmacêutico):	
Rececionada por:	<i>(nome legível)</i>
Número mecanográfico:	
Informações referentes à Vacina:	
Nome da Vacina:	
Número de frascos rececionados:	
Lote:	Validade*:

*No caso de vacinas que venham conservadas entre 2 e 8°C. Verificar hora de retirada do congelador e data de utilização conforme rótulo do SUCO.

Inspeção visual	Sim/não
<i>Frascos intactos?</i>	
<i>Frascos na vertical?</i>	
<i>Frascos protegidos da luz?</i>	
<i>Frascos com aspeto de terem sofrido agitação?</i>	
Registar:	
Temperatura de conservação à chegada:	
Hora da colocação no frigorífico local:	
Temperatura do frigorífico:	

(A preencher pelos Serviços Farmacêuticos)

Validação pelos Serviços Farmacêuticos	
A Direção dos Serv. Farmacêuticos:	_____
Número mecanográfico:	Data:
_____	_____

Procedimento – Atuação em caso de Quebra de Rede de Frio – Vacinas

Anexo V – Transporte de Vacinas

Efetuar todo o processo de forma rápida. As vacinas deverão estar expostas à temperatura ambiente o mínimo de tempo possível. Sempre que possível, as caixas/malas térmicas deverão ser previamente arrefecidas.

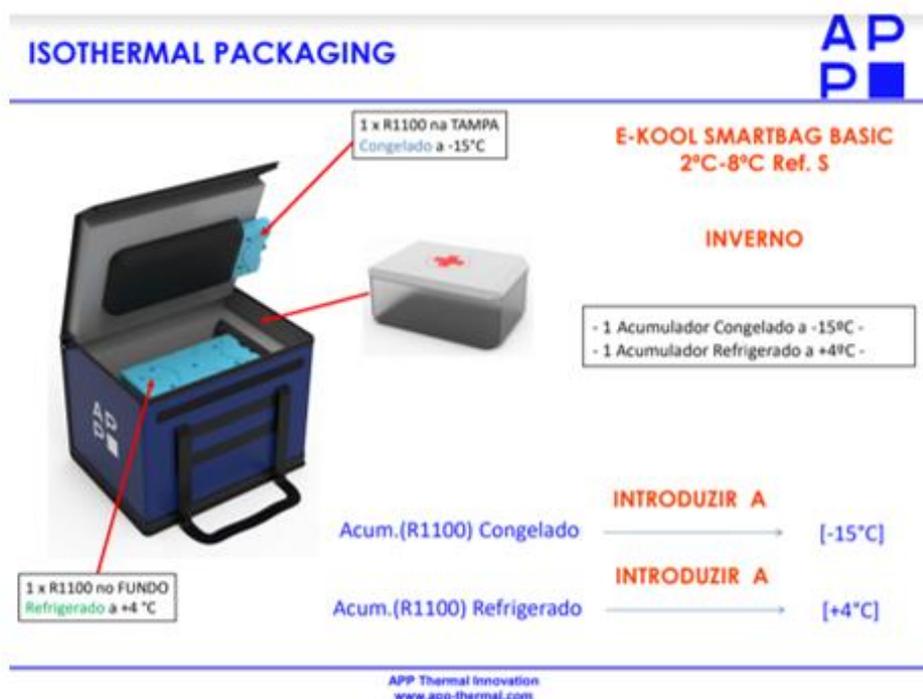
Utilizar um número suficiente de acumuladores térmicos, devidamente congelados (pelo menos durante 24 horas). Arrumá-los na caixa/mala térmica, de modo a revestirem o topo e o fundo.

Retirar do frigorífico as vacinas e respetivos solventes pela seguinte ordem:

- embalagens intactas que já estiveram fora do frigorífico;
- embalagens com o prazo de validade mais curto ou armazenadas há mais tempo.

Arrumar as vacinas e os solventes na caixa térmica. Colocar as vacinas vivas, na zona mais fria, junto aos acumuladores; devendo as restantes serem colocadas no meio.

Colocar as vacinas sem ser em contacto direto com os acumuladores térmicos.



Procedimento – Atuação em caso de Quebra de Rede de Frio – Vacinas**Anexo VI – Notificação de incidente com a Rede de Frio****Para:**

Responsável pela rede de frio

Para:

Serviços Farmacêuticos: (ARS/ULS/Hospital)

De: (unidade funcional do ACES/ULS; ponto de vacinação) _____**Data do acidente:** ____ / ____ / ____

Dia / Mês / Ano

Verificou-se quebra da rede de frio (descreva sucintamente a situação)

Entre as _____ (horas, minutos) de ____ / ____ / ____ e as _____ (horas, minutos) de ____ / ____ / ____ , tendo as vacinas ficado sujeitas a uma temperatura máxima ou mínima de _____ °C, num total de _____ (horas, minutos).

Mais se informa que, os produtos envolvidos forma, de imediato, armazenados em frigorífico, a uma temperatura adequada (entre 2º e 8ºC), devidamente identificados e segregados em regime de quarentena.

