

POLI TÉCNICO GUARDA

Escola Superior de Saúde

RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO - INTEGRAÇÃO À VIDA PROFISSIONAL

PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE LICENCIADO(A) EM ENFERMAGEM

**Inês Mariana Sá Bidarra
Julho / 2023**

POLI TÉCNICO GUARDA

Escola Superior de Saúde

RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO - INTEGRAÇÃO À VIDA PROFISSIONAL

PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE LICENCIADO(A) EM ENFERMAGEM

Supervisão Pedagógica: Professor Paulo Jorge Cruz Tavares

Supervisão clínica no HSM SUMC: Enf. Hugo Brito

Supervisão clínica na UCSP do Teixoso: Enf.^a Paula Henriques.

Inês Mariana Sá Bidarra

Julho / 2023

AGRADECIMENTO

Ao Professor Paulo Tavares, pelo apoio, disponibilidade, presença e indicações promotoras de sucesso que emanou durante todo este processo.

A todos os enfermeiros orientadores em ambos os EC pela orientação, incentivo e oportunidade de aprendizagem e reflexão que proporcionaram ao longo deste percurso.

A toda a comunidade docente da Escola Superior de Saúde da Guarda que permitiram o desenvolver de todo o conhecimento que se refletiu posteriormente numa ação de sucesso no decorrer da prática.

A todos os Enfermeiros que ao longo dos 4 anos de licenciatura prestaram apoio, calma e permitiram desenvolver todos os conhecimentos teórico-práticos e a inteligência emocional que caracteriza a profissão, mas também pelos momentos de partilha e reflexão proporcionados.

A todos os meus colegas de curso, em especial à Catarina, à Catarina, à Sara e Tatiana.

E por último, aos meus pais e ao S. pelo apoio, paciência e compreensão nos períodos de maior ausência.

LISTA DE SIGLAS

ACeS- Agrupamento de Centros de Saúde
AO – Assistente Operacional
ARS- Administração Regional de Saúde;
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD – Atividade de Vida Diária
CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CLE - Curso de Licenciatura de Enfermagem
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CVC – Cateter Venoso Central
DGS – Direção Geral da Saúde
EC – Ensino Clínico
ECG – Eletrocardiograma
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
ESS – Escola Superior de Saúde
FC - Frequência cardíaca
GFUC – Guia de Funcionamento da Unidade Curricular
GH - Gestão de Horários
GHAF - Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia
HSM – Hospital Sousa Martins
HTA – Hipertensão Arterial
IMC- Índice Massa Corporal
INE – Instituto Nacional de Estatística
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
IPG – Instituto Politécnico da Guarda
IVP- Integração à Vida Profissional
KPC- Klebsiella Pneumoniae
OE- Ordem dos Enfermeiros
OMS- Organização Mundial de Saúde

PA- Pressão Arterial
PCR – Paragem Cardioespiratória
PE – Processo de Enfermagem
PNV-Plano Nacional de Vacinação
REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Integrados
RNU - Rede Nacional de Utentes
SARS-CoV-2 – Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SAV – Suporte Avançado de Vida
SBV-DAE - Suporte Básico de Vida com Desfibrilhador Automático Externo
SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica
SINUS - Sistema de Informação Nacional dos cuidados de Saúde Primários
SNS- Serviço Nacional de Saúde
SO – Sala de Observação
SU – Serviço de Urgência
SUB – Serviço de Urgência Básica
SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
SUP – Serviço de Urgência Polivalente
SV – Sinais Vitais
SWOT – Strengths, Weakness, Opportunities, Threats
TAC-CE – Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica
TIME- Tecido não viável ou gestão de tecido, controlo de infeção e inflamação, equilíbrio da humidade e avanço dos bordos
TMRG - Tempos Máximos de Resposta Garantidos
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UC-Unidade Curricular
UHD - Unidade de Hospitalização Domiciliária
ULS – Unidade Local de Saúde
UPP – Úlcera Por Pressão
USF-Unidade de Saúde Familiar
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VNI – Ventilação Não Invasiva
VV – Via Verde

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Listagem de Seminários	60
--	-----------

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTO	iii
LISTA DE SIGLAS.....	v
ÍNDICE DE TABELAS	vii
ÍNDICE GERAL	ix
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 - CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES.....	15
CAPÍTULO 2 – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	37
CAPÍTULO 3 –SEMINÁRIOS DE IVP	59
CONCLUSÃO.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
APÊNDICES	71
ANEXOS	116

INTRODUÇÃO

O presente documento surge como um elemento de avaliação, no âmbito da Unidade Curricular (UC) Ensino Clínico (EC) - Integração à Vida Profissional (IVP) em Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados de Saúde Primários, integrado no Plano Curricular do 4º Ano, 2º Semestre, da Licenciatura de Enfermagem (LE) – 1º Ciclo da Escola Superior de Saúde (ESS), do Instituto Politécnico da Guarda (IPG) durante o ano letivo 2022/2023, orientado pelo Docente Paulo Jorge Cruz Tavares. Este documento tem como finalidades: descrever de forma crítica e reflexiva as atividades realizadas ao longo do EC em função dos objetivos delineados e evidenciar de forma fundamentada as competências desenvolvidas inerentes ao exercício da profissão de enfermagem.

O EC integrou dois contextos, o primeiro realizado no Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC) do Hospital Sousa Martins – Unidade Local de Saúde da Guarda (HSM – ULS da Guarda), desde o dia 27 de fevereiro de 2023 até ao dia 08 de maio de 2023 e posteriormente na Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP) do Teixoso entre o 08 de maio de 2023 até 07 de julho de 2023.

Segundo Aiken, Sloane, Griffiths, Rafferty, Bruyneel, McHugh e Sermeus (2017), os cuidados hospitalares são cuidados que abrangem uma ampla gama de serviços, desde diagnóstico e tratamento de doenças agudas até cuidados de longo prazo e reabilitação. Em que os profissionais de saúde trabalham em equipa para fornecer cuidados abrangentes aos clientes. Isso pode incluir a administração de medicamentos, realização de cirurgias, monitorização de sinais vitais, cuidados de enfermagem, fornecimento de terapias, acompanhamento pós-operatório, gestão de dor, suporte emocional e educação ao cliente e à família. Por outro lado, Smith (2021) refere que Cuidados de saúde primários se baseiam na assistência básica e abrangente de saúde que é fornecida como a primeira linha de atendimento para os indivíduos. Esses cuidados são geralmente prestados por médicos de família, clínicos gerais, enfermeiros e outros profissionais de saúde que atuam em centros de saúde, clínicas comunitárias ou consultórios particulares. Segundo o Guia de Funcionamento da Unidade Curricular (GFUC), a carga horária preconizada para cada campo de estágio é de 252 horas, resultando assim num somatório de 504 horas, as quais foram cumpridas. Em seguimento do preconizado para esta etapa de EC, foram igualmente cumpridas 10 horas de Orientação Tutorial e 20 horas de

Seminário, que foram igualmente cruciais para o desenvolvimento contínuo de conhecimentos e competências úteis para ingressar numa futura vida profissional.

Segundo Borges e Trindade (2021), a profissão de enfermagem necessita de abranger um leque de conhecimentos essenciais para uma boa prática. Os enfermeiros, com base nos mesmos autores, têm um papel significativo desde a sua intervenção nas políticas de saúde às sensibilizações feitas ao cliente. Para exercer a profissão de enfermagem é necessária uma constante atualização de conhecimentos para que seja possível cuidar dos seres humanos que necessitam de cuidados de enfermagem.

Tal como Melo, Queirós, Tanaka, Costa, Bogalho e Oliveira (2017) referem, o EC constitui um complemento fundamental ao ensino teórico, proporcionando ao estudante a oportunidade de implementar os conhecimentos e competências adquiridos e aplicá-los num contexto real de cuidados. Para que a preparação do estudante de enfermagem no EC seja completa, Cunha, Ribeiro, Vieira, Pinto, Alves, Santos, Martins, Leite, Aguiar e Andrade (2010) defendem que é de extrema importância que o enfermeiro supervisor desenvolva estratégias de acompanhamento de aprendizagem, e que sejam criadas condições que permitam a tríade enfermeiro- cliente - estudante. Segundo Prata e Fernandes (2012) no Parecer nº19/2012, a diretiva 2005/36 da Ordem dos enfermeiros (OE), o EC pode ser definido como uma aprendizagem onde o estudante de enfermagem é colocado no seio de uma equipa e estabelece um contacto direto com os clientes, sendo necessário a elaboração de planeamentos, avaliações dos cuidados necessários com base nos seus conhecimentos.

Ainda com base em Prata e Fernandes (2012), os conhecimentos desenvolvidos no EC, têm como objetivo nesta primeira fase de formação o desenvolvimento das Competências do Enfermeiro em Cuidados Gerais. Os autores Ribeiro, Fassarella, Trindade, Luna e Almeida (2020) relatam que os enfermeiros são um grupo de profissionais de saúde muito importantes, pois são aqueles que se encontram mais tempo em proximidade com o outro, nomeadamente junto daqueles em processo de transição de saúde/doença, situacionais e de desenvolvimento ao longo do ciclo vital. Os enfermeiros apresentam duas áreas de intervenção, as autónomas e as interdependentes, as primeiras com base no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (1996) (REPE), podem ser definidas como sendo ações realizadas pelos enfermeiros tendo por base a sua tomada de decisão e iniciativa. Enquanto as segundas, segundo o REPE (1996) ainda, correspondem às intervenções realizadas em conjunto através de uma decisão multidisciplinar, tendo por base um Plano de Trabalho (Apêndice 1 e 2) previamente formalizado, assim como orientações e

prescrições. Este Plano de Trabalho permite identificar os objetivos a cumprir, em cada campo, e respectivas estratégias ou atividades a desenvolver para os alcançar. No que diz respeito ao presente relatório, identificamos como objetivos:

- Descrever as atividades desenvolvidas com vista à concretização dos objetivos definidos nos dois contextos de EC de IVP;
- Refletir criticamente sobre as competências alcançadas ao longo do EC, justificando o desenvolvimento do perfil do enfermeiro em cuidados gerais definido pela OE;
- Identificar vantagens de aprendizagem e desenvolvimento de competências na participação nos seminários de IVP;
- Analisar as principais aprendizagens realizadas neste EC e respetivos contributos para o aprender a ser enfermeira.

O documento encontra-se subdividido em 3 capítulos, sendo o primeiro referente ao EC em Contexto de Cuidados de Saúde Hospitalares, o qual retrata a descrição do EC em ambiente hospitalar, os objetivos específicos delineados no Plano de Trabalho e as atividades desenvolvidas que permitiram a sua execução. O segundo capítulo aborda o EC em Contexto de Cuidados de Saúde Primários, tendo em conta a mesma metodologia de apresentação do primeiro capítulo. Por último, o terceiro capítulo aborda a temática dos seminários de forma generalista permitindo esclarecer sobre a sua importância ao longo do EC.

Para a realização de presente relatório adotamos uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva para além de explicitar o funcionamento do SMUC do HSM e da UCSP do Teixoso, atividades desenvolvidas e sua análise e reflexões críticas. A elaboração deste relatório pressupõe o desenvolvimento de competências que permitam identificar dificuldades e analisar o percurso realizado durante este EC de IVP e assim contribuir para o desenvolvimento de competências de enfermeiro de cuidados de saúde tendo por base o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.

Segundo a OE (2015), no regulamento nº 190/2015, o enfermeiro de cuidados de saúde gerais engloba certos domínios, dentro deles as competências, onde é descrito que o enfermeiro possui a responsabilidade profissional, ética e legal, na prestação e gestão de cuidados e o desenvolvimento profissional. Ainda com base no mesmo regulamento de 2015, é importante que o enfermeiro tenha um conjunto de capacidades e conhecimentos que lhe permitam ser bem-sucedido, na ponderação e na atuação e também nos diferentes níveis de prevenção. De modo a complementar a enumeração das competências do

enfermeiro em cuidados de saúde gerais (Anexo I), serão feitas referências ao longo do relatório de forma a corresponder com os objetivos delineados nos planos de trabalho para cada EC.

CAPÍTULO 1 - CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES

Neste primeiro capítulo iremos abordar as atividades desenvolvidas no contexto de Cuidados de Saúde Hospitalares no SUMC do HSM, de acordo com o Plano de Trabalho. A par das experiências e aprendizagens realizadas, evidenciamos também a aquisição dos critérios de competência do enfermeiro, de acordo com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais definido pela OE.

Para apresentar o SUMC do HSM, é necessário conhecer e compreender a sua missão, valores e visão. Segundo o Serviço Nacional de Saúde (2022) a sua Missão passa pela prestação integrada de cuidados de saúde primários, hospitalares, paliativos e de convalescença à população da sua área de influência, com mobilização ativa da comunidade envolvente, tendo em vista o incremento dos níveis de saúde e bem-estar. Além disso, a Unidade Local de Saúde da Guarda assegura as atividades de serviços operativos de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida, bem como atividades de investigação, formação e ensino (Unidade Local de Saúde - [ULS- Guarda], 2023).

Os Valores do HSM regem-se pelo Humanismo, Equidade, Cooperação, Ética e Deontologia Profissional, Rigor e Inovação (Unidade Local de Saúde - [ULS- Guarda], 2023).

Por fim, esta organização tem como Visão assegurar uma resposta de elevada qualidade às necessidades de saúde dos seus clientes ao longo do ciclo vital, pautando-se por rigorosos princípios de eficiência e responsabilidade na vertente económica, financeira, social e ambiental (Unidade Local de Saúde - [ULS- Guarda], 2023).

A área de abrangência desta unidade hospitalar é refere a todo o distrito da Guarda, eu se distribui por uma área de 5 535 quilómetros quadros e é constituído por 14 municípios. O HSM está interligado diretamente, como demonstra o Anexo III, com os diferentes serviços e unidades prestadoras de cuidados presentes em todo o distrito. Os perfis de clientes do SUMC são adultos a partir dos 18 anos de idade e segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2022) há 10 264 idosos dos 39 961 habitantes na Guarda.

De acordo com Costa e Gaspar (2017), os enfermeiros estão preparados para desempenhar funções em qualquer serviço do hospital. Todavia, a formação contínua que é realizada nos diferentes serviços permite aprofundar o grau de desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. A formação promove atitudes de análise, resolução de

problemas e de pensamento crítico sobre os valores e os princípios fundamentais dos cuidados de enfermagem, para isso, é imprescindível que os enfermeiros possuam um certo nível de conhecimento para poder desempenhar as suas funções de forma competente.

O presente EC permitiu desenvolver atitudes, habilidades e valores baseados na aquisição de conhecimentos, promotoras de independência e competência na prática futura. O desenvolvimento das atividades explanadas ao longo deste primeiro capítulo permitem o desenvolvimento da competência em Enfermagem.

1.1. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO HOSPITALAR

Costa e Gaspar (2017) definiram oito competências dos Enfermeiros que trabalham num serviço de Urgência sendo elas o desempenho dos cuidados prestados, trabalho em equipa, liderança, humanização, relacionamento interpessoal, tomada de decisão, orientação para resultados e a proatividade. Para Lenburg, Klein, Abdur-Rahman, Spencer e Boyer (2009; como citado em Costa e Gaspar, 2017), as competências encontram-se no Anexo II.

Na descrição das atividades expostas a seguir têm por base o teor desta informação e foram desenvolvidas no decorrer do EC.

Objetivo Geral número 1: Participar na prestação de cuidados de enfermagem ao utente em todo o ciclo vital, aplicando a metodologia científica de enfermagem

Ao iniciar um novo EC, é fundamental a adaptação e integração no serviço, devendo ser orientado sobre a estrutura física, o funcionamento, a organização disciplinar e alguns protocolos.

A integração ao EC em Contexto Saúde Hospitalar teve início no dia 27 de fevereiro de 2023 no SUMC do HSM, sendo que foi cumprida a integração ao serviço por parte do Enfermeiro-Gestor. Após a realização da integração fomos informados sobre quem seria Enfermeiro Orientador e quais os turnos a realizar.

De acordo com o Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, o SU do HSM, sendo um SUMC integra uma estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e está categorizado no segundo nível de acolhimento das situações de urgência. Neste nível o SUMC, localiza-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de Serviço de Urgência Básica (SUB) e situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades. Caso este não existam no SUMC, este referencia os clientes para Serviço de Urgência Polivalente (SUP).

A nível funcional, o serviço articula-se com vários departamentos, como é possível observar no Anexo III onde está exposto o organograma da instituição acolhedora.

Acerca da estrutura física do SU, este situa-se no piso 0 da edificação mais recente do HSM, sendo que está organizado em seis áreas: sala de triagem, sala de azuis/verdes/amarelos/laranjas, balcão feminino/masculino e balcão 3, cirurgia/ortopedia, Sala de Observação (SO) a sala de emergência. O SU é constituído por duas entradas principais, sendo uma delas dirigida aos clientes acompanhados pelas equipas pré-hospitalar e outra para a entrada de clientes independentes nas Atividades de Vida Diárias (AVD) que deambulam.

A equipa multidisciplinar do SMUC é formada por um conjunto de profissionais de diversas áreas de atuação, que se complementam, a fim de oferecer e executar os melhores cuidados aos clientes. A equipa conta com médicos, enfermeiros, técnicos de meios complementares de diagnósticos, operacionais de limpeza, assistentes operacionais, seguranças e assistentes técnicos.

Sendo que por turno há necessidade de 10 enfermeiros, consistindo num por cada posto de trabalho. Fica alocado um enfermeiro de forma fixa em todos os postos de trabalho.

Ou seja, em todos os turnos são necessários 10 enfermeiros, salvaguardando situações em que há demasiada afluência de clientes ao SUMC e é necessário um profissional fazer turno extra. O profissional está escalado de forma prévia e dirige-se ao serviço quando chamado pelo enfermeiro gestor ou enfermeiro responsável de turno.

Os registos de enfermagem, são realizados por cada enfermeiro ao longo do turno, ou sempre que este execute intervenções, com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), permitindo uma uniformização da linguagem entre profissionais de saúde, os registos são realizados através do SClínico® para registar as intervenções de enfermagem. Os sistemas tecnológicos que existem atualmente trazem vantagens relativamente à comunicação entre profissionais de saúde como é possível

visualizar num estudo realizado em 2021 por Ribeiro, Martins, Vandresen, Silva e Cardoso (2021).

Estes autores referem que um dos sistemas mais vantajosos para realizar esta ponte entre equipa multidisciplinar era o SClínico® com uma importância 72,5%. Este permite facilitar a transmissão da informação de forma sucinta e explícita na passagem de turno de enfermagem. No decorrer do EC foi solicitado por parte do enfermeiro orientador que tivesse por base a sigla ISBAR, a qual significa segundo a norma 001/2017 da Direção Geral de Saúde, Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações (Anexo IV). Ao adotar esta metodologia, reconhecemos que permitia uma melhor estruturação, organização e síntese das informações a transmitir, contribuindo tanto para uma melhor compreensão do que é transmitido (e recebido), minimização do erro (evitando a perda de informação relevante) e melhor gestão de tempo. O fluxo de clientes no serviço era constante, implicando admissões e altas/transferências muito frequentes, esta mnemónica permitiu uma execução de passagem de informação diferenciada e correta.

No que concerne ao método de trabalho, este considera-se na organização dos cuidados de enfermagem, de forma a que os enfermeiros adotem metodologias que promovam a qualidade e reflitam a segurança dos cuidados prestados. O desenvolvimento de um método de trabalho individualizado possibilita desenvolver uma metodologia de organização dos cuidados de enfermagem promotora da qualidade de cuidados prestados (Silva, Martins, Trindade, Faria, Barros, Melo, Forte e Ribeiro, 2023).

O método de trabalho adotado neste serviço é o método funcional, pelo que o estabelecimento de prioridades e organização é fundamental. Ventura-Silva, Martins, Trindade, Ribeiro e Cardoso (2021) defendem que este método se baseia na distribuição de tarefas padronizadas pelos enfermeiros, que alcançam proficiência através da repetição sistemática de técnicas. Apesar de haver um aumento na produtividade dos enfermeiros, associado à economia de tempo, pois tudo é executado com rapidez, existe um nível de confusão, no que diz respeito à atribuição de responsabilidades na execução, havendo um maior risco de ocorrência de eventos adversos. Para finalizar, a OE (2015), no regulamento n.º 190/2015, o enfermeiro de cuidados de saúde gerais, no ponto 26 é evidenciado a gestão eficaz do tempo.

Para calcular as dotações seguras dos cuidados de enfermagem, com base no Regulamento n.º 743/2019 do Diário da República, relativamente ao número de horas de trabalho prestado por cada enfermeiro por ano, devem ser considerados os seguintes

valores de referência com as devidas adaptações preconizadas para um enfermeiro em regime de trabalho de 35 horas/semana, (1267 horas/ano), tendo em conta os seguintes aspetos: 22 dias (154 horas) para férias + dias de feriados legalmente definidos + 15 dias (105 h) para formação + 30 dias (210 h) para faltas, o cálculo encontra no Anexo XII.

Através destes cálculos, foi obtido um resultado de 62 enfermeiros o que realça que as dotações seguras estão de acordo à norma quando calculadas as necessidades sobre os postos de trabalho. A organização do turno é mais um facto que irá contribuir para uma boa prática, pelo que ao longo dos EC fomos aprimorando a necessidade do estabelecimento de prioridades de cuidados, identificando os focos corretos, elaborando um plano de cuidados adequado personalizado e aplicando o PE.

Posto isto, as funções do Enfermeiro de cuidados gerais no SUMC iniciam-se quando é feita a triagem pelo enfermeiro triador, atualmente todos os enfermeiros no SUMC possuem curso triagem devido a SARS-CoV-2, esta adaptação foi necessária para a melhoria dos cuidados prestados. Pois permite que estejam qualificados para a realização de uma triagem correta da situação de forma a diminuir o risco de erro. Através da triagem é possível realizar a primeira etapa do Processo de Enfermagem (PE), uma vez que esta se debruça na recolha de informação pelo método de entrevista ao cliente e ao familiar ou profissional de saúde que o acompanha.

O Protocolo de Triagem de Manchester tem como objetivo construir normas de triagem baseadas na determinação do risco clínico. Esta constitui um instrumento à disposição dos serviços de urgência que garante a segurança do cliente ao determinar o tempo adequado de espera para observação médica, baseado na identificação do problema e na atribuição da prioridade clínica. A tomada de decisão do enfermeiro segue a metodologia composta de cinco etapas, sendo estas a identificação do problema, a colheita e análise de informações, avaliação das alternativas e seleção do discriminador geral e, posteriormente, do discriminador específico, implementação de alternativa selecionada e monitorização e avaliação dos resultados (Sequeira e Néné, 2021).

Para a determinação da problemática o enfermeiro triador determina o fluxograma segundo a queixa principal do cliente e preenche os respetivos discriminadores até que não consiga negar alguma pergunta feita por este. A este ponto, o sistema vai atribuir uma das cinco prioridades ao cliente, através de uma cor como demonstra o Anexo V (Grupo Português de Triagem, 2011).

Os tempos de espera previstos são referentes ao período que o cliente deve esperar pela observação médica, o que por vezes acontecia era que estes eram prolongados por haver um elevado número de clientes a recorrer ao SUMC.

Na sala de triagem, interagimos com os clientes, através da monitorização de sinais vitais (SV) e procuramos perceber quais os impactos para o quotidiano do indivíduo na sua vinda a este serviço, de forma holística. Além disso, percebemos a importância do enfermeiro triador e do raciocínio clínico que é feito na questão da triagem. Este raciocínio clínico permite que o enfermeiro elabore diagnósticos de enfermagem para complementar a prática dos cuidados prestados.

Posteriormente, os clientes são encaminhados, pelo Assistente Operacional (AO), para os diferentes setores. Em caso de terem condições e se encontrarem hemodinamicamente estáveis aguardam sentados na sala de Azuis e Verdes ou na sala Verdes e Amarelos enquanto aguardam observação médica. Caso os clientes estejam debilitados e com mobilidade comprometida ou compromisso da identidade pessoal estes necessitavam de estar em macas, eram então alocados ao Balcão homens ou Balcão mulheres e quando estes se encontram com a capacidade máxima, ficam a cargo do Balcão três.

Estes setores são apoiados por cinco gabinetes médicos, sala de procedimentos, que em caso de necessidade os clientes são aqui colocados para execução de técnicas invasivas ou para realização de pensos, e pelo gabinete de técnicos de ECG. Os cinco setores enumerados anteriormente procuram tratar sintomatologia num período curto, o que na maioria dos casos não se verifica, no entanto a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) afirma que os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) permitem que os clientes tenham direito de acesso aos cuidados de saúde, em tempo considerado aceitável para a sua condição, ou seja, no SUMC espera-se que este período seja reduzido e feito o encaminhamento para as demais especialidades ou médico assistente dos clientes. O longo período de permanência não traz benefício ao profissional, por não haver possibilidade de prestar cuidados de forma personalizada, de tal forma que, a competência fica comprometida, o que põe em causa a responsabilidade profissional, ética e legal, a prestação e gestão dos cuidados e o desenvolvimento profissional que vai contra o perfil de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2011). Segundo a informação obtida através do Enfermeiro-Gestor, a média de permanência no SUMC é de 3 dias e 18 horas. Esta permanência no SUMC levava à necessidade de inspeção recorrente de zonas suscetíveis a Úlceras Por Pressão (UPP), para que a situação fosse evitada os profissionais

recorriam ao uso de dispositivos no momento dos posicionamentos para que o risco de UPP diminuísse.

Na sala dos azuis/verdes/amarelos/laranjas, foi possível desenvolver técnica de punção venosa e colheita de sangue para análise e na administração de medicação das várias vias, maioritariamente Intra Muscular.

No que toca às atividades desenvolvidas nos setores de Balcões, estas iniciam-se pela administração de medicação, em que todos os clientes possuíam tabela terapêutica de forma equiparada a situações de internamento. Inicialmente foi difícil a adaptação por ser ambígua e por possuímos pouca destreza, demorávamos algum tempo. Esta dificuldade foi colmatada e foi possível cumpri-la de forma rápida e eficiente. Outra dificuldade encontrada foi o facto de os clientes estarem distribuídos nos corredores, para colmatar esta carência foi necessário o uso da técnica dos 9 certos da medicação segundo Silva, Ramires, Coelho e Burci (2018).

Pudemos também desempenhar técnicas como, punção venosa periférica, colheita de sangue para análises, colheita de sangue para hemoculturas, aspiração de secreções, entubação nasogástrica e cateterismo vesical, quando por indicação médica era necessário monitorizar a eliminação vesical, era realizado o registo da diurese na plataforma SClinico® da quantidade da urina drenada, bem como das características, sendo que também realizamos colheitas de urina para análise de parâmetros (Combur Test®). Neste setor, monitorizamos SV, glicémia capilar e quando necessário era administrada insulina rápida de acordo com o protocolo (Anexo VI). Auxiliamos na troca de vestuário, no posicionamento correto tendo em conta o alinhamento corporal e prestamos cuidados de higiene e conforto sempre que necessário. Proporcionámos aos clientes a possibilidade de realizarem a sua higiene aquando no SUMC, como já referido, os clientes ficavam diversos dias confinados ao leito, para contrariar essa situação procurámos materiais que pudessem ajudar com a higiene oral e no serviço há escovas para esse efeito ou providenciava elixir oral para bocejos. Em conjugação fornecíamos compressas húmidas aos clientes para que pudessem higienizar as mãos, cara, axilas e genitais quando estes não apresentavam compromisso do Autocuidado, caso contrário, substituíamos o cliente e realizávamos estas ações no momento dos posicionamentos.

Além dos setores relacionados com a medicina interna abordados até ao momento, após a Triage é possível alocar clientes ao corredor de cirurgia/ortopedia. Os casos mais comuns pelo qual nos deparámos no EC foram a administração de medicação endovenosa e intramuscular, colaborámos com a equipa médica na realização de suturas em que

auxiliámos na colocação de material em campo esterilizado, e posteriormente, realizámos o penso adequado quando havia compromisso do sistema tegumentar quer por ferida cirúrgica, quer por ferida traumática.

Uma das patologias com que mais contactámos na área da cirurgia foi a colecistite litiásica, sendo que alguns dos clientes ficavam mais tempo no serviço em vigilância a aguardar transferência para o Internamento de Cirurgia. Auxiliámos, também, o médico, na Sala de Pequena Cirurgia, na colocação de gessos nos membros afetados e colocação de trações em cliente com fraturas do colo femoral, diagnóstico mais frequente nesta área. Neste setor, houve ainda oportunidade de contactar com vítimas de trauma, nomeadamente, vítimas de acidente de viação. Foi possível fazer a abordagem da vítima segundo o algoritmo de trauma (Anexo VII) e observar a avaliação médica que é essencial para o despiste de complicações. A avaliação exaustiva da equipa médica em conjugação com os meios de diagnóstico imagiológicos permitem o diagnóstico médico de forma rápida e tratamento eficaz.

Este setor é apoiado por três gabinetes médicos, uma sala de enfermagem, sala de espera para os clientes do foro cirúrgico ou ortopédico, uma sala de sujos, uma sala destinada à prestação de cuidados *post mortem* e uma sala para procedimentos limpos ou que precisem de privacidade e onde se encontra o cofre que contém os pertences dos clientes caso se efetue o espólio, e uma sala de trauma, onde são efetuados procedimentos invasivos como suturas ou avaliações exaustivas em caso de clientes politraumatizados. Esta sala está equipada para uma abordagem altamente qualificada e diferenciada em situações de trauma.

A especialidade de ortopedia, durante o fim-de-semana não se encontra em funcionamento, estando apenas disponível a especialidade de cirurgia. Durante o EC deparámo-nos com esta situação e pudemos assistir ao momento em que o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) é avisado da existência desta problemática, para que quando avaliada a necessidade, os clientes sejam encaminhados para outros hospitais, como Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira ou o Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Além de triagem principal, no período de pandemia foi implementada a triagem de clientes respiratórios. Esta tem os mesmos princípios que a triagem de Manchester, porém é sempre feito despiste para o SARS-CoV-2 através de teste rápido antigénio. É direcionada a clientes com sintomatologia de patologias do foro respiratório, como presença de dispneia ou ventilação comprometida. Os clientes são direcionados pelos

administrativos no momento da inscrição e posteriormente é chamado o enfermeiro que se encontra no SO 2.

