



Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico da Guarda

Curso de Enfermagem – 1.º Ciclo

4.º Ano – 2.º Semestre

RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO

Maria João Maranhão Arez Gonçalves

Guarda

2021



Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico da Guarda

Curso de Enfermagem – 1.º Ciclo

4.º Ano – 2.º Semestre

RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO

INTEGRAÇÃO À VIDA PROFISSIONAL

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular Ensino Clínico –
Integração à Vida Profissional

Discente:

Maria João Maranhão Arez Gonçalves, nº1700246

Docente Orientadora:

Prof.^a Marília Flora

Guarda

2021

LISTA DE ABREVIATURAS

cit. - Citado

Enf.^a – Enfermeira

Enf.^o – Enfermeiro

Prof.^a – Professora

LISTA DE SIGLAS

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

Bpm– Batimentos por minuto

COVID-19- Coronavirus Disease

CS – Centro de Saúde

EC – Ensino Clínico

ECG – Eletrocardiograma

ESSG – Escola Superior de Saúde da Guarda

FC – Frequência Cardíaca

GFUC – Guia de Funcionamento da Unidade Curricular

GHAf - Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia

Hba1c – Hemoglobina glicada

HTA – Hipertensão Arterial

IM –Intra muscular

IMC – Índice de Massa Corporal

mmHg – Miligramas de mercúrio

OE – Ordem dos Enfermeiros

PA- Pressão Arterial

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNSR - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva

PNVBR - Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco

SARS-CoV-2- Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus

SAV– Suporte Avançado de Vida

SiiMA Rastreios – Sistema de informação para gestão de Programas de Rastreamento Populacionais

SIJ – Saúde Infantil e Juvenil

SINUS – Sistema de Informação nas Unidades de Saúde

SUG –Serviço de Urgência Geral

UC – Unidade Curricular

UPP- Úlcera por pressão

USF – Unidade Saúde Familiar

VD – Visita Domiciliária

AGRADECIMENTOS

Pretendo expressar os meus sinceros agradecimentos às pessoas que, direta e indiretamente, contribuíram para a concretização do presente relatório.

À professora orientadora Marília Flora, pela receptividade e disponibilidade que demonstrou ao longo destes meses.

Aos enfermeiros orientadores deste processo, pela confiança, colaboração e disponibilidade que tiveram para comigo neste EC.

A toda a equipa da USF e do Serviço de Urgência Geral, pela amabilidade e, especialmente, às equipas de enfermagem pela disponibilidade e colaboração no meu bom desempenho e desenvolvimento.

Por último, de igual importância, um obrigado especial aos meus pais pelo apoio incansável e motivação, pois sem o esforço deles este percurso não seria possível.

ÍNDICE DE FIGURAS

	Folha
Figura 1 - Logotipo USF – Flor de Sal	10
Figura 2 - Lista dos seminários assistidos.....	33

ÍNDICE	Folha
INTRODUÇÃO	9
1 - ATIVIDADES PLANEADAS E DESENVOLVIDAS EM CUIDADOS DE SAUDE PRIMÁRIOS	12
1.1 OBJETIVO I.....	14
1.2 OBJETIVO II.....	16
1.3 OBJETIVO III	19
1.4 OBJETIVO IV	20
1.5 OBJETIVO V	22
1.6 OBJETIVO VI.....	23
2- ATIVIDADES PLANEADAS E DESENVOLVIDAS EM CUIDADOS DE SAUDE HOSPITALARES	24
2.1 OBJETIVO I.....	24
2.2 OBJETIVO II.....	26
2.3 OBJETIVO III	28
2.4 OBJETIVO IV	30
3 – ATIVIDADES EXTRACURRICULARES DESENVOLVIDAS	33
4 - SEMINÁRIOS DE INTEGRAÇÃO À VIDA PROFISSIONAL	34
4.1 Elaboração de um Currículo Vitae.....	35
4.2 Estatuto Disciplinar da Ordem dos Enfermeiros.....	35
4.3 Enfermagem Forense.....	35
5 - ANÁLISE REFLEXIVA	37
CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
APÊNDICE	43
APÊNDICE A - Planeamento de uma Consulta de Enfermagem	44
ANEXOS	47
ANEXO A – Triagem de Manchester.....	48
ANEXO B – Via Verde Acidente Vascular Cerebral.....	49

ANEXO C – Via Verde Coronária	50
ANEXO D – Abordagem primária/secundária.....	51

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Ensino Clínico - Integração à Vida Profissional, decorrente na Unidade de Saúde Familiar (USF) – do Centro de Saúde da Sede e na Urgência Geral de um hospital distrital, realizado no 4.º ano/2.º semestre do Curso de Enfermagem – 1.º ciclo, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, no ano letivo 2020/2021. Este Ensino Clínico (EC) permite adquirir e desenvolver competências específicas em contexto de cuidados de enfermagem, teve a duração de catorze semanas com início a 06 de abril de 2021 e término a 09 de julho de 2021. Este EC teve um total de 504 horas, sendo que 252 horas foram realizadas USF – do Centro de Saúde da Sede e as restantes 252 horas na Urgência Geral do hospital distrital da região litoral centro do país, complementadas com mais 20 horas de seminário e 10 horas de orientação tutorial.

Este EC teve por objetivo proporcionar a aquisição de conhecimentos fundamentais para a progressão do curso, capacitando a intervenção junto do indivíduo (inserido no seu ambiente), da família, dos grupos e comunidade.

A Ordem dos Enfermeiros (2018), acrescenta ainda que a prática clínica “é uma componente fundamental da aprendizagem e do desenvolvimento do conhecimento em de Enfermagem” e que “é no âmbito do Ensino Clínico que o estudante de enfermagem faz a verdadeira aprendizagem dos cuidados de Enfermagem, sob a supervisão e a responsabilidade profissional de um Enfermeiro”.

Pretende-se com este relatório de EC descrever e refletir, de forma sucinta e estruturada, acerca das atividades desenvolvidas durante o EC, efetuando, simultaneamente, uma introspeção e avaliação do meu desempenho. Assim delineei como objetivos do presente relatório:

- Descrever as atividades desenvolvidas tendo em conta os objetivos e as atividades propostas inicialmente no projeto de EC;
- Facultar um relato real e global do percurso realizado;
- Refletir acerca do desempenho do EC e em relação às competências adquiridas.

Segundo a OMS (2019), os cuidados de saúde primários são uma abordagem global da saúde e bem-estar, direcionada para as necessidades e preferências das pessoas, famílias e comunidades ao longo do ciclo vital, estes asseguram “cuidados completos, desde a promoção e prevenção ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, tão perto quanto possível do seu ambiente diário.”

De acordo com o Guia de Funcionamento da Unidade Curricular, a prática clínica tem como objetivo geral:

- Participar na prestação de cuidados de enfermagem ao utente em todo o ciclo vital, aplicando a metodologia científica de enfermagem;
- Contribuir para a promoção da saúde dos utentes e comunidades, reconhecendo o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.

Para atingir este objetivo principal foram delimitados os seguintes objetivos específicos na área comunitária:

- Participar em todas as atividades de aprendizagem que sejam no contexto do ensino clínico que estou a realizar;
- Adquirir mais competências de atuação de enfermagem em Saúde Materna e Saúde Infantil, como os parâmetros específicos avaliados;
- Participar na vacinação Covid-19 no centro de vacinação de Aveiro;
- Executar com progressiva autonomia diversos procedimentos de enfermagem;
- Desenvolver competências de comunicação clínica (enfermeiro – doente/família) e estabelecer empatia com o doente como também com a família;
- Adquirir conhecimentos sobre a dinâmica e interações feitas pela equipa de enfermagem dos serviços.

Howard e Steinmann (2011) mencionam que num serviço de urgência pretende-se dar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade e em tempo útil a todo o indivíduo e família, em situação de emergência ou urgência, garantindo assim o respeito, a segurança e a dignidade da pessoa humana. Cabe portanto, ao enfermeiro o identificar de problemas de saúde e responder de modo adequado às necessidades multifacetadas, por meio de uma filosofia do cuidar personalizado, que valoriza a perspetiva holística e sistémica do ser humano, havendo a promoção de uma prestação de cuidados de excelência em enfermagem.

No contexto hospitalar os objetivos para a elaboração deste EC são os seguintes:

- Estrutura do serviço de urgência geral do Hospital Infante D. Pedro do CHBV-Aveiro;
- Complexidade dos problemas de saúde dos utentes no contexto de urgência/emergência;
- Cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa e família, usando a metodologia do processo de enfermagem;
- Gestão dos recursos humanos e materiais do Serviço de Urgência Geral.

Foi utilizada como recurso a metodologia descritiva, uma vez que se pretende expor e refletir sobre as atividades desenvolvidas, confrontando-as com os objetivos inicialmente traçados, retratando as dificuldades encontradas e estratégias utilizadas na sua resolução, bem como identificar as competências adquiridas ou desenvolvidas ao longo do EC.

Na sua elaboração utilizei fontes bibliográficas primárias e secundárias, sendo elas monografias, artigos científicos, publicações periódicas e legislação portuguesa, sendo que algumas fontes de informação foram consultadas via web, nomeadamente em fontes eletrónicas de interesse científico.

O presente relatório é constituído por duas partes. Na primeira são abordadas as atividades planeadas e desenvolvidas no EC no contexto comunitário, apresentando os objetivos a atingir e refletindo acerca dos mesmos. Numa segunda parte são abordadas as atividades planeadas e desenvolvidas neste EC no contexto hospitalar, apresentando os objetivos a atingir e refletindo acerca dos mesmos. Por fim, será realizada uma conclusão acerca do EC-IVP, com base nos objetivos atingidos ou não. Encontrar-se-á, ainda, em apêndice/anexo alguns elementos considerados importantes para a demonstração do trabalho desenvolvido, que serão referenciados ao longo do relatório.