Aguardamos informação sobre procedimentos a efetuar.

Preencha a tabela seguinte com a lista da(s) vacina(s) implicada(s) neste acidente.

Anexe cópia dos registos da temperatura do(s) frigorífico(s) atingidos.

Preenchido por: _____ **em:** ____ / ____ / ____

Contacto: _____

Procedimento – Atuação em caso de Quebra de Rede de Frio – Vacinas

VACINA	Nome comercial	Laboratório	Lote	Validade dd/mm/aaaa	N.º embalagens	Parecer
DTPaHibVIPVHB						
DTPaHibVIP						
DTPaVIP						
Hib						
HPV ₉						
MenC						
Pn ₁₃						
Td						
Tdpa						
VASPR						
VHB 10 µg						
VHB 20 µg						
VIP						

Procedimento – Atuação em caso de Quebra de Rede de Frio – Vacinas

VACINA	Nome comercial	Laboratório	Lote	Validade dd/mm/aaaa	N.º embalagens	Parecer
Encefalite da carraça						
Febre amarela						
Febre tifóide						
Gripe Sazonal						
MenB						
Pn23						
Raiva						
Tuberculina						
Tuberculose (BCG)						
Outra: _____						
Outra: _____						

Preenchido por: _____ **em:** ___ / ___ / ____

Contato:

Procedimento – Atuação em caso de Quebra de Rede de Frio – Vacinas

Anexo VII - Relatório de incidente de quebra de Rede de Frio - Vacina Covid-19


 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS
ARSC, I.P.

RIQRF de vacina COVID-19

**RELATÓRIO DE INCIDENTE DE QUEBRA DE REDE DE FRIO -
Vacina COVID-19, ARSC**

(A devolver aos Serviços Farmacêuticos após o preenchimento)

ACeS:	
Local da ocorrência: <i>(Centro de Vacinação COVID-19 ou Centro de Saúde/Unidade Funcional)</i>	
Informações referentes ao incidente de QRF:	
Causa da QRF:	
Das _____ h do dia _____ às _____ h do dia _____	
Duração estimada da ocorrência:	
Temperatura atingida: <i>(máxima ou mínima)</i>	

Vacina afetada	Nº de frascos	Nº de doses	Lote	Validade de origem	Validade após descongelação (quando aplicável)*
VACINA CONTRA COVID-19 30MCG/0,3ML IM PFIZER COMIRNATY					
VACINA CONTRA COVID-19 100MCG/0,5ML MODERNA					
VACINA CONTRA COVID-19 10 X 0,5 ML IM ASTRAZENECA SML					

* No caso de vacinas que venham conservadas entre 2 e 8°C: Verificar a data e hora de validade após descongelação conforme rótulo do SUCH.

RECOMENDAÇÕES DE CONSERVAÇÃO DAS VACINAS (frasco fechado)	
Pfizer-BioNTech	2-8 °C durante 5 dias Temperatura ≤ 30 °C: ≤ 2 horas
Moderna	2-8 °C durante 30 dias Temperatura 8 a 25 °C: ≤ 12 horas
AstraZeneca	2-8 °C durante 6 meses

Procedimento – Atuação em caso de Quebra de Rede de Frio – Vacinas

Anexo VIII - Atuação em caso de Quebra de rede de frio, ARSC

1 - Objetivo

Definir as regras para atuação em caso de Quebra de Rede de Frio (QRF) especificamente para o caso das Vacinas COVID-19 que devem ser armazenadas a temperatura controlada (2 a 8°C).

2 - Campo de aplicação

Atuação em caso de variação de temperatura de conservação das vacinas COVID-19, quando armazenadas e/ou transportadas a temperatura controlada pelos serviços/unidades da ARSC.

3 - Modo de proceder

Modo de atuação	Descrição	Responsabilidade
1. Confirmar se o equipamento de conservação apresenta uma temperatura fora do intervalo de 2 a 8°C, ou se está muito próximo destes limites		Responsável local do controlo da rede de frio
2. Realocar as vacinas, em outro equipamento cuja temperatura se encontre dentro dos parâmetros (2 a 8°C), identificando-as.	Identificar as vacinas realocadas com a indicação de que não devem ser utilizados e que se encontram em quarentena	
3. Verificar e registar o período de tempo da excursão de temperatura	Preencher o Relatório de Incidente de QRF dos SF (Mod. 12)	
4. Registar a temperatura máxima ou mínima atingida (Mod. 12)	Temperatura lida no suporte de registo (em disco de papel ou informático ou <i>datalogger</i>)	
5. Identificar e registar as quantidades e lotes das vacinas sujeitas a excursão de temperatura (Mod. 12)		
6. Enviar toda esta informação aos Serviços Farmacêuticos <i>(Não se aplica ao Armazém central da Farmácia dos SF)</i>		
7. Os SF contactam/questionam as entidades competentes e comunicam a decisão		SF da ARSC
8. A unidade procede de acordo com a informação dos SF		Responsável local do controlo da rede de frio

(Observação: deve ser pedida de imediato a reparação da avaria ou notificar a necessidade de substituição do equipamento, caso este(a) danificado)

4 - Revisão

Edição	Data	Páginas modificadas	Descrição das modificações
00	27/01/2021		Emissão inicial

Elaboração: RQ

Aprovação: Coordenador GFM

Data: 27/01/2021

APÊNDICE VI – ESPECIALIDADES DO SERVIÇO

Passo a descrever cada especialidade que o serviço integra, seguido de alguns diagnósticos/intervenções mais frequentes relativamente à especialidade descrita.