O SO também é constituído por 12 unidades individuais, sendo que possui dois quartos de isolamento, equipadas com rampas para aspiração de secreções, rampas de oxigénio/ar comprimido e monitores, separadas por cortinas, de forma a respeitar a privacidade do clientes e no centro desta área encontra-se um balcão para a equipa médica, uma sala de enfermagem, duas salas de armazenamento, uma sala para as fardas hospitalares e as instalações sanitárias para os profissionais de saúde e para os clientes. O SO 1 tem disponibilidade para 7 clientes e estes ficam neste espaço quando a sua condição clínica assim o exige, caso o cliente se encontre a aguardar vaga num serviço de internamento de especialidade ou, na maioria dos casos, por se encontrarem há mais tempo no serviço para que lhe sejam prestados cuidados personalizados. Enquanto que o SO 2 está destinado a 5 destas unidades e estas são direccionadas a clientes portadores de SARS-CoV2. Aqui espera-se que os clientes permaneçam até 24 horas a 72 horas, no entanto, à semelhança dos restantes setores, o período de permanência é sempre prolongado.

Além das unidades asseguradas pelo SO 2, existe uma sala dos Balcões 3, com capacidade de atendimento para clientes portadores de SARS-CoV-2 que tenham capacidade estar sentados.

Em ambos os SO houve oportunidade de contactar com os Equipamentos de Proteção individual devido à prestação de cuidados a clientes portadores de SARS-CoV-2 e perceber o impacto que tem na prestação de cuidados por estes serem limitadores dos movimentos. Além disso, foi possível prestar cuidados de forma mais humanizada, por haver possibilidade de usar o biombo para a realização de todos os procedimentos, principalmente nos cuidados de higiene e conforto. Além desta componente diferenciadora, as atividades foram equiparadas às realizadas em Balcão referidas anteriormente.

Por fim, a Sala de Emergência tem como objetivo prestar cuidados a clientes emergentes, tendo capacidade para dois clientes. A nível do material esta está organizada segundo a abordagem ABCDE (Anexo VIII) de forma a que seja intuitivo para o profissional de saúde recolher o material para qualquer procedimento, é empírico que a procura de material em situação urgente pode prejudicar a situação clínica do cliente (Cavalcante, 2017).

Quando a situação clínica do cliente era crítica ou o cliente carecia de internamento para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) a equipa médica desta unidade realizava uma

primeira abordagem ainda nesta sala, em que era permeabilizada a Via Aérea com sedação e posterior entubação, por exemplo e de seguida realizava-se o internamento nesta unidade. Esta sala é constituída com uma rampa de oxigénio e uma de vácuo, o aspirador de secreções, um monitor-desfibrilhador, um reanimador manual (compressor cardíaco externo) e o equipamento de monitorização de sinais vitais com traçado eletrocardiográfico e de capnografia/capnometria em duplicado para poder ser feita uma abordagem a dois clientes. Também possui um plano duro, o frigorífico para fármacos e aquecedor de fluídos.

Ações desenvolvidas no decorrer do EC basearam-se em verificar a existência de material, corrigindo os níveis de *stock* da sala e em realizar o teste ao desfibrilhador, para garantir as suas condições. Quando havia uma emergência, a campainha era acionada, de forma a avisar o serviço de que iria chegar um cliente em estado crítico. Inicialmente, apenas observámos a abordagem à vítima e após perceber o procedimento e esclarecer todas as questões com o enfermeiro orientador iniciámos a abordagem ABCDE e realizámos procedimentos como punção venosa, colheita de sangue para análise e, se fosse necessário, cateterismo vesical ou entubação nasogástrica e mudança de vestuário, por o autocuidado: vestir-se e despir-se se encontrar comprometido. Na chegada dos clientes, procedia-se sempre à abordagem inicial, onde identificava o cliente e a história atual. Posteriormente, iniciava-se a abordagem ABCDE, realizavam-se procedimentos e preparava-se e administrava-se medicação após prescrição médica.

Quando estávamos alocados a este setor e as funções estavam cumpridas, auxiliávamos a equipa no setor que estivesse mais sobrecarregado. Durante o EC houve a oportunidade de contactarmos com a Via Verde (VV) de Acidente Vascular Cerebral (AVC), no Anexo IX estão expostos os critérios de inclusão para a VV se ative. Em que a abordagem é equiparada à chegada do cliente sem esta ativação e, posteriormente, encaminhado à TAC-CE (Tomografia Computadorizada Crânio-Encefálica) para confirmar o tipo de AVC. Se este for isquémico, realizava trombólise, que consiste na dissolução de coágulos sanguíneos através da administração de um trombolítico (Anexo X), o tenecteplase, tendo em conta o peso do cliente e sob prescrição médica, caso o AVC tenha ocorrido há menos de 3 a 4 horas e meia e se o quadro clínico o permitir (Eira, Mota, Silvério, Miranda, Ribeiro, Gomes, Monteiro, 2018). Se for hemorrágico, o médico tem de avaliar o grau da hemorragia e, se necessário, encaminha o cliente para Coimbra ou Viseu para realizar tratamento adequado.

Todos os setores possuem um carro de emergência, um monitor-desfibrilhador e um ventilador mecânico não invasivo (VNI) preparados para situações emergentes.

Como exposto na figura em Anexo XVIII em que se apresenta a Planta do serviço com a legenda dos diversos setores em que a equipa de enfermagem atua e colabora com os demais profissionais da equipa multi e pluridisciplinar,

No que toca à tomada de decisão, segundo Quaresma, Xavier e Cezar-Vaz (2019), esta baseia-se no processo de realizar um julgamento intelectual seletivo ao ser apresentado a várias alternativas complexas consistindo de diversas variáveis, e que, geralmente, leva à definição de um modo de agir ou de uma ideia. No SUMC os profissionais de saúde, quando necessário, recorrem ao Enfermeiro gestor para solucionar problemáticas que estejam fora do seu alcance e quando este não se encontra no serviço há sempre um enfermeiro responsável de turno que assume esta função. O enfermeiro responsável é aquele que se encontra com maior graduação no presente turno, caso isso não aconteça, fica responsável o enfermeiro com mais anos de serviço. O exercício eficaz da liderança pelo enfermeiro é fundamental para conduzir a equipa de enfermagem a um atendimento competente aos clientes, a sua decisão deve ser rápida, exigindo do enfermeiro conhecimento científico e competência clínica, devendo abordar o cliente com paciência e educação, lembrando ainda que os primeiros cuidados são essenciais e fundamentais para o tratamento dinâmico durante uma emergência, executando o cuidado prestado ao cliente e aos familiares de forma humanizada e de qualidade (Dias, Gonçalves, Silva, Pereira, Pereira, 2019).

Segundo a OE (2006; como citado em Silva, 2018), o enfermeiro líder deve possuir diversas competências, com por exemplo de planeamento, organização, coordenação e pesquisa e manter uma postura adequada, de compromisso, iniciativa e flexibilidade. Estas competências são necessárias, segundo o Regulamento n.º 101/2015, para que o Enfermeiro gestor atue no domínio da gestão e domínio da assessoria, através de ações como, gestão clínica, gestão de recursos humanos, gestão de recursos materiais e promover a formação e o desenvolvimento da prática de enfermagem. Além disso, participa na definição e implementação de políticas e desenvolve o planeamento estratégico do serviço. No SUMC, o enfermeiro-gestor demonstrou ter estas capacidades e um estilo de liderança do tipo democrático, não apenas pela sua preocupação com o bem-estar dos enfermeiros da equipa, mas também, pelo interesse em promover formações e incentivar a equipa a aumentar os seus conhecimentos e técnicas, inclusive

a aprimorar os registos de enfermagem no sistema SClínico®, essencial para a avaliação posterior da evolução do cliente.

Nos turnos realizados com o Enfermeiro gestor foi possível perceber como é realizada a gestão de recursos humanos, com a realização de horário mensal, a justificação de faltas com a colocação dos dias de formação, reuniões e transportes realizados de forma individual, a perceção de erros com a biometria, que maioritariamente não era realizado de forma correta por parte destes. Estas funções são possíveis através do uso da plataforma Gestão de Horários. Além disso, assistimos à execução do mapa de férias.

Além das funções, assistimos à gestão de recursos materiais, através da verificação de *stocks*, que é realizada todas as terças feiras por parte do Enfermeiro-gestor. Este faz a contabilização dos diferentes *stocks* das áreas de cuidados. Posteriormente, é feito o respetivo pedido para que este esteja apropriado aos gastos diários. Estes *stocks* incluem o material clínico como material para realização de intervenções ou pensos, mas também, é feito o pedido de consumíveis como envelopes ou pulseiras de triagem, ou seja, todo o material é obtido através da encomenda feita na plataforma Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia (GHAF). A nível dos pedidos de medicação e soroterapia esta é realizada pelo serviço de Farmácia, que repõe estes componentes.

No decorrer destes turnos com o Enfermeiro Gestor, foi discutido o Plano de Catástrofe, este consiste em haver um reajuste dos cuidados prestados. Numa fase inicial, assim que o serviço é informado, é improvisado um sistema de triagem no exterior do SUMC e os setores são reorganizados, sendo nomeado um responsável por cada área, como demonstrado pelo Anexo XI. Os clientes presentes são alocados a outros serviços ou, se possível, é-lhes dada alta clínica.

No decorrer do EC foi possível participar na confirmação dos carros de emergência presentes em todos os setores. Nestes turnos verificámos a existência, validades e lotes da medicação e material que compõe estes carros diferenciados e essenciais em caso de Paragem Cardiorrespiratória (PCR). Além disso, foi possível realizar a confirmação do estado de equipamentos como o insuflador manual e o monitor-desfibrilhador. Foi importante perceber a sua organização e as componentes que o integram e perceber que estão capacitados para uma abordagem diferenciada no caso de não haver possibilidade de transferir o cliente para a Sala de Emergência. Segundo Catalão e Gaspar (2017), a taxa de sobrevivência hospitalar varia muito em função da ocorrência de episódios de PCR, os clientes que são reanimados em áreas com monitorização apresentam taxas de sobrevivência mais altas em comparação com clientes que foram reanimados em áreas

não monitorizadas, ou seja, onde estavam presentes os carros de emergência, houve possibilidade de reverter a PCR em tempo útil.

Além destas atividades foi ainda possível assistir a formações desenvolvidas pelos profissionais do SUMC, já que a formação contínua dos profissionais de saúde suportada na reflexão crítica e na partilha da prática, pressupõe uma aprendizagem ao longo da vida promovendo uma contínua melhoria dos cuidados prestados e, conseqüentemente, um aumento da qualidade da prática da ciência de enfermagem (Nunes, Gouveia, Ferreira, Delgado e Carioca, 2016) e segundo a OE, a formação e a melhoria da prática, são um direito que assiste o profissional de saúde, presente no Artigo 96 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE (2015).

A primeira formação intitulou-se “Diluições na Sala de Emergência” onde foi feita a demonstração de todos os fármacos existentes neste setor, de forma breve houve explicitação do grupo farmacológico, dos efeitos destes, de exemplos práticos em que se adequa a sua utilização e, posteriormente, a diluição destes. Esta formação foi importante na medida em que uniformiza o método de atuação dos enfermeiros no que toca à diluição em situação crítica.

A formação seguinte, decorreu no âmbito de Suporte Básico de Vida com Desfibrilhador Automático Externo (SBV-DAE). Esta foi instruída por formadores do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), teve como objetivos compreender o conceito de cadeia de sobrevivência; identificar os potenciais riscos para o reanimador; executar corretamente as manobras de Suporte Básico de Vida (SBV); saber o conceito de DAE e as regras de segurança inerentes à sua utilização e descrever e executar corretamente a sequência do algoritmo de SBV-DAE, acoplado à aquisição de conteúdos teóricos houve possibilidade da execução do algoritmo em manequim. Esta formação contribuiu para o desenvolvimento de competências diferenciadas e apesar de não haver possibilidade de ficar com a formação acreditada permitiu o contacto direto com equipamentos que não poderíamos contactar e foi uma experiência muito enriquecedora.

Posto isto, o conceito de competência em enfermagem assume destaque tanto na formação como no apoio à gestão, no entanto não existe uma ferramenta específica para a avaliar. A análise SWOT permite perceber o posicionamento de um serviço prestador de cuidados, recorrendo a uma ferramenta de planeamento e gestão. A análise SWOT (Apêndice 14) procura realçar os aspetos positivos da empresa, detetar as fraquezas e assim reduzir os seus impactos, para melhorar o posicionamento e crescimento no

mercado, tendo em conta as possíveis oportunidades e ameaças encontradas no mercado envolvente (Kotler e Lee, 2000).

Posto isto, consideramos que o ponto positivo determinante para a qualidade do SUMC é o facto de ser composta por uma equipa nova com conhecimentos diferenciados que promove uma qualidade de cuidados. Por outro lado, o principal aspeto negativo a referenciar é a capacidade reduzida que o serviço apresenta a nível estrutural para dar apoio a uma densidade populacional envelhecida no distrito da Guarda, ou seja, o facto de ser uma população maioritariamente envelhecida padece de maior necessidade de cuidados logo a procura irá ser maior e achamos que o SUMC não está preparado para albergar tantos clientes e dar-lhe uma resposta adequada. A restante análise SWOT está exposta no Apêndice 15 de forma completa.

O EC de IVP permitiu desenvolver e melhorar as competências a nível teórico-prático a nível da atuação de situações de *stress* como previsto num Serviço de Urgência, com a melhoria destes aperfeiçoamos a destreza manual e com isso desenvolvemos confiança e segurança na prestação de cuidados de forma refletida e consciente, de forma gradual.

Fomos fomentados a possuir uma atitude proativa e autónoma por parte do enfermeiro orientador e também este é potenciador de todo o sucesso com que decorreu este EC.

Adquirimos competências como responsabilidade profissional, ética e legal em todos os atos que participamos, tendo em conta uma prática profissional com responsabilidade e exercendo a prática de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico. Houve oportunidade de desenvolver a prestação de cuidados tendo em conta a gestão de recursos humanos e materiais e procuramos atuar de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados. Durante o EC foi possível contribuirmos para a promoção da saúde tendo em conta o PE. E estabelecemos uma comunicação e relações interpessoais eficazes tanto com o cliente como com toda a equipa.

Procurámos atuar em segurança e de forma a contribuir para a valorização profissional, com o foco de desenvolver um processo de formação contínua a nível pessoal que ficou visível na prática clínica. Assim, demonstramos que agimos segundo a OE, o REPE e a legislação em vigor para a prática de enfermagem, através do desenvolvimento de competências como A1 - desenvolver uma prática profissional com responsabilidade, B1 - atuar de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados, B5 - promover um ambiente seguro e C3 - desenvolver processos de formação contínua.

Após a exposição demonstra-se de seguida, como as atividades desenvolvidas se adequam aos princípios éticos, morais e deontológicos tendo por base os documentos orientadores para a prática da ciência em Enfermagem.

Objetivo Geral número 2: Atuar com responsabilidade, assumindo os seus atos e respeitando os princípios éticos, morais e deontológicos

De forma a atuar com responsabilidade e de reconhecer as limitações, tivemos de definir os conhecimentos que já possuíamos e procurar os que faltavam para responder às necessidades do serviço. Para isso, no final de cada turno procurávamos saber quais as patologias com que contactámos para perceber a sua possível etiologia, o tratamento que poderia ser feito no SUMC e as diferentes formas de atuar quer a nível patológico, quer humano na situação em que os clientes se encontram. Esta pesquisa e interesse permitiu que nos dotássemos de maior conhecimento para executar as intervenções de forma mais segura. Como já referido, quando havia alguma dúvida sobre algum conteúdo ou procedimento, esclarecíamos junto do enfermeiro orientador para que este pudesse auxiliar na prestação do cuidado e, assim, desenvolver o conhecimento necessário.

Além da preparação teórica, ao longo da prestação de cuidados, procuramos conhecer os principais pressupostos do Código Deontológico do Enfermeiro, para poder agir segundo estes, procurando que a prestação de cuidados respeitasse, sempre, os direitos dos clientes. Assim, durante o EC, prestámos cuidados humanizados, atendendo à pessoa como um ser único, e cuidados equitativos, independentemente da condição social, económica ou étnica. No momento de realização de qualquer procedimento, tínhamos o cuidado de salvaguardar a privacidade e intimidade do cliente, fechando as portas e cortinas e explicávamos, sempre, ao cliente o que iríamos fazer para que este tivesse conhecimento sobre os cuidados prestados de modo a promover o seu direito à escolha referente a estes, quando este tomava decisões que, na perspetiva de ganhos em saúde, não pareciam tão corretas vistas do ponto de vista profissional de enfermagem, tentava não fazer juízos de valor sobre o seu comportamento e não lhe impor ideais próprios.

Os cuidados de enfermagem podem ser definidos segundo o REPE (1996), como o exercício profissional em que é necessária uma conduta responsável, ética e que respeite

os direitos e interesses do cidadão, tendo como objetivo promover a saúde, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.

A OE (2010) refere que o código deontológico define os princípios gerais, que as intervenções de enfermagem devem ser guiadas pela defesa e dignidade do cliente e do enfermeiro, devem ser valores presentes no exercício profissional, a igualdade, a liberdade para a escolha, a verdade e justiça, o respeito, o altruísmo e solidariedade e a competência e o aprimoramento profissional. Os deveres do enfermeiro devem reger a prática profissional e assim promover uma boa prática, correta, humana e consciente.

É importante salientar que o código deontológico e do REPE são essenciais tanto para a proteção do profissional de saúde como para, tal como referem Santos, Martins, Mariano, Martins e Esteves (2012), evitar ações que não respeitem a autonomia profissional e tomadas de decisão que não respeitem a complementaridade funcional, pelo que é de extrema urgência que seja interiorizado por cada profissional de saúde. A consulta destes dois documentos, que regulam esta profissão, possibilitou ainda a interpretação e a reflexão sobre o EC e a aprendizagem desenvolvida, contribuindo assim para uma prestação de cuidados futura responsável, devidamente fundamentada, eticamente correta e humana e deste modo visar a dignificação da profissão.

Para finalizar é possível identificar segundo a OE (2015), no regulamento nº 190/2015, o exercício profissional do enfermeiro de cuidados de saúde gerais, deve demonstrar uma prática que se corrobora pela deontologia profissional e referências legais, devendo compreender as competências como A1 – 2 - reconhecer os limites do seu papel e da sua competência, A1 – 3 - consultar outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos estão para além da sua área de exercício, A2 - exercer de acordo com o Código Deontológico, A2 – 7 - atuar na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico, A2 – 10 - respeitar o direito do cliente à privacidade e A2 – 13 - identificar práticas de risco e adotar as medidas apropriadas, e ainda 15 - Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.

De seguida aborda-se as atividades promotoras de melhoria de cuidados tendo a perspetiva do desenvolvimento das relações com a equipa.

Objetivo Geral número 3: Estabelecer um bom relacionamento de trabalho com os colegas e com toda a equipa multidisciplinar

Com base na OE (2015), no regulamento nº 190/2015, o do perfil de competências do enfermeiro de cuidados de saúde gerais, é referido que compõe uma das suas competências promover cuidados de saúde interprofissionais, uma vez que é quem se encontra na primeira linha de cuidados ao cliente e em articulação com a equipa multidisciplinar através de uma comunicação eficaz é possível elaborar planos de cuidados adequados e personalizados e contínuos.

O tutor tem um papel fundamental na integração na equipa de enfermagem primeiramente e posteriormente na equipa multidisciplinar. Tal como o Soares (2021) refere o papel de tutor de enfermagem consiste num papel complexo e de responsabilidade em que este acompanha e apoia o estudante ao longo do EC.

No primeiro contexto deste EC, fomos recebidos pelo enfermeiro-chefe do SUMC, o qual nos apresentou à equipa de enfermagem presente e nos fez uma visita ao serviço de modo a promover a integração no serviço. Nesse mesmo dia, fomos apresentados ao enfermeiro orientador, que realizou tarde. Este demonstrou-se disponível para qualquer eventualidade ou dúvida. O serviço apresenta uma equipa jovem, tanto a nível de equipa de enfermagem como equipa médica, a qual facilitou a adaptação/integração. Desde o primeiro dia procurámos estabelecer uma relação de interajuda e empatia com a equipa de enfermagem, a qual se mostrou sempre disponível para esclarecer qualquer dúvida ou até algum procedimento diferente em que estaríamos interessados em realizar ou ver, contribuindo assim tanto para o crescimento pessoal como profissional.

O enfermeiro orientador é especialista na Área Médico-Cirúrgica e a sua visão e conhecimento contribuíram para o aprofundar da visão holística, a importância do saber atuar com calma e firmeza nos momentos de elevado stress, desta forma permite uma eficácia e consistência dos cuidados prestados. Também a explicitação do processo ou intervenção de que o cliente vai ser alvo é uma demonstração das altas capacidades que o enfermeiro possui, inclusive quando este se encontra na Sala de Emergência, em que, sempre que possível deve ser comunicado e ter consentimento do cliente para a realização da abordagem. Face ao que foi exposto até agora, penso que conseguimos cumprir com este objetivo tendo alcançado os seguintes critérios de competência de acordo com a OE (2015), no regulamento nº 190/2015, o regulamento do perfil de competências do

enfermeiro de cuidados de saúde gerais, nomeadamente o subdomínio A1 – 3 - em que menciona que o enfermeiro consulta a equipa multidisciplinar, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício com a execução de competências, além deste, destaca-se B1 – 26 - Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo, B2 – 33 - Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades, B3 – 60 - Utiliza a tecnologia de informação disponível, de forma eficaz e apropriada, B4 - Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa, B6 – 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 e 79 - Tem em conta a perspectiva dos clientes na tomada de decisão.

A comunicação é essencial para uma boa prática clínica e humanizada, quer seja a nível de orientar, informar, apoiar, confortar, esclarecer e no atendimento às necessidades básicas do cliente/família. O enfermeiro deve procurar uma comunicação terapêutica eficaz, o suporte da relação de ajuda terapêutica para que exista maior probabilidade de melhorar a adesão terapêutica, diminuir o stress desenvolvido, e resultar numa experiência positiva, e tal como Coelho (2015) reforça, o uso deste tipo de comunicação promove a prestação de cuidados centrados na pessoa e não na tarefa. Para se obter uma comunicação terapêutica deve segundo Fuller (2007; como citado em Coelho, 2015), ser dirigido a um objetivo, ser individual, exigir um compromisso ativo e requerer habilidades desenvolvidas de escuta e observação. Desta forma é possível a elaborar o plano de cuidados adequado ao cliente em questão, é fundamental recolher dados utilizando estratégias adaptadas à capacidade comunicativa da pessoa e neste contacto com o cliente, que deve ser na admissão no internamento, deve procurar-se dar a conhecer a estrutura funcional e física para que o cliente se sinta mais integrado, já que a comunicação é o método mais recorrente e prático da transmissão de informação, quer para a família como para o cliente.

Durante o EC existiram barreiras à comunicação que foram recorrentes como processos demenciais, disartria e hipoacusia acentuada, no entanto foi possível ultrapassar a dificuldade, através de estratégias adaptativas como linguagem não verbal, escrita e demonstração de exemplos.

Por fim, é possível concluir que tendo em conta o desempenho ao longo deste EC, consideramos que as competências a nível de comunicação foram atingidas e procurou-se sempre demonstrar empatia, segurança e respeito pelo cliente e equipa. Acrescenta-se

ainda que com base na OE (2015), no regulamento nº 190/2015, o enfermeiro de cuidados de saúde gerais deve B4 - estabelecer uma comunicação e relações interpessoais eficazes e foram desenvolvidas competências como a B4 – 62 - comunicação 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 e B4 – 63 - assegurar que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara. Além deste, dá-se destaque ao subdomínio B6 - Promove cuidados de saúde interprofissionais, com ênfase nas competências de 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 e 77 - Participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente.

No seguimento desta informação de seguida expõe-se as atividades que contribuíram para os ganhos em saúde no recorrer deste EC segundo uma reflexão das capacidades e competências tendo por base os dados atuais que a investigação procura demonstrar de forma pertinente.

Objetivo Geral número 4: Promover o desenvolvimento das capacidades e competências, valorizando a investigação e a melhoria dos cuidados de saúde, tendo por base uma reflexão crítica do seu desempenho

Correia (2012) defende que o enfermeiro obtém a sua experiência profissional tendo por base uma prática com reflexão e centrada nas necessidades do cliente. Carper e Fawcett *et al.* (1978; 2001 como citado em Correia, 2012) referem que o conhecimento em enfermagem pressupõe 5 dimensões, a nível empírico, pessoal, estético e ético e ainda sociopolítico.

Conclui-se após a análise do autor, que a competência é definida como uma articulação de conhecimentos face ao contexto e encontra-se associada também a mudanças e à adaptação a esta, com iniciativa e responsabilidade.

Além disso, Silva (2015) refere, que correta gestão de tempo é essencial e é cada vez mais valorizado e segundo Abreu e Moreira (2002; como citado em Silva, 2015) existem seis

leis que devem ser tidas em consideração no planeamento das atividades. No entanto optamos por salientar a lei de Pareto em que Nova Etapa (2003; como citado em Silva, 2015) defende a importância do estabelecimento de prioridades de trabalho e incentiva a importância da continuidade do trabalho sem interrupções, nem sempre possível no turno de enfermagem. Jones (2010; como citado em Silva, 2015) divide o tempo do enfermeiro em três dimensões, a nível físico, psicológico e sociológico, o primeiro é regido pelo tempo físico relacionado com o rácio de enfermeiros- cliente, o segundo tem por base as necessidades de cada cliente e as horas de cuidados de que necessita e por fim o terceiro, relaciona-se com a ordem sequencial de trabalho do serviço.

Segundo a OE (2015), no regulamento nº 190/2015, o enfermeiro de cuidados de saúde gerais, deve possuir competências no subdomínio do desenvolvimento profissional, tais como, contribuir para a valorização da profissão, para a melhoria da qualidade de cuidados prestados e desenvolver processos de formação contínua. Relvas (2018), refere que a formação contínua é definida como um dever, no entanto, não é obrigatória pelo que o enfermeiro deve procurar de forma autónoma a autoformação constante. Tal como refere Fabião *et al.* (2005; como citado em Relvas, 2018), o mundo encontra-se em constante alteração pelo que os enfermeiros são obrigados a adquirir conhecimentos e aplicá-los de forma dinâmica face às situações que enfrentam, com sentido e criatividade. Canário (1991:93; como citado em Relvas, 2018) define formação como, um processo impulsionador de competências integrado num percurso individual e autogerido, que se desenvolve segundo uma lógica de apropriação de saberes e não de acumulação de saberes. Relvas (2018), defende que a formação em serviço irá permitir aos enfermeiros refletir a teoria, questionar as práticas que aplica e por fim possivelmente apresentar mudanças.

Podemos concluir que a formação contínua e a formação em serviço complementam-se, pois como elucida Relvas (2018), a formação contínua tem o papel de aprofundar os conhecimentos a nível profissional e pessoal enquanto em serviço pressupõe a correção e preenchimento das necessidades de formação dos elementos da equipa. Ribeiro (2007; como citado em Relvas, 2018) salienta três modelos base da formação contínua de enfermagem, sendo estes, o modelo de Jackson em que se reconhecem lacunas na formação do enfermeiro, o modelo de Erat, o qual compreende que a formação deve adaptar-se e antecipar-se às mudanças e por fim o modelo de Fullan, refere que a formação deve ir ao encontro das necessidades do serviço. Além da participação das formações desenvolvidas no SUMC, foi possível desenvolver um Póster que se encontra

no Apêndice 13, sobre a aplicação de Cateter Venoso Central. Esta temática torna-se importante desenvolver, visto que por ser uma técnica pouco recorrente, os profissionais tendem a esquecer aspetos importantes quando esta intervenção. Para colmatar este défice o grupo de alunos desenvolveu o Póster.

Neste EC, procurámos uma atualização de conhecimentos constante para que fosse possível não só melhorar a prestação de cuidados como também aprofundar os conhecimentos e aprimorar o pensamento crítico e reflexivo. Ainda com base na OE (2015), no regulamento nº 190/2015, foi possível desenvolver competências como C3 – 93 - atuar no sentido de ir ao encontro das necessidades de formação contínua e C3 – 96 - aproveitar as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.

CAPÍTULO 2 – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

No capítulo II é descrita a análise do percurso desenvolvido no EC de IVP em contexto de cuidados de saúde primários, realizado na UCSP do Teixoso, iremos abordar as atividades desenvolvidas de forma a dar resposta aos objetivos delineados no plano de trabalho (Apêndice 2). Tal como no capítulo anterior faremos referência aos critérios de competências do enfermeiro, de acordo com o regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais adquiridos.

O EC decorreu no Município da Covilhã na UCSP do Teixoso, que pertence à Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, sendo parte integrante do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Cova da Beira, o qual integra também as UCSP de Belmonte e Fundão. A freguesia de Teixoso tem uma área de 35,65 quilómetros quadrados e faz parte da União das Freguesias de Teixoso e Sarzedo, da qual é sede. É limitado pela vila de Borracheira a sul, Vila do Carvalho a norte, Gibraltar a oeste e Canhoso a este. Este concelho localiza-se no Conselho da Covilhã, na província da Beira Alta, região do Centro.

A UCSP do Teixoso, foi fundada a 09 de junho de 2015, conta com uma equipa multidisciplinar que inclui 6 médicos, 6 enfermeiros, 5 secretários clínicos, 1 médico interno, 3 auxiliares de ação médica e 2 empregadas de limpeza. A equipa de enfermagem sediada na UCSP de Teixoso, é composta por 3 enfermeiros, sendo um enfermeiro de cuidados gerais, um enfermeiro com especialidade em pediatria e um enfermeiro com mestrado em saúde comunitária. Esta unidade inclui vários polos, sendo estes em Aldeia do Souto, Orjais, Vale Formoso, Verdelhos e Vila do Carvalho, onde é neste último que os restantes profissionais de saúde desempenham funções.