1 - ATIVIDADES PLANEADAS E DESENVOLVIDAS EM CUIDADOS DE SAUDE PRIMÁRIOS

Neste primeiro capítulo estão presentes os cinco objetivos previamente definidos na introdução, presentes no GFUC, e as atividades previstas a desenvolver durante o período de EC. A par da descrição dos mesmos advêm também, pequenas reflexões/avaliações pertinentes.

A USF, está integrada no Centro de Saúde de Aveiro, dependente do ACeS Baixo Vouga e da Administração Regional de Saúde do Centro, IP, que se encontra situada na Praça Rainha D. Leonor – 3810-042 Aveiro. É uma unidade básica do Serviço Nacional de Saúde, pertence à rede de cuidados de saúde primários sendo, portanto responsável pelo atendimento e prestação de cuidados de saúde primários, tratamento e reabilitação dos seus utentes do concelho da Aveiro, sendo esta a sua área de abrangência.

O logotipo, representado na fig.1, simboliza a atuação perante a família no seu todo tendo, para isso, utilizado contornos fluidos, mas bem definidos, que mostram a continuidade e disponibilidade dos nossos cuidados. Relacionar as formas do nosso símbolo com os montes de sal, muito comuns nas típicas salinas de Aveiro, de onde provém. Verde água, normalmente associado a vitalidade, confiança, crescimento e novas oportunidades, tendo-nos motivado a abraçar este projeto inovador com contentamento e entusiasmo, com esperança de que ele possa trazer uma considerável melhoria na qualidade dos cuidados prestados aos nossos utentes. O lilás, por ser uma cor que está associada à espiritualidade e às emoções, foi escolhido com o objetivo de simbolizar e fortalecer a união e o espírito da equipa.



Fig.1 – Logotipo USF – Flor de Sal

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2010594/Pages/default.aspx>

A USF tem como principal objetivo estar presente ao longo de todo o ciclo vital da família e detém como visão: ser reconhecida, nos próximos anos, como modelo para os utentes

e seus pares, e tem como valores: ética, Qualidade, Responsabilidade Social, Inovação, Respeito pelo indivíduo, Solidariedade, Participação, Conhecimento, Consenso, Democraticidade, Interioridade, Compromisso e Transparência.

No dia 06 de abril de 2021, fui integrada na USF, por uma das enfermeiras que me apresentou o serviço, a equipa multidisciplinar e a minha orientadora de EC. Após esta primeira troca de impressões, a minha orientadora fez a apresentação do serviço, da estrutura física e do funcionamento da unidade, desta forma, facilitando a integração na mesma.

Quanto à estrutura física a USF é constituída por 1 piso, onde situam-se 2 gabinetes administrativos; 1 sala de informática; 2 arrecadações, armazenamento de resíduos (depósito de lixo e de material); 1 depósito de material de limpeza; 1 depósito de material terapêutico; 1 depósito de material para esterilização; 1 zona de sujos; 2 WC para pessoal; 1 copa. O local onde funcionam as consultas e são prestados todos os cuidados, é constituída por 1 entrada principal onde se situam 8 gabinetes médicos; 8 gabinetes de enfermagem; 2 salas de tratamentos; 2 salas de espera; 2 WC para clientes; 1 gabinete médico/consulta de recurso; 1 receção/secretariado e encontram-se pequenos arrumos juntos aos gabinetes.

A USF presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situações de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação das unidades móveis de intervenção. Esta deve ser composta por uma equipa multidisciplinar, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos e participa ainda na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local.

A USF –conta ainda com uma equipa multidisciplinar é constituída por 8 enfermeiros; 8 médicos; 5 secretários clínicos e 6 assistentes técnicos. O horário praticado pelo centro de saúde, segundo a carteira básica de serviços, estende-se das 08 às 20 horas de segunda a sexta-feira, tendo dois turnos, o da manhã é das 8h às 14h e o da tarde das 14h às 20h, sendo assim cada profissional trabalha 6h diárias com mais 5h semanais complementares, completando o regime de 35h semanais.

A USF iniciou a sua atividade em março de 2010, nas instalações atuais e tem como finalidade a prestação de cuidados de saúde na área dos cuidados de saúde primários.

Posto isto, serão seguidamente apresentadas as atividades planeadas e desenvolvidas, de acordo com os objetivos do EC pré definidos.

Ao tomar conhecimento da dinâmica, funcionalidade e objetivo da USF, consentiu-me a integração na equipa de enfermagem, podendo tornar-me membro integrante na prestação de

cuidados. Bem como, adquirir certas competências recomendadas pela OE (2012), para o enfermeiro de cuidados gerais, tais como:

“(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;

(78) – Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde”

1.1 OBJETIVO I

‘Participar em todas as atividades de aprendizagem que sejam no contexto do ensino clínico que estou a realizar’

A USF presta cuidados para promoção da saúde e prevenção da doença a nível da Saúde do Adulto, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde da pessoa com Diabetes, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Visitas Domiciliárias, e contando ainda com a vertente curativa.

Em todas as atividades realizadas foram consideradas de maior relevância os cuidados de enfermagem, nomeadamente a realização de tratamento de feridas traumáticas e cirúrgicas aperfeiçoando o modo de proceder em cada caso e os diferentes tipos de materiais a utilizar como as pomadas com as devidas substâncias ativas, os pensos impregnados. A realização de consultas de vigilância foram bastantes promotoras de o autoconhecimento a cerca das diversas temáticas surgidas. Foi ainda possível a realização de visitas domiciliárias a utentes dependentes, onde se pôde observar quer o doente quer o meio familiar e físico onde este vivia.

Aquando deste EC cooperei com a USF, efetuando as visitas domiciliárias e o tratamento de feridas, nesta situação pude utilizar os conhecimentos teóricos na prática e até a aquisição de novos. As feridas com maior predomínio nos utentes da USF são as Úlceras por Pressão (UPP) e feridas traumáticas.

Ao longo do EC, ao abordar um utente com uma ferida complexa é importante uma abordagem holística ao utente, determinando a existência de diversas doenças, e assim avaliando sua capacidade de cicatrização.

A realização de ensinamentos ao utente e cuidador informal é primordial, para evitar complicações e neste sentido, realizou-se ensinamentos, avaliando a assimilação do mesmo, a transmissão de informação por mim foi feita de forma clara, sucinta e objetiva com uma

linguagem adequada, sem com isto perder o fundamento teórico. No caso de utentes dependentes promovi junto dos cuidadores, a alteração de decúbitos regularmente de modo a aliviar as zonas de apoio e conseqüentemente o aparecimento de UPP com a colocação de almofadas e outros dispositivos nas regiões anatómicas com predominâncias ósseas que em determinados decúbitos possam ficar em contacto. Segundo a OE (2013), os posicionamentos têm como objetivos, conservar a integridade cutânea; auxiliar a mobilidade de secreções brônquicas; intercalar de campo visual; promover a independência; preservar a amplitude articular; prevenir atrofia muscular; facultar conforto e bem-estar, promover a circulação, respiração e eliminação e prevenir lesões músculo-esqueléticas e rigidez muscular.

As visitas domiciliárias permitiram uma maior proximidade ao utente e família, com o desenvolvimento de uma relação terapêutica, possibilitando o favorecimento da prestação de cuidados, trazendo o utente e os cuidadores informais, como principais agentes da prestação de cuidados, na circunstância de os profissionais de saúde não estarem presentes. O que possibilita também a responsabilidade do estado de saúde do utente para o utente e cuidador informal. Após a execução das visitas domiciliárias procede-se aos registos das intervenções de enfermagem no programa SClínico®, dando assim visibilidade ao exercício profissional de enfermagem.

Durante este EC houve a aquisição de conhecimentos científicos que possibilitaram atualizar a mais recente fundamentação teórica, e deste modo realizar técnicas mais seguras para os utentes, porém a nível relacional iniciou-se e estabeleceram-se relações terapêuticas quer com os utentes da USF quer com os respetivos familiares e cuidadores, adequando a linguagem à intervenção realizada junto do utente, com o nível o nível de conhecimentos tanto do utente como do cuidador informal.

Ao realizar as atividades acima descritas foi possível alcançar as competências do enfermeiro de cuidados gerais pela OE (2012), tais como:

“(1) - Aceita a responsabilidade e responde pelas suas ações e pelos juízos profissionais que elabora;

(13) - Identifica práticas de risco e adopta as medidas apropriadas;

(20) - Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem;

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

1.2 OBJETIVO II

‘Adquirir mais competências de atuação de enfermagem em Saúde Materna e Saúde Infantil, como os parâmetros específicos avaliados’

Nas consultas de Saúde Materna dependendo da semana gestacional da grávida foram feitos ensinamentos acerca das mudanças quer no organismo da mulher quer no meio que a rodeia. Quanto à Saúde Infantil, foram realizadas maioritariamente consultas, nas quais foram avaliados quantitativamente vários parâmetros como a altura, o peso, a TA e o perímetro cefálico como também o desenvolvimento físico e social da criança. Nas consultas de Saúde Infantil era oferecido às mães o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil que se destina ao registo dos fatores mais importantes relacionados com a saúde da criança e do jovem. A informação nele contida é do/a próprio/a, e é essencial que todos os profissionais envolvidos no atendimento aí registem os dados relevantes; deste modo, sempre que a criança/jovem tiver contato com os serviços de saúde. Assim sendo, todos os dados registados da criança na consulta devem ser escritos nos quadros de desenvolvimento de cada um em individual. Este normalmente é acompanhado pelo boletim individual de saúde, denominado de “Boletim de Vacinas”, onde se encontram as que o utente já tomou.