A **Urologia** é a especialidade que se dedica ao diagnóstico e tratamento das doenças do aparelho urinário em ambos os sexos e das doenças do aparelho genital masculino. As principais patologias relacionadas são: doenças da bexiga como a cistite e incontinência urinária; doenças nos rins como nefrolitíase e trauma renal; doenças da próstata como a hiperplasia benigna da próstata, infeções prostáticas e neoplasia da próstata; doenças do testículo como infeções, varicoceles, hidroceles e orquidectomia; doenças penianas, uretrites e fimose; tumores malignos e benignos; entre outras (Associação dos Amigos de Urologia e Transplantação Renal, 2019).

- Hidrocelo refere-se a um aumento da quantidade de líquido, como resultado de um processo inflamatório que afeta um ou ambos os testículos.
- Hematúria é presença de sangue na urina.
- Ressecção Transuretral Vesical é o procedimento em que se pretende a eliminação dos pólipos ou tumores da bexiga e a obtenção de tecido para confirmar o diagnóstico.
- Ressecção Transuretral da Próstata é o procedimento cirúrgico utilizado para o tratamento da Hiperplasia Benigna da Próstata.
- Cistolitotritória, cirurgia endoscópica realizada para o tratamento de cálculos vesicais.
- Circuncisão é um procedimento cirúrgico no qual é removido o prepúcio, pele que recobre a glândula (cabeça do pênis).

A **Nefrologia** dedica-se ao diagnóstico e tratamento das patologias renais.

- Lesão Renal Aguda é a perda rápida da função renal devido ao dano nos rins.

A **Oftalmologia** é dedicada ao estudo, diagnóstico e tratamento de doenças e erros de refração apresentados pelo olho, oculística e oftalmiatria.

- Cataratas é responsável pela diminuição da visão ou visão turva, em virtude do cristalino, a lente biconvexa que existe no olho, se encontrar afetada pelo envelhecimento do olho, por traumatismo, ou outras causas.

A **Estomatologia** trata das doenças da boca, dentes, glândulas salivares e da articulação tempero-mandibular dos doentes com patologias crónicas/agudas ou doentes que estejam internados em qualquer serviço do Hospital. Semanalmente faz em média duas cirurgias no Bloco Central e várias em Cirurgia de Ambulatório. Também no Bloco Operatório colabora com a Cirurgia Plástica e Reconstructiva.

- Extração dos dentes incisivos.

A **Ortopedia** tem como missão tratar os doentes no âmbito de orto traumatologia.

- Fratura do Fémur;
- Fratura da Coluna Lombar.

A **Cirurgia Geral**, segundo o CHUCB (2021), tem como principais patologias tratar:

- Doenças e Perturbações do Aparelho Digestivo;
- Procedimentos para Hérnias;
- Tratamento da Apendicite;
- Doenças e Perturbações do Sistema Hepatobiliar e Pâncreas;
- Tratamento de Cálculos nas Vias Biliares;
- Tratamento Doenças Malignas Hepatobiliar ou Pancreática;
- Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório;
- Tratamento de Varizes;
- Doenças e Perturbações da Pele, Tecido Celular Subcutâneo e Mama;
- Tratamento de Abscessos;
- Doenças e Perturbações Endócrinas Nutricionais e Metabólicas;
- Procedimentos na Tireoide.

A **Reumatologia** é a especialidade médica que se dedica ao tratamento das doenças que afetam as articulações, os ossos, os músculos, os tendões e os ligamentos, genericamente definidas como doenças reumáticas.

- Lúpus Eritematoso Sistémico é uma doença crónica imunomediada e caracteriza-se pela produção de anticorpos contra componentes do próprio organismo que podem causar lesão de diversos órgãos;
- Artrite Reumatoide é uma doença inflamatória crónica, que acomete mais as mulheres adultas e pode atacar vários órgãos e tecidos do corpo, mas

apresenta-se preferencialmente nas articulações, principalmente as dos membros superior e inferior.

A **Neurocirurgia** é a especialidade cirúrgica que se dedica ao tratamento das doenças e lesões do sistema nervoso central e periférico (cérebro, medula e nervos) e das doenças da coluna vertebral de natureza degenerativa, infecciosa ou tumoral.

- Hérnia Discal é um deslocamento de uma parte do disco intervertebral para fora da sua localização anatómica normal.