O ACeS Cova da Beira foi criado pela Portaria n.º 274/2009, de 18 de março, abrange os concelhos de Belmonte, Covilhã e Fundão, este assenta numa matriz organizacional com equipas multiprofissionais, como é possível de verificar no organograma (Anexo XIII) é constituído por 11 Unidades Funcionais (5 UCSP, 1 Unidade de saúde familiar (USF), 3 Unidades de Cuidados na Comunidade, 1 Unidade de Saúde Pública e 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados) e 2 unidades de apoio.

As UCSP segundo o Decreto de lei n.º 28/2008, artigo 10º, prestam cuidados personalizados aos clientes, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. Com base no Serviço Nacional de Saúde (SNS - [BI-CSP Teixoso], 2017), a missão desta UCSP consiste em garantir a prestação de cuidados de saúde

personalizados aos clientes inscritos, com elevado desempenho assistencial, qualidade e eficiência, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade.

Ainda com base no mesmo autor, a UCSP rege-se pelos seguintes princípios e valores: Qualidade; Cultura, Trabalho em Equipa e Comunicação; Compromisso e Humanização; Ética, Responsabilidade Social e Ambiental; Valorização, das pessoas e com as pessoas. E no que toca à Visão desta instituição, esta passa por ser prestadora de cuidados de saúde personalizados e de proximidade de referência, pela excelência e qualidade do trabalho desempenhado por profissionais comprometidos com a satisfação dos clientes, promovendo e contribuindo para comunidades saudáveis e uma cultura de saúde e bem-estar.

Para dar resposta aos 8.535 inscritos na UCSP do Teixoso, como é possível visualizar no Anexo XIV, encontra-se em funcionamento nos dias úteis com horário de atendimento das 8 horas às 20horas, de segunda a sexta-feira, exceto em feriados e tolerâncias.

Quanto à estrutura física é constituída por 2 secretariados, 4 gabinetes médicos e 5 gabinetes de enfermagem, sendo que esta UCSP se rege pelo método de trabalho individual com objetivo de melhoria de cuidados através de promoção de indicadores. A Organização Mundial de Saúde (OMS) revela a importância das metodologias de trabalho de proximidade direcionadas para a família., estes profissionais estão inseridos em equipas multidisciplinares ou pelo próprio exercício autónomo de enfermagem, o qual originará ganhos em saúde para as populações e redução dos custos associados.

2.1. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE CSP

Durante a primeira semana deste EC foi delineado, em conjunto com a Enfermeira Orientadora, o plano de Trabalho de forma a adquirir as competências do Enfermeiro de cuidados gerais preconizadas pela OE.

A enfermeira em funções de chefia e por sua vez a enfermeira Orientadora procurou, através de visita ao serviço, elucidar-nos sobre a dinâmica própria da organização. Posto isto, em seguida, desenvolvem-se as atividades realizadas no decorrer deste EC em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

De forma reflexiva consideramos que a diferenciação entre UCSP e USF traduz-se em níveis de desempenho diferentes. Segundo Ferreira, Pereira, Rodrigues, Paiva, Arrojado

e Figueiredo (2020), na UCSP prestam-se cuidados a clientes além daqueles que estão no ficheiro do enfermeiro de família, como é o caso daqueles que não possuem médico de família, o que não acontece nas USF. Ainda a acrescentar um outro exemplo prático é o ciclo de contratualização (Anexo XV), já que nas UCSP é de 3 em 3 anos, nas USF é anual e nesta última existe retribuição das metas alcançadas, o que motiva os profissionais de saúde.

Objetivo Geral número 1: Participar na prestação de cuidados de enfermagem ao utente em todo o ciclo vital, aplicando a metodologia científica de enfermagem

Ao procurar prestar cuidados de saúde personalizados, o SNS (SNS - [BI-CSP Teixoso], 2017) defende que visam a procura pela excelência e qualidade do trabalho com vista à satisfação dos clientes, promovendo e contribuindo para comunidades saudáveis e uma cultura de saúde e bem-estar. Esta promoção de cuidados reflete-se positivamente numa qualidade e procura de excelência nesta unidade. Em consonância com esta informação, Ferreira, Pereira, Rodrigues, Paiva, Arrojado e Figueiredo (2020) defendem que o enfermeiro de família assume a responsabilidade de prestar cuidados globais a um grupo de famílias, em todo o processo de vida, incluindo a promoção e proteção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados e atua como agente facilitador, visando a autonomia e respondendo às necessidades da família.

Com base no sistema de informação da ARS, o ACeS Cova da Beira (2023) refere que no passado 31 de maio de 2023, estavam inscritos 88.256 clientes dos quais 75.295 com atribuição de médico de família, verificando-se 12.813 clientes sem médico de família.

De acordo com o Regulamento 743/2019 quando calculadas as dotações seguras dos cuidados de enfermagem nas UCSP (Anexo XVI), deve-se ter em consideração o seguinte rácio: de 1 Enfermeiro para 1550 clientes ou 1 enfermeiro por cada 1917 unidades ponderadas ou de 1 Enfermeiro para 350 famílias. Portanto, na UCSP do Teixoso, o ficheiro da enfermeira que orientou o EC, continha 1726 clientes, pelo que se pode verificar que não existe uma dotação segura, pois ultrapassa o número ideal. Sendo que os valores expostos tiveram em consideração as unidades ponderadas.

No entanto, é através da dotação segura que calculamos o rácio de enfermeiros de forma a assegurar os cuidados de excelência e auxiliando os enfermeiros, a aquisição de

competências com a finalidade de se atingirem índices de segurança e qualidade, no que toca aos rácios estes estão adequados às necessidades, apenas o número de clientes está distribuído de forma heterogénea.

No que toca à gestão de Recurso humanos, esta é realizada pela enfermeira em funções de chefia, com recurso à plataforma *Sisqual*, inicialmente são verificadas as horas de entrada e saída dos profissionais através de dados biométricos e as respetivas faltas são justificadas. Posteriormente é realizado o horário mensal, tendo em conta as férias, as formações e a realização das sextas feira no período da tarde, visto que estas são rotativas. Na UCSP em questão a gestão dos recursos materiais é da responsabilidade pela mesma profissional, sendo que lhe compete gestão de materiais através da plataforma *Glint*. Através desta é possível realizar o pedido de material ao armazém sediado em Coimbra e verificar as existências em stock. As entregas do material são feitas todas segundas semanas do mês e quando há necessidade de material extraordinário este é garantido pela UCSP da Covilhã, por ser a sede. Durante todo o estágio, procuramos um uso material de forma consciente. A restante análise SWOT está exposta no Apêndice 16 de forma completa.

No que diz respeito à esterilização, esta é feita de forma interna na UCSP da Covilhã, ficando à responsabilidade das auxiliares de saúde de a retirarem da sala de procedimentos e contabilizar os diferentes utensílios usados. Em relação à avaliação de desempenho, esta é feita com recurso ao Sistema Integrado de gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP).

Ao longo do EC, pudemos trabalhar com o PE direcionado como enfermeiro de família, em que tal como refere a OMS (2020), os cuidados de saúde primários constituem um serviço para a comunidade que garante acessibilidade, continuidade, atenção integral às necessidades de saúde ao longo da vida de um indivíduo, família e comunidade e assim atender às suas necessidades de saúde imediatas e de longo prazo e não apenas para um conjunto de doenças específicas com uma abordagem contrária à holística. De acordo com a OE (2015), no regulamento nº 190/2015 do regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados de saúde gerais, é possível evidenciar neste objetivo que foram desenvolvidas competências no subdomínio A1 como desenvolver uma prática profissional com responsabilidade, em que o enfermeiro tem consciência das duas limitações e em equipa multidisciplinar decide o melhor para o cliente, por exemplo em situações de necessidade de intervenção da Assistente Social, o desenvolvimento do subdomínio A2, mais especificamente no critério de competência 9 em que o enfermeiro

garante a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional, além disso, foi possível desenvolver o critério 11, de respeitar o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de Enfermagem e de saúde, em que o enfermeiro visa a prestação de cuidados de forma holística e personalizada às necessidades do cliente. Também muito importantes são os subdomínios de competências B2 quando desenvolvidas as atividades por permitirem desenvolver os critérios de competência 35 - participar nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação, 36 - aplicar conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção e educação para a saúde e atuar de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adotarem estilos de vida saudáveis. Com estes é possível explicar as ações desenvolvidas durante o EC no que toca aos critérios de competência como 42 - aplicação do conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades e avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.

Foi também possível consolidar conhecimentos adquiridos ao longo de toda a licenciatura e houve melhoria na perceção sobre a relação entre a prática e os programas de saúde. Após algum tempo, a adaptação ao programa foi bem-sucedida e conseguimos ter autonomia total na utilização do mesmo, sempre com supervisão.

A maioria dos procedimentos realizados foram ao encontro dos conhecimentos adquiridos no período teórico, exceto alguns casos pontuais que se prendiam mais com a necessidade de se economizar material. O longo de todo o EC, tivemos em consideração o subdomínio A2, em especial os critérios de competência 14 e 15 através do respeito pelos valores, costumes, crenças e práticas dos indivíduos, praticando atividades que, vão ao encontro do subdomínio B3 - Utiliza o Processo de Enfermagem e C1 - Contribui para a valorização profissional.

Objetivo Geral número 2: Contribuir para a promoção da saúde dos utentes e comunidade, reconhecendo o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem

O modelo de funcionamento das UCSP por enfermeiro de família permite que este identifique os focos com necessidade de atuação numa determinada família de forma global em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade. Como elucida

o Decreto de Lei 70/2010, de 16 de junho de 2014, o enfermeiro de família faz recurso da proximidade e em articulação com a equipa de saúde atua numa determinada família a nível dos ensinos, promoção da saúde, prevenção da doença, deteção precoce de doenças não transmissíveis, gestão da doença crónica e da visita domiciliária em algumas situações.

De acordo com a literatura científica atual, a abordagem dos níveis de prevenção tem sido amplamente utilizada na promoção da saúde e no combate a doenças. Um estudo recente realizado por Smith (2021) explorou os três níveis de prevenção - primária, secundária e terciária - e sua aplicação em uma ampla variedade de condições de saúde. O estudo destacou a importância da prevenção primária, com ênfase na promoção de estilos de vida saudáveis, educação em saúde e imunizações, como meio eficaz de evitar o desenvolvimento de doenças. Além disso, o estudo ressaltou a necessidade de monitorização e deteção precoce por meio da prevenção secundária, com a realização de Rastreios de Cancro de Colo do Útero ou Rastreios do Cancro do Cólon e Reto. O estudo ressalta ainda a implementação de estratégias de reabilitação e cuidados adequados para clientes com doenças crónicas no nível terciário, como é exemplo o tratamento a feridas ou úlceras. Esses resultados indicam a importância de abordagens ambivalentes e integradas nos diferentes níveis de prevenção, visando a melhoria da saúde populacional. Através da aplicação do PE procuramos planejar e executar cuidados de enfermagem de forma individualizada e personalizada, atendendo o cliente de uma forma holística e se fosse benéfico integrávamos a família nos cuidados, como por exemplo, se o cliente que se dirigia à UCSP fosse parcialmente dependente, para uma consulta de Saúde do Adulto era avaliado o Papel do Prestador de Cuidados do familiar que o acompanhava. Neste sentido, face aos clientes mais debilitados, dependentes e com necessidade de apoio constante de terceiros, os familiares eram alvo de intervenção face aos ensinos, recebiam informações como as exigências do cuidar, os recursos disponíveis, sejam eles materiais ou financeiros.

No decorrer destes, era feita a sensibilização da importância da alternância de posicionamento dos clientes dependentes para alívio de zonas de pressão e da utilização de dispositivos facilitadores dessa intervenção, bem como era realçada para a importância de uma boa alimentação e hidratação desses. Além disso, eram esclarecidas dúvidas que pudessem ter no que toca à prestação de cuidados, principalmente sobre a medicação.

De forma a complementar a prestação de cuidados de enfermagem personalizados, existem diversos programas informáticos que simplificam o registo da informação e

melhoram a interação entre equipa multidisciplinar, embora existam 16 sistemas de informação com base no ACeS Cova da Beira (2023), iremos nomear os que utilizamos durante o EC, Sistema de Informação Nacional dos cuidados de Saúde Primários (SINUS) em articulação com Sistema informático para registos clínicos a realizar por médicos e enfermeiros (SCLínico®), Rede Nacional de Utentes (RNU) e SiiMA Rastreios. Em todos eles houve a consciencialização da importância dos registos nos programas informáticos, por estes permitirem o incremento dos indicadores que regem a atuação do Enfermeiro de Família. Foi possível colaborar e consolidar a autonomia nas várias consultas de enfermagem de acordo com os programas estabelecidos pelo SNS, executámos tratamentos a vários tipos de feridas e verificámos ganhos em saúde, realizámos visitas domiciliárias, participámos em diversas formações feitas em Serviço e tivemos a possibilidade de preparar e administrar medicação. Cada enfermeira da UCSP do Teixoso têm em média 12 contactos diários, estes incluem consultas e atos de enfermagem.

Nesta UCSP e de acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS) os Programas em vigor são: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco; Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes; Programa Nacional de prevenção e Controlo do Tabagismo; Programa Nacional para as Doenças Cérebro Cardiovasculares; Plano Nacional de Vacinação (PNV); Programa de Tratamento de Feridas/Úlceras e Apoio Domiciliário Integrado. Posto isto é importante referir que para além destes programas, a UCSP do Teixoso apresenta projetos específicos e adaptados à sua população alvo. São exemplo destes, a Visita Domiciliária ao Recém-Nascido, o Programa de Gestão de Resíduos e a Consulta de Coagulação Oral, que apesar de ser realizada por enfermeiros do Serviço de Imunohemoterapia é realizada às quartas feiras e demonstra-se a sua importância por haver um elevado número de clientes a realizar anticoagulantes e antiagregantes orais, nomeadamente Apixabano e Rivaroxabana.

A aplicação destes programas nas consultas permite ao enfermeiro acompanhar o estado clínico, fazer ensinamentos corretos e adequados à pessoa e contribuir ainda mais para a obtenção dos cuidados de saúde personalizados.

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil:

Conforme refere a DGS (2013), na norma nº001/2013 as consultas de saúde infantil e juvenil destinam-se à vigilância, manutenção e promoção da saúde dos jovens, desde o nascimento à adolescência, ou seja, da primeira semana de vida aos 18 anos.

Neste EC tivemos oportunidade de participar em consultas de todas as fases infantojuvenis, apesar do ficheiro ter maioritariamente indivíduos idosos. Nestas consultas colocámos em prática os conhecimentos do PNV, esclarecemos dúvidas aos pais e planeámos antecipadamente o que seria abordado em cada consulta conforme a idade da criança. Nas várias consultas, realizadas maioritariamente às quartas-feiras, tinha-se em conta os seguintes parâmetros: estatura com craveira e avaliação do perímetro cefálico até aos 2 anos de idade, avaliação da Pressão arterial (PA), avaliação da Escala adaptada de Mary Sheridan que se inicia das 4/6 semanas até 4/5 anos, Cuidados antepatatórios, realização de ensinamentos sobre o desenvolvimento da criança com relevância para a idade e colaboração na administração de vacinas. Estes parâmetros permitiam perceber se havia um compromisso ou não do desenvolvimento infantil.

Nas consultas de saúde juvenil, eram avaliadas também as medidas antropométricas como o peso, altura, PA, Frequência Cardíaca (FC) e Índice de Massa Corporal (IMC) para perceber se a criança apresentava excesso de peso ou não. Além disso, abordámos temáticas como a sexualidade, alterações corporais e importância de manter o PNV atualizado, através da avaliação de adesão à Vacinação. Quando havia compromisso da adesão era planeada a vacina, ou se possível era administrada na consulta.

Posto a avaliação dos diversos parâmetros eram feitos os registos tanto no Sclínico®, como no boletim individual de saúde. Como o EC decorreu no período do Dia Mundial da Criança, para assinalar esta data, realizámos uma atividade que consistiu na aquisição de escovas de dentes e realizámos ensinamentos sobre higiene Oral, temática por vezes descorada nas consultas, e no final oferecíamos a escova de dentes, com a qual se fez o ensino para incentivar a esta prática.

Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco:

Estas consultas segundo a DGS (2015) têm como finalidade contribuir para um futuro mais saudável da população, atuando desde o início do ciclo de vida tendo uma participação ativa das mulheres/famílias. Ainda com a DGS, este programa preconiza a

avaliação do bem-estar fetal e materno através de exames complementares de diagnóstico, identificar problemas precocemente, promover a educação para a saúde e preparar para o parto e a parentalidade.

Para a realização destas consultas de enfermagem realizadas às terças-feiras, são avaliados parâmetros como, peso, altura, IMC, perímetro abdominal, PA, FC, número de semanas de gestação, realiza-se o teste de urina com fita reativa (Combur teste®) para avaliar os parâmetros da urina, tendo especial atenção aos nitritos e leucócitos devido à possibilidade de infeção urinária, a concentração de glicose na urina, para despiste de Diabetes Gestacional e concentração alta de proteínas, para despiste de pré-eclampsia. Realizam-se ensinamentos sobre possíveis doenças como a pré-eclampsia e a Diabetes Gestacional, hábitos alimentares ou outras recomendações necessárias e posteriormente fazem-se registos no boletim de saúde da grávida.

Ao longo do EC foi possível presenciar não só consultas de saúde materna em que desenvolvemos capacidades de fazer as avaliações, os ensinamentos adequadamente e esclarecer dúvidas aos pais. Principalmente às primíparas houve a possibilidade de acompanhar as mulheres no período de gravidez e por fim no puerpério. No entanto, a pré-concepcional fica aquém das expectativas. Por um lado, porque há uma diminuta sensibilização para esta e também por grande parte das mulheres grávidas serem de etnia cigana, e estas têm tendência, segundo o observado na prática clínica, a descurarem a prevenção e a procura de informação tendo uma diminuição acentuada de literacia em Saúde. Estas mulheres possuíam, na maioria dos casos, compromisso do conhecimento sobre a gravidez e das alterações desta.

Tal como refere a DGS (2015), não apenas a gravidez, mas sim, como o puerpério, são alturas de grande vulnerabilidade da saúde mental para a mãe e criança, pelo que deve ser feito um acompanhamento próximo e atento pelo enfermeiro de família, algo que é realizado em conformidade com a literatura nas consultas de avaliação do puerpério.

Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

A diabetes *mellitus* é uma doença crónica e tal como é possível observar pela DGS (2021) no Plano Nacional de Saúde 2021-2030, as suas complicações e a morte prematura continuam a ser prioridade em Portugal atualmente.

Nestas consultas preconiza-se segundo DGS (2008), o incentivo à adoção de hábitos de vida saudáveis, ensinamentos sobre o regime terapêutico e sobre a autovigilância da diabetes,

sobre os conceitos de hipoglicemia e hiperglicemia, prevenção e rastreio do pé diabético e avaliação dos parâmetros da consulta de diabetes.

Neste EC tivemos a oportunidade de realizar consultas neste âmbito, foi necessária uma constante atualização sobre a temática, devido à procura de informação foi possível o desenvolvimento de autonomia. Após a aquisição destas competências teóricas foi possível sensibilizar os adultos à promoção de saúde quando instalada a doença e demonstrar o impacto que a prevenção tem sobre problemas potenciais.

A população-alvo diabética do ficheiro de clientes da enfermeira orientadora era sobretudo constituída por pessoas idosas, as quais mostraram uma boa adesão tanto ao regime terapêutico, como aos ensinamentos feitos aos clientes com metabolismo energético diminuído. A realização destas, por haver uma maior procura populacional, realizavam-se às quintas e sextas feiras.

Programa Nacional de prevenção e Controlo do Tabagismo

Com base na OMS (como citado em DGS, 2021) morrem por ano cerca de 8 milhões de pessoas devido ao tabaco, contribuindo assim para o aumento da pobreza e desigualdade social e poluição ambiental. O tabaco encontra-se interligado, com base na DGS (2021) como causa com as doenças do foro respiratório, cancro, doenças cerebrovasculares, diabetes *mellitus* tipo 2, tuberculose e infertilidade. Nestes contactos era avaliado uso de tabaco, caso o cliente tivesse uso de tabaco presente, o fumador ativo era aconselhado a realizar uma consulta de cessação tabágica no Hospital Universitário Cova da Beira para potenciar a alteração destes hábitos. A realização destas realizavam-se às quintas e sextas feiras.

De forma a complementar os ensinamentos e a prevenção primária feita nestas consultas pelo enfermeiro de família é possível evidenciar, pela DGS (2021), a elaboração de uma articulação entre DGS e Direção-Geral da Educação desde 2018 para que fossem implementadas iniciativas estruturadas de prevenção e controlo do tabagismo no contexto da escolaridade obrigatória onde por vezes é o foco do problema, já que foi evidenciado com a regularidade das consultas, que o início do consumo de tabaco estava relacionado com a vida escolar.

Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares

De acordo com a DGS (2017), as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte da população portuguesa, sendo que são também uma das principais causas de invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos.

Desta forma, com base na norma 020/2011, o diagnóstico desta patologia é feito baseado nas constantes elevações de parâmetros em que a pressão arterial sistólica se encontra igual/superior a 140 milímetros de mercúrio e/ou a pressão arterial diastólica igual ou superior a 90 milímetros de mercúrio.

Neste EC tive oportunidade de participar em várias consultas de hipertensão arterial, onde realizamos a avaliação dos seguintes parâmetros, peso, altura, IMC, perímetro abdominal, PA, FC, presença risco de diabetes *mellitus* tipo 2 e posteriormente os registos no SClinico®. Estas realizavam-se também às quintas e sextas feiras e eram avaliados clientes com Hipertensão presente com grau reduzido, médio e alto. Além das consultas, foi realizada uma atividade sensorial que consistia em dar a conhecer aos clientes as possíveis ervas aromáticas, como salsa, o alecrim ou os coentros, no sentido em que com o incremento destes na sua dieta era mais fácil a diminuição da quantidade de sal, havendo uma resposta favorável dos clientes na mudança de hábitos alimentares.

Os ensinamentos feitos durante as consultas foram a nível da alimentação o que se revelou um desafio para maior parte dos clientes, o exercício físico, o sedentarismo, a importância da cessação tabágica para os fumadores, o controlo do peso e a importância da adesão ao regime terapêutico e os sinais da hipotensão e hipertensão.

Programa Nacional de Vacinação

Este programa que, com base na DGS (2020), é um programa que existe desde 1965 sendo universal, gratuito e acessível, é de extrema importância para a proteção da população e a aquisição da imunidade de grupo. A vacinação segundo a DGS (2020) constitui um direito e um dever do cidadão pelo que este participa ativamente na tomada de decisão de vacinar. O PNV tem vindo a ser reforçado nos últimos anos, pois os esquemas vacinais necessitam de ser efetivos e adequados à epidemiologia das doenças do país.

Ao longo do EC, tivemos bastantes oportunidades de vacinar crianças com adesão à vacinação comprometida principalmente nas consultas de saúde infantil, pelo que permitiu consolidar os conhecimentos, tanto práticos como teóricos sobre a vacinação.

Para além de crianças também vacinámos adolescentes e adultos, tendo sempre o cuidado de verificar no momento do contacto com o cliente, se demonstrava o esquema vacinal atualizado.

Nos momentos em que realizámos consulta a clientes sem médico de família atribuído, houve necessidade de transcrever vacinas de pessoas de outras nacionalidades, pelo que os diferentes idiomas por vezes constituíram um obstáculo, visto que houve a possibilidade de visualizar diferenças ao nível de planos de vacinação referentes a diferentes países e, conseqüentemente, participar na atualização dos mesmos, tendo em conta o PNV português, visto que muitos destes clientes não apresentavam qualquer registos de vacinação e aparentemente sem qualquer conhecimento e evidência de importância para com a vacinação, situação esta que, em Portugal, os sistemas de saúde zelam pelo seu cumprimento, disponibilizando informações e recursos para aceder de forma facilitada e gratuita à vacinação, garantindo assim o direito à saúde de todos os cidadãos.

Programa de Tratamento de Feridas/Úlceras

Este programa insere a execução do tratamento a feridas/úlceras, que realizava na sala de pensos. Para se conseguir aplicar o tratamento correto é necessário saber identificar o tipo de ferida e distinguir os tipos de úlcera. Sendo assim, as feridas segundo Parreira e Marques (2017) podem ser agudas, em que cicatrizam conforme o planeado e rapidamente, ou crónicas quando existem fatores que influenciam a sua cicatrização como é o caso da diabetes *mellitus*.

Ainda segundo os mesmos autores, inclui-se no primeiro grupo, as feridas cirúrgicas, traumáticas, abrasões, lacerações, contusões, mordeduras e queimaduras. Já no segundo grupo, os autores agrupam tanto as úlceras de perna, como de pressão, as feridas do pé diabético e as malignas. Em ambos os grupos considera-se o diagnóstico de compromisso do sistema tegumentar e são desenvolvidas as intervenções segundo as características das feridas.

Nestas consultas de enfermagem, que se realizaram à segunda feira, houve a possibilidade de aplicar aspetos teóricos, tanto das aulas como de ações de formação sobre feridas, que houve oportunidade de assistir ao longo destes 4 anos e que foram contribuindo para uma tomada de decisão refletida e assertiva quanto à seleção de materiais a utilizar no tratamento de diferentes feridas.

Na prestação de cuidados com a supervisão da enfermeira orientadora, houve bastante partilha de conhecimento neste sentido, chegando sempre a um consenso sobre qual o melhor tratamento a ser aplicado para determinada ferida e adequado também ao cliente tendo sempre por base o acrónimo referido por Parreira e Marques (2017) *TIME*, o qual significa tecido não viável ou gestão de tecido, controlo de infeção e inflamação, equilíbrio da humidade e avanço dos bordos.

Nos EC anteriores ainda não tinha havido muitas oportunidades para remover material de sutura, no entanto, esse aspeto foi consolidado neste EC. Para além de ter consolidado conhecimentos e técnicas inerentes à realização de pensos a feridas, também aperfeiçoámos os registos de enfermagem, seleccionando o tipo de ferida, avaliando esta incluindo o tamanho, tipo e quantidade de exsudado, se havia ou não sinais inflamatórios, se o tecido peri-lesional se encontrava íntegro ou afetado.

De seguida, eram realizados os registos e era colocado o tipo de tratamento aplicado de acordo com o material de penso usado e reagendávamos o contacto de acordo com o material aplicado e quantidade de probabilidade de repasse que existisse.

É importante haver registo dos cuidados prestados à ferida para que seja possível assegurar a continuidade de cuidados e monitorizar a evolução cicatricial.

Além disso, foi realizada terapia compressiva, em que inicialmente se cumpre a avaliação do Índice de Pressão Tornozelo Braço com recurso ao Doppler Manual, constituído por uma sonda ou transdutor de 4-8 Hertz e/ou 8 a 10Hertz, ligado a um sistema áudio, que replica e amplifica o som do fluxo sanguíneo. O cálculo do Índice de Pressão Tornozelo Braço é efetuado pela fórmula de Pressão mais elevada do tornozelo esquerdo-direito / Pressão braquial sistólica mais elevada. Esta fórmula dará um resultado que pode variar entre 1,3 e acima 0,5 e dependendo deste deve ser aplicada a terapia compressiva adequada (DGS, 2018).

O tipo de úlcera que advém de insuficiência venosa crónica tem uma incidência bastante relevante nesta UCSP. Nos momentos em que obtivemos contacto com esta terapia realizávamos a retirada do material, cumpríamos a limpeza do leito da ferida, colocávamos o material de penso primário e a ligadura de algodão, posteriormente, a enfermeira orientadora aplicava a terapia compressiva com a colocação das meias, ligaduras elásticas ou ligaduras de zinco.

Apoio Domiciliário Integrado

A Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI), foi criada em 2006 através do decreto de lei nº101/2006, sendo os seus objetivos a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência (Diário da República, 2006).

Ainda com base no mesmo autor, embora a RNCCI integre vários tipos, na UCSP do Teixoso existe a tipologia de equipas domiciliárias. Tal como evidencia Pires (2020), com o aumento da esperança média de vida, também aumenta o número de pessoas com doenças crónicas pelo que muitas delas se encontram em situação de dependência para a realização das atividades de vida diárias. Gomes (2015; como citado em Pires, 2020) refere que a maior parte das consultas de enfermagem realizadas às pessoas dependentes são feitas no domicílio, pois grande parte não consegue deslocar-se ao centro de saúde para realizar qualquer tipo de procedimento ou consulta (Diário da República, 2006).

Deste modo, a autora elucida para a importância da visita domiciliária, pois permite ao enfermeiro compreender a forma de inserção e de conhecimento da realidade de vida da família, permitindo estabelecer vínculos e compreender os aspetos importantes da dinâmica familiar que permitem adequar as intervenções mais corretas e personalizadas. Nesta instituição a equipa domiciliária é constituída por enfermeiros da UCSP, funciona de segunda a sexta-feira e realizam atitudes terapêuticas em função das necessidades de cada cliente, como algaliações, entubações nasogástricas e tratamento a feridas (que possibilitam um intervalo mais prolongado).

Apesar de participar em poucas visitas domiciliárias por a enfermeira orientadora não realizava domicílios, houve a possibilidade de colaborar na execução de tratamento a várias feridas, realização de ensinos, execução da técnica de algaliação, entubação nasogástrica e posteriormente registos no SClínico®. Nestes contactos foi possível verificar o compromisso que havia tanto dos utentes como dos cuidadores para a promoção de hábitos saudáveis com a alimentação, exercício físico ou adesão do esquema terapêutico.