Como estamos numa fase de pandemia este tipo de consultas foi reduzido as de saúde materna ficaram mais intercaladas com o hospital distrital da região litoral centro do país e as consultas de Saúde Infantil e Juvenil aconteciam quando o utente tivesse de atualizar a plano vacinal (PNV).

Programa Nacional de Saúde Reprodutiva

“O conceito de Saúde Reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e possam decidir se, quando e com que frequência têm filhos.” (DGS, 2008).

O Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR) abrange as áreas: planeamento familiar, vigilância pré-natal, diagnóstico pré-natal, interrupção voluntária da gravidez e procriação medicamente assistida (DGS, 2008).

Relativamente a este programa, cooperei na realização de consultas de planeamento familiar onde solicitava o boletim de saúde reprodutiva/planeamento familiar e monitorizava os parâmetros: pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), peso, altura, índice de massa

corporal (IMC) e perímetro abdominal. Eram realizados ensinamentos no âmbito da educação para a saúde, promovida a autovigilância da mama e avaliado o uso de contraceptivos. Durante a consulta é também importante verificar a data da realização do último exame ginecológico às mulheres entre os vinte e cinco e os sessenta e cinco anos (Ordem dos Médicos, 2018) pelo que é de extrema importância sensibilizá-las a realizar o Rastreio do Cancro do Colo do Útero.

Devido ao plano de contingência não tive oportunidade de realizar muitas consultas, uma vez que estas ainda estavam a ser retomadas.

Ainda inserido neste programa encontra-se a saúde materna com o Programa Nacional para a Vigilância de Baixo Risco (PNVBR).

Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco

O PNVBR visa a promoção de um futuro saudável desde o início da vida e reúne um grupo de recomendações e intervenções na pré-conceção, durante a gravidez e no puerpério (DGS, 2016).

No âmbito deste programa solicitava o boletim de saúde da grávida e ia registando as informações, no boletim e no SClínico, nomeadamente: PA, presença/ausência de edema, o peso e o número de quilos aumentados durante a gravidez, e era realizado uma análise sumária à urina (onde era avaliada a presença de proteinúria, glicosúria, bacteriúria, densidade e ph da urina). Era registado também a presença de movimentos fetais e avaliávamos a adaptação à gravidez.

Quanto à vacinação, verificávamos sempre se a grávida seguia o plano nacional de vacinação (PNV) e se o plano estava atualizado, e principalmente se já lhe tinha sido administrada a vacina contra a tosse convulsa, o tétano e a difteria na gravidez, sendo recomendado administrar esta vacina entre as 20 e as 36 semanas de gestação (DGS, 2016).

Os ensinamentos, no âmbito da educação para a saúde, eram realizados consoante o trimestre de gestação.

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) visa a vigilância, manutenção e promoção da saúde da criança e do jovem, desde os 0 aos 18 anos de idade (DGS, 2013).

Durante a consulta de enfermagem, solicitava o boletim de saúde infantil e juvenil e monitorizava o peso, estatura, perímetro cefálico (até aos dois anos) e PA (dependendo da

idade) e de seguida registava no SClínico e no boletim, os dados e os percentis de forma a observar as curvas de crescimento e verificar se o desenvolvimento da criança estava a ocorrer dentro dos parâmetros normais, atendendo sempre à sua individualidade.

Dependendo da idade da criança/jovem, dirigia a conversa para os pais ou para o próprio. Neste diálogo fazia questões relativamente à alimentação, desenvolvimento social, exercício físico, segurança e prevenção de acidentes, higiene oral, hábitos de televisão/internet, hábitos de sono, consumos nocivos/riscos e sexualidade. Era ainda realizado o teste da visão e audição, este último não tive oportunidade de realizar porque o aparelho estava danificado.

Ainda no seguimento desta consulta, verificava se o Boletim de Vacinas se encontrava atualizado.

Estas foram as consultas que tive mais oportunidade de participar e realizar pelo que me ajudou bastante, uma vez que tive poucas ocasiões ao longo do curso de realizar estas consultas e como desenvolver a comunicação entre utentes de cada faixa etária e a enfermeira.

Tive também a oportunidade de administrar vacinas a crianças menores de dez anos, uma vez que até então só tinha administrado a adultos e adolescentes, pelo que me fazia sentir menos confiante, uma vez que, geralmente, estas apresentavam reações mais exacerbadas, pelo que a orientação da enfermeira foi crucial neste. No geral os pais aderiam à vacinação dos seus filhos e entendiam a sua importância, pelo que de forma a persuadir as crianças de 5 e 10 anos procurei explicar de forma simplificada a importância da vacinação e como também explicar aos pais as reações adversas e como atuar.

Antes da sua administração eram verificados os princípios de administração da terapêutica, a validade e registada a sua inoculação, tanto no SClínico, como no boletim, agendando o próximo contacto.

Surgiram ainda várias oportunidades de visitas domiciliárias, pelo que foi possível realizar a consulta de enfermagem à puérpera e recém-nascido, e o respetivo teste de Guthrie, também conhecido como “teste do pezinho”, inserido no âmbito do Programa Nacional de Rastreio Neonatal e realizado entre o terceiro e o sexto dia de vida do recém-nascido (SNS, 2018).

Programa Nacional de Vacinação

Segundo a DGS (2017) o Programa Nacional de Vacinação (PNV) tem como objetivo a obtenção de uma melhor proteção na idade mais adequada e aplica-se gratuitamente a todas as pessoas presentes em Portugal (DGS, 2017).

Durante o ensino clínico administrei várias vacinas do PNV em diferentes faixas etárias, e ainda algumas extra que não constam no programa, nomeadamente: Nimenrix (vacina anti-meningocócica ACWY) e Rotarix/RotaTeq (vacina contra o rotavírus).

O registo da vacina administrada era realizado no programa SClínico e no Boletim de Vacinas do utente e posteriormente era necessário instruir ao utente acerca da vigilância e possíveis reações adversas, agendando também a data da próxima vacina.

Assim, este objetivo foi concluído com o desenvolvimento das seguintes competências, segundo a OE (2012):

- “(2) Reconhece os limites do seu papel e da sua competência;
- (8) Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação;
- (9) Garante a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional;
- (10) Respeita o direito do cliente à privacidade;
- (11) Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de Enfermagem e de saúde;
- (20) Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de Enfermagem;
- (29) Apresenta a informação de forma clara e sucinta.
- (37) Atua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adotarem estilos de vida saudáveis;
- (41) Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de Enfermagem
- (52) Documenta o processo de cuidados.”

1.3 OBJETIVO III

‘Participar na vacinação Covid-19 no centro de vacinação de Aveiro’

Devido ao facto de se estar em um período de pandemia do *Sars-CoV-2* tive a oportunidade de participar na equipa do centro de vacinação de Aveiro, em que era dividido por setores primeiramente a sala dos inquiridos, de seguida as boxes de vacinação, e por último a sala de espera onde os utentes previamente vacinados teria de esperar durante trinta minutos. Sempre que lá estive só vacinei com dois tipos de vacina, a do laboratório Pfizer e do laboratório

Astrazeneca, ambas têm períodos de duração diferentes, respetivamente, tem um mês (vinte e oito dias) entre a primeira e a segunda toma e a outra durante três meses (doze semanas).

A nível populacional deparei-me com imensas recusas às vacinas devido ao que aparecia nas notícias da televisão, como exemplo, os casos de coagulação. Muitas das outras recusas é devido ao facto de a estarmos a chegar a uma época de incêndios florestais e a população achar que os incêndios e a limpeza das matas ser mais importante do que a vacinação em massa. Em uma das convocatórias que fiz telefonicamente a resposta que obtive é a seguinte: “Se estivessem mais preocupados com o limpar das matas para não repetir a situação dos fogos de 2017 e em diante que ocorreram é que fariam bem.”, e muitas outras respostas assim parecidas. Nestes casos que apareciam a nossa atitude era só uma, explicar que quer a vacinação quer a limpeza da floresta eram ambas extremamente importantes, mas a pessoa tem que fazer uma distinção de que o profissional de saúde tem o dever de convocar a população para a vacinação e não para a limpeza das florestas.

1.4 OBJETIVO IV

‘Executar com progressiva autonomia diversos procedimentos de enfermagem’

Na USF, as atividades exigiam ainda mais conhecimentos, respeitantes à classificação de úlceras/feridas, material de penso. Foi possível o tratamento de úlceras (por pressão e venosas) e feridas (cirúrgicas e traumáticas), a providência de contraceptivos (mais especificamente pílulas anticoncepcionais), a administração de vacinas/medicação IM, a remoção de pontos/agrafos e a realização das diversas consultas. Também importante mencionar o facto de existirem diversos enfermeiros neste centro de saúde, o que se conclui é que os recursos são mais do que suficientes, em número e qualidade.

A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida (Carta de Ottawa, 1986).

Considero como dever do enfermeiro o, fornecimento de informações no âmbito da prevenção da doença e também da promoção da saúde, devemos dar aos utentes as ferramentas

necessárias para que eles próprios sejam promotores da sua saúde promovendo assim a parceria de cuidados com o utente/família/cuidador.