Com este complemento de EC, compreendemos a importância das visitas domiciliárias para não só dar resposta às necessidades de cada pessoa/família/comunidade, mas também auxiliar o enfermeiro no estabelecimento de uma relação de proximidade que permita identificar os problemas/problemas potenciais para poder prevenir ou intervir de forma adequada e personalizada. É importante referir também, a importância da recolha

de informação para o enfermeiro de família nestas visitas domiciliares para a possível aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.

No que toca às competências desenvolvidas com o presente objetivo estas passam por B2 - Contribui para a promoção da saúde, dentro desta os critérios de competência promotores da sua execução foram 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 e 36 - Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção e educação para a saúde. 42 - Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades.

No que toca ao subdomínio B3. Utiliza o Processo de Enfermagem, foi possível 44 - Efetuar, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a conceção dos cuidados de Enfermagem, 45 - Analisar, interpretar e documentar os dados com exatidão, 46 - Formular um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores, 48 - Garantir que o cliente e/ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados. E por último quando desenvolvida o subdomínio B5 - Promove um ambiente seguro, este foi por 68 - Criar e manter um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco e 69 - Utilizar instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.

Objetivo Geral número 3: Estabelecer um bom relacionamento de trabalho com os colegas e com toda a equipa multidisciplinar

Castro, Fernandes e Galvão (2021) defendem que o enfermeiro deve possuir um conjunto de competências emocionais que facilitem uma compreensão real das necessidades da pessoa/família/comunidade. Os mesmos autores referem que, com este conjunto de competências, o enfermeiro será capaz de identificar os fatores que podem interferir no relacionamento com o cliente e/ou equipa multidisciplinar, o estabelecimento de uma relação de ajuda com o cliente e auxiliada por uma comunicação terapêutica, é fundamental para um balanço positivo.

Ávila e Costa (2020), relativamente ao estabelecimento de uma boa relação entre a equipa multidisciplinar, referem que não chega os constituintes trabalharem no mesmo local para ser uma equipa, é importante que cada indivíduo com a sua personalidade consiga interagir e refletir sobre a sua prática profissional e reconhecer a importância das ações executadas por cada um. A equipa, ainda segundo os mesmos autores, deve atuar em conjunto e não de forma fragmentada de forma a proporcionar uma prestação de cuidados de qualidade e personalizados, tendo um objetivo em comum.

Ao longo deste EC, procurámos estabelecer relações de respeito, empatia, interajuda tanto com a equipa multidisciplinar como a pessoa/família/comunidade, de forma a contribuir para um bom ambiente de trabalho e uma prestação de cuidados adequada e personalizada.

Na UCSP do Teixoso existe um bom relacionamento entre equipa multidisciplinar, tendo presenciado bastante cooperação entre enfermeiros e dedicação em integrar e esclarecer dúvidas aos alunos, contribuindo assim para o aperfeiçoamento das competências comunicacionais e relacionais. Houve ainda algumas dificuldades na comunicação, por a maior parte das vezes com os clientes que possuíam hipoacusia ou nas consultas de saúde infantil em que os pais demonstraram mais confiança na enfermeira orientadora, no entanto, não foram limitadoras da prestação de cuidados, visto que após identificar estas necessidades houve um ajuste de postura, através da adoção de estratégias adaptativas como linguagem não verbal e nas consultas de saúde infantil interagir com os pais e demonstrar-lhes que detinha conhecimentos sobre a temática, de forma a estabelecer uma relação de empatia e confiança.

Além disso, o estabelecimento de uma comunicação, empatia e relação terapêutica passa a ser cada vez mais crucial e a ter em conta neste contexto, pois o isolamento e o reduzido contacto social aumentaram exponencialmente face à situação pandémica que ultrapassamos recentemente e que têm uma grande influência nos ganhos em saúde.

Em todos os procedimentos que executámos, informámos o cliente e/família sobre o que iria ser feito de modo a estabelecer uma comunicação terapêutica para que os cuidados fossem corretos e personalizados.

Embora se tenha realçado as duas situações dificultadoras da prestação de cuidados, não houve nenhum cliente que recusa-se os cuidados prestados, até pelo contrário, os clientes deram os parabéns à aluna pela boa prestação de cuidados feita. De acordo com a OE (2015), no regulamento nº 190/2015 do regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados de saúde gerais, para ser possível a comunicação eficaz em saúde,

é necessário aplicar os Subdomínios B2. Contribui para a promoção da saúde quando aplicada a competência 43 - avaliar a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde, no subdomínio B6. Promove cuidados de saúde interprofissionais. No Subdomínio B4. Estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes, com 61 - Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais, 62 - Comunica com consistência informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrónica, no respeito pela sua área de competência, 63 - Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara, 64 - Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e/ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência, 65 - Comunica com o cliente e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder, 66 - Utiliza a tecnologia de informação disponível, de forma eficaz e apropriada, 67 - Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos/aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.

Objetivo Geral 4: Atuar com responsabilidade, assumindo os seus atos e respeitando os princípios éticos, morais e deontológicos

Assim, nesta perspetiva, conforme descreve o artigo oitenta e um, número um do Código Deontológico do enfermeiro (OE, 2015: 59), o Enfermeiro observa no seu exercício, os valores intrínsecos dos indivíduo e grupos e tem o dever de prestar cuidados sem que estes sejam alvo de discriminação económica, social, política, étnica, ideológica e religiosa. Além disso, deve promover independência física, social, e o autocuidado de forma a melhorar a sua qualidade de vida dos indivíduos. Por fim, deve recusar-se a desenvolver juízos de valor sobre a pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no que toca às suas escolhas de vida.

A UCSP atende uma população abrangente, incluindo várias raças e etnias na sua lista de cliente, sendo que há um número alargado de indivíduos de etnia cigana. No entanto, não houve nenhum tipo de desvalorização e discriminação humana, em que todos são tratados sem qualquer distinção e exclusão social, sendo garantido o acesso a cuidados de enfermagem equitativos e de qualidade.

Como sabemos, cada vez mais na prática em Enfermagem frisa a necessidade e a enorme importância da prestação de cuidados humanizados e equitativos, visto que cada pessoa é um ser único, social, com comportamentos, valores, crenças, ideologias e vivências diferentes. Deste modo, como enfermeiros, e acima de tudo como pessoas, não podemos esquecer as dimensões éticas, morais e deontológicas que acometem a profissão, sendo o contexto de ensino em cuidados de saúde primários uma fonte fulcral no desenvolvimento de compreensão e aplicação dessas dimensões.

No decorrer de todo o EC procurámos respeitar a privacidade e dignidade do cliente, de forma a promover o máximo de conforto e bem-estar da pessoa, respeitando as ações, o comportamento, o agir e as condições internas dos clientes e famílias, que nem sempre vão ao encontro do que seria expectável para a evolução positiva do indivíduo.

No decorrer da prática do EC, detetou-se humanidade em todos os enfermeiros da unidade, inclusive houve a sensibilização da realização de uma Sessão de Apresentação sobre o Código Deontológico com o objetivo fulcral da sensibilização para a humanização dos cuidados com recurso a exemplos práticos alusivos a cada artigo constituinte deste Código. Esta tinha como objetivos: Transmitir conhecimentos no âmbito do Código Deontológico; enumerar os focos de atenção direcionados aos Direitos e Deveres dos Enfermeiros; partilhar e discutir os exemplos direcionados para a prática. Esta tinha populações-alvo a equipa de enfermagem da UCSP do Teixoso e as alunas do 2º ano da Licenciatura em Enfermagem. Através da elaboração de um PowerPoint esta foi exposta no dia 20 de junho. Desta resultou o Certificado exposto no Anexo XVII.

Estas atitudes não partem da formação em enfermagem, mas sim daquilo que a pessoa tem para oferecer, da sua essência, daquilo que a caracteriza, nomeadamente compaixão, bondade, beneficência e generosidade para com o outro, no entanto que é prestigiado e respeitado por aqueles que são cuidados.

Por fim, é possível concluir que tendo em conta o desempenho ao longo deste EC, considero que as competências a nível de comunicação foram atingidas e procurou-se sempre demonstrar empatia, segurança e respeito pelo cliente e equipa. Acrescento ainda que com base na OE (2015), no regulamento nº 190/2015, o enfermeiro de cuidados de saúde gerais deve cumprir o Domínio A - Responsabilidade profissional, ética e legal na íntegra, nomeadamente o Subdomínio A2 - Exercer a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico, e com isso, 12 - Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade

ou a dignidade do cliente, (14) - Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados, além disso, B3 - Utiliza o Processo de Enfermagem e para isso 54 - Praticar Enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente. No que toca ao C1 - Contribuir para a valorização profissional, destaca-se o critério de competência de 83 - Promover e manter a imagem profissional da Enfermagem.

Objetivo Geral número 5: Promover o desenvolvimento das capacidades e competências, valorizando a investigação e a melhoria dos cuidados de saúde, tendo por base uma reflexão crítica do seu desempenho

Tal como já antes referido, a OE (2015), no regulamento nº 190/2015, defende ainda que o enfermeiro deve reconhecer os seus limites e ser capaz de consultar outros profissionais para completar lacunas que encontre, deste modo, a OE (2001; como citado em Magalhães, 2017) realça onde os padrões de qualidade se assentam, a tomada de decisão pelo enfermeiro é regida pela evidência com base na investigação aplicada na sua prática e tendo presente os princípios humanistas e uma boa prestação de cuidados de enfermagem.

Tal como refere a OE (1996) no REPE, o enfermeiro deve investir na sua formação e na investigação de forma a contribuir para o seu desenvolvimento profissional.

Tendo por base a importância da investigação, os autores Queirós e Fernandes (2021), elucidam para que Portugal é um dos países mais envelhecidos do mundo e o INE (2020 como citado em Queirós e Fernandes, 2021) revelaram que o índice de envelhecimento em 2080, passará dos atuais 159 idosos para os 300 idosos por cada 100 jovens, trazendo desafios a nível das políticas sociais e saúde. Apesar deste aumento, os autores elucidam para o facto de em Portugal existir uma grande população de pessoas idosas, mas sem qualidade de vida acima dos 65 anos de idade, e maior parte com base *UN Department of Economic and Social Affairs* (2020; como citado em Queirós e Fernandes, 2021), com dependência e maior uso dos cuidados de saúde hospitalar e de cuidados de saúde primários. Sendo assim, os mesmos autores evidenciam que o desenvolvimento profissional é de extrema importância para a motivação satisfação pessoal e prestígio dos profissionais de saúde, pelo que se deve investir na formação e numa aprendizagem

contínua para corrigir lacunas e contribuir para a necessidade de adquirir mais conhecimentos.

Além da formação supramencionada sobre Código Deontológico, foi possível assistir a duas formações realizadas pela enfermeira orientadora. A primeira debruçou-se sobre Gestão de Resíduos Hospitalares, onde se focou na classificação, separação, manuseio, condicionamento e transporte destes. A segunda formação intitulada “Sexualidade e Cancro” demonstrou a epidemiologia da doença oncológica, incidência do cancro, prevenção da fertilidade e gravidez e doenças oncológicas. Ambas contribuíram para um enriquecimento teórico sobre os temas abordados e permitiu um raciocínio clínico aprofundado.

A otimização dos recursos materiais e humanos exige processos de gestão eficazes e eficientes que devem ser desenvolvidos sob estratégias decididas em equipa. Durante o EC foi possível para participar na execução do Guia de Acolhimento da UCSP (Apêndice 17), para que este seja usado no momento de mudança desta unidade para USF.

Neste EC houve necessidade de recorrer a artigos, teses e outros suportes digitais e físicos para que ajudassem a desenvolver e a adquirir conhecimentos baseados na evidência, especialmente na área de tratamento de feridas, no despiste e prevenção de neuropatia, patologias que se desenvolvem no período da gravidez e como prevenir as mesmas. Considerando o regulamento nº 190/2015 do regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados de saúde gerais da OE (2015), enumeram-se algumas competências desenvolvidas a nível da investigação, entre as quais, B1. Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados, por 21 - Incorporar, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências. C1. Contribui para a valorização profissional, com o critério de competência de 86 - valorizar a investigação como contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade dos cuidados e participa em programas de melhoria contínua da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade.

Objetivo Geral 6: Demonstrar capacidade de utilização esclarecida dos resultados da investigação e participação em projetos de investigação em enfermagem ou saúde

A promoção de saúde, segundo Alves (2020), é uma ação fundamental do enfermeiro no entanto, a capacitação da população-alvo na aquisição de maior autonomia e consciência do estado de saúde só é possível se o profissional desenvolver uma reflexão crítica e informada das suas escolhas e tomadas de decisão, estas ações são potenciadas pela investigação feita a título pessoal por cada profissional que irá procurar desenvolver métodos e fundamentar a prática baseada na evidencia que vão ao encontro das necessidades dos clientes para ser possível resolver problemas reais ou potenciais.

Neste seguimento é importante realçar a perceção e a avaliação que o enfermeiro deve fazer da pessoa/família em questão, pois os clientes nem sempre estão disponíveis ou capazes de compreender e interiorizar os ensinamentos que se fazem. Tendo em conta estes aspetos e para melhor prestar cuidados na UCSP foi necessário desenvolver um projeto sobre Segurança do Utente, mais detalhadamente sobre a administração de medicação. Sabe-se que o projeto é composto por cinco etapas, sendo a primeira a definição de objetivos e a investigação (colheita de dados), a segunda fase é a de diagnóstico em que se faz um levantamento da problemática e a importância da sua resolução, de seguida apresenta-se a etapa de planeamento, é elaborado um plano detalhado do projeto cobrindo as várias vertentes da gestão, como a identificação do *software* usado, a calendarização das atividades e os recursos necessários ao seu cumprimento, na quarta etapa é realizada a implementação que consiste na colocação prática de tudo o que foi planeado e, por último, a avaliação que procura através do uso de instrumentos de avaliação perceber se os objetivos definidos inicialmente foram atingidos, no entanto esta deve ser dinâmica e ao longo de todo o projeto.

Neste sentido, foi realizada recolha de informação teórica sobre a Segurança do Utente - Utilização da medicação (Apêndice 18) para servir de introdução a um Manual de Procedimento sobre este tema muito pertinente na prática quotidiana dos cuidados.

Além destes documentos realizados segundo indicações e orientações por parte da Enfermeira Orientadora, foi elaborada uma Sopa de Letras (Apêndice 19) de forma autónoma, esta baseia-se em sensibilizar a população sobre hábitos de saúde saudáveis para tentar colmatar os tempos de espera das consultas.

De acordo com a OE as competências do enfermeiro de cuidados gerais, às quais fomos propostos e foram realizadas, segundo o subdomínio A2. Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico, e segundo os seus critérios de competência são 9 - garantir a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional, 23 - aplicar o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas, 26 - organizar o trabalho, gerindo eficazmente o tempo, 29 - apresenta a informação de forma clara e sucinta.

No subdomínio B1 - Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados, foi desenvolvida a competência 21 - Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.

No subdomínio B2 - Contribui para a promoção da saúde, desenvolveram-se competências como, 32 - compreender as políticas de saúde e sociais, 33 - trabalhar em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades. Já no subdomínio B3 Utiliza o Processo de Enfermagem, são exemplo de critérios de competência desenvolvidos o 44 - efetua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a conceção dos cuidados de Enfermagem, 45 - analisa, interpreta e documenta os dados com exatidão, 48 - garante que o cliente e/ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados,

No subdomínio B4 - Estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes, as competências desenvolvidas foram 67 - Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos/aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde,

Para finalizar o subdomínio C1. Contribui para a valorização profissional, foi possível desenvolver no EC 86 - Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade dos cuidados.

CAPÍTULO 3 –SEMINÁRIOS DE IVP

Os Seminários de Integração à Vida Profissional foram realizados através da plataforma online Zoom com a presença de vários colaboradores e também as sessões propostas pelo professor António Batista. Estes foram cumpridos como planeado no GFUC, por um total de 20 horas, sempre no mesmo horário entre as 18 e 20 horas, este período foi benéfico para a comunidade discente visto que não interferia com a maior parte dos alunos que se encontravam a realizar EC. Além disso, é de ressaltar a importância dada a este pelos enfermeiros orientadores das entidades acolhedoras que permitiram que fossem assistidos na integra mesmo o aluno estando em local de EC.

De acordo com Melo, Queirós, Tanaka, Costa, Bogalho, e Oliveira, (2017), o ensino universitário, além de ter como finalidade possibilitar ao estudante um ciclo de estudos, seja de tipologia teórica e/ou prática, orientação tutorial e de campos de EC, para consolidação das competências desenvolvidas ao longo do realizar do curso, deve igualmente preparar os estudantes para o mercado de trabalho que, por sua vez, tem sido mais exigente no que diz respeito aos pré-requisitos para contratação de profissionais.

Neste sentido, as temáticas abordadas nos Seminários, deram resposta a esse parecer, visto que abordou temáticas cruciais enquanto estudantes a ingressar numa futura vida profissional, além de terem contribuído para a consolidação de conhecimentos e saberes, que como sabemos, faz parte da essência da enfermagem a necessidade contínua de formação por parte do profissional de saúde.

Face às várias temáticas abordadas, destaca-se o primeiro seminário moderado pelo Professor António Batista, nomeadamente sobre a realização de um “Currículo Vitae e Europass”, já que é uma matéria essencial para ingressar no mercado de trabalho, inclusive é uma ferramenta que permite uma visão integral, por parte da entidade empregadora, dos conhecimentos e capacidades que o aluno tem ou é capaz de vir a desenvolver. É por isso, uma temática que nunca poderia ser descartada ao nível dos seminários, uma vez que a sua elaboração correta, sucinta e explícita permite desenvolver a imagem profissional, educacional e pessoal da pessoa.

Outra temática que tem destaque foi o seminário sobre “Hospitalização Domiciliária”. Em situação de contexto hospitalar, no SUMC, surgiram várias situações em que o cliente beneficiava muito do internamento na Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD).

Outro seminário que sobressaiu foi o último que abordou diversos aspetos importantes para o início da vida profissional, nomeadamente o processo de escolha de um candidato para um posto de trabalho, quer a nível público como privado. Foi também adequado o reforço feito pelo orador sobre a postura e o desenvolvimento de inteligência emocional que está empiricamente ligado com a profissão de Enfermagem.

Na generalidade, os seminários foram importantes e adequados no período em que decorreram, assim como a plataforma pelo qual foram demonstrados, por todos os intervenientes terem contacto com a mesma.

No que toca a temáticas a abordar no futuro, estas poderiam ser sobre as formações, quer seja mestrado, pós-graduações e quais as entidades que podem ser promotoras destas formações. Sendo que estas sejam apropriadas no momento de término da Licenciatura.

Em remate, apesar de ter destacado apenas alguns seminários, todos eles tiveram a sua relevância e todos eles constituíram uma ferramenta de processo de aprendizagem, consolidação de conhecimentos e saberes, bem como de reflexão, pelo que certamente passamos a ter uma visão diferenciada face às várias temáticas

Tabela 1

Listagem de Seminários

TEMA	DIA	APÊNDICE
Elaboração do <i>Curriculum Vitae</i> – Parte descritiva	14/03/2023	Apêndice 3
Organizações Profissionais do Setor da Enfermagem	28/03/2023	Apêndice 4
Hospitalização Domiciliária	13/04/2023	Apêndice 5
Novas Dimensões do Cuidar	18/04/2023	Apêndice 6
Elaboração do <i>Curriculum Vitae</i> – Europass	20/04/2023	Apêndice 7
Direitos e Deveres Fiscais	02/05/2023	Apêndice 8
Farmacovigilância	09/05/2023	Apêndice 9
Organizações Sindicais	30/05/2023	Apêndice 10
Neurodegeneração	06/06/2023	Apêndice 11
Preparação da entrevista e Formação ao longo da Vida	13/06/2023	Apêndice 12

Em jeitos de conclusão é possível afirmar que os Seminário foram importante para a vida Profissional, pois desenvolveram um raciocino critico e permitiram uma abordagem holística e consciente da prática de Enfermagem.

CONCLUSÃO

Com a realização deste relatório no âmbito do EC de IVP, desenvolvemos uma reflexão de todo o trabalho elaborado ao longo deste, tendo em conta os objetivos propostos e as atividades desenvolvidas para os alcançar. Posto isto, abordamos de forma sucinta o que foi abordado e as principais conclusões.

Conseguimos obter uma adaptação e integração rápida em ambas as equipas, tendo tido bastantes oportunidades de aprendizagem, colaborando na prestação de cuidados de enfermagem e desenvolver competências técnicas e relacionais com a equipa multidisciplinar.

O EC, tanto em meio hospitalar, como a nível de cuidados de saúde primários contribuíram bastante para a aquisição de novas competências, desenvolvimento e o aprimorar de outras, possibilitando assim um processo de aprendizagem contínuo e enriquecedor.

Compreendemos que este EC final foi fundamental para a conclusão do percurso académico, uma vez que permite contacto com a realidade da profissão de enfermagem e houve uma confrontação direta com situações que enquanto aluna de enfermagem de outro ano não aconteceria, como é exemplo, a tomada de decisão autónoma de enfermagem relativamente a um cliente a nosso encargo. Além disso, este EC permitiu desenvolver autonomia a vários níveis, desde preparação e administração de medicação, desenvolvimento relacional e capacidades comunicacionais com os clientes de forma a promover a sua confiança e a aquisição de hábitos de vida saudáveis.

Apesar de todas as dificuldades encontradas, como por exemplo a integração a equipas especializadas com um conhecimento muito vasto, a adaptação de inteligência emocional em situações de elevada pressão, a capacidade de perceção da evolução do autocuidado do cliente e o seu incentivo ou então o primeiro contacto com medicamentos trombolíticos. Apesar da sua existência estas foram ultrapassadas e obteve um balanço positivo, sendo que houve necessidade de uma constante atualização de conhecimentos e de procura pela personalização dos cuidados de enfermagem com qualidade e excelência, demonstrando a essência da profissão de Enfermagem e o exercer o “cuidar” da forma correta.

Relativamente aos objetivos delineados para o EC, estes foram atingidos com sucesso e possibilitaram também a colocação de desafios próprios ao longo deste.

Com este EC e a elaboração deste relatório, houve a possibilidade de contribuir para o desenvolvimento da identidade profissional enquanto futura enfermeira de cuidados de saúde gerais.

Para além das dificuldades sentidas nos EC, mas superadas, houve confronto com alguns obstáculos na realização deste relatório pois, para além de ser necessária uma pesquisa vasta de informação para corroborar a experiência, nem sempre é possível a transmissão completa das atividades executadas na prática e das diferentes situações com que somos confrontados e ainda a capacidade de síntese destas situações devido ao limite de páginas. Posto isto, penso que conseguimos alcançar um balanço positivo, considerando que este EC foi essencial para a preparação para o mundo profissional, consolidação de conhecimentos e desenvolvimento de capacidades e pensamento crítico.

Posto isto, realizando uma autorreflexão sobre este EC tendo por base os aspetos a melhorar e os aspetos que tiveram balanço positivo, é possível refletir que apesar das dificuldades encontradas comparativamente aos outros anos de EC, há um sentimento de preparação para a vida profissional, tendo consciência que é necessário uma constante atualização de conhecimentos, tendo sempre por base a aplicação, nem sempre possível, da teoria na prática, do sigilo profissional, do seguimento dos princípios éticos e morais que regem a profissão de Enfermagem. Com o passar do tempo apercebemos uma evolução de aspetos menos positivos, melhorando a destreza, eficiência, segurança na participação nas tomadas de decisão, confiança, observação holística, escuta ativa e gestão do tempo e recursos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACeS Cova da Beira (2023) *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde*. Acedido em 12 de junho de 2023 em Administração regional de saúde do centro em: <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2023/05/ACeS-CB-Relatorio-de-acesso-2021.pdf>
- Aiken, LH, Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, AM, Bruyneel, L., McHugh, M. e Sermeus, W. (2017). *Combinação de habilidades de enfermagem em hospitais europeus: estudo transversal da associação com mortalidade, avaliações de pacientes e qualidade do atendimento*. *BMJ qualidade e segurança*, 26 (7), 559-568.
- Alper, BS, Foster, G., Thabane, L., Rae-Grant, A., Malone-Moses, M., & Manheimer, E. (2020). *Trombólise com alteplase 3–4,5 horas após AVC isquêmico agudo: reanálise de ensaio ajustada para desequilíbrios basais*. *BMJ Medicina Baseada em Evidências*, 25 (5), 168-171. Acedido em 12 de junho de 2023 em Google académico em: <https://ebm.bmj.com/content/25/5/168.abstract>
- Alves, R. É (2020) *Cuidar para a promoção da saúde: Intervenções de enfermagem na maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil*. Dissertação de mestrado. Lisboa. Acedido em 19 de junho de 2023 em Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37367/1/Raquel%20%20Alves%20-%2026.02.2021.pdf>
- Ávila, K. A. e Costa, M. T. (2020) *A importância do trabalho multidisciplinar na saúde pública*. *Revista Interface*. Volume: 7, p.327-40. Acedido em de junho de 2023 em Scielo em: <https://www.scielo.org/article/icse/2013.v17n45/327-340/>
- Bonkhoff, A., Schirmer, M., Bretzner, M., Hong, S., Regenhardt, R., Brudfors, M. e Rost, N. (2021). *O resultado após AVC isquêmico agudo está ligado a padrões de lesão específicos do sexo*. *Nature Communications*, 12(1), 3289. Acedido em 12 de junho de 2023 em Google académico em: <https://www.nature.com/articles/s41467-021-23492-3>
- Borges, E. e Trindade, L. d. (2021) *Processo de trabalho em saúde e enfermagem. Suplemento digital Revista Enfermaria*. Volume: 44. p. 11-12. Acedido em março 24 de 2023 em Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38564/1/ICOHN21_43-50.pdf
- Castro, F. V., Fernandes, A. & Galvão, A. M. (2021) *Congresso Internacional Literacia em Saúde e Autocuidados: Evidências que Projetam a Prática Clínica: livro de resumos*. Acedido em 19 de junho de 2023 em Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/23764/1/COMPET%20e%20NCIAS%20EMOCIONAIS%20ESTRATEGIAS%20FACILITADORAS%20NA%20PRÁTICA%20DE%20ENFERMAGEM..pdf>
- Catalão, M. e Gaspar, P. (2017). *Dificuldades Na Assistência À Paragem Cardiorrespiratória Intra-Hospitalar: A Perceção Dos Profissionais De Saúde*. Acedido em 4 de março de 2023 em Repositório Científico do Instituto Politécnico de Leiria em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2878/1/cap-1.pdf>

- Cavalcante, M. (2017). *Utilização Do Protocolo De Cirurgia Segura com Paciente Politraumatizado Atendido na Sala De Emergência*. Revista Científica de Enfermagem. Volume: 7. P. 62-74. Acedido em 07 de março de 2023 em Google Académico em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/124/127>
- Coelho, M. (2015) *Comunicação terapêutica em enfermagem: utilização pelos enfermeiros*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto. 276 p. Acedido em 27 de março de 2023 em Repositório Aberto da Universidade do Porto em: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82004/2/33990.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82004/2/33990.pdf)
- Correia, M. (2012) *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa. 247 p. Acedido em 30 de março de 2023 em Repositório da Universidade de Lisboa em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf
- Costa, A. e Gaspar, P. (2017). *Perfil De Competências Do Enfermeiro No Serviço De Urgência*. Acedido em 4 de março de 2023 em Repositório Científico do Instituto Politécnico de Leiria em: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2880/1/cap-3.pdf](https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2880/1/cap-3.pdf)
- Cunha, M., Ribeiro, O., Vieira, C., Pinto, F., Alves, L., Santos, R., Martins, S., Leite, S., Aguiar, V. e Andrade, V. (2010) *Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura*. Acedido em 4 de março de 2023 em Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu em: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/308/1/Atitudes%20do%20enfermeiro%20em%20contexto%20de%20ensino%20cl%C3%ADnico%20uma%20revis%C3%A3o%20da%20literatura.pdf](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/308/1/Atitudes%20do%20enfermeiro%20em%20contexto%20de%20ensino%20cl%C3%ADnico%20uma%20revis%C3%A3o%20da%20literatura.pdf)
- Despacho nº 001/2017 do Ministério da Saúde. (2017). Diário da República: 2ª série, nº2. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf)
- Despacho nº 012/2022 do Ministério da Saúde. (2022). Diário da República: 1ª série, nº1. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2023_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2023_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf)
- Despacho nº 025/2011 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: 2ª série, nº2. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/insulinoterapia-na-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/insulinoterapia-na-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf)
- Despacho nº 101/2006 do Ministério da Saúde (2006). Diário da República: 1ª série, nº1. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-69895072-69896623>
- Despacho nº 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: 2ª série, nº153. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://files.dre.pt/2s/2014/08/15300000/2067320678.pdf](https://files.dre.pt/2s/2014/08/15300000/2067320678.pdf)

- Despacho nº 70/2010 do Ministério da Saúde (2010). Diário da República: 1ª série, nº1. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/DL118_2014_EnfFamilia.pdf
- Dias, L., Gonçalves, A., Silva, J., Pereira, N. e Perira, R. (2019). *Atuação Da Enfermagem Em Urgência E Emergência*. Revista Extensão. Volume: 3. P. 83-92. Acedido em 07 de março de 2023 em Google Académico em: <https://revista.unitins.br/index.php/extensao/article/view/1688/1127>
- Direção Geral de Saúde (2008) *Programa Nacional De Prevenção e Controlo da Diabetes*. Acedido em 17 de junho de 2023 em Serviço Nacional de Saúde em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/programa-nacional-para-a-diabetes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-diabetes.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2013) *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma 010/2013. Acedido em 16 de junho de 2023 em Direção Geral de saúde em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2015) *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Acedido em 17 de junho de 2023 em Direção Geral de saúde em: <https://www.dgs.pt/emdestaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Direção geral de Saúde (2017) Norma 001/2017. *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Acedido em 11 de junho de 2023 em Direção geral de saúde em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0012017-de08022017-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2020) *Programa Nacional de Vacinação*. Acedido em 17 de junho de 2023 em Serviço Nacional de Saúde em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2021) *Programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo 2020*. Acedido em 17 de junho de 2023 em Serviço Nacional de Saúde em: <https://www.dgs.pt/portalda-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie1219790pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARYSzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Eira, C., Mota, Â., Silvério, R., Miranda, M., Ribeiro, P., Gomes, A., & Monteiro, A. (2018). *Trombólise intravenosa no Acidente Vascular Cerebral Isquémico Agudo Depois dos 80 Anos*. *Medicina Interna*, 25(3), 169-178. Acedido em 07 de março de 2023 em Google Académico em: <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/471/295>
- Entidade Reguladora da Saúde do Ministério da Saúde. (2009). chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/68/Estudo_sobre_urgencias-SAP_privadas.pdf
- Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M. J., Paiva, M., Arrojado, V., & Figueiredo, M. H. (2020). *Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar*. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 7-20.
- Grupo Português de Triagem. (2011). *Sistema de Triagem de Manchester*. Acedido em abril 20, 2023, em Grupo Português de Triagem em <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>

- INE. (2022). *Caraterização De População Do Distrito Da Guarda*. em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20006/2050333/Pages/default.aspx>
- INEM. (2012). *Manual TAS/TAT abordagem à Vítima*. 1ª edição. Acedido em 27 de março de 2023 em INEM em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Manual-TAS-TAT-Abordagem-%C3%A0->
- Kotler, P. e Lee, N. (2000). *Administração de Marketing*. Editora Saraiva. Acedido em 27 de maio de 2023 em: https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=Owm2DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=kotler+p+analise+swot&ots=2-NTKwk7an&sig=d1DIKclLAWOQEk3plc3s3lXRje0&redir_esc=y#v=onepage&q=kotler%20p%20analise%20swot&f=false
- Magalhães, C. M. (2017) *Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados*. Tese de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. Porto. Acedido em 21 de junho de 2023 em Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22926/1/TESE%20ALTERADO%20P%C3%93S%20DEFESA.pdf>
- Melo, R., Queirós, P., Tanaka, L., Costa, P., Bogalho, C. e Oliveira, P. (2017). *Dificuldades dos estudantes do curso de licenciatura de enfermagem no ensino clínico: Perceção das principais causas*. Revista de Enfermagem Referência, 4(15), 55-63. Acedido em 29 de maio de 2023 em Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal em:
- Nunes, A., Gouveia, M., Ferreira, R., Delgado, S. e Carioca, V. 2016. *Recomendações Para A Formação Contínua Dos Professores De Enfermagem*. Acedido em 17 de março de 2023 em Repositório Institucional da Universidade de Évora em: http://revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/136/238
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Acedido em 12 de maio de 2023 em Diário da República em: <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Acedido em 4 de março de 2023 em Ordem de Enfermeiros em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Código Deontológico*. Acedido em 3 de março de 2023 em Ordem dos enfermeiros em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento Do Perfil De Competências Do Enfermeiro De Cuidados Gerais*. Ordem dos Enfermeiros. P. 05-22. Acedido em Ordem dos Enfermeiros em 11 de maio de 2023 em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ordem dos enfermeiros. (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Acedido em 4 de março de 2023 em Ordem de Enfermeiros em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento De Perfil De Competência Do Enfermeiro Gestor. Acedido em 22 de abril de 2023 em Diário da República em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Acedido em 18 de março de 2023 em Ordem dos Enfermeiros em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2020) *Competencies for nurses working in primary health care*. Acedido em 16 de junho de 2023 em Ordem dos enfermeiros em: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/441868/Competencies-nurses-primaryhealth-care-eng.pdf
- Parreira, A e Marques, R. (2017). *Feridas – Manual de Boas Práticas*. Editora Lidel.
- Pires, N. S. (2020) *Cuidar a pessoa dependente no domicílio: o papel do enfermeiro de família*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior do Instituto Politécnico de Bragança. Bragança. Acedido em 19 de junho de 2023 em Biblioteca Digital do IPB em: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/23052/1/Pires_Nadine.pdf
- Prata, P. e Fernandes, O. (2012) Parecer nº19/2012. *Orientações de estudantes de enfermagem em Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Acedido em 4 de março de 2023 em Ordem dos Enfermeiros em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer19_CE.pdf
- Quaresma, A., Xavier, D. e Cezar-Vaz, M. (2019). *O papel do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência e emergência*. Revista Enfermagem Atual In Derme. Volume: 87. P. 12-37. Acedido em 07 de março de 2023 em Google Académico em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1025378>
- Queirós, C. e Fernandes, O. (2021) *Desenvolvimento Profissional Contínuo no Contexto da Enfermagem Gerontogeriatrica*. Acedido em 19 de junho de 2023 em Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/38026>
- Relvas, R. (2018). Implementação e organização da formação em serviço na USF SALUS (Doctoral dissertation).
- Ribeiro, O., Fassarella, C., Trindade, L., Luna, A. e Almeida, J. (2020) *Ano internacional da enfermagem: dos 200 anos de Florence Nightingale à pandemia por COVID19*. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro 2020. Volume: 22. p.10-3725. Acedido em 14 de março de 2023 em Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36758/1/O.Ribeiro-10.pdf>
- Ribeiro, O., Martins, M., Vandresen, L., Silva, J. e Cardoso, M. (2021) *Usefulness of information and communication technologies: portuguese nurses' look*. Texto Contexto Enferm. 2021. Volume: 30. p.1-13 Acedido em 17 de março de 2023 em Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36654/1/O.Ribeiro.pdf>

- Santos, A. P., Martins, C., Mariano, D., Martins, J. e Esteves, S. (2012). *Autonomia profissional e complementaridade funcional em enfermagem*. Acedido em 30 de março de 2023 em Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9245/1/Revista%20Percurso%20n23_Autonomia%20profissional%20e%20complementaridade%20funcional%20em%20enfermagem.pdf
- Sequeira, C. e Néné, M. (2021). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. Editora Lidel. Serviço Nacional de Saúde (s.d.) *Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*. Acedido em 12 de junho de 2023 em Administração regional de saúde de Lisboa e vale do tejo em: <https://www.arslvt.min-saude.pt/pages/570>
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). BI- UCSP Teixoso. Acedido em 14 de maio de 2023 em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20006/2050333/Pages/default.aspx>
- Silva, A. (2018). *A importância da comunicação em enfermagem em situação crítica e paliativa*. Dissertação de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. Universidade Católica Portuguesa. Porto. Acedido em 27 de março de 2023 em Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/30630/1/A%20import%C3%A2ncia%20da%20Comunica%C3%A7%C3%A3o%20em%20Enfermagem%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20Cr%C3%ADti.pdf
- Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Faria, A., Barros, S., Melo, R., Forte, E. e Ribeiro, O. (2023). *Escala de avaliação dos métodos de trabalho dos enfermeiros: um estudo de validação de conteúdo*. Acedido em 27 de abril de 2023 em Google Académico em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/reben/a/Veyx63YNbNb8VHwvVg8mGNM/?format=pdf&lang=pt
- Silva, M., Ramires, M., Coelho, A. e Burci, L. (2018). *Nove Certos Da Medicação: Uma Análise De Conhecimentos*. Revista Gestão & Saúde. Volume: 18. P. 55-65. Acedido em 07 de março de 2023 em Google Académico em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.herrero.com.br/files/revista/filec40751e5bd8407e8feca752a517b021e.pdf
- Silva, P. (2015). *Gestão do Tempo dos Enfermeiros numa Unidade Cirúrgica de um Hospital da área de Lisboa*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido em 30 de março de 2023 em Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16454/1/Disserta%20a7%20a3o%20Final.pdf>
- Smith, G. D. (2021). *Literacia em saúde: a perspectiva da enfermagem*. Revista de Enfermagem Referência, (8). Acedido em 07 de julho de 2023 em Google Académico em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.redalyc.org/journal/3882/388270215001/388270215001.pdf
- Soares, C. S. (2021) *Formação de estudantes em ensino clínico: intervenção supervisiva do tutor*. Tese de Doutoramento em Educação, Ramo Supervisão e Avaliação. Universidade de Aveiro. Acedido em 17 de março de 2023 em Repositório Institucional da Universidade de Aveiro em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://ria.ua.pt/bitstream/10773/30568/1/Documento_Cust%20b3dio_Soares.pdf

Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., e Cardoso, M. (2021). *Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review/Working methods of nurses in hospitals: scoping review/Métodos de trabajo de las enfermeras en los hospitales: scoping review*. Journal Health NPEPS, 6(2).

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – PLANO DE TRABALHO DE CONTEXTO HOSPITALAR

	PLANO DE TRABALHO Licenciaturas Cursos Técnicos Superiores Profissionais (CTeSP)	MODELO CA.115.07 2022 / 2023
	Este documento é um complemento do formulário EA.124 - Convenção.	
Tipologia: <input checked="" type="checkbox"/> Curricular <input type="checkbox"/> Extracurricular <input type="checkbox"/> Diversa _____ na área de prática ou especificidade formativa? <input type="checkbox"/> Sim, Qual? _____ Informação adicional (se aplicável) Designação: <u>Ensino Clínico - Integração à Vida Profissional</u> Ano curricular: <input checked="" type="checkbox"/> 4.º ano <input type="checkbox"/> Semestre: <input checked="" type="checkbox"/> 2.º semestre <input type="checkbox"/> 1.º período <input type="checkbox"/> 2.º período <input type="checkbox"/> 3.º período		
1. IDENTIFICAÇÃO DOS INTERVENIENTES		
Estudante: <u>Inês Mariana Sá Bidarra</u> Curso: <u>Licenciatura em Enfermagem</u> N.º de matrícula: <u>1702216</u> Docente orientador(a): <u>Paulo Jorge Cruz Tavares</u> Supervisor(a) / Tutor(a): <u>Hugo Miguel da Silva Brito</u>		
2. PLANO DE TRABALHO		
O Ensino Clínico (EC) de Integração à Vida Profissional em contexto hospitalar decorre no Hospital Sousa Martins - ULS Guarda, no serviço de Urgência, Médico-Cirúrgico. Este EC tem como objetivo geral os enunciados a seguir. Logo em seguida enunciam-se os objetivos específicos a desenvolver no decurso da prática clínica. Objetivo Geral número 1: Participar na prestação de cuidados de enfermagem ao utente em todo o ciclo vital, aplicando a metodologia científica de enfermagem. - Conhecer a estrutura organizacional do Serviço de Urgência, Médico-Cirúrgico. - Identificar a dinâmica caracterizadora do Serviço de Urgência de forma a potenciar a independência de atuação. Objetivo Geral número 2: Atuar com responsabilidade, assumindo os seus atos e respetando os princípios éticos, morais e deontológicos. - Relacionar as situações de urgência e emergência com a atuação específica do Enfermeiro de Cuidados gerais. - Desenvolver capacidades humanas e práticas de atuação em situação crítica. Objetivo Geral número 3: Estabelecer um bom relacionamento de trabalho com os colegas e com toda a equipa multidisciplinar. - Descrever métodos para a prestação de cuidados humanizados através de uma comunicação eficaz com a equipa, independentemente do contexto e situação clínica crítica em que o doente se insere. - Pesquisar sobre as ações e características dos colegas para dinamizar os métodos de trabalho promovendo o bem-estar geral dos doentes e da equipa que prestam cuidados diferenciados no âmbito do Serviço de Urgência, Médico-Cirúrgico. Objetivo Geral número 4: Promover o desenvolvimento das capacidades e competências, valorizando a investigação e a melhoria dos cuidados de saúde, tendo por base uma reflexão crítica do seu desempenho. - Pesquisar sobre as competências que o enfermeiro de cuidados gerais deve possuir para desenvolver a atividade em contexto de Urgência e Emergência. - Conhecer a metodologia presente no Serviço de Urgência que promova o bem-estar de forma eficaz e rápida através dos conhecimentos adquiridos em contexto de aquisição de conhecimentos.		
3. DATAS E ASSINATURAS		
(3A) Estudante Data: <u>03/03/2023</u> Assinatura: <u>Inês Mariana Sá Bidarra</u> (3B) Docente Orientador(a) Data: <u>6/03/2023</u> Assinatura: <u>[Assinatura]</u> (3C) Supervisor(a) / Tutor(a) Data: <u>6/03/2023</u> Assinatura: <u>[Assinatura]</u>		
		

APÊNDICE 2 – PLANO DE TRABALHO DE CONTEXTO CUIDADOS PRIMÁRIOS

POLI TÉCNICO OUARDA	PLANO DE TRABALHO Licenciaturas Cursos Técnicos Superiores Profissionais (CTeSP)	MODELO SA.123.07 10.12 / 2023										
Este documento é um complemento do formulário SA.126 - Coeserção.												
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2"> Tipologia: <input type="checkbox"/> Curricular <input type="checkbox"/> Extra-curricular <input type="checkbox"/> Outro: _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Ao abrigo do protocolo ou especificidade formativa? <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Informação adicional (se aplicável) Designação: <u>Ensino Clínico - Integração à Vida Profissional</u> </td> </tr> <tr> <td> Ano curricular: <u>4.º ano</u> <input checked="" type="checkbox"/> </td> <td> Semestre: <u>2.º se</u> <input checked="" type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="radio"/> 1.º período <input type="radio"/> 2.º período <input type="radio"/> 3.º período </td> </tr> </table>			Tipologia: <input type="checkbox"/> Curricular <input type="checkbox"/> Extra-curricular <input type="checkbox"/> Outro: _____		Ao abrigo do protocolo ou especificidade formativa? <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____		Informação adicional (se aplicável) Designação: <u>Ensino Clínico - Integração à Vida Profissional</u>		Ano curricular: <u>4.º ano</u> <input checked="" type="checkbox"/>	Semestre: <u>2.º se</u> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 1.º período <input type="radio"/> 2.º período <input type="radio"/> 3.º período	
Tipologia: <input type="checkbox"/> Curricular <input type="checkbox"/> Extra-curricular <input type="checkbox"/> Outro: _____												
Ao abrigo do protocolo ou especificidade formativa? <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____												
Informação adicional (se aplicável) Designação: <u>Ensino Clínico - Integração à Vida Profissional</u>												
Ano curricular: <u>4.º ano</u> <input checked="" type="checkbox"/>	Semestre: <u>2.º se</u> <input checked="" type="checkbox"/>											
<input type="radio"/> 1.º período <input type="radio"/> 2.º período <input type="radio"/> 3.º período												
1. IDENTIFICAÇÃO DOS INTERVENIENTES												
Estudante: <u>Inês Mariana Sá Bictora</u> Curso: <u>Licenciatura em Enfermagem</u> N.º de estudante: <u>1702216</u> Docente orientador(a): <u>Paulo Jorge Cruz Tavares</u> Supervisora/Tutor(a): <u>Paula Marie Domingues Henriques</u>												
2. PLANO DE TRABALHO												
<p>Objetivo Geral número 1: Participar na prestação de cuidados de enfermagem ao utente em todo o ciclo vital, aplicando a metodologia científica de enfermagem.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a estrutura organizacional da UCSP do Teixoso; - Identificar a dinâmica caracterizadora da UCSP do Teixoso de forma a potenciar a independência de atuação. <p>Objetivo Geral número 2: Contribuir para a promoção da saúde dos utentes e comunidade, reconhecendo o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acompanhar o Enfermeiro de família nos contactos com os utentes de forma a obter independência nos cuidados; - Identificar as problemáticas recorrentes no serviço, para através de prevenção as atenuar; <p>Objetivo Geral número 3: Estabelecer um bom relacionamento de trabalho com os colegas e com toda a equipa multidisciplinar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer a importância da comunicação eficaz com a equipa, utentes, família e comunidade. <p>Objetivo Geral 4: Atuar com responsabilidade, assumindo as suas atos e respeitando os princípios éticos, morais e deontológicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver capacidades para atuar em todas as fases do ciclo vital do indivíduo em conformidade com os diferentes planos preventivos. - Pesquisar sobre as ações e características dos colegas para dinamizar os métodos de trabalho promovendo o bem-estar geral dos doentes e de equipa que prestem cuidados diferenciados nos Cuidados de Saúde Primários. <p>Objetivo Geral número 5: Promover o desenvolvimento das capacidades e competências, valorizando a investigação e a melhoria dos cuidados de saúde, tendo por base uma reflexão crítica do seu desempenho.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descrever métodos promotores de qualidade de vida e saúde tendo em vista a prevenção da doença; - Pesquisar sobre as competências que o enfermeiro de cuidados gerais deve possuir para desenvolver a atividade em contexto de Cuidados de Saúde Primários. <p>Objetivo Geral 6: Demonstrar capacidade de utilização esclarecida dos resultados da investigação e participação em projetos de investigação em enfermagem ou saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver competências ao nível do planeamento, implementação e avaliação de uma sessão de educação para a saúde. - Conhecer métodos para a promoção de saúde tendo em consideração os níveis de prevenção e implementar os mesmos no momento das intervenções de enfermagem. 												
3. DATAS E ASSINATURAS												
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td> Data: <u>29/05/2023</u> </td> <td> Assinatura: <u>Inês M. S. Bictora</u> <small>Estudante</small> </td> </tr> <tr> <td> Data: <u>29/05/2023</u> </td> <td> Assinatura: _____ <small>Docente Orientador(a)</small> </td> </tr> <tr> <td> Data: <u>29/05/2023</u> </td> <td> Assinatura: _____ <small>Supervisora/Tutor(a)</small> </td> </tr> </table> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> </div>			Data: <u>29/05/2023</u>	Assinatura: <u>Inês M. S. Bictora</u> <small>Estudante</small>	Data: <u>29/05/2023</u>	Assinatura: _____ <small>Docente Orientador(a)</small>	Data: <u>29/05/2023</u>	Assinatura: _____ <small>Supervisora/Tutor(a)</small>				
Data: <u>29/05/2023</u>	Assinatura: <u>Inês M. S. Bictora</u> <small>Estudante</small>											
Data: <u>29/05/2023</u>	Assinatura: _____ <small>Docente Orientador(a)</small>											
Data: <u>29/05/2023</u>	Assinatura: _____ <small>Supervisora/Tutor(a)</small>											

APÊNDICE 3 – SEMINÁRIO – ELABORAÇÃO DE *CURRICULUM VITAE* – PARTE DESCRITIVA

Intervenientes: Professor Doutor António Batista

Realizado no dia 14 de março de 2023, no período compreendido entre as 18 e as 20 horas.

Tendo em conta a apresentação sobre a temática, temos duas estratégias na criação do currículo, podemos criar um currículo descritivo que será utilizado para concursos ou podemos criar um currículo *Europass* que será utilizado com maior regularidade.

Abordámos os pontos fundamentais na criação dos mesmos como a utilização dos verbos na terceira pessoa, a informação colocada no mesmo poder ser facilmente comprovada através de certificados/diplomas, nas enumerações de experiências profissionais e formação académica colocar com a disposição do mais recente para o mais antigo, bem como a importância das atividades extracurriculares ou hobbies praticados. Também abordamos a importância das descrições presentes ao longo do currículo de forma a existir um complemento de informação e a conseguirmos solucionar a entidade patronal para os problemas que surjam, por último, no caso de não ter um EC num determinado local e exista interesse sobre essa área, informar que existe uma preferência por aquele local pela cultura e pela capacidade que há de aprofundar conhecimentos.

Como pontos positivos sobre o seminário um período adequado de apresentação e possibilidade para o esclarecimento de dúvidas relacionadas à realização do currículo.

Num ponto de vista menos positivo apesar da informação ser extremamente relevante já existia um conhecimento prévio sobre a temática.

APÊNDICE 4 – SEMINÁRIO – ORGANIZAÇÕES PROFISSIONAIS DO SETOR DA ENFERMAGEM

Intervenientes: Presidente do conselho jurisdicional regional da seção centro da OE, o moderador enfermeiro Válder Amorim

Realizado no dia 28 de março de 2023, no período compreendido entre as 18 e as 20 horas.

Neste segundo seminário começamos por analisar a história da enfermagem em Portugal, posteriormente abordamos a declaração universal dos direitos humanos, a constituição da república portuguesa e nesta, foi direcionada para a prática dos cuidados prestados tendo em consideração as características dos clientes. Abordámos também a lei de bases da saúde, em que falámos sobre ética da ação do enfermeiro perante os diferentes planos promotores de saúde em Portugal, analisámos o código de trabalho em vigor e fomos sensibilizados sobre os diferentes tipos de deveres e direitos perante uma entidade patronal, nomeadamente no sistema nacional de saúde, através da abordagem da lei geral do trabalho em funções públicas. Para finalizar abordamos o estatuto da OE, e este tem como objetivo fundamental regular a nível legislativo a prática da prestação de cuidados, como complemento também visualizámos o REPE, o código penal e o código deontológico.

Ao longo do seminário foi interessante abordar os aspetos legislativos que regulam a profissão de enfermagem, sobretudo pela forma como foi feita a abordagem por parte do orador, pois demonstrou os conteúdos com exemplos do quotidiano e inclusive, durante o EC – IVP. No decorrer da apresentação o tipo de analogias e exemplos utilizados permitiram obter uma perceção sobre uma linguagem à qual não nos encontramos familiarizados.

Como aspetos negativos verifiquei o curto período fornecido para questões e exposição de dúvidas da apresentação e a exposição ter sido demasiado teórica.

APÊNDICE 5 – SEMINÁRIO –HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Intervenientes: Nino Coelho, a desempenhar funções no hospital Baixo Vouga – Aveiro, no serviço de medicina interna

Realizado no dia 13 de abril de 2023, no período compreendido entre as 18 e as 20 horas. Os cuidados domiciliários procuram cuidar a doença crónica em fase aguda porém no domicílio do cliente. Por existir um envelhecimento demográfico, através do aumento da esperança média de vida e da diminuição da taxa de mortalidade, há consequentemente uma sobrelotação dos SU's e abandono social é necessário a criação de novos paradigmas para apoiar os desafios do SNS, como tal, foi criado o conceito de hospitalização domiciliária.

Para que o SNS consiga alterar estes paradigmas é necessário haver um empowerment dos cuidados de saúde primários através da formação de profissionais e a nível hospitalar é necessário criar equipas diferenciadoras do cuidado. O aumento do número destas equipas deve-se à necessidade que a população portuguesa possui.

Estas equipas procuram após a alta hospitalar prestar cuidados específicos como previsto no regulamento de modelo de deliberação de criação e de regulamento da unidade de hospitalização domiciliária.

Tem como princípios diferenciadores não se excluir ninguém nem mesmo clientes institucionalizados em ERPI.

Considero como ponto positivo a organização hierárquica desta vertente do cuidar, pois esta insere-se numa rede de cuidados que a qualquer momento pode ser requisitada para garantir qualidade dos cuidados prestados, em termos de apresentação esta foi extremamente pertinente para situações profissionais futuras, foi elucidativa e dinâmica. Como pontos menos positivos detetei a ausência de casos práticos sobre ganhos de saúde quer materiais, quer humanos, desta forma devido à ausência destes elementos não foi tão facilitada a perceção das ações dos profissionais de enfermagem.

APÊNDICE 6 – SEMINÁRIO – NOVAS DIMENSÕES DO CUIDAR

Intervenientes: Ângela Simões, especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

Realizado no dia 18 de abril de 2023, no período compreendido entre as 18 e as 20 horas. Inicialmente refletimos sobre os cuidados em Enfermagem, como estes podem ser mais humanizados e a oradora deixou um pensamento reflexivo que a pessoa deve ser o centro da atenção, além disso não deve ser priorizado o ato de enfermagem, mas sim a integração da pessoa no plano terapêutico para potenciar os ganhos em saúde. No fundo os clientes têm todo um ambiente que os afeta e lhe causam alterações físicas e psíquicas que prejudicam o seu processo de cura.

Para melhoria dos cuidados a oradora referiu que a prestação de enfermagem deve ser mais humanizada, além disso, deve ser alvo de intervenção o familiar que acompanha o cliente em todo este processo, aqui fez alusão à obra “A saga de um pensador”.

Segundo a oradora e a referenciação feita por esta a relação de ajuda é potenciada por uma “amizade” que se estabelece, além disso esta permite uma melhoria da gestão de cuidados individualizados, no entanto foi feita a sensibilização sobre a transferência e a contratransferência, que quando instaladas desenvolvem um problema profissional. No que toca a ação do profissional de enfermagem este deve promover, a aceitação incondicional, deve procurar adquirir conhecimentos e comportamentos sobre uma postura adequada, isto porque, esta vai potenciar a relação terapêutica e por sua vez a satisfação profissional.

Considero como ponto positivo os exemplos práticos apresentados pela oradora sobre adequação de postura enumerando os 3S's da postura que promovem uma relação de *win-win*, tanto para o profissional por obter ganhos em saúde como para o cliente por obter melhoria do seu estado geral de saúde.

Num ponto de vista menos positivo apesar da informação ser extremamente relevante já existia um conhecimento prévio sobre a temática, visto que foi abordada na UC de Cuidados Paliativos presente no currículo da LE.

APÊNDICE 7 – SEMINÁRIO – ELABORAÇÃO DE *CURRICULUM VITAE* – EUROPASS

Intervenientes: Professor Doutor António Batista

Realizado no dia 20 de abril de 2023, no período compreendido entre as 18 e as 20 horas. Inicialmente neste seminário começou-se por diferenciar novamente o currículo descritivo do currículo *Europass* e ao longo da mesma foi-nos apresentado diversas diretrizes para elaboração do mesmo, tais como, a informação descrita nos campos de formação e experiência profissional devem ser apresentadas na ordem do mais recente para o mais antigo, para além disso devemos sempre que possível colocar as datas com exatidão em cada um dos campos, devemos adequar a informação presente em cada currículo perante as entidades às quais nos promovemos.

Devemos utilizar uma fotografia tipo passe, ou seja, do pescoço para cima, ao colocarmos os nossos dados como a morada devemos colocar a morada fiscal e facultar pelo menos dois números de telemóvel para facilitar o contacto por parte da entidade.

Como ponto positivo, o facto de existir um termo de comparação entre um currículo elaborado sem as diretrizes e outro que respeita as mesmas, foi uma excelente forma de apreender o conteúdo do seminário e verificar em primeira mão a diferença entre um método e outro.

Num ponto de vista menos positivo apesar da informação ser extremamente relevante já existia um conhecimento prévio sobre a temática.

APÊNDICE 8 – SEMINÁRIO – DIREITOS E DEVERES FISCAIS

Intervenientes: Técnica Oficial de Contas Susana Almeida Dias

Realizado no dia 2 de maio de 2023, no período compreendido entre as 18 e as 20 horas. Neste seminário foram abordados os tipos de contratualização, nomeadamente contratos sem termo, a termo e a termo incerto. Nestes foram explicitados os benefícios tanto para o trabalhador, como para a entidade empregadora, além disso, foi explicada como é que através de plataformas, como o portal das finanças ou o portal do IEFP podemos dar início a uma carreira de enfermagem sem que tenhamos um contrato associado. Foi também esclarecida dúvidas sobre a emissão de recibos verdes eletrónicos e quais os tipos de rendimentos exequível segundo os contratos de trabalho portugueses. O mais imprescindível a desmistificação acerca da elaboração do IRS Jovem e dos limites de despesas que podem estar declarados nestes.

Como pontos positivos temos a demonstração das plataformas de forma exaustiva, demonstrou quais os documentos necessários para a realização do início de atividade nomeadamente, data, volume de negócio, IBAN e morada.

APÊNDICE 9 – SEMINÁRIO – FARMACOVIGILÂNCIA

Intervenientes: Bruno Coelho, enfermeiro a desempenhar funções no HSM – ULS Guarda

Realizado no dia 9 de maio de 2023, no período compreendido entre as 18 e as 20 horas. A sessão teve início com o enquadramento histórico sobre as origens da farmacovigilância, nomeadamente houve a exoneração da legislação associada a esta. De seguida, foi feito o enquadramento sobre o sistema nacional de farmacovigilância e de toda a cadeia, pelo qual um novo fármaco atravessa até ao cliente. No decorrer desta sessão foi abordado a definição de farmacovigilância e sobre o conjunto de procedimentos e atividades relacionadas com a deteção, avaliação, compreensão e prevenção das reações adversas. No que toca às metodologias em farmacovigilância estas permitem tornar os medicamentos mais seguros, promover o conhecimento sobre estes, proteger os clientes sobre os efeitos nocivos e por sua vez melhorar a segurança no uso de medicamentos, como previsto no plano nacional de segurança para o cliente. Foi feita a sensibilização sobre o sistema de notificação espontânea e quais os aspetos éticos legais que o enfermeiro deve ter quando colocada informação sobre efeitos nocivos sobre este sistema. A profissão de enfermagem encontra-se regulamentada pelo REPE com a segurança e confidencialidade dos dados sobre o cliente afetado.

Como pontos positivos a utilização do portal RAM para exposição dos conteúdos apresentados, a interligação entre à prática clínica direcionada à prática de enfermagem. Como aspeto negativo houve demasiado reforço sobre o conteúdo teórico, não deixando possibilidade para muitas questões.

APÊNDICE 10 – SEMINÁRIO – ORGANIZAÇÕES SINDICAIS

Intervenientes: Enfermeiro especialista em saúde mental, Fernando Parreira, Representante do SIPEnf;

Enfermeiro especialista em reabilitação há 11 anos, Representante do SNE, Emanuel Boieiro; Enfermeiro especialista em saúde mental, Rui Paixão, Representante do Sin.D.E.Por

Realizado no dia 30 de maio de 2023, no período compreendido entre as 18 e as 20 horas. Ao longo do seminário foram abordadas as medidas previstas para a aquisição de melhorias necessárias para a profissão de enfermagem, como a redução da idade de reforma pelo desgaste da profissão, a revisão da tabela salarial, tendo em vista a contabilização dos anos de carreira, visto que esta não está adaptada às capacidades e qualidades adquiridas ao longo do exercício da profissão. Estas entidades sindicais procuram a atualização do regime jurídico pela qual a profissão se exerce e acham benéfica a introdução de um mestrado na licenciatura de enfermagem, equiparando a profissão a cursos com mestrado integrado, que não têm como foco de atenção pessoas nem comunidades.