Para completar, durante este EC foi praticável o desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos em diferentes contextos, incluindo visitas domiciliárias e os cuidados de enfermagem fundamentados pela evidência e com a execução de pesquisas, em bases de dados científicas, relativas a material de penso, programas de saúde, protocolos de atuação, técnicas de enfermagem, patologias. No tratamento de feridas, concretizei pesquisas sobre os materiais de penso e a sua utilização. Comparativamente às competências relacionais, o ambiente de trabalho foi sempre favorável à aprendizagem e integração. Em ambiente domiciliário, desenvolvi a comunicação com o utente, sendo um ponto menos positivo no decorrer no EC, porém, evolui em comparação ao início do EC.

Em relação à gestão da unidade funcional, na parte dos cuidados de enfermagem, as atividades desenvolvidas foram o registar dos procedimentos efetuados no programa SClínico®, o agendar da próxima visita domiciliária e a atualização de novas informações relevantes acerca do utente, nomeadamente consultas médicas ou modificações do estado de saúde.

Em relação à gestão de recursos materiais, a gestão dos mesmos é efetuada por uma equipa de dois enfermeiros que realiza os pedidos de material, e averigua a sua disponibilidade na USF. Durante este EC, tive oportunidade de executar o aprovisionamento de material de uso clínico no armazém. Comparativamente aos sacos usados nas visitas domiciliárias, havendo a oportunidade de os repor tendo em conta as necessidades de cada utente. A gestão de resíduos foi igualmente considerada em conta no decorrer do EC, sendo concretizada a sua separação conforme o grupo a que pertencia. De preferência, os resíduos de grau I (resíduos equiparados a urbanos) em contexto domiciliário, eram separados e depois o utente, ou o seu cuidador informal, concretizavam a respetiva triagem. Os resíduos de grau II, III e IV, eram tratados de acordo com o grau e depositados nos contentores correspondentes.

Ao realizar as atividades que foram anteriormente descritas, obtive a aquisição das seguintes competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2012):

“(17) - Prática de acordo com a legislação aplicável;

(26) - Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo;

(32) - Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais;

(68) - Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.”

1.5 OBJETIVO V

‘Desenvolver competências de comunicação clínica (enfermeiro – doente/família) e estabelecer empatia com o doente como também com a família’

Durante o período do EC este objetivo foi extremamente importante e desenvolvido em todas as situações, pois em todas as atividades desenvolvidas era necessário o diálogo quer com o utente quer com o familiar que o acompanhava. Foi permitido explicar os procedimentos ao utente e ainda alertá-lo de possíveis complicações. De forma a que, o utente compreenda que os profissionais estavam sempre para o ajudar a melhorar.

Deparei-me com uma maior dificuldade em manter o diálogo nas consultas de vigilância principalmente nas consultas de Diabetes e de Hipertensão, pois os utentes já conheciam a enfermeira de família, o que levava a dirigirem-se mais à enfermeira.

Segundo Phaneuf (2005), a comunicação é um requisito que está presente no exercício da profissão de enfermagem, dela depende a forma como nos relacionamos com os outros (Phaneuf, 2005). Sendo que, em enfermagem, não é possível dissociarmos a componente técnica da componente relacional. Só através da comunicação é possível estabelecer uma relação terapêutica, é importante realizar ensinamentos ao utente/prestador de cuidados e recolher dados para realizar o processo de enfermagem. O profissional de enfermagem deve entender e respeitar o outro, privando-se de juízos de valor (Lemos, R., Jorge, L., Almeida, L. & Castro, A. 2010).

Assim, este objetivo foi concluído com o desenvolvimento das seguintes competências, segundo a OE (2012):

“(9) Garante a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional;

(34) Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspetiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde;

(61) Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.”

1.6 OBJETIVO VI

‘Adquirir conhecimentos sobre a dinâmica e interações feitas pela equipa de enfermagem dos serviços’

O EC em USF pressupõe um aprofundamento de competências, bem como o desenvolvimento de outras para a prestação dos melhores cuidados à comunidade, grupo ou indivíduo. Para tal, torna-se necessário desenvolver capacidades de tomada de decisão, análise crítica das situações e reflexão crítica.

Este último objetivo levou-me a que me integrasse melhor na equipa de enfermagem da USF pelo facto de perceber melhor como a equipa se relacionava entre si e como tomavam as decisões. Para que isto acontecesse a equipa tinha reuniões às sextas-feiras entre as doze horas e as catorze, com a finalidade de fazer um balanço semanal das atividades/ discussão de assuntos relacionados quer com a USF quer com o Centro de Vacinação.

Assim, este objetivo foi concluído com o desenvolvimento das seguintes competências, segundo a OE (2012):

“(68) Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.

(20) Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de Enfermagem;

(21) Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências;

(24) Ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados;

(91) Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas.”

2- ATIVIDADES PLANEADAS E DESENVOLVIDAS EM CUIDADOS DE SAUDE HOSPITALARES

Ao longo deste capítulo, irei relatar todas as atividades desenvolvidas, sendo que aqui também irei descrever as competências que adquiri em cada atividade que realizei ao longo do EC. Deste modo, será mais visível verificar se os objetivos delineados inicialmente foram ou não, obtidos com sucesso.

2.1 – OBJETIVO I

‘Estrutura do serviço de urgência geral do Hospital Infante D. Pedro do CHBV-Aveiro’

Com o decorrer do EC, deparei-me com a importância de adquirir um conhecimento mais abrangente do hospital distrital da região litoral centro do país, no que se refere à área circundante e aos recursos disponíveis. Deste modo, é pertinente realizar um enquadramento geográfico da cidade de Aveiro, visto que, é nesta região que a instituição hospitalar se encontra.

A equipa do SUG é de natureza multidisciplinar, esta é constituída por assistentes operacionais, enfermeiros e médicos. Todos estes laboram em equipa de modo que todas as necessidades dos utentes sejam anuladas durante a sua “estadia” no SUG.

A equipa de SUG é constituída por oitenta enfermeiros, estes encontram-se divididos pelo seguinte horário de trabalho: manhã (8h-16h), tarde (15h30-00h), noite (20h-8h30; 23h30-8h30) e manhã tarde (8h-20h30). O método de trabalho usado no SUG é o trabalho em equipa, onde cada membro da equipa multidisciplinar colabora com o seu conhecimento de maneira que, a razão pela qual o utente se deslocou ao SUG seja solucionada.

Na minha opinião, esta é uma metodologia de trabalho adequada para o SU, visto que, através dela todos beneficiam dos conhecimentos e destreza de cada elemento da equipa multidisciplinar, vivenciando-se assim um maior espírito de entreatajuda. Foi-me possível constatar, que esta metodologia de trabalho possibilita um ambiente favorável a uma prestação de cuidados de melhor qualidade.

Nesta época de pandemia este serviço sofreu algumas mudanças a nível da sua estrutura, assim sendo é composto por diversas áreas, sendo as seguintes: área de admissão; sala de

triagem; área dos utentes triados de azul, verdes e amarelos; área de psiquiatria; área de ortopedia; área de cirurgia/especialidades cirúrgicas; área de pequena cirurgia; gabinete do pessoal de enfermagem; SMI (Serviço de Medicina Intensiva); área de inaloterapia; área de medicina; área da sala de observações; área de coordenação e bem-estar; área de *stock* de material, área do gabinete dos seguranças, da sala de espera de acompanhantes e por ultimo uma unidade Covid onde tem uma sala de triagem Covid, sala de emergência, Sala de sujos, sala de enfermagem, sala de testes Covid, sala de espera (CovidA) e sala de internamentos (CovidC).

Quando um doente chega ao SUG, dirige-se ao balcão de inscrição onde é realizada uma ficha para a sua admissão na urgência. Depois, são chamados pelo enfermeiro da triagem, onde é triado de acordo com a triagem de Manchester (ANEXO A), sendo-lhe atribuída uma pulseira com a cor e é orientado para a especialidade adequada ao motivo de vinda.

No momento da realização do EC apenas existiam duas vias verdes, e estas são, via verde Acidente Vascular Cerebral (Anexo B) e via verde Coronária (Anexo C). A criação das vias verdes teve enquanto objetivo uma abordagem médica e de enfermagem mais rápida, com maior rapidez na execução dos exames complementares, de maneira a conseguir um diagnóstico o mais precocemente possível.

Um doente que necessita de observação mais pormenorizada e regular fica na sala observação, visto que, os doentes apesar de serem monitorizados também têm uma vigilância de forma mais criteriosa antes de irem para o domicílio ou para o internamento.

Ao longo do ensino clínico no SU, pude integrar uma equipa multidisciplinar, este foi um marco importante como aluna de enfermagem, ao conhecer as dinâmicas do SU, pude entender o funcionamento de uma equipa multidisciplinar, como também prestar cuidados de enfermagem ao doente.

O SUG no hospital distrital da região litoral centro do país, é uma urgência médico-cirúrgica, este serviço tem a capacidade para a entrada, recuperação e estabilização de doentes em estado crítico com posterior internamento, assim como identificação de situações clínicas especiais que necessitem de transferência para outras unidades hospitalares centrais.

Assim sendo, relativamente a este objetivo, no primeiro dia de EC uma das enfermeiras do serviço apresentou-me as diferentes valências e a equipa que iria integrar. A apresentação é essencial uma vez que nos permite perceber a dinâmica do serviço e da Equipa. Considero que este objetivo foi alcançado, visto que, sou capaz de reconhecer a estrutura física, orgânica e funcional do SUG.

Portanto, permitiu-me adquirir certas competências recomendadas pela OE (2012), para o enfermeiro de cuidados gerais, tais como:

“(10) - Respeita o direito do cliente à privacidade;

(14) - Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados;

(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;

(78) – Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde.”