Além disso, foi abordada a posição que estas entidades têm perante os profissionais de saúde e de que forma indireta estas promovem a melhoria das condições de trabalho.

Por fim foi feita uma sensibilização para aderir como membro de um único sindicato e quais os benefícios e regalias desta associação.

Aspetos positivos o contacto com a realidade e o esclarecimento de como estas entidades atuam em prol dos enfermeiros. O timing de apresentação foi bastante oportuno, devido à aproximação ao mercado de trabalho.

Aspetos negativos a apresentação foi exposta de forma a convencer os discentes a serem sindicalizados, surgiu a ideia de propaganda.

APÊNDICE 11 – SEMINÁRIO - NEURODEGENERAÇÃO

Intervenientes: Professor Doutor António Batista

Realizado no dia 06 de junho de 2023, no período compreendido entre as 18 e as 20 horas.

Esta apresentação permitiu desenvolver conhecimento sobre neurodegeneração, envelhecimento mecânico e as teorias associadas a este, a epigenética do envelhecimento, qual o futuro que a sociedade portuguesa terá quanto aos processos de envelhecimento e a forma como envelhece e no fundo como é feita neurodegeneração e a agregação proteica. Nesta sessão foi dada uma introdução epidemiologia acerca dos processos de envelhecimento e uma contextualização sobre este na sociedade portuguesa atual.

Além disso, foi feita uma sensibilização sobre a procura de um envelhecimento ativo, saudável e sobretudo com qualidade de vida, após os 65 anos.

No que toca às teorias foi importante verificar a presença destas e qual a adaptação evolutiva que estas tiveram com o passar do tempo. Apesar disso, foi também abordada a genética e os modeladores de longevidade, tendencialmente relacionados com os telómeros.

Como pontos positivos um período adequado de apresentação e possibilidade para o esclarecimento de dúvidas relacionadas com a temático.

Como aspeto negativo acho que este seminário deve ser integrado na UC do quarto ano, primeiro semestre, Enfermagem em Gerontologia e Geriatria.

APÊNDICE 12 – SEMINÁRIO – PREPARAÇÃO DA ENTREVISTA E FORMAÇÃO AO LONGO DA VIDA

Intervenientes: Enfermeiro Supervisor n ULS Guarda Júlio Salvador, especialista em Médico-cirúrgica.

Realizado no dia 13 de junho de 2023, no período compreendido entre as 18 e as 20 horas. Este seminário permitiu desenvolver a reflexão crítica sobre aspetos intrínsecos para a boa prática de cuidados de enfermagem. Iniciou-se com a consciencialização dos alunos para as dificuldades encontradas a nível de mercado de trabalho independentemente da área e ou população alvo, permitiu desenvolver uma reflexão sobre postura pontualidade, assiduidade e excelência da prática de enfermagem.

Potenciou reconhecer a importância destes aspetos no EC de 4º ano e foi feita a sensibilização para que a postura correta desempenhada enquanto aluna se transpareça posteriormente para o mercado de trabalho. Ao longo da sessão foram apresentadas questões pertinentes que remetem para a vertente comportamental, relacional, técnico e prático do exercício. Estas questões levam ao desenvolvimento intrínseco da inteligência emocional necessária para o desenvolvimento de *soft skills* necessárias para a prática de cuidados diferenciados e promotores de qualidade vida.

Aspeto positivo, o orador disponibilizou o contacto para posterior comunicação com os alunos, demonstrando uma atitude nobre e de bom carácter. Foi importante abordar esta questão neste seminário, por existência de uma falta destas posturas enquanto aluno de enfermagem. Esta foi a temática com maior importância de todos os seminários, tanto pelo seu conteúdo como pela sua exposição.


Como aspeto negativo, houve um reforço em demasia sobre as adversidades do mercado de trabalho.

APÊNDICE 13 – PÓSTER DESENVOLVIDO NO SUMC

Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda
Curso de Enfermagem | 1º Ciclo
4º ano | 2ª Semestre

Cateter Venoso Central

Carvalho, B., Guedes, B., Cruz, C., Balarra, I. e Reis, V.



O cateter venoso central (CVC) é um dispositivo médico invasivo, utilizado para administrar medicamentos, nutrientes, líquidos ou colher amostras de sangue diretamente da veia cava superior. Este tipo de cateter é frequentemente utilizado em utentes com doença crónica, cancro, ou que são submetidos a tratamentos de longa duração, permitindo a administração de medicamentos de forma mais eficiente e confortável para o mesmo. No entanto, o uso do CVC também pode estar associado a alguns riscos, incluindo complicações cardiovasculares, que precisam ser cuidadosamente monitorizadas.

O CVC pode possuir no mínimo 5 lúmens, sendo mais comum com 3, possuindo as seguintes funções:

- **Distal** - administração de medicação vasomotora, sangue e hemoderivados, colóides e expansores do plasma, soluções eletrolíticas e monitorização da Pressão Venosa Central;
- **Medial** - administração de nutrição parentérica, medicação e soluções eletrolíticas;
- **Proximal** - colheitas de sangue.

DEVE SER COLOCADO QUANDO EXISTE...

Limitação de veias periféricas;	Necessidade de reposição eletrolítica;
Necessidade de terapia EV, por longos períodos;	Necessidade de acesso para administrar medicações emergentes;
Necessidade de administração de substâncias tóxicas ou irritativas;	Monitorização hemodinâmica em utentes críticos.

LOCAIS DE INSERÇÃO

O CVC pode ser colocado a nível da veia subclávia, jugular, basilica, cefálica, femoral e umbilical, no entanto, deve-se evitar o acesso femoral de modo a reduzir o risco de infeção.

Os locais mais comuns de inserção são a nível da veia jugular e subclávia.

VANTAGENS

VEIA JUGULAR INTERNA	VEIA SUBCLÁVIA
Menor risco de pneumonias intróricas;	Fácil de manter o curativo e a fixação;
Abordagem pela cabeceira do leito;	Mais confortável para o utente;
Compresso direta da artéria, se punção acidental;	Melhor identificação anatômica em utentes obesos;
Baixo risco de falha, por profissionais inexperientes.	Local de inserção acessível durante o estabelecimento da via aérea.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

INSERÇÃO DO CVC

A colocação do CVC é realizada pelo médico, no entanto, a colaboração do enfermeiro é indispensável. É função do enfermeiro:

- Explicar ao utente (sempre que possível) o procedimento;
- Avaliar sinais vitais;
- Preparar o material;
- Realizar a limpeza da pele e tricostomia;
- Colocar o utente em decúbito dorsal e posicioná-lo.


MANUTENÇÃO DO CVC

- Avaliar diariamente a possibilidade de remoção;
- Realizar higiene das mãos antes de o manipular;
- Utilizar técnicas no-touch nos pontos de acesso ao mesmo;
- Descontaminar os pontos de acesso com antisséptico (antes de qualquer procedimento);
- Descontaminar com material de uso único e estéril, com clorexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%, por fricção durante 15 segundos, e deixar secar, antes de manusear ou conectar qualquer dispositivo estéril;
- Usar técnica asséptica na realização do penso: limpar o local de inserção com técnica asséptica e CHD a 2% com álcool;
- Mudar o penso quando este se apresentar visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele ou, em caso de penso transparente, 7 dias após a sua realização.

REMOÇÃO DO CVC

Cabe ao enfermeiro a remoção após indicação médica. Para isso, deve usar material: kit de penso (com tesoura), iodopovidona ou clorexidina, luvas esterilizadas, adesivo e saco para sujos.

- Posicionar o utente em decúbito dorsal e solicitar a sua colaboração;
- Fechar todas as perfalões e os clampes;
- Remover o penso e calçar luvas estéreis;
- Remover os pontos de fixação do CVC e solicitar ao utente que realize a manobra de Valsalva, enquanto retiramos o cateter de forma suave, tracionando-o na direção da veia;
- Aplicar pressão manual, até ocorrer hemóstase;
- Aplicar penso compressivo e vigiar nas primeiras 24 horas.



CONCLUSÃO: O CVC tem como finalidade auxiliar no diagnóstico e no tratamento do utente. É indicado: a utentes >60 anos, com deformidades torácicas ou em ventilação mecânica; com acessos periféricos difíceis; quimioterapia; transplante de medula óssea; nutrição parental; para infusão de drogas vasotivas ou soluções. É contraindicado quando existem quelimaduras e/ou infeções no local de inserção e coagulopatias. A sua principal função é administrar medicação de forma mais eficiente e confortável para o utente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Associação Brasileira de Enfermagem. (2017). *Prática de enfermagem em cuidados críticos*. São Paulo: Elsevier.

2. Associação Brasileira de Enfermagem. (2017). *Prática de enfermagem em cuidados críticos*. São Paulo: Elsevier.

3. Associação Brasileira de Enfermagem. (2017). *Prática de enfermagem em cuidados críticos*. São Paulo: Elsevier.

4. Associação Brasileira de Enfermagem. (2017). *Prática de enfermagem em cuidados críticos*. São Paulo: Elsevier.

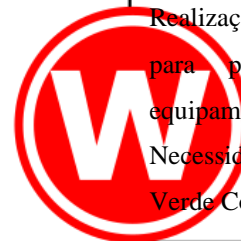
5. Associação Brasileira de Enfermagem. (2017). *Prática de enfermagem em cuidados críticos*. São Paulo: Elsevier.

APÊNDICE 14 – ANÁLISE SWOT DO HSM - SUMC

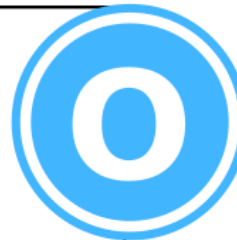
Stocks adequados à prática e com perspectiva real dos gastos, tornando o serviço organizado;
Boa dinâmica entre membros jovens e experientes de forma a promover o conhecimento mútuo;
Capacidade de criação de boa relação terapêutica de forma rápida com o cliente e família.
Equipa jovem, inovadora com elevada capacidade de adaptação e facilidade de implementar novas técnicas;



Pouca formação prestada a AO, promove o erro.
Capacidade estrutural reduzida para abranger uma população tão alargada, com necessidade de colocar clientes no corredor, sem condições;
Longa estadia no serviço, além do protagonizado;
Realização de reciclagem, para redução de gastos, para poderem ser implementados novos equipamentos;
Necessidade desenvolver a Via Verde Sepsis, Via Verde Coronária e Via Verde Trauma;



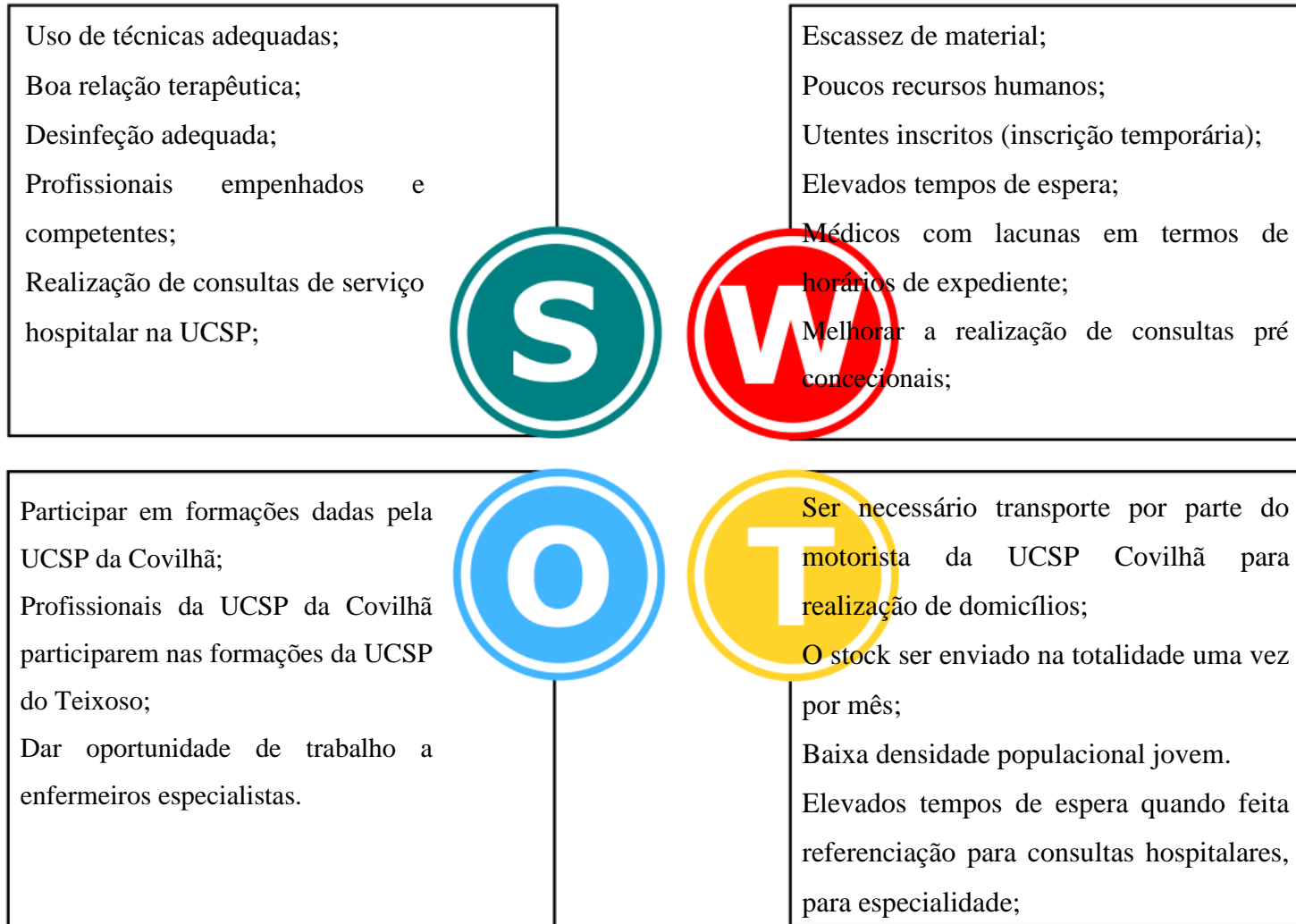
Elaboração de formações, diferenciadas, que promovam a autorrealização dos profissionais;
Aquisição de termómetros timpânicos, visto que só há um, na triagem.
Contratação de médicos Ortopedistas para assegurar o serviço ao fim de semana;
Necessidade de prestação de cuidados humanizados.



Cuidados de Saúde Primários realizam referência para SUMC sem necessidade;
Carência no mercado, de alguns tipos de profissionais, como Ortopedistas;
Desmotivação progressiva dos profissionais de saúde, a nível nacional.



APÊNDICE 15 – ANÁLISE SWOT DA UCSP DO TEIXOSO



APÊNDICE 16 – GUIA DE ACOLHIMENTO

ALTERNATIVAS ASSISTENCIAIS:

Fora do horário de funcionamento da UCSP, os (as) utentes têm a possibilidade de recorrer aos seguintes serviços:

- Linha Saúde 24 - 808 24 24 24;
- Serviço de Urgência do Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira (Hospital da Covilhã);
- Linha de emergência - 112.

NESTA UNIDADE NÃO SE EMITEM:

Carta de caçador;
Uso e porte de arma;
Atestados para prática desportiva.

Nesta Unidade encontram-se disponíveis livro de reclamações e caixa de sugestões/reclamações/elogios com impresso próprio.

Poderá consultar a Carta dos direitos e deveres dos utentes – in Portal da Saúde e nas instalações da UCSP.

Unidade de Cuidados de Saúde Primários—Teixoso

R. das Moitinhas 2, 6200-683
Teixoso

Email:
adm.teixoso@arscentro.min-saude.pt

Telefone: 275 920 140

Elaborado pela aluna de 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da ESS do IPG: Inês Mariana Sá Bidarra

REPUBLICA PORTUGUESA SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE AACS

Guia de Acolhimento ao Ute

UCSP—Teixoso



HORÁRIO



A UCSP funciona das 8h às 20h, de 2ª a 6ª feira. Encerra aos Sábados, Domingos, Feriados e Tolerâncias.

MARCAÇÃO DE CONSULTAS



As consultas podem ser programadas pelo seu médico, enfermeiro de família, ou por si. É possível fazer o agendamento de consulta médica e de enfermagem por telefone ou presencialmente durante todo o horário de funcionamento da USF e pelo Portal da Saúde, através do e-agenda.

Queremos ter tempo para todos!

Use os nossos serviços só quando for necessário e sempre com agendamento prévio

RECOMENDAÇÕES GERAIS

- Faça-se acompanhar sempre do seu Cartão de Cidadão;
- Procure manter os seus dados atualizados (telefone, morada, email);
- As consultas, tratamentos ou outros procedimentos deverão ser, sempre que possível, previamente agendados;
- Se não puder comparecer à consulta, por favor avise com o máximo de antecedência;
- Todos os utentes devem registar presença na secretaria.

O QUE TEMOS PARA OFERECER:

CONSULTA PROGRAMADA DE VIGILÂNCIA



- Consulta de Planeamento Familiar;
- Consulta de Saúde Materna;
- Consulta de Saúde Infantil e Juvenil;
- Consulta de Diabetes;
- Consulta de Hipertensão;
- Consulta de Saúde Adultos;
- Consulta de Rastreio Oncológico (mama, útero e intestino).

CONSULTA DOMICILIÁRIA MÉDICA/ENFERMAGEM



A consulta domiciliária médica/enfermagem destina-se exclusivamente a utentes incapacitados temporária ou permanentemente de se deslocarem à UCSP, recém-nascidos e puérperas que residam na área geográfica de Verdelhos, Sarzedo, Orjais, Borralheira, Gibaltar, Vila do Carvalho, Aldeia do Souto, Vale Formoso, Terlamonte e Canhoso.

Pode ser solicitada pelo próprio, pela família/cuidador ou pelo profissional de saúde.

CONSULTA E SERVIÇOS DE ENFERMAGEM



Programada:

- Saúde Infantil e Juvenil;
- Planeamento Familiar;
- Saúde Materna;
- Consulta de Diabetes e de Hipertensão).

Intervenções de enfermagem e atitudes terapêuticas

- Vacinação;
- Teste do pezinho;
- Tratamentos;
- Pensos e injetáveis.

RENOVAÇÃO DE RECEITUÁRIO CRÓNICO



O pedido de renovação de receituário crónico pode ser efetuada no secretariado clínico presencialmente ou através de email. Pode ainda ser através do portal do utente. O receituário será emitido até 3 dias úteis após o pedido – preferencialmente, enviado por SMS.

Não deixe terminar os medicamentos.

SERVIÇOS MÍNIMOS

Vigilância da grávida, 1ª Consulta de vida da criança, Rastreio das doenças metabólicas do recém-nascido, Vacinação, Observação de situações urgentes e emergentes, incluindo domicílios por doença aguda e intervenções de enfermagem de carácter agudo.



APÊNDICE 17 – SEGURANÇA DO UTENTE

A segurança do doente é considerada uma das dimensões da qualidade em saúde. Em contexto de cuidados de saúde primários a segurança do doente impõe aos seus profissionais vários desafios particularmente relacionados com o contexto da prestação de cuidados, pelo que a valorização e a reflexão da segurança do utente nos Cuidados de Saúde Primários assumem cada vez mais um papel de relevo a nível mundial.

O conhecimento sobre a cultura de segurança organizacional é imprescindível, sendo a primeira fase para o desenvolvimento de uma cultura de segurança positiva, que suporte a implementação de medidas que visem a melhoria da segurança dos cuidados prestados. Considera-se como princípio orientador a garantia da qualidade dos cuidados prestados, através de um conjunto de atividades integradas, articuladas e diferenciadas no âmbito comunitário e domiciliário, tendo em vista o alcance de objetivos, indicadores e metas em várias áreas como, a acessibilidade, desempenho assistencial, satisfação dos utentes, qualidade e eficiência.

O Direito à Saúde permite que os cidadãos tenham a oportunidade de adquirir o melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer. Posto isto, a Segurança do utente é a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável à luz dos conhecimentos atuais, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados e o risco de não tratamento ou da realização de outro tratamento disponível (DGS, 2011).

A falta de segurança dos doentes está intimamente interligada a um grave problema de saúde pública, potenciando uma série de recomendações e priorizando a segurança dos doentes nos programas de saúde a nível nacional, regional e local. Neste sentido foi desenvolvido o Plano de Segurança do utente foi desenvolvido pela Direção Geral de Saúde para servir ferramenta de apoio para a melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes, permitindo identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los num *continuum*.

A melhoria da segurança do doente configura-se numa responsabilidade de equipa prestadora de cuidados, através da mobilização de competências individuais, pelo que é essencial que todos os intervenientes estejam conscientes do seu papel.

A Segurança do Utente é potenciada pela implementação de sistemas de gestão de risco, melhoria continua da qualidade dos cuidados e segurança dos utentes e mudança de atitudes profissionais e organizacionais. Além destes aspetos intrínsecos, é importante a promoção de todo o tipo de formação, a fomentação do trabalho em equipa e, acima de tudo o envolvimento dos Utentes no Processo de Tomada de Decisão.

Segundo o plano o aumento da segurança do utente, este passa pela procura do incremento da cultura de segurança do ambiente interno. Pelo aumento a segurança da comunicação, da segurança cirúrgica. Além disso, procura aumentar a segurança na utilização da medicação, assegurar a identificação inequívoca dos doentes, prevenir a ocorrência de quedas e úlceras de pressão. Por fim, o plano importa-se por assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

No que toca à Segurança na utilização da medicação, esta irá ser alvo de explanação objetiva e amplificação ao longo do desenvolvimento do presente documento. Segundo Castilho, Rocha, Magalhães, Vaz e Costa (2020) o aumento da esperança média de vida europeia em consonância com as alterações fisiológicas e a múltipla patologia tornam a prescrição uma prática complexa. Para acrescentar ao aumento de fármacos consumidos (polifarmácia) na Europa e quantidade de pessoas que destes necessitam, a *American Geriatrics Society*, criou os critérios de Beers. Estes critérios têm como objetivo fundamental orientar os médicos, de forma a melhorar a segurança e a qualidade da prescrição nos idosos, diminuindo a utilização de medicação potencialmente inapropriada (MPI) (American Geriatrics Society, 2019).

A prevalência de polifarmácia encontrada segundo estudos realizados em Portugal é de 4,5 medicamentos e os MPI mais prescritos foram as benzodiazepinas e os Inibidores da Bomba de Protões (IBP). A polifarmácia aumenta o risco de consequências negativas em saúde (efeitos adversos, interações medicamentosas, síndromes geriátricas, custos).

Devido à presença do último aspeto, considera-se importante e de máxima relevância a discussão sobre a Segurança na Utilização da Medicação. Segundo o Diário da República,

Despacho n° 1400-A/2015, afirma que entre 8% e 10% dos doentes internados em cuidados intensivos e cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação, gerando encargos financeiros avultados para os sistemas de saúde.

Além disso, sabe-se que o número de incidentes tem possibilidade de diminuir se houver uma adoção de medidas estruturais e processuais de prevenção. No entanto, é necessário implementar mudanças organizacionais e comportamentais, quer dos profissionais envolvidos e da população em geral, quer das instituições, direta ou indiretamente, envolvidas.

Em conjugação ao facto das instituições e profissionais deverem adotar boas práticas relativamente à validação ou dupla-validação de procedimentos, ao reforço da atenção na preparação e administração de medicação, à correta documentação e à monitorização da terapêutica, os utentes devem ser ativamente envolvidos na utilização da medicação e os profissionais devem assegurar a reconciliação da terapêutica nos momentos de transferência e de transição de cuidados do doente. Além disso, ambos os grupos devem ser sensibilizados à notificação de incidentes e de reações adversas a medicamentos, a instituição está indiretamente a impulsionar a utilização segura da medicação. tanto os profissionais como o cidadão podem reportar, em portais disponíveis online, as reações adversas a medicamentos (Portal RAM, disponível em www.infarmed.pt) e os incidentes (Notific@, disponível em www.dgs.pt) que ocorram numa instituição de saúde e que envolvam a medicação.

As instituições devem implementar especificamente estratégias que assegurem o uso seguro dos medicamentos de alto risco, ou seja, aqueles medicamentos que têm um risco potencial de causar danos graves ou até mesmo fatais no curso da sua utilização, bem como dos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, conhecidos como medicamentos "Look-alike" e "Sound-alike" ou simplesmente medicamentos LASA.

Segundo Godinho, Carreira e Martins (2018), a existência de nomes semelhantes de medicamentos é uma causa de erro associado ao medicamento, justificando-se a normalização de práticas que possam contribuir para a redução destas ocorrências. Através de diferentes estratégias é possível reduzir os erros associados. São exemplos

destas o uso de *tall-man lettering* (TML), codificação por cores, prescrição eletrônica, sistemas de códigos de barras e mudanças de embalagens. Outras propostas incluem o reforço da rotulagem para medicamentos injetáveis que têm embalagens semelhantes, incluindo símbolos de segurança, colocando etiquetas especiais na embalagem dos medicamentos de alto risco; elaboração revisão e atualização da lista de medicamentos da LASA.

Existem 8 categorias de medicamentos LASA:

- (I) Nome de marca semelhante, mas denominação comum internacional (DCI) diferente;
- (II) Nome de marca semelhante referentes ao mesmo fármaco;
- (III) Nome de marca semelhante com letra adicional;
- (IV) Nome de marca semelhante, pertencentes ao grupo dos antibióticos;
- (V) O mesmo fármaco em diferentes formas farmacêuticas;
- (VI) O mesmo fármaco com diferente modo de libertação;
- (VII) O mesmo fármaco com diferente composição;
- (VIII) Diferentes fármacos com DCI semelhantes.

A semelhança entre as denominações de medicamentos pode afetar a memória de curto prazo e modificar a percepção visual e auditiva, pelo que nomes de medicamentos semelhantes ou que soam de forma parecida são fonte potencial de erro. Um em cada quatro eventos adversos relacionados com a medicação está associado aos medicamentos LASA.

Uma rotulagem mais segura da medicação é apenas um dos aspetos necessários para a prevenção dos erros associados aos medicamentos LASA. Uma abordagem multifatorial deve ser definida desde o processo de desenvolvimento dos medicamentos, que inclui a seleção do nome DCI não semelhante com o som e nomes de marcas pré-existentes, até à verificação dos medicamentos antes da administração.²⁶ Atualmente, a questão como deve ser a rotulagem de um medicamento ainda não tem resposta definida.

No que toca às instituições responsáveis pela administração de medicações como os LASA é importante que desenvolvam medidas e procedimentos para reduzir significativamente o número de incidentes, entres os quais:

- Publicar normas sobre práticas seguras da medicação
- Desenvolver sistema de informação para a reconciliação terapêutica das instituições do Serviço Nacional de Saúde.
- Implementar a intercomunicação entre o Portal das Reações Adversas a Medicamentos e o Notific@.
- Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes.
- Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos de alto risco.
- Implementar práticas seguras no âmbito da reconciliação terapêutica.
- Assegurar informatização de sistema de alertas para reações medicamentosas.
- Auditar, semestralmente, as práticas seguras da medicação

O consumo de fármacos sem prescrição médica e de forma autónoma, é comum em Portugal. Além disso, a literatura internacional refere que 82% da população adulta toma um medicamento diariamente, pelo menos, enquanto que 29% toma cinco ou mais medicamentos. Estima-se, ainda, que ocorram, anualmente, inúmeras consultas em serviços de urgência devido a incidentes relacionados com a medicação, com elevados custos financeiros decorrentes de incidentes com medicamentos.

O medicamento, apesar do fim a que se destina ser benéfico, pode apresentar efeitos colaterais ou reações medicamentosas, existindo, possibilidade de ocorrência de incidentes.

Com o uso comum de fármacos e pela incidência de problemáticas associadas à ingestão de medicação, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a reconciliação terapêutica nas admissões, nas transferências entre serviços e nas altas, ou seja, nestes momentos, a lista completa da medicação do doente, com denominação, dose, frequência e via de administração, deve ser sempre revista. Esta reconciliação terapêutica permite reduzir a omissão, a duplicação ou a prescrição incorreta de medicação nas transições e transferências de cuidados e, reduzir, assim, os incidentes com medicação.

Segundo a legislação portuguesa, os responsáveis locais pela segurança na utilização da medicação são as direções clínicas, os conselhos clínicos e de saúde, as comissões da

qualidade e segurança, os médicos, os enfermeiros, os farmacêuticos, os técnicos de farmácia, os assistentes operacionais e, ainda, o doente e o cuidador.

Fontes:

American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2019. doi:10.1111/jgs.15767

Castilho, I., Rocha, É., Magalhães, S., Vaz, Z., & Costa, A. L. G. (2020). Polifarmácia e Utilização de Medicação Potencialmente Inapropriada no Idoso com Idade Igual ou Superior a 75 Anos: O Caso de uma Unidade de Saúde Familiar. *Acta Médica Portuguesa*, 33(9), 632-632.

Despacho Normativo nº28 de 10 de fevereiro de 2015. Decreto Lei nº1400-A/2015. Plano Nacional Para A Segurança Dos Doentes 2015-2020.

Direção Geral de Saúde. (2011). Estrutura Conceptual da Classificação Internacional Sobre Segurança do Doente. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdfchrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf

Godinho, L. F., Carreira, C., & Martins, C. (2018). Medicamentos Look-Alike, Sound-Alike Um Velho Conceito Sempre em Atualização. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 27(3), 20-24.

Martins, I. P. (2022). Segurança do utente nos cuidados de saúde primários: Papel do enfermeiro numa unidade de cuidados na comunidade (Doctoral dissertation).

APÊNDICE 18 – SOPA DE LETRAS

ENQUANTO ESPERA, EXERCITE!

Na Sopa de Letras tente encontrar as palavras.