2.2 – OBJETIVO II

‘Complexidade dos problemas de saúde dos utentes no contexto de urgência/emergência.’

Os doentes que se dirigem ao SUG podem expor diversas situações de diferentes naturezas, contemplando natureza cirúrgica, médica, traumática, social ou comportamental. Do qual, cabe ao enfermeiro realizar uma avaliação apropriada e rigorosa, de maneira a reconhecer de modo atempado os problemas de saúde e desenvolver respostas adaptadas.

Desta maneira, é relevante o enfermeiro ter sempre presente dois conceitos, que demonstram o seu interesse na tomada de decisões no que se refere à prioridade de atendimento, designadamente: urgência e emergência. Segundo a Direção Geral de Saúde (2001; cit. por Correia, 2013), urgência entende-se como toda a situação clínica de instalação súbita, desde a não grave até à grave, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais. Enquanto por emergência entende-se como toda a situação clínica de estabelecimento súbito, em que há, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais. Chapleau (2008), refere que os dois conceitos têm em comum é serem quadros clínicos, no qual quando não são tratados podem mostrar risco de vida ou mesmo morte, porém distinguem-se pelo aparecimento ou pelo agravar do estado clínico e pela necessidade de atuação.

Segundo o mesmo autor, a avaliação inicial reparte-se em duas fases, avaliação primária (Contacto inicial, permitindo avaliar o estado geral do doente) e avaliação secundária (após o despistar dos sinais de perigo iminente, entende-se a avaliação dos sinais vitais, a história clínica e a inspeção denominada de “cabeça aos pés”).

No SUG a metodologia usada para abordar um doente é com base na realização da avaliação primária referindo-se à abordagem “*Air/Breathing/Circulation/Disfunction/Exposure*” (mais conhecida por abordagem “A/B/C/D/E”) (Anexo D), e seguidamente a uma abordagem mais detalhada na avaliação secundária referindo à abordagem “Avaliação de Sinais Vitais/Medidas de conforto/História clínica/Inspeção da cabeça aos pés” (mais conhecida por abordagem “F/G/H/I”) (Anexo D).

Ao longo das seis semanas de EC, tive a possibilidade de ver como era realizado o processo de triagem através do sistema de triagem de Manchester. Segundo o Grupo Português de Triagem (2015), este é um processo pelo qual se baseia a avaliação clínica, do utente que recorre ao SUG. Esta mesma avaliação é constituída com base na queixa que este expõe sendo este o principal sinal/sintoma identificado pelo utente ou pelo profissional de saúde que motiva o utente a dirigir-se ao serviço de urgência. Deste modo, foram realizados cinquenta fluxogramas com base nas queixas apresentadas, as que incluem quase todas as situações apresentadas nos serviços de urgência.

As patologias mais comuns neste serviço são as alterações ao nível eletrolítico, tais como, hiponatremia e hipocalemia.

Desta maneira, pude perceber que diversas vezes a situação de entrada do utente pode agravar, logo deste modo o enfermeiro tem de ter uma perceção global do doente, isto é, este tem de ter conhecimento do motivo da admissão e os antecedentes pessoais do mesmo.

Pela descrição das atividades descritas, realizei de forma satisfatória o objetivo.

Sendo assim, permitiu-me adquirir certas competências recomendadas pela OE (2012) para o enfermeiro de cuidados gerais, tais como:

“(2) - Reconhece os limites do seu papel e da sua competência;

(4) - Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício;

(5) - Exerce de acordo com o Código Deontológico;

(8) - Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação;

(11) - Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de Enfermagem e de saúde;

(20) - Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de Enfermagem;

(27) - Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde;

(34) - Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspetiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da 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;

(47) - Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais;

(52) - Documenta o processo de cuidados;

(53) - Implementa os cuidados de Enfermagem planeados para atingir resultados esperados;

(54) - Pratica Enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente;

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

(65) - Comunica com o cliente e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder.”

2.3 – OBJETIVO III

‘Cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa e família, usando a metodologia do processo de enfermagem.’

Para a concretização deste objetivo, foi exigido uma aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos, ao longo dos quatro anos da licenciatura.

Enquanto aluna pude passar por todos os pontos que o SUG mostrava, e em cada um deles pude prestar cuidados diferenciados aos utentes que recorriam a este serviço, o local onde houve oportunidade de por em prática todos os conhecimentos adquiridos ao longo da licenciatura com maior autonomia e prontidão, foi o balcão de medicina. Aqui pude colocar em prática diversas técnicas que fui aprendendo durante os quatro anos de formação académica. Os doentes eram puncionados e era administrado terapêutica conforme a prescrição médica, eram realizadas colheitas de sangue e urina conforme o pedido médico. Além disso, também pude prestar cuidados de higiene e conforto aos doentes que aqui se encontravam neste balcão, em que muitas das vezes eram dependentes em grau moderado a grau elevado. Uma das técnicas onde houve necessidade de um maior auxílio foi na punção venosa periférica.

Durante as seis semanas também tive a oportunidade de passar pelo balcão de cirurgia. Deste modo, acho que o apoio familiar ou pessoas significativas são um aspeto essencial, no âmbito da prestação dos cuidados dos doentes. É de extrema relevância, que as famílias participem e sejam envolvidas nas decisões dos cuidados, especialmente quando o doente não está consciente ou não reúne as condições exigidas para as tomadas de decisão. Desta forma, promovi uma relação interpessoal com o doente/família, disponibilizando-me juntamente com a equipa de enfermagem, para que pudessem expor as suas dúvidas, medos e angústias.

No SUG no hospital distrital da região litoral centro do país, enquanto estudante tive a oportunidade de intervir em situações de emergência, com monitorização do enfermeiro orientador e da restante equipa. Quando havia entrada de um doente na sala de emergência, o primeiro passo era a monitorização, que consistia na avaliação dos parâmetros vitais. Tive a possibilidade de efetuar a avaliação e monitorização de sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigénio, temperatura timpânica e dor); puncionar acessos venosos; efetuar colheita de sangue para análises; efetuar algaliação do doente, com posterior avaliação do débito urinário (da característica e da quantidade do conteúdo drenado pela sonda vesical).

O sistema informático utilizado no SUG era o Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF), aqui eram realizados os registos de enfermagem.

Desta forma, concluo que o objetivo foi bem realizado.

Sendo assim, permitiu-me adquirir certas competências recomendadas pela OE (2012) para o enfermeiro de cuidados gerais, tais como:

“(6) - Envolve-se de forma efetiva nas tomadas de decisão éticas;

(7) - Atua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no código deontológico;

(9) - Garante a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional;

(15) - Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos;

(21) - Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim com outras evidências;

(23) - Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas ou outras evidências;

(28) - Atua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte;

(91) - Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas;

(92) - Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção e aperfeiçoamento das competências;

(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.”

2.4 – OBJETIVO IV

‘Gestão dos recursos humanos e materiais do Serviço de Urgência Geral’

Para a realização deste objetivo foi necessário observar qual a missão SUG. Segundo o CHBV (2016), a missão do SUG é “Diagnóstico rápido de condições agudas que comprometam a vida dos utentes, aplicando medidas céleres de reanimação e suporte de funções vitais entre outras terapêuticas emergentes.”, pois esta incorpora o melhoramento da qualidade de vida dos utentes, garantindo simultaneamente o incremento profissional dos colaboradores.

A visão do SUG é, desenvolver um trabalho de qualidade firme numa boa comunicação, respeito entre todos os elementos da equipa multidisciplinar, ajudando para o progresso profissional e responsabilização pelo trabalho desenvolvido.

Os valores do SUG são: orientação para os cidadãos-utilizadores

No âmbito da gestão, realizei a análise *SWOT*. Segundo Fernandes (2011) esta é uma análise descrita como um meio de diagnóstico estratégico integrado no para avaliação de determinadas áreas, de forma a conseguir-se uma melhoria contínua do serviço. A palavra “SWOT” provém da língua inglesa, pelo que as suas iniciais se interligam com palavras que as caracteriza: S - *Strengths* (pontos fortes); W - *Weaknesses* (pontos fracos); O - *Opportunities* – (oportunidades); T - *Threats* – (ameaças). Os pontos fortes e pontos fracos estão incluídos no ambiente interno e, por tanto, diz respeito a um espaço influenciado e gerido pela organização. As oportunidades e as ameaças, diz respeito ao ambiente externo, onde os elementos existentes não podem ser previstos ou controlados pela organização. Para uma melhor perceção de como funciona, passo a enumerar alguns dos pontos da Análise *Swot* realizada ao SUG.

1. Pontos fortes (*Strengths*)

- Qualidade técnica e científica dos profissionais;
- Corpo de enfermagem rejuvenescido;
- Apetência à inovação científica;
- Relação equilibrada entre a equipa multidisciplinar.

2. Pontos fracos (*Weaknesses*)

- Incapacidade de cumprir tempos de resposta;
- Resistências à mudança;

3. Oportunidades (*Opportunities*)

- Localização geográfica, o SUG situa-se numa região com uma considerável importância económica e bem servido de infraestruturas;
- Aumento dos conhecimentos básicos de saúde por parte da população;
- Sistemas de informação integrados.

4. Ameaças (*Threats*)

- Fragilidade na conjuntura macroeconómico;
- Envelhecimento da população;
- Baixa cultura de cooperação entre as estruturas do sistema nacional de saúde.

Relativamente à análise da matriz *SWOT* representada anteriormente, os aspetos mais importantes a considerar passam pelo facto de as oportunidades terem interação positiva, pois a equipa é particularmente jovem. Quanto às ameaças verificou-se logo a primeira, sendo a que se destaca, a fragilidade na conjuntura macroeconómico. O que se de certa forma justifica diversos pontos fracos do SUG, como por exemplo,

O objetivo pela realização das atividades descritas no mesmo, este objetivo foi cumprido.

Sendo assim, permitiu-me adquirir certas competências recomendadas pela OE (2012) para o enfermeiro de cuidados gerais, tais como:

“(17) - Prática de acordo com a legislação aplicável;

(26) - Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo;

(32) - Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais;

(68) - Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.”

3 – ATIVIDADES EXTRACURRICULARES DESENVOLVIDAS

Ao longo do EC foram realizadas variáveis atividades que estavam previamente planeadas, mas também surgiram algumas oportunidades de aprendizagem que aproveitei para o meu desenvolvimento enquanto estudante e futura enfermeira.

Na área cuidados de saúde primários, tive a oportunidade de observar e colaborar na colocação de um cateter venoso periférico para conexão com sistema de soro com a finalidade de estabilizar a utente, esta não aceitou que eu fizesse o procedimento justificando que eu era uma aluna e a enfermeira estava mais apta para o fazer. No entanto, colaborei na palpação para pesquisa de acessos venosos periféricos. Em algumas visitas domiciliárias observei como a equipa de apoio social colaborava com o bem-estar do doente nas diversificadas situações. No último dia no centro de vacinação sobraram bastantes vacinas, pois as pessoas tinham faltado. Então eu e a enfermeira tutora começamos a convocar utente telefonicamente com idade superior a sessenta anos para serem vacinadas nesse dia.

Por outro lado, na área hospitalar, como nunca tinha estado em um contexto de urgência/emergência tive a oportunidade de observar diversos procedimentos como drenagem de um pneumotórax, lavagem gástrica por ingestão voluntária medicamentosa, avaliar AVC através da tabela de NIHSS e as diferenças no TAC e AngioTAC.

4. SEMINÁRIOS DE INTEGRAÇÃO À VIDA PROFISSIONAL

Os seminários de integração à vida profissional ocorreram em 20 horas, sem contar com o tempo do EC em que o mentor de todos foi o prof. António Batista. Os temas abordados nos seminários foram os seguintes:

TEMA	DATA	HORAS	ORADORES/COLABORADORES
Elaboração do Curriculum Vitae	11 e 13 de Maio de 2021	4H	Prof. António Batista
Estatuto Disciplinar da Administração Pública	18 de Maio 2021	2H	Prof. António Batista
Implicações legais na Prática Profissional de Enfermagem no setor Público/Empresarial/Cooperativo e Privado	20 de Maio	2H	Prof. António Batista
Seminário Medicina Forense	25 de Maio	2H	Dr. José Martins Valbom- moderador Prof. António Batista
Organizações Profissionais :			Moderador Prof. António Batista:
Ordem dos Enfermeiros	27 de Maio	2H	Presidente do Conselho de Jurisdição da OE da Secção Regional do Centro - Enf Valter Amorim
Organizações Sindicais Mesa Redonda	1 de Junho	2H	DRC SINDEPOR - coordenador Enf Nuno Couceiro da Costa SINDICATO INDEPENDENTE DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM - Enf. Fernando Mendes Pereira SEP - Recusou convite alegando o dia e o formato
As Novas Dimensões do Cuidar em Enfermagem	8 de Junho	2H	Moderador Prof. António Batista - prof. Doutora Ângela Simões
Hospitalização Domiciliária	15 de Junho	2H	Moderador Prof. António Batista - Enf Nino Coelho
Do Percurso Profissional às Novas Orientações da DGS sobre o Programa de Saúde Mental	17 Junho	2H	Moderador Prof. António Batista - Enf. Marco Martins

Fig.2 - Lista dos seminários assistidos

Fonte: Autoria própria

4.1 Elaboração de um Currículo Vitae

Foram abordados os principais tipos de currículo. Aprendemos a converter um currículo acadêmico em um currículo profissional, destacando as áreas de interesse para onde nos estamos a candidatar, enumerar as atividades da mais recente para a mais antiga, entre outros.

4.2 Estatuto Disciplinar da Ordem dos Enfermeiros

A OE tem como objetivo a regulamentação e disciplina da profissão de enfermagem, bem como a defesa dos interesses gerais dos destinatários dos serviços de enfermagem e a representação e defesa dos interesses da profissão.

Cada enfermeiro é importante para o desenvolvimento da profissão, contribuindo para sua valorização e visibilidade social, numa perspetiva de melhoria dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos.

O enfermeiro tem como princípios universais a igualdade, a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional.

Os princípios orientadores da profissão devem ser:

- A excelência do exercício na profissão;
- A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade;
- O respeito pelos direitos humanos na relação.

4.3 Enfermagem Forense

O tema abordou a área forense e a sua importância para a prática de enfermagem.

A enfermagem forense dedica-se à investigação e interpretação clínica de lesões forenses no vivo ou no cadáver em resultado de maus-tratos, abuso sexual e outras formas de violência em colaboração com o sistema judicial, podendo desta forma auxiliar também com o seu parecer no processo de investigação de uma morte seja ela uma morte de causa violenta ou indeterminada.

Os enfermeiros de serviços de urgências ou de uma equipa de emergência médica são muitas vezes os primeiros a interagir com uma situação de crime, com as suas vítimas e muitas vezes inclusivamente com os seus autores e, por isso, devem estar devidamente preparados para lidar com tal situação, socorrendo devidamente mas tendo também especial cuidado em não adulterar ou perder possíveis vestígios quer no espólio, quer no próprio corpo das pessoas assistidas (vítimas ou autores de crimes), recolhendo-os e preservando-os devidamente. Um

enfermeiro forense deve estar também apto para reconhecer e alertar sobre possíveis situações de crime alertando as autoridades competentes.

5 - ANALISE REFLEXIVA

A observação e colaboração com a equipa nas diferentes atividades permitiu um enriquecimento, na medida em que foi possível o aprofundamento de conhecimentos adquiridos anteriormente, bem como a aquisição de novos.

Feita a retrospectiva das atividades realizadas, o que conclui é que foi uma colaboração positiva. Ao longo destas semanas, todas as atividades realizadas foram sempre com o acompanhamento de uma postura correta, bom espírito, simpatia e com certeza, bem como, fundamentação daquilo que estava a ser feito.

As primeiras três semanas, foram mais um período de integração em ambos os serviços que correu bem, não só pela receção calorosa, mas também pelas oportunidades de colaboração nas demais atividades.

Nas últimas semanas de cada local de EC, respetivamente, comecei a conhecer quer a USF quer os utentes que nela são seguidos o que leva a que nos possamos aperceber com os vários tipos de personalidades a que estamos sujeitos. Podemos realizar os cuidados de enfermagem de uma forma mais autónoma, mas sempre com a vigilância da enfermeira orientadora, o que facilitou para a realização dos objetivos de aprendizagem impostos no início do EC. E na Urgência Geral em relação aos objetivos definidos na introdução, foram alcançados. Durante a realização do relatório descrevi as atividades que desenvolvi neste EC, examinando se os objetivos delineados no plano de trabalho foram alcançados, avaliei o desempenho individual e ponderei acerca da aquisição de competências. Em relação à parte relacional, senti dificuldades na abordagem aos utentes, as quais tentei ultrapassar ao longo do EC. A comunicação com a equipa de enfermagem progrediu ligeiramente ao longo do EC. Senti-me muitas vezes insegura e pode ter sido isto que acabou por me prejudicar na prestação ao longo do EC.

O balanço foi muito positivo, pois tivemos em contato com várias etapas do ciclo vital e com os variados tipos de doenças. Conclui-se ainda que os objetivos foram claramente cumpridos e que desenvolvi diversas competências, principalmente, práticas.

Foi possível desenvolver a minha destreza, autonomia e autoconfiança, procurei dar o meu melhor, demonstrei sempre disponibilidade e interesse nos momentos de aprendizagem e realizei pesquisas acerca dos diversos temas abordados nas consultas de enfermagem, pelo que

considero que existiu equilíbrio entre os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas.

Relativamente aos objetivos, e intervenções que me propus realizar para os atingir, foram atingidos com sucesso e ainda consegui integrar um trabalho para publicar no serviço que surgiu após a entrega do plano de trabalho.

CONCLUSÃO

Para a elaboração do presente relatório, pretendi refletir e indicar quais as atividades por mim desenvolvidas para atingir os objetivos propostos, quais as dificuldades encontradas na execução das mesmas e as estratégias utilizadas para as colmatar pois, apenas desta forma, terei a capacidade de avaliar o meu desempenho e evolução ao longo do EC-IVP. Visando um aperfeiçoamento crescente na prestação de cuidados, bem como, uma aquisição e desenvolvimento de competências relativas ao papel do enfermeiro de família em USF como do enfermeiro num SU.

Estes objetivos foram claramente cumpridos, pois tudo o que foi realizado foi tendo em conta os conhecimentos adquiridos anteriormente em outros EC's e nas aulas teóricas e, sem essa base de conhecimentos científicos e técnicos adquiridos durante o período teórico, não era possível realizar o EC-IVP nem participar nas diversas atividades.

Segundo Hennessy & Gladin (2006), o papel de enfermeiro de família engloba muitas funções já definidas para os enfermeiros que trabalham em USF, o que é novo “é o foco nas famílias e no domicílio como cenário onde os membros da família devem, juntos, tomar decisões sobre os seus próprios problemas de saúde e criar um conceito de família saudável”.