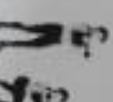
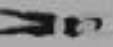
T	V	Q	R	J	V	I	D	A
O	E	L	X	C	N	S	P	J
V	G	S	S	A	U	D	E	L
I	E	I	B	M	T	M	U	S
T	T	S	U	I	A	T	P	A
A	A	K	O	N	V	P	U	T
M	I	D	G	H	B	G	M	S
I	S	E	T	A	A	T	I	S
N	A	S	M	R	T	O	V	W
A	T	O	E	Q	V	E	G	E
S	K	B	C	N	P	S	F	L
D	E	H	G	M	T	M	U	S
B	I	D	F	M	O	P	U	T

COMER BEM PARA VIVER MELHOR!



Vida	Beber água	Vegetais	Saúde
	Vitaminas	Caminhar	

Procure ter hábitos saudáveis na sua vida:

- Pratique exercício físico pelo menos 30 minutos por dia, faça caminhadas;
- Coma de duas em duas horas em quantidades pequenas;
- Beba água, de 1,5 a 3 litros por dia;
- Reduza o Sal para temperar os alimentos, use ervas aromáticas para substituir;
- Mantenha a sua higiene pessoal;
- Evite o stress, faça coisas que lhe dão prazer e procure o lado positivo da vida.

Fonte: <https://www.who.int/pt-br/news-room/factsheets/detail/physical-activity>
 Elaborado por Inês Balarra, aluna do 4.º Enfermagem, ESS-IPG

APÊNDICE 19 – APRESENTAÇÃO DE IVP



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
Instituto Politécnico da Guarda
Curso de Enfermagem
4ºano - 2º Semestre

RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO DE INTEGRAÇÃO À VIDA PROFISSIONAL

Supervisão Pedagógica: Professor Paulo Jorge Cruz Tavares

Supervisão clínica no HSM SUMC: Enf.º Hugo Brito

Supervisão clínica na UCSP do Teixoso: Enf.º Paula Henriques

Discente: Inês Mariana Sá Bidarra, N.º 1702216

MODELO EA.078.02

PLANO DE SESSÃO



LOCAL: Escola Superior de Saúde da Guarda		ELABORADO POR: Inês Mariana Sá Bidarra		
TEMA: Relatório de Ensino Clínico de Integração à Vida Profissional. Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica/ UCSP do Teixoso		POPULAÇÃO-ALVO: Júri e restante audiência presente.		
OBJETIVOS	CONTEÚDOS	TEMPO	ESTRATÉGIAS	
			MÉTODOS	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none">• Dar a conhecer os objetivos propostos;• Desenvolver as atividades desenvolvidas com vista à concretização dos objetivos definidos nos dois contextos de EC de Integração à Vida Profissional;• Demonstrar a reflexão crítica sobre as competências alcançadas ao longo do EC, justificando o desenvolvimento do perfil do enfermeiro em cuidados gerais definido pela Ordem dos Enfermeiros;	<ul style="list-style-type: none">• Introdução;• Objetivos desenvolvidos em cuidados de saúde hospitalares;• Objetivos desenvolvidos em cuidados de saúde primários;• Seminários Escolares;• Conclusão.	<ul style="list-style-type: none">• 25 minutos de apresentação• 25 minutos de discussão.	Expositivo-oral	<p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Computador• Power Point;• Texto de apoio.

MODELO EA.078.02

INTRODUÇÃO

- 2 contextos
 - Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC) do Hospital Sousa Martins – ULS Guarda
 - Unidade de Cuidados de Saúde Primários - UCSP do Teixoso
 - Seminários

O EC constitui um complemento fundamental ao ensino teórico, proporcionando ao estudante a oportunidade de implementar os conhecimentos e competências adquiridos e aplicá-los num contexto real de cuidados.

Melo, Queirós, Tanaka, Costa, Bogalho e Oliveira (2017)



3

MODELO EA.078.02

CAPÍTULO 1 - CSH

- HSM – ULS GUARDA;
- Área De Abrangência;
- Perfis De Clientes;

Desenvolveram-se atitudes, habilidades e valores baseados na aquisição de conhecimentos, promotoras de independência e competência na prática futura.

Os cuidados hospitalares abrangem uma ampla gama de serviços, desde diagnóstico e tratamento de doenças agudas até cuidados de longo prazo e reabilitação. Os profissionais de saúde trabalham em equipa para fornecer cuidados abrangentes aos clientes. Isso pode incluir a administração de medicamentos, realização de cirurgias, monitorização de sinais vitais, cuidados de enfermagem, fornecimento de terapias, acompanhamento pós-operatório, gestão de dor, suporte emocional e educação ao cliente e à família.

Aiken, Sloane, Griffiths, Rafferty, Bruyneel, McHugh, e Sermeus, (2017)



4

MODELO EA.078.02

OBJETIVOS DESENVOLVIDOS EM CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES

1. “Participar na prestação de cuidados de enfermagem ao utente em todo o ciclo vital, aplicando a metodologia científica de enfermagem”
2. “Atuar com responsabilidade, assumindo os seus atos e respeitando os princípios éticos, morais e deontológicos”
3. “Estabelecer um bom relacionamento de trabalho com os colegas e com toda a equipa multidisciplinar”
4. “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”

5

MODELO EA.078.02

OBJETIVO Nº 1 - PARTICIPAR NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO UTENTE EM TODO O CICLO VITAL, APLICANDO A METODOLOGIA CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM

Estrutura Física

Estrutura Orgânica

Estrutura Funcional



6

MODELO EA.078.02

OBJETIVO Nº 1 - PARTICIPAR NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO UTENTE EM TODO O CICLO VITAL, APLICANDO A METODOLOGIA CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM

Processo de Enfermagem

Inicia-se quando é feita a triagem pelo enfermeiro triador e cumpre-se a 1ª etapa deste – Anamnese ou Colheita de Informação e Avaliação Inicial.

Posteriormente após estabelecida a prioridade, o cliente é alocado a um dos 6 setores e inicia-se a 2ª etapa com a realização dos diagnósticos. Os mais comuns ao longo do EC foram:

- Função Cardíaca comprometida;
- Arritmia;
- Hipertensão;
- Hipotensão;
- Hipertermia;
- Metabolismo energético comprometido;
- Presença de Desidratação;
- Retenção de Líquidos;
- Parésia;
- Dor por Fratura;
- Dor muscular;
- Cólica;



OBJETIVO Nº 1 - PARTICIPAR NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO UTENTE EM TODO O CICLO VITAL, APLICANDO A METODOLOGIA CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM

Atividades Desenvolvidas

- Prestados cuidados de higiene e conforto;
- Auxílio na colocação de gessos e trações;
- Abordagem da vítima segundo ABCDE;
- Verificação de *stocks*, validades e lotes de Carros de Emergência;

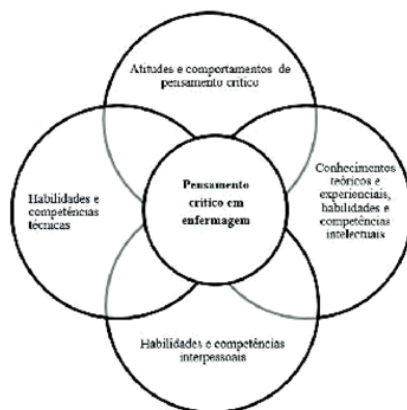
Atividades Desenvolvidas com Enfermeiro-Gestor

- Realização de Mapas de Férias e Horários;
- Perceber as diferentes plataformas e valores dos *stocks*.

OBJETIVO Nº 1 - PARTICIPAR NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO UTENTE EM TODO O CICLO VITAL, APLICANDO A METODOLOGIA CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM

Competências Desenvolvidas

- A1 - Desenvolver uma prática profissional com responsabilidade;
- B1 - Atuar de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados;**
- B5 - Promover um ambiente seguro;
- C3 - Desenvolver processos de formação contínua.



MODELO EA.079.02

OBJETIVO Nº 2 - ATUAR COM RESPONSABILIDADE, ASSUMINDO OS SEUS ATOS E RESPEITANDO OS PRINCÍPIOS ÉTICOS, MORAIS E DEONTOLÓGICOS



Regulamento de Exercício Profissional do Enfermeiro

- O enfermeiro, neste documento, é definido como um profissional com habilitações legalmente reconhecido que possui competência científica, técnica e humana e que presta cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo/família/comunidade dentro dos três níveis de prevenção;
- O exercício profissional pressupõe uma conduta responsável, ética e que respeite os direitos e interesses do cidadão, tendo como objetivo promover a saúde a prevenir a doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.



MODELO EA.079.02



Código Deontológico Profissional

- É constituído por 4 dimensões:
 - Direitos do enfermeiro;
 - Valores e princípios;
 - Deveres do enfermeiro;
 - Incompatibilidades da profissão.

- Estes dois documentos são fundamentais, tanto para a proteção do profissional de saúde como para evitar ações que não respeitem a autonomia profissional e tomadas de decisão que não respeitem a complementaridade funcional;
- **A consulta destes dois documentos, que regulam esta profissão contribuiu para uma prestação de cuidados presente e futura responsável, devidamente fundamentada, eticamente correta e humana e deste modo visamos a dignificação da profissão.**



OBJETIVO Nº 2 - ATUAR COM RESPONSABILIDADE, ASSUMINDO OS SEUS ATOS E RESPEITANDO OS PRINCÍPIOS ÉTICOS, MORAIS E DEONTOLÓGICOS

Competências Desenvolvidas

- A1 - Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade.
- 2 - Reconhecer os limites do seu papel e da sua competência;
- 3 - Consultar outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos estão para além da sua área de exercício;
- A2 - Exercer de acordo com o Código Deontológico;
- 7 - Atuar na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico;
- 10 - Respeitar o direito do cliente à privacidade;
- 13 - Identificar práticas de risco e adotar as medidas apropriadas;
- 15 - Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.

13

MODELO EA.07B.02

OBJETIVO Nº 3 - ESTABELECEER UM BOM RELACIONAMENTO DE TRABALHO COM OS COLEGAS E COM TODA A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Comunicação eficaz com equipa multidisciplinar

- Em articulação com esta é possível elaborar planos de cuidados adequados e personalizados e contínuos. Exemplos:
 - Sigla de ISBAR.



14

MODELO EA.07B.02

OBJETIVO Nº 3 - ESTABELECE UM BOM RELACIONAMENTO DE TRABALHO COM OS COLEGAS E COM TODA A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

A mnemónica era utilizada em diversas situações. Entre as quais a passagem de turno, a transferência de um cliente para uma unidade de Internamento e, em algumas vezes, quando o cliente era institucionalizado e era passada a informação a um colega.

Esta permite melhor compreensão da situação clínica do utente, minimização do erro (evitando a perda de informação relevante) e melhor gestão de tempo.

Mnemónica ISBAR	
I Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação	a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde receptor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.
S Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
B Antecedentes/Anamnese Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade	a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infecção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.
A Avaliação Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.
R Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente	a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

15

MODELO EA.07B.02

OBJETIVO Nº 3 - ESTABELECE UM BOM RELACIONAMENTO DE TRABALHO COM OS COLEGAS E COM TODA A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Competências Desenvolvidas

B4 - Estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes:

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

62 - Comunicação 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;

63 - Assegurar que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.

B6 - Promove cuidados de saúde interprofissionais

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



16

MODELO EA.07B.02

O conhecimento em enfermagem pressupõe a necessidade de:



Desenvolver uma avaliação reflexiva sobre a gestão de tempo e recursos.

Desenvolver a autoformação, formação contínua e pesquisa científica.

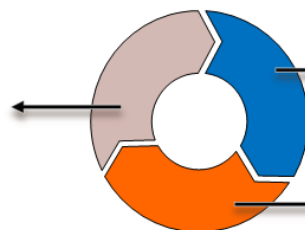
17

MODELO EA.078.02

Desenvolver uma avaliação reflexiva sobre a gestão de tempo e recursos.

- A **Lei de Pareto** defende a importância do estabelecimento de prioridades;
- A **Lei das sequências homogêneas de trabalho** em que se faz referência à importância da continuidade do trabalho sem interrupções;
- **Tempo do enfermeiro:**

Necessidades de cada utente e as horas de cuidados de que necessita.

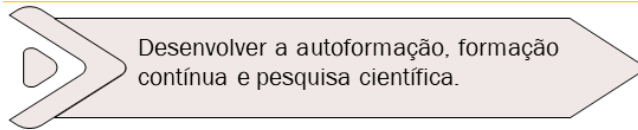


Rácio de 10 enfermeiros por postos de trabalho.

Ordem sequencial de trabalho do serviço.

28

MODELO EA.078.02



- A formação contínua é definida como um dever, no entanto, não é obrigatória pelo que o enfermeiro deve procurar de forma autónoma a autoformação;

Atividades Desenvolvidas

- Participação em Formação SBV-DAE;
- Assistir a formação feita em serviço intitulada “Diluições na Sala de Emergência”.



Competências Desenvolvidas

B1. Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados

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

C3 - Desenvolve processos de formação contínua.

93 - atuar no sentido de ir ao encontro das necessidades de formação contínua

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



21

MODELO EA-078-02

CAPÍTULO 2 - CSP

- ACeS Cova da Beira - UCSP do Teixoso
- Área De Abrangência;
- Perfis De Clientes;

Desenvolveram-se atitudes, habilidades e valores baseados na aquisição de conhecimentos, promotoras de independência e competência na prática futura.

Cuidados de saúde primários se baseiam na assistência básica e abrangente de saúde que é fornecida como a primeira linha de atendimento para os indivíduos. Esses cuidados são geralmente prestados por médicos de família, clínicos gerais, enfermeiros e outros profissionais de saúde que atuam em centros de saúde, clínicas comunitárias ou consultórios particulares.

Smith (2021)



22

MODELO EA-078-02

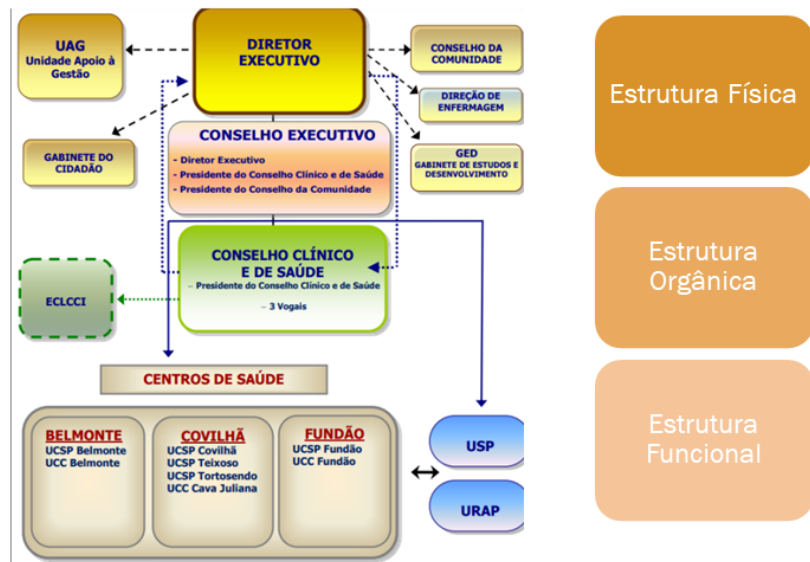
OBJETIVOS DESENVOLVIDOS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

1. "Participar na prestação de cuidados de enfermagem ao utente em todo o ciclo vital, aplicando a metodologia científica de enfermagem"
2. "Contribuir para a promoção da saúde dos utentes e comunidade, reconhecendo o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem"
3. "Estabelecer um bom relacionamento de trabalho com os colegas e com toda a equipa multidisciplinar"
4. "Atuar com responsabilidade, assumindo os seus atos e respeitando os princípios éticos, morais e deontológicos"
5. "Promover o desenvolvimento das capacidades e competências, valorizando a investigação e a melhoria dos cuidados de saúde, tendo por base uma reflexão crítica do seu desempenho"
6. "Demonstrar capacidade de utilização esclarecida dos resultados da investigação e participação em projetos de investigação em enfermagem ou saúde"

23

MODELO EA.07B.02

OBJETIVO Nº 1 - PARTICIPAR NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO UTENTE EM TODO O CICLO VITAL, APLICANDO A METODOLOGIA CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM



Estrutura Física

Estrutura Orgânica

Estrutura Funcional

24

MODELO EA.07B.02

OBJETIVO Nº 1 - PARTICIPAR NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO UTENTE EM TODO O CICLO VITAL, APLICANDO A METODOLOGIA CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM

Atividades Desenvolvidas

- **Aplicação do PE** o longo de todo o ciclo vital;
- **Implementada a metodologia** Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar;
- **Desenvolvimento de estratégias comunicacionais** com o utente e adequação dos termos técnicos, por uma moderada literacia em saúde que os clientes possuíam;
- **Procura de informação** acrescida para fomentar hábitos saudáveis adequados à realidade económica dos clientes.



25

MODELO EA.078.02

OBJETIVO Nº 1 - PARTICIPAR NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO UTENTE EM TODO O CICLO VITAL, APLICANDO A METODOLOGIA CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM

Competências Desenvolvidas

- A1 - Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade;
- 3 - Consulta peritos em Enfermagem, quando os cuidados de Enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência atual ou que saem do âmbito da sua área de exercício;
- 4 - Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício;
- 9 - Garante a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional;**
- 11 - Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de Enfermagem e de saúde;
- B2 - Contribui para a promoção da saúde;
- 35 - Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação;**
- 42 - aplicação do conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades e avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.



26

MODELO EA.078.02

OBJETIVO Nº 2 - CONTRIBUIR PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS UTENTES E COMUNIDADE, RECONHECENDO O POTENCIAL DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- O modelo de funcionamento das UCSP por enfermeiro de família permite que este **identifique os focos com necessidade de atuação numa determinada família de forma global** em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade;
- De forma a complementar a prestação de cuidados de enfermagem personalizados, existem diversos programas informáticos:
 - SClínico;
 - Rede Nacional de Utentes;
 - Siima Rastreios: Cancro do Colo do Útero e Cancro do Colon e Reto.



OBJETIVO Nº 2 - CONTRIBUIR PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS UTENTES E COMUNIDADE, RECONHECENDO O POTENCIAL DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Atividades Desenvolvidas

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil:

Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco:

Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

Programa Nacional de prevenção e Controlo do Tabagismo

Programa Nacional para as Doenças Cérebro Cardiovasculares

Plano Nacional de Vacinação (PNV)

Programa de Tratamento de Feridas/Úlceras

Apoio Domiciliário Integrado

OBJETIVO Nº 2 - CONTRIBUIR PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS UTENTES E COMUNIDADE, RECONHECENDO O POTENCIAL DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Competências Desenvolvidas

B2 - Contribui para a promoção da saúde

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

42 - Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades.

B3. Utiliza o Processo de Enfermagem,

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

45 - Analisar, interpretar e documentar os dados com exatidão,

48 - Garantir que o cliente e/ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados.

B5. Promove um ambiente seguro,

68 - Criar e manter um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco

69 - Utilizar instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.



29

MODELO EA.078.02

OBJETIVO Nº 3 - ESTABELECEER UM BOM RELACIONAMENTO DE TRABALHO COM OS COLEGAS E COM TODA A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

O enfermeiro deve possuir **um conjunto de competências emocionais que facilitem uma compreensão real das necessidades** da pessoa/família/comunidade

Para se desenvolver uma boa relação, cada elemento da equipa deve a equipa deve refletir e ter como características intrínsecas da sua personalidade interagir e refletir sobre a sua prática profissional e reconhecer a importância das ações executadas por cada um



30

MODELO EA.078.02

OBJETIVO Nº 3 - ESTABELECE UM BOM RELACIONAMENTO DE TRABALHO COM OS COLEGAS E COM TODA A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Atividades Desenvolvidas

- ❑ Estabelecer relações de respeito, empatia, interajuda tanto com a equipa; Multidisciplinar como a pessoa/família/comunidade;
- ❑ Adoção de estratégias adaptativas como linguagem não verbal;
- ❑ Desenvolvimento de confiança no momento dos ensinamentos aos pais.



OBJETIVO Nº 3 - ESTABELECE UM BOM RELACIONAMENTO DE TRABALHO COM OS COLEGAS E COM TODA A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Competências Desenvolvidas

- ❑ B6. Promove cuidados de saúde interprofissionais;
 - ❑ B4. Estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes;
- 61 - Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais;
- 62 - Comunica com consistência informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrónica, no respeito pela sua área de competência;**
- 63 - Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara;**
- 64 - Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e/ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência;
- 65 - Comunica com o cliente e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder;**
- 66 - Utiliza a tecnologia de informação disponível, de forma eficaz e apropriada;
- 67 - Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos/aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde;



OBJETIVO Nº 4 - ATUAR COM RESPONSABILIDADE, ASSUMINDO OS SEUS ATOS E RESPEITANDO OS PRINCÍPIOS ÉTICOS, MORAIS E DEONTOLÓGICOS

Atividades Desenvolvidas

- ❑ Procura de uma prática humanizada, sem formulações de juízos de valor;
- ❑ Execução de avaliações tendo em conta todos os ambientes e fatores que possam influenciar o indivíduo, sem discriminar;
- ❑ Elaboração de intervenções direcionadas à pessoa de forma neutra sem levantar “falsos testemunhos” ou incitar a pessoa a realizar determinado ato;
- ❑ Respeitada a privacidade e dignidade do cliente, de forma a promover o máximo de conforto e bem-estar;

Atividades Desenvolvidas com Enfermeiro Orientador

Desenvolvimento de uma Sessão de Apresentação sobre o Código Deontológico com o objetivo fulcral da sensibilização para a humanização dos cuidados com recurso a exemplos práticos alusivos a cada artigo constituinte deste Código



OBJETIVO Nº 4 - ATUAR COM RESPONSABILIDADE, ASSUMINDO OS SEUS ATOS E RESPEITANDO OS PRINCÍPIOS ÉTICOS, MORAIS E DEONTOLÓGICOS

Competências Desenvolvidas

- ❑ A2 - Exercer a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico;
5 - Exerce de acordo com o Código Deontológico;
6 - Envolve-se de forma efetiva nas tomadas de decisão éticas;
7 - Atua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico.
12 - Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente;
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.
- ❑ B3 - Utiliza o Processo de Enfermagem
54 - Praticar Enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente.
- ❑ C1 - Contribuir para a valorização profissional;
83 - Promove e mantém a imagem profissional da Enfermagem.



Atividades Desenvolvidas

Consciencialização de:

- Investir na profissão de forma autodidata;
- No aumento de idosos, segundo a investigação, irá potenciar maior dependência e uso dos cuidados de saúde hospitalar e de cuidados de saúde primários.

Atividades Desenvolvidas com Enfermeiro Orientador

- Guia de Acolhimento da UCSP;
- Gestão de Resíduos Hospitalares;
- Sexualidade e Cancro;
- Uso de Plataformas *Sisqual* e *Glint*.

35

MODELO EA.078.02

Competências Desenvolvidas

□ B1. Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados;

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

23 - aplicar o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas, 26 - organizar o trabalho, gerindo eficazmente o tempo, 29 - apresenta a informação de forma clara e sucinta;

□ C1. Contribui para a valorização profissional;

86 - valorizar a investigação como contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade dos cuidados e participa em programas de melhoria contínua da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade.



36

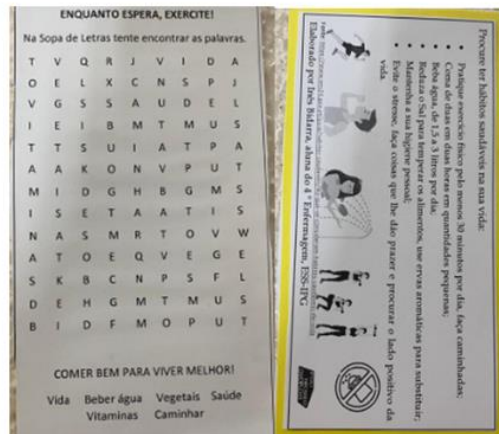
MODELO EA.078.02

OBJETIVO Nº 6 - DEMONSTRAR CAPACIDADE DE UTILIZAÇÃO ESCLARECIDA DOS RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO E PARTICIPAÇÃO EM PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM OU SAÚDE

Atividades Desenvolvidas

Desenvolvimento da 1ª etapa de um Projeto em Enfermagem debruçada em:
Segurança do Utente - Utilização da medicação

Desenvolvida Sopa de Letras



OBJETIVO Nº 6 - DEMONSTRAR CAPACIDADE DE UTILIZAÇÃO ESCLARECIDA DOS RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO E PARTICIPAÇÃO EM PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM OU SAÚDE

Competências Desenvolvidas

- B1 - Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados.
- 21 - Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.**
- B2 - Contribui para a promoção da saúde.
- 32 - compreender as políticas de saúde e sociais,**
- B3 Utiliza o Processo de Enfermagem,
- 44 - efetua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a conceção dos cuidados de Enfermagem,
- 45 - analisa, interpreta e documenta os dados com exatidão, 48 - garante que o cliente e/ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados,
- C1. Contribui para a valorização profissional.
- 86 - Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade dos cuidados.**



CAPÍTULO 3 – SEMINÁRIOS

TEMA	DIA
Elaboração do Curriculum Vitae – Parte descritiva	14/03/2023
Questões Deontológicas no Exercício Profissional do Enfermeiro	28/03/2023
Hospitalização Domiciliária	13/04/2023
Novas Dimensões do Cuidar	18/04/2023
Elaboração do Curriculum Vitae – Europass	20/04/2023
Direitos e Deveres Fiscais	02/05/2023
Farmacovigilância	09/05/2023
Organizações Sindicais	30/05/2023
Neurodegeneração	06/06/2023
Preparação da entrevista e Formação ao longo da Vida	13/06/2023



39

MODELO EA.078.02

CONCLUSÃO

- O EC contribuiu para a aquisição de novas competências, desenvolvimento e o aprimorar de outras, possibilitando assim um processo de aprendizagem contínuo e enriquecedor.



40

MODELO EA.078.02

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACeS Cova da Beira (2023) *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde*. Acedido em 12 de junho de 2023 em Administração regional de saúde do centro em: <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2023/05/ACeS-CB-Relatorio-de-acesso-2021.pdf>

Aiken, L.H, Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, AM, Bruyneel, L., McHugh, M. e Sermeus, W. (2017). *Combinação de habilidades de enfermagem em hospitais europeus: estudo transversal da associação com mortalidade, avaliações de pacientes e qualidade do atendimento*. *BMJ qualidade e segurança*, 26 (7), 559-568.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Código Deontológico*. Acedido em 3 de março de 2023 em Ordem dos enfermeiros em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento Do Perfil De Competências Do Enfermeiro De Cuidados Gerais*. Ordem dos Enfermeiros. P. 05-22. Acedido em Ordem dos Enfermeiros em 11 de maio de 2023 em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Serviço Nacional de Saúde. (2023). *Institucional – ULS Guarda*. Acedido em 27 de abril de 2023 em: <https://www.ulsguarda.min-saude.pt/category/institucional/>

Smith, G. D. (2021). *Literacia em saúde: a perspectiva da enfermagem*. *Revista de Enfermagem Referência*, (8). Acedido em 07 de julho de 2023 em Google Académico em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.redalyc.org/journal/3882/388270215001/388270215001.pdf>

ANEXOS

ANEXO I- REGULAMENTO N.º 190/2015 - REGULAMENTO DO PERFIL
DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS DE SAÚDE
GERAIS

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015), as competências que adquiri foram as seguintes:

Artigo 5º: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Competência A1: Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade.

- (1) - Aceita a responsabilidade e responde pelas suas ações e pelos juízos profissionais que elabora;
- (2) - Reconhece os limites do seu papel e da sua competência;
- (3) - Consulta peritos em Enfermagem, quando os cuidados de Enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência atual ou que saem do âmbito da sua área de exercício;
- (4) - Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício.

Competência A2: Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico.

- (5) - Exerce de acordo com o Código Deontológico;
- (7) - Atua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico.
- (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;
- (13) - Identifica práticas de risco e adota as medidas apropriadas;
- (15) - Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos;
- (16) - Presta cuidados culturalmente sensíveis;
- (17) - Prática de acordo com a legislação aplicável;

(18) - Prática de acordo com as políticas e normas nacionais e locais, desde que estas não colidam com o Código Deontológico dos enfermeiros.

Artigo 5º: Domínio prestação e gestão de cuidados.

Competência B1: Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados.

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

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

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

(25) - Fornece a fundamentação para os cuidados de Enfermagem prestados;

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

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

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

(29) - Apresenta a informação de forma clara e sucinta;

(30) - Interpreta, de forma adequada, os dados objetivos e subjetivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura.

Competência B2: Contribui para a promoção da saúde.

(33) - Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades;

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

(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 saudável;

(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.

Competência B3: Utiliza o Processo de Enfermagem.

(46) - Formula um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores;

(48) - Garante que o cliente e/ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados;

(49) - Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores;

(50) - Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e/ou revistos,

em colaboração com os clientes 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 planejados para atingir resultados esperados;

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

(55) - Documenta a implementação das intervenções;

(56) - Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente;

(58) - Avalia e documenta a evolução, no sentido dos resultados esperados.

Competência B4: Estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes.

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

(63) - Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara;

(66) - Utiliza a tecnologia de informação disponível, de forma eficaz e apropriada;

Competência B5: Promove um ambiente seguro.

- (68) - Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco;
- (69) - Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais;
- (70) - Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas;
- (71) - Implementa procedimentos de controlo de infeção.

Competência B6: Promove cuidados de saúde interprofissionais.

- (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;
- (79) - Tem em conta a perspetiva dos clientes e/ou cuidadores na tomada de decisão pela equipa interprofissional.

Competência B7: Delega e supervisiona tarefas.

- (82) - Mantém responsabilidade quando delega aspetos dos cuidados noutros.

Artigo 5º: Domínio Desenvolvimento Profissional.

Competência C1: Contribui para a valorização profissional.

- (83) - Promove e mantém a imagem profissional da Enfermagem;
- (86) - Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade dos cuidados.

Competência C3: Desenvolve processos de formação contínua.

- (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.