Com isto, posso afirmar que os objetivos presentes no início deste relatório foram cumpridos, uns mais dificilmente que outros, mas principalmente com a entre ajuda que houve entre os enfermeiros orientadores e a professora orientadora para comigo ajudou-me bastante para que fosse possível realizá-los.

Não esquecendo que os utentes desta USF também tiveram grande influência como também os doentes que se dirigiram ao SU, porque tudo começou neles. Tendo sido bastante acolhedores, o que possibilitaram que houvesse harmonia e organização em tudo o que se realizava.

A escolha destes serviços foi da minha responsabilidade. A escolha no SUG foi por uma questão pessoal de gosto e para poder ampliar o meu leque de conhecimentos de saúde nas diversas áreas. Admito que inicialmente estive um pouco assustada com esta nova realidade, pois o grau de exigência era elevado. Este facto, conduziu-me à procura de informação e atualização dos conhecimentos existentes, com a finalidade de dar resposta quer aos cuidados prestados quer ao meu orientador de maneira satisfatória. Ao concretizar este percurso tive a perceção de que afinal o mundo da saúde é “gigantesco” e que progressivamente a

competitividade na obtenção de conhecimentos é fundamental para a existência de qualidade nos cuidados de saúde.

Não me posso esquecer que um enfermeiro tem de ser “50%/50%, isto é, não adianta ter o mais apurado conhecimento, se não tiver o mínimo de humanização” (Kochlan, S. 2020) A minha intenção com todo o trabalho que desenvolvi ao longo destes quatro anos foi dar a conhecer tanto aos enfermeiros que me orientaram neste percurso, mas em especial aos nossos utentes, esta visão que partilho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carta de Ottawa (1986). A Promoção da saúde. Acedido em junho 20, 2021, em DGS: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- Centro Hospitalar do Baixo Vouga (2016). *Urgência*. Acedido em junho 20, 2021, em Centro Hospitalar do Baixo Vouga: <http://www.chbv.min-saude.pt/servicos-clinicos/urgencia/>
- Chapleu, W (2008). *Manual de emergências: Um guia para primeiros socorros*. Elsevier. Acedido em junho 20, 2021.
- Correia, S. C. C. C. (2013). *Papel do enfermeiro na sala de emergência e no transporte inter hospitalar do doente crítico*. Acedido em junho 20, 2021, em Repositório Comum: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/5474/1/Projeto%20S%C3%ADlvia%20Correia.pdf>
- DGS (2008) *Programa nacional de saúde reprodutiva*. Acedido em junho 20, 2021, em DGS: <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/home.aspx>
- DGS (2013) *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Acedido em junho 20, 2021, em DGS: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- DGS (2016) *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Acedido em junho 20, 2021, em DGS: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-avigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- DGS (2017) *Programa nacional de vacinação*. Acedido em junho 20, 2021, em DGS: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-devacinacao/programa-nacional-de-vacinacao.aspx>
- Fernades, IGM (2011) *Planejamento estratégico: análise SWOT. Três lagoas -senhora*. Faculdade integradas. Acedido em junho 20, 2021, em: <<http://revistaconexao.aems.edu.br/wp-content/plugins/download-anexos/inclui/download.php?id=1362>>
- Grupo Português de Triage (2015). *Sistema de triagem de manchester*. Acedido em junho 20, 2021, em Grupo Português de Triage: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4
- Howard, P. e Steinmann, R (2011). *Enfermagem de urgência: da teoria à prática* (6ªed.) (2015). Loures: Lusociência.

- Lemos, R., Jorge, L., Almeida, L. e Castro, A. (2010). Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 12(2), 354-359. Acedido em junho 20, 2021, em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a20.htm
- OMS (2019). *Cuidados de saúde primários*. Acedido em junho 20, 2021, em Organização Mundial de Saúde: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Acedido em junho 20, 2021: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf
- Ordem dos enfermeiros (2011). *Guia orientador de boas práticas- cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Acedido em junho 20, 2021, em Ordem dos enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Acedido em junho 20, 2021, em Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ordem dos enfermeiros (2013). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Acedido em junho 20, 2021, em Ordem dos enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf
- Ordem dos Médicos (2018). *Citologia cervical (esfregaço de papanicolau) em mulheres entre os 25 e 65 anos de idade*. Acedido em junho 20, 2021, em Ordem dos Médicos: <https://ordemdosmedicos.pt/citologia-cervical-esfregaco-de-papanicolau-emmulheres-entre-os-25-e-65-anos-de-idade/>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência, Acedido em junho 20, 2021.
- SNS (2018). *Teste do pezinho*. Acedido em junho 20, 2021, em SNS: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/07/12/teste-do-pezinho/>

APÊNDICE

APÊNDICE A - Planeamento de uma Consulta de Enfermagem

NO ÂMBITO DO PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA DIABETES: ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM

Planeamento

1ª Parte – Avaliação dos parâmetros antropométricos e sinais vitais

- Apresentação

- Aproveitar que a pessoa acabou de chegar e está de pé, e deslocar para a sala de pesar e despir e realizar:

- Monitorização do peso e altura;
- Medição do perímetro abdominal.

- De volta ao gabinete de enfermagem:

- Monitorizar o IMC;
- Avaliar a TA e FC;
- Monitorizar a glicémia capilar.

2ª Parte – Avaliar se o utente apresenta cuidado ou não com esta condição

- Realização de um teste, no SClínico, que tem como finalidade avaliar o risco de desenvolver ou agravar a diabetes tipo II:

- Se pratica, atividade física, diariamente, durante 30 minutos? (0 pontos-sim; 2 pontos - não);
- Com que regularidade come vegetais e/ou fruta? (0 pontos- todos os dias; 1 pontos - às vezes);
- Se toma, ou tomou, com regularidade medicamentos para a Hipertensão Arterial? (0 pontos-não; 2 pontos-sim);

- Se alguma vez teve o açúcar elevado no sangue, por exemplo se for mulher e já ter estado grávida, (diabetes gestacional)? 0 pontos-não; 5 pontos-sim);
 - Se tem algum membro na família que tenha sido diagnosticado diabetes (Tipo I ou Tipo II)? (0 pontos-não; 3 pontos-sim: avós, tias, tios ou primos 1º grau; 5 pontos- sim: pais, irmãos, irmãs ou filhos);
- Avaliar nível de risco de vir a desenvolver a patologia segundo a pontuação:
- <7 baixo: calcula-se que 1 em cada 100 desenvolverá a doença;
 - 7-11 Sensivelmente elevado: calcula-se que 1 em cada 25 desenvolverá a doença;
 - 12-14 Moderado: calcula-se que 1 em cada 6 desenvolverá a doença;
 - 15-20 Alto: calcula-se que 1 em cada 3 desenvolverá a doença;
 - > 20 Muito Alto: calcula-se que 1 em cada 2 desenvolverá a doença;

3ª Parte – Realizar diagnósticos para implementar intervenções

- Avaliar o estado clínico da pessoa e fazer o ensino para a promoção da saúde:
- Explicar o que é a diabetes, os seus riscos para a saúde e as suas complicações;
 - Mostrar quais os alimentos que devem consumir e em que quantidade;
 - Referir a importância do exercício físico diário e o cuidado especial a ter com os pés e olhos;

4ª Parte – Agendamento da próxima consulta

- Assegurar que a comunicação entre o enfermeiro-utente foi clara e que a informação foi entendida;
- Retirar dúvidas;
- Marcar a próxima consulta e fazer os registos no SClinico.

Implementação e Avaliação da Consulta

Utente: Sra. A

Peso: 50 kg

Perímetro Abdominal: 89 cm

TA: 127/90

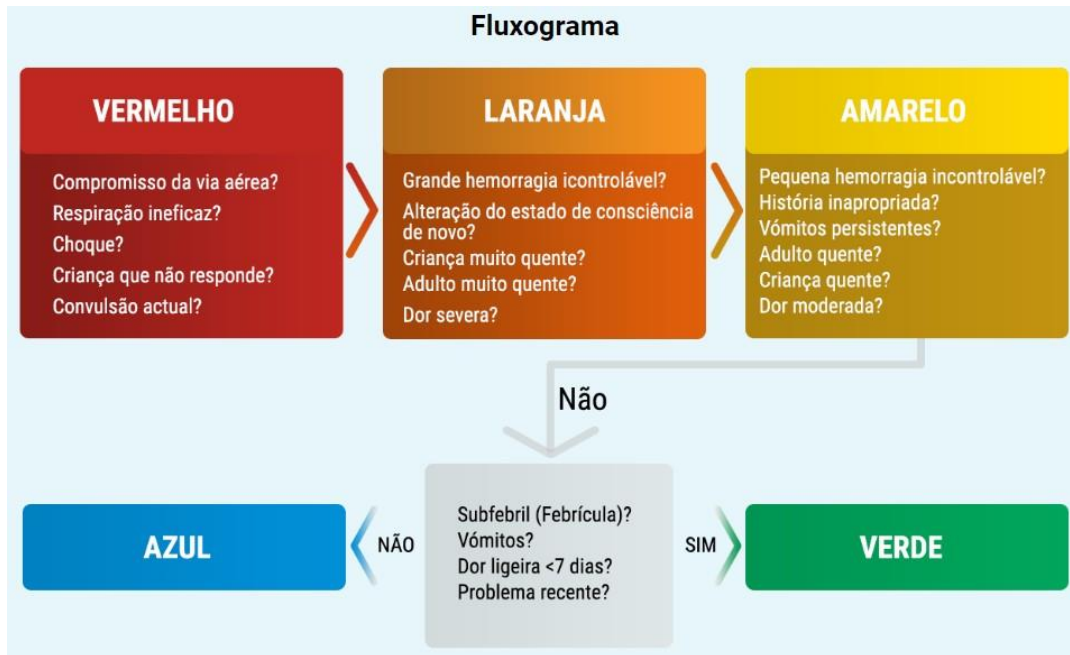
FC: 72 bpm

Glicémia Capilar: 203

Ao analisarmos estes dados, que não foram nada de alarmantes, chegamos à conclusão precisávamos aconselhar a utente quanto à sua alimentação, especialmente quanto aos fritos, visto que esta referiu que os cozinhava com regularidade e quanto ao número de peças de fruta que comia ao longo do dia, devendo ter cuidado com o açúcar que advém desta. Quanto à glicémia capilar a senhora admitiu que tinha tomado o pequeno-almoço à menos de 2h e que utilizou açúcar no café, daí o valor da glicémia estar elevado.

ANEXOS

ANEXO A – Triagem de Manchester



Fluxograma da Triagem de Manchester

Fonte: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article

&i

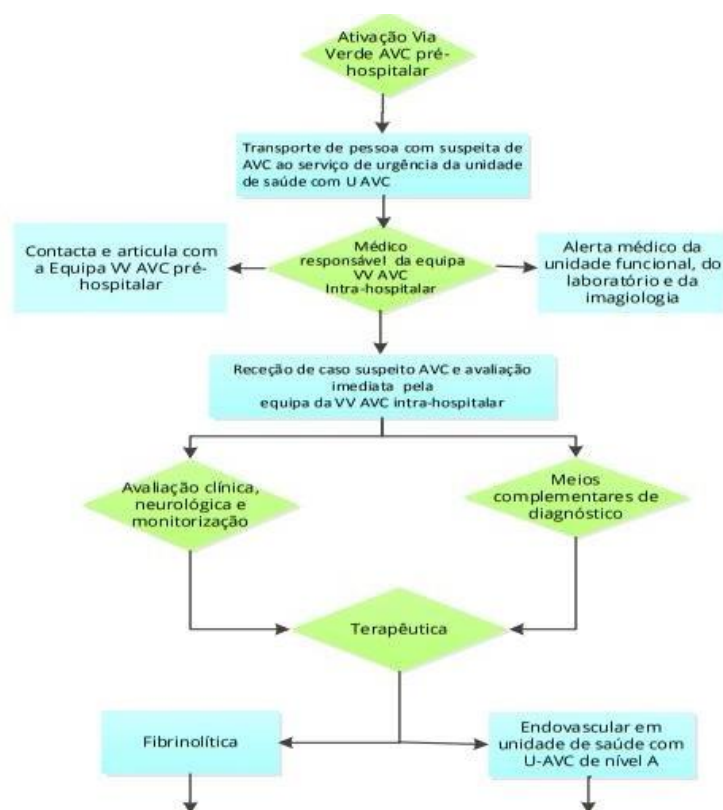


Tempo Alvo previsto de atendimento

Fonte: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article

&i

ANEXO B – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

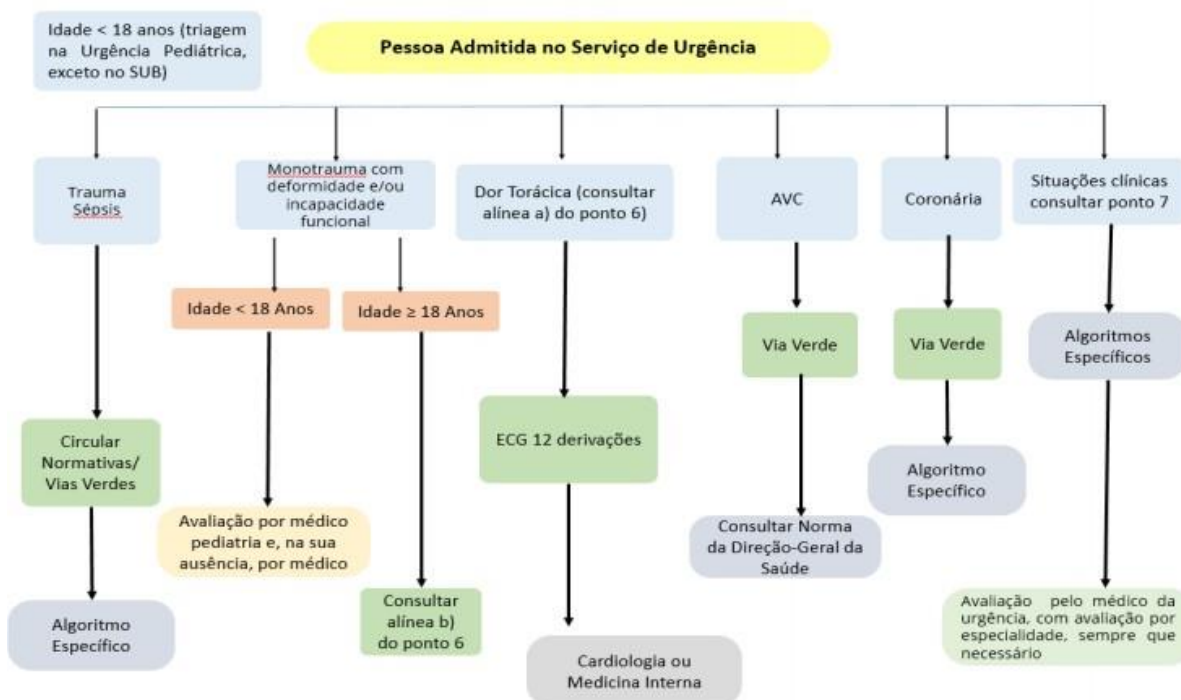


Algoritmo da Via Verde Acidente Vascular Cerebral

Fonte: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>

A via verde AVC pode ser ativada pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes, pelos serviços de emergência médica, durante a triagem na chegada ao serviço de urgência, ou por um médico de medicina interna ou neurologista; no SUG do hospital distrital da região centro do país, quando existe uma vinda de uma via verde AVC, o doente dava entrada na sala de emergência, onde era monitorizado, colocado, pelo menos, um acesso periférico venoso, eram feitas colheitas de sangue para análise e posteriormente, era levado até ao serviço de radiologia para realizar uma Tomografia Computorizada (TAC). De seguida, o neurologista/médico de medicina interna decide, com base na TAC e no preenchimento de um questionário com critérios de inclusão e exclusão se o utente é sujeito a trombólise, se é para tratamento conservador ou para transferir para outra unidade hospitalar onde possa efetuar trombectomia.

ANEXO C – Via Verde Coronária



Fluxograma de pessoa admitida no serviço de urgência

Fonte: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>.

A via verde coronária, pode ser ativada na chegada ao serviço de urgência ou pelos serviços de emergência médica, no SUG do hospital distrital da região litoral centro do país. Quando havia chegada de uma via verde coronária, o doente era monitorizado; colocada oxigenoterapia; colocados dois acessos periféricos venosos de grande calibre (por exemplo, cateter 18G); eram realizadas colheitas de análises; realizava um eletrocardiograma, com 12 derivações onde se poderá visualizar a principal causa dos sintomas mostrados pelo utente. Este poderá iniciar medicação logo após a entrada no SU, no entanto isso depende da decisão do médico assistente. Após a estabilização do doente este pode ir para o balcão de medicina ou para o internamento.

ANEXO D – Abordagem primária/secundária

<i>A (via aérea)</i>	Avaliação da permeabilidade da via aérea e visualização da presença de corpos/substâncias estranhas (próteses, dentes, sangue, vômito, secreções) que consigam causar obstrução ao nível da boca ou orofaringe. Todas as manobras realizadas para a via aérea devem ser efetuadas com a coluna cervical em alinhamento anatómico correto.
<i>B (respiração)</i>	Avaliação da presença e eficácia dos movimentos respiratórios (amplitude, espontaneidade respiratória, frequência, mobilização simétrica do tórax ou padrão rítmico).
<i>C (circulação)</i>	Avaliação da circulação, do pulso e das suas características (frequência, ritmo, profundidade). Assim como, da avaliação do preenchimento capilar, cor, temperatura, hidratação da pele e presença de diaforese.
<i>D (disfunção neurológica)</i>	Avaliação do estado de consciência, da mesma maneira que implica a avaliação da dimensão, simetria e reatividade pupilar
<i>E (exposição/controlo ambiental)</i>	Examinar o doente respeitando a sua privacidade, retirando-lhe o vestuário para detetar eventuais sinais de patologia ou trauma.
Abordagem Secundária	
<i>F (sinais vitais e monitorização específica)</i>	Avaliação dos 5 sinais vitais (pulso, pressão arterial, frequência respiratória, dor e temperatura). Monitorização cardíaca e avaliação da saturação de oxigénio.

<i>G (proporcionar medida de conforto)</i>	Seleção da medida de conforto mais adequada à situação clínica em causa, como por exemplo: controlo da dor, estabilização de fraturas, posicionamento do doente ou aplicação de compressas quentes e frias.
<i>H (história clínica)</i>	Avaliação dos antecedentes pessoais e familiares importantes, recolhendo os dados objetivos e subjetivos.
<i>I (inspeção da cabeça aos pés)</i>	Avaliação sistémica, se a situação assim o exigir. Irá implicar com a observação completa da cabeça, face, pescoço, tórax, abdómen, pelve/períneo, membros superiores e inferiores, para identificação de anomalias.

Fonte: Adaptado de Howard, P. e Steinmann, R (2011). *Enfermagem de Urgência: Da teoria à Prática*. (6ªed.) Loures: Lusociência.