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2015) Diário da República, 2.ª série - N.º 79 - 23 de abril de 2015. Regulamento n.º 190/2015. Regulamento do Perfil de Competências do

Enfermeiro de Cuidados Gerais. Acedido em 4 de março de 2023 em Ordem de Enfermeiros em:

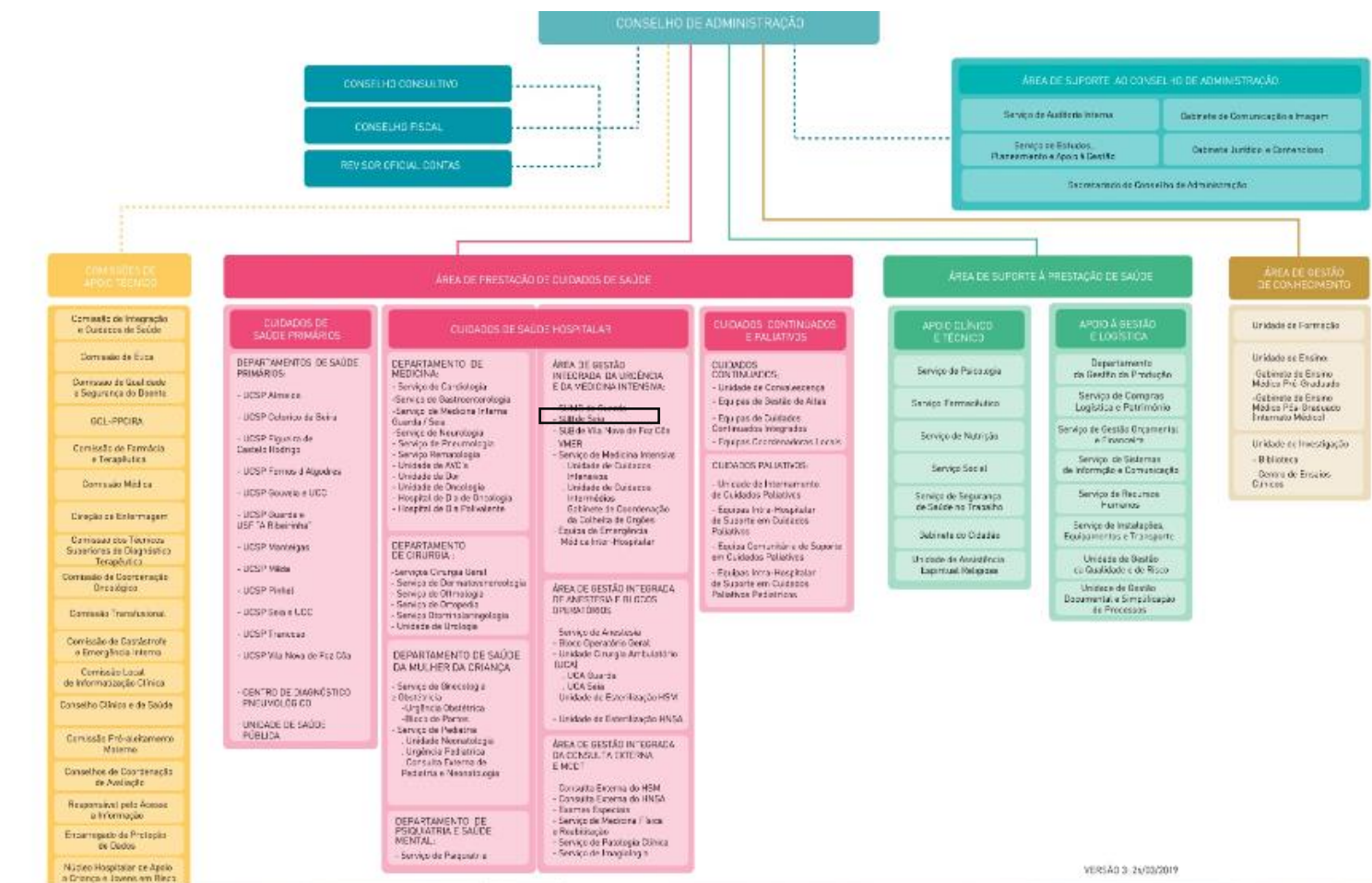
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_190_2015_Regulamento_do_Perfil_de_Competicencias_Enfermeiro_Cuidados_Gerais.pdf

ANEXO II – HABILIDADES DOS PROFISSIONAIS EM SU

- **Habilidades de avaliação e intervenção:** incluem a monitorização e colheita de dados, avaliação física e intervenções terapêuticas
- **Comunicação:**
 - Oral - interação, escuta, colheita de anamnese, transmissão de informação a outros prestadores de cuidados e argumentação;
 - Escrita - anotações, escrita de relatórios, análise de documentos e as Tecnologias de Informação - inserção de dados, pesquisa de fontes de conhecimento e interação com outros prestadores de cuidados.
- **Habilidades de julgamento crítico:** utilização de evidência na prática clínica, integração de teoria na prática, resolução de problemas, tomada de decisão e investigação científica.
- **Habilidades de relação e cuidado:** respeito cultural do outro, advogar pelo cliente, cuidados centrados no cliente, ética, privacidade e confidencialidade;
- **Habilidades de ensino:** transmissão de informação, demonstração de cuidados, instrução de pares e supervisão clínica;
- **Habilidades de gestão:** planeamento, delegação e coordenação do trabalho de outros, utilização de recursos humanos e materiais e trabalho em equipa;
- **Habilidades de liderança:** colaboração, construção de alianças, assertividade, assunção de risco de forma informada, criação de alternativas, responsabilidade profissional e desenvolvimento contínuo e basear os cuidados no conhecimento e em padrões, utilização de fontes de conhecimento baseadas na evidência para a tomada de decisão e a sintetização da informação.

Fonte: Costa, A. e Gaspar, P. (2017). *Perfil De Competências Do Enfermeiro No Serviço De Urgência*. Acedido em 4 de março de 2023 em Repositório Científico do Instituto Politécnico de Leiria em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2880/1/cap-3.pdf>

ANEXO III- ORGANOGRAMA DA ENTIDADE ACOLHEDORA



VERSÃO 3: 24/03/2019

Fonte: Serviço Nacional de Saúde. (2023). Acedido em: <https://www.ulsguarda.min-saude.pt/category/institucional/>

ANEXO IV – MNEMÓNICA ISBAR

Mnemónica ISBAR	
I Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação	<ul style="list-style-type: none"> a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.
S Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
B Antecedentes/ Anamnese Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade	<ul style="list-style-type: none"> a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/Infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.
A Avaliação Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	<ul style="list-style-type: none"> a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.
R Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente	<ul style="list-style-type: none"> a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

A evidência científica comprova que a utilização da mnemónica ISBAR minimiza a ocorrência de falhas que podem comprometer a segurança dos cuidados. Em Portugal está protagonizado, através da norma da Direção Geral de Saúde, que a transmissão de informação siga a metodologia Identificação, Situação Atual, Background, Avaliação, Recomendação (ISBAR), pelo que é imperativo o uso da mesma uma eficiência nas práticas de saúde.

Fonte: Decreto Regulamentar nº 14/2012 do Ministério da Saúde. (2017). Direção-Geral da Saúde. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf)

ANEXO V- PRIORIDADE POR CORES

A cor azul corresponde a um tempo de espera até 240 minutos, cor verde até 120 min, a amarela corresponde a um período de até 60 min, a cor laranja até 10 minutos e a cor vermelha é para atendimento imediato, sendo que o cliente é encaminhado para a Sala de Emergência. Existe, também, uma pulseira de cor branca, que é concedida aos clientes que se deslocam ao Serviço de Urgência por indicação médica, sem qualquer necessidade de serem triados, pelo que não se apresenta no Protocolo de Manchester (Grupo Português de Triagem, 2011).

Tabela 2

Demonstração gráfica da prioridade de cores aplicada no SUMC

Tipo	Classificação de Risco	Prioridade	Tempo Alvo
1	Imediato	Vermelho	0 minutos
2	Prioritário (Risco moderado	Amarelo	10 a 60 minutos
3	Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante). Situação aguda ou crónica agudizada.	Verde	Atendimento no dia
4	Situação não urgente	Azul	Conforme agenda

Fonte: Grupo Português de Triagem. (2011). *Sistema de Triagem de Manchester*. Acedido em abril 20, 2023, em Grupo Português de Triagem em chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf

ANEXO VI - PROTOCOLO DE INSULINA

160-200 mg/dl	5 unidades
200-300 mg/dl	8 unidades
300-400 mg/dl	10 unidades
>400 mg/dl	12 unidades

A hiperglicemia no internamento não é uma situação benigna ou negligenciável, por isso, foi elaborado o seguinte esquema segundo as orientações da Direção Geral de Saúde e têm por base o uso de insulinas humanas de ação curta ou com análogos rápidos. A insulina é administrada segundo prescrição médica de forma a promover a estabilização rápida do cliente.

Fonte: SUMC do HSM, segundo o Despacho normativo nº 025/2011 do Ministério da Saúde. (2014). Direção-Geral da Saúde. Insulinoterapia na Diabetes Mellitus tipo 2. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0252011-de-29092011-atualizada-a-30072013-jpg.aspx](https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0252011-de-29092011-atualizada-a-30072013-jpg.aspx)

ANEXO VII – ALGORITMO DE TRAUMA

- Realizar a avaliação inicial da vítima de trauma,
- Realizar a avaliação secundária;
- Avaliar a necessidade de transferência para outro ponto da Rede de Trauma;
- Se necessário, efetuar o transporte ao ponto da rede de trauma mais adequado (em articulação com o CODU), depois da estabilização inicial e as medidas de controlo de dano;

A instituição que transfere a vítima de trauma deve organizar o transporte secundário, assegurando o respeito pela norma instituída no Guia do Transporte do Doente Crítico da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, nomeadamente, as condições de segurança durante todo o transporte, o nível adequado de cuidados clínicos no mesmo e garantir os meios necessários e o cumprimento dos tempos máximos recomendados.

Fonte: Despacho normativo nº 012/202 do Ministério da Saúde. (2022). Direção-Geral da Saúde. Via Verde do Trauma no Adulto.

chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2023_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf

ANEXO VIII – ABORDAGEM ABCDE

A avaliação primária da vítima permite uma intervenção atempada e esquematizada em caso de emergência. As etapas demonstradas a seguir constituem a avaliação inicial ou primária da vítima, pela seguinte ordem de prioridade:

- A. Airway: Permeabilização da Via aérea com controlo da coluna Cervical;
- B. Breathing: Ventilação e Oxigenação;
- C. Circulation: assegurar a Circulação com controlo da Hemorragia;
- D. Disability: Disfunção Neurológica;
- E. Expose/Environment: Exposição com controlo de Temperatura.

Quando é necessário realizar a abordagem na sala de emergência é imprescindível que o profissional reconheça que as condições que colocam em risco de vida o cliente. Em caso de presença de alguma desta condição, deve ser imediatamente abordada e resolvida antes de continuar o processo de avaliação, esta deve ser feita de forma céfalo-caudal.

Através desta é possível uma priorização dos cuidados prestados de forma uniformizada e permite identificar ou excluir situações que coloquem o cliente em risco de vida.

Fonte: INEM. (2012). *Manual TAS/TAT abordagem à Vítima*. 1ª edição.
[chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Manual-TAS-TAT-Abordagem-%C3%A0-v%C3%ADtima.pdf](https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Manual-TAS-TAT-Abordagem-%C3%A0-v%C3%ADtima.pdf)

ANEXO IX – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DA VV AVC

A Via Verde AVC é um protocolo de atendimento pré-hospitalar e hospitalar para casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC) implementado em diversos países. Os critérios de inclusão da Via Verde AVC são estabelecidos para identificar clientes com suspeita de AVC que devem receber atendimento prioritário e serem encaminhados rapidamente para um centro especializado em AVC.

Os critérios de inclusão podem variar de acordo com o protocolo e o sistema de saúde específico de cada país. No entanto, alguns critérios comuns de inclusão na Via Verde AVC podem incluir:

- Início súbito dos sintomas: O cliente deve apresentar sintomas de AVC com início súbito, como fraqueza em um lado do corpo, dificuldade na fala, perda de visão, perda de equilíbrio ou dor de cabeça súbita e intensa;
- Tempo desde o início dos sintomas: O tempo desde o início dos sintomas pode ser um critério de inclusão importante. Geralmente, há um limite de tempo para que os clientes sejam elegíveis para o tratamento com trombólise intravenosa, uma terapia que visa dissolver o coágulo que desenvolveu o AVC. Esse limite de tempo pode variar, mas é comumente estabelecido em até 4,5 horas desde o início dos sintomas;
- Suspensão de outras causas: O cliente deve ter excluído outras condições que possam estar na etiologia dos sintomas, como epilepsia ou tumores cerebrais.

É importante ressaltar que esses critérios podem ser adaptados e atualizados ao longo do tempo à medida que novas evidências e diretrizes são estabelecidas.

Fonte: Bonkhoff, AK, Schirmer, MD, Bretzner, M., Hong, S., Regenhardt, RW, Brudfors, M. e Rost, NS (2021). *O resultado após AVC isquêmico agudo está ligado a padrões de lesão específicos do sexo*. Nature Communications, 12(1), 3289. Acedido em 12 de junho de 2023 em Google académico em: [https://www.nature.com/articles/s41467-021-23492-](https://www.nature.com/articles/s41467-021-23492-3)

ANEXO X – CRITÉRIOS DE ADMINISTRAÇÃO DE TROMBOLITICOS

Os critérios de administração de trombolíticos referem-se aos requisitos ou condições específicas que devem ser atendidos para que um cliente seja elegível para receber a terapia trombólítica. Esta envolve a administração de medicamentos que dissolvem coágulos sanguíneos, sendo frequentemente utilizada no tratamento de certos tipos de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico.

Os critérios de administração de trombolíticos podem variar de acordo com as diretrizes e protocolos clínicos específicos, como as diretrizes estabelecidas pela *American Heart Association* (AHA) ou pela *European Stroke Organisation* (ESO). No entanto, existem alguns critérios comuns que são amplamente utilizados. Alguns exemplos incluem:

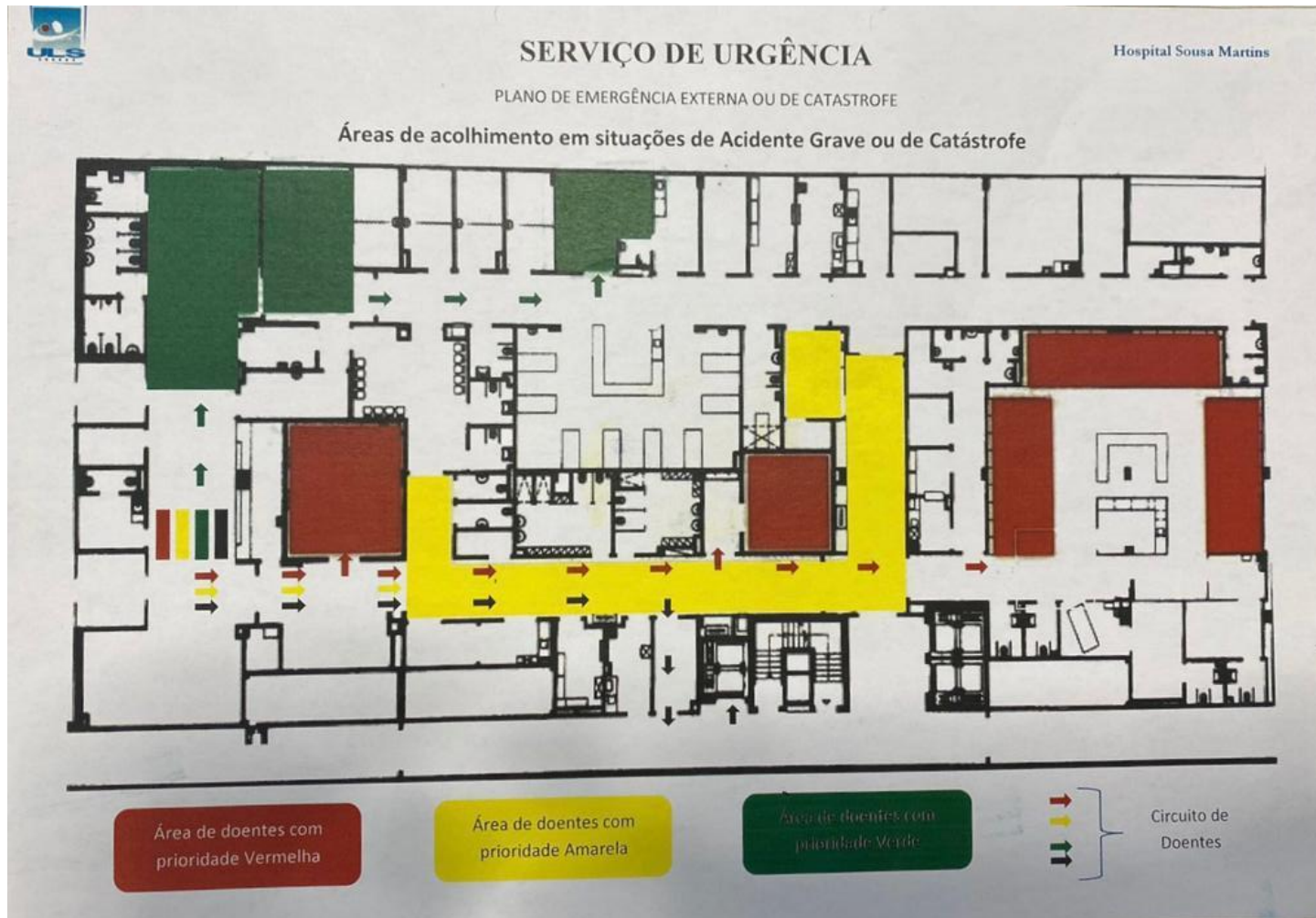
- Limite de tempo desde o início dos sintomas: Geralmente, há um limite de tempo a partir do início dos sintomas até o início da terapia trombólítica. Esse limite de tempo é conhecido como "janela de tratamento" e geralmente é estabelecido em até 4,5 horas desde o início dos sintomas para a terapia trombólítica com alteplase (um dos medicamentos trombolíticos mais comumente usados).
- Exclusão de contraindicações: Existem algumas contraindicações absolutas e relativas para a administração de trombolíticos. Contraindicações absolutas são situações em que a terapia trombólítica é estritamente proibida devido a riscos significativos. Por exemplo, um sangramento ativo significativo é uma contraindicação absoluta para a administração de trombolíticos. Contraindicações relativas são condições que aumentam o risco da terapia trombólítica, mas podem ser avaliadas caso a caso. Um exemplo de contraindicação relativa é uma cirurgia recente.
- Avaliação de imagem do cérebro: Antes de administrar trombolíticos, pode ser necessário realizar uma tomografia computadorizada (TC) do cérebro para excluir a presença de hemorragia intracraniana, pois a terapia trombólítica pode aumentar o risco de sangramento. A presença de hemorragia intracraniana na TC é uma contraindicação absoluta para a terapia trombólítica.

É importante ressaltar que os critérios de administração de trombolíticos podem variar dependendo do contexto clínico e das diretrizes locais. Portanto, é fundamental que os médicos sigam as diretrizes e protocolos clínicos estabelecidos em sua região.

É recomendado que os profissionais de saúde consultem as diretrizes clínicas atualizadas, como as da AHA ou da (ESO), para obter informações mais detalhadas e precisas sobre os critérios de administração de trombolíticos.

Fonte: Alper, BS, Foster, G., Thabane, L., Rae-Grant, A., Malone-Moses, M., & Manheimer, E. (2020). *Trombólise com alteplase 3–4,5 horas após AVC isquêmico agudo: reanálise de ensaio ajustada para desequilíbrios basais*. *BMJ Medicina Baseada em Evidências*, 25 (5), 168-171. Acedido em 12 de junho de 2023 em Google académico em: <https://ebm.bmj.com/content/25/5/168.abstract>

ANEXO XI – PLANO DE CATÁSTROFE



Fonte: SUMC do HSM, Planta do Serviço adaptada.

ANEXO XII - DOTAÇÕES SEGURAS EM MEIO HOSPITALAR

A norma que regula as dotações seguras nos Serviços de Urgência (SU) atenta a utilização dos postos de trabalho como base de cálculo, é necessário ponderar os elementos resultantes do conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, da semana e do mês, de cada serviço de urgência.

A fórmula a utilizar é a seguinte:

Figura 1

Formula para realização de Dotações seguras

Serviço de Urgência:

Fórmulas para cálculo	
$\frac{AT \times HCN/AC}{T}$	$\frac{PT \times HF/D \times NDF/A}{T}$

Nota. Diário da República. (2019). Em norma n.º743/2019 de 25/09/2019. Ordem dos enfermeiros.

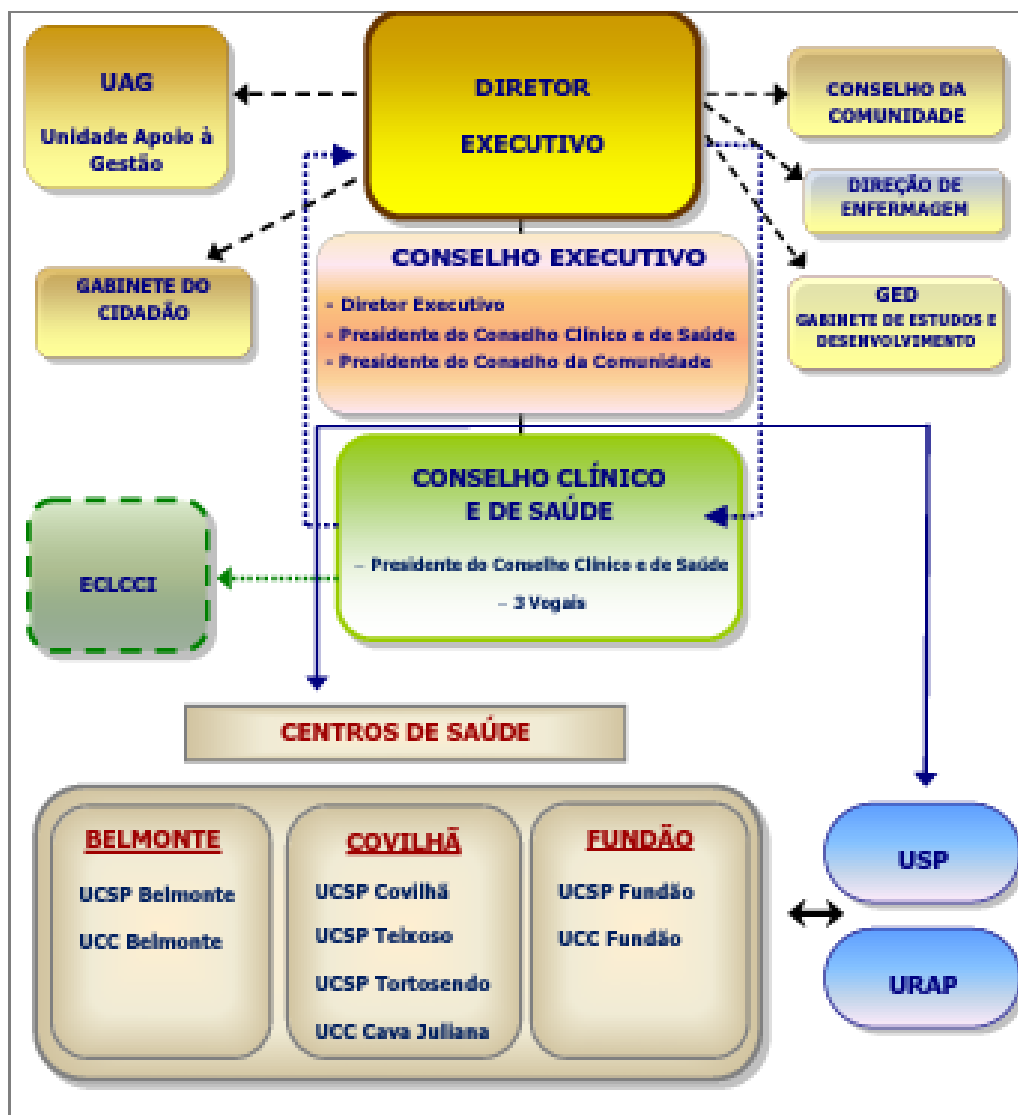
O posto de triagem de cada tipologia de urgência é assegurado por enfermeiro com formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades.

No caso da triagem de prioridades nas urgências de adultos, recomenda-se que este posto seja assegurado, preferencialmente, por enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Considera-se adequada a integração de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, para além dos rácios apresentados, atuando em complementaridade e garantindo a prestação de cuidados em todos os dias da semana, de acordo com o Regulamento n.º743/2019 do Diário da República, as dotações seguras dos cuidados de enfermagem são calculadas da seguinte forma: Postos de Trabalho x Horas de Funcionamento / Dia x Número de dias de funcionamento / Ano / Período normal de trabalho por enfermeiro/ano. Neste caso, implica serem necessários 62 enfermeiros para assegurar 10 postos de trabalho.

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2019) Diário da República 2.º série - Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Acedido em 12 de junho de 2023 em Diário da República em: <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

ANEXO XIII – Organograma Da Ucsp

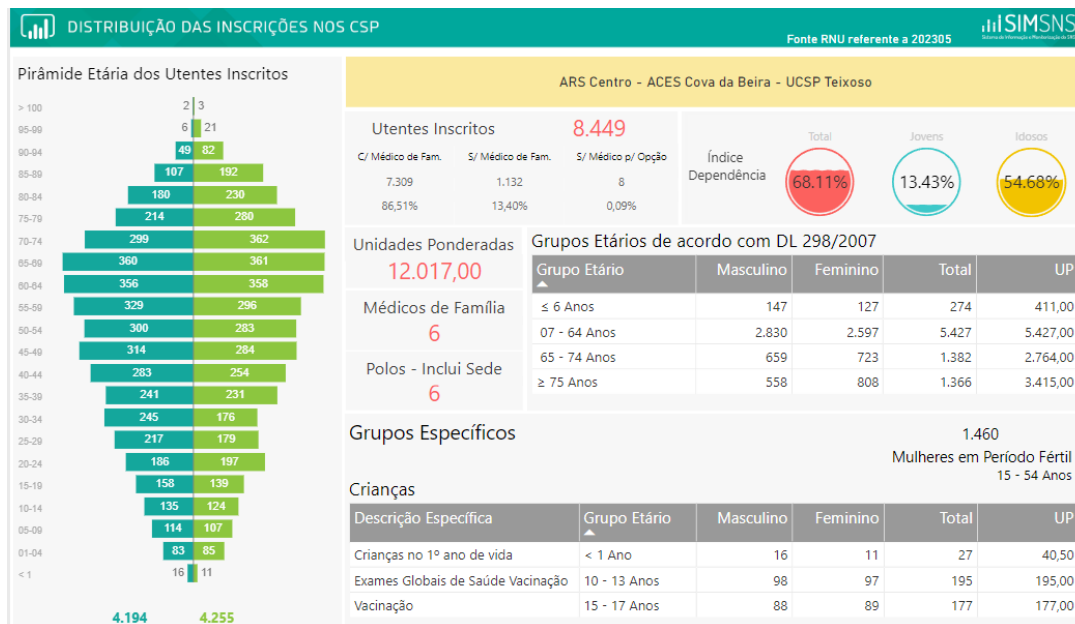


LEGENDA:

- UAG: Unidade de Apoio à Gestão;
- ECLCCI: Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados Integrados;
- UCSP: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados;
- UCC: Unidade de Cuidados na Comunidade;
- USP: Unidade de Saúde Pública;
- URAP: Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.

Fonte: Agrupamento de Centros de Saúde Cova da Beira (2023) Estrutura orgânica, coordenações e núcleos do ACeS Cova da Beira. Acedido em 14 de junho de 2023 em Sistema Nacional de Saúde em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20006/QUEM%20SOMOS/Organograma%20do%20ACeS%20Cova%20da%20Beira.pdf>

ANEXO XIV – NÚMERO DE CLIENTES INSCRITOS UCSP TEIXOSO



Após analisar a pirâmide verifica-se que, nesta UCSP, é notório que a população idosa não prevalece sobre a de idade adulta, sendo que a maioria se localiza entre os 65 e os 69 anos de idade. Contudo, é também notório que a quantidade de crianças se encontra num nível muito baixo pelo que existe a necessidade de implementar no serviço medidas que incentivem a natalidade.

Fonte: Base de Dados Nacional do Registo Nacional de Utentes (2022) Distribuição das inscrições nos cuidados de saúde primários. Acedido em 14 de junho de 2023 em Sistema Nacional de Saúde em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20006/2050333/Pages/default.aspx>

ANEXO XV – TERMOS DE CONTRATUALIZAÇÃO UCSP TEIXOSO

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Mín. Acet.	Mín. Esper.	Máx. Esper.	Máx. Acet.	Resultado	Score
2013.001.01.FL	1 - Proporção de consultas realizadas pelo MF	FL		S	202302	75,00	78,00	90,00	92,00	77.46230	1,642
2013.002.01.FL	2 - Taxa de utilização global de consultas médicas	FL		N	202302	66,00	73,50	85,00	90,00	69.93245	1,051
2013.003.01.FL	3 - Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	FL		S	202302	12,00	18,00	35,00	40,00	0.11439	0,000
2013.005.01.FL	5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF	FL		S	202302	65,00	70,00	88,00	92,00	50.69150	0,000
2013.006.01.FL	6 - Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	FL		S	202302	75,00	88,00	100,00	100,00	82.65464	1,176
2013.008.01.FL	8 - Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	FL		S	202302	38,00	60,00	100,00	100,00	34.10326	0,000
2013.009.01.FL	9 - Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	FL		N	202302	25,00	42,00	75,00	80,00	20.44837	0,000
2013.010.01.FL	10 - Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	FL		N	202302	25,00	45,00	55,00	65,00	26.35870	0,136
2013.011.01.FL	11 - Proporção grav. c/ consulta méd. vigíl. 1º trim.	FL		S	202302	85,00	91,00	100,00	100,00	90.62500	1,875
2013.014.01.FL	14 - Proporção RN c/ cons. méd. vigíl. até 28 dias vida	FL		N	202302	90,00	95,50	100,00	100,00	100.00000	2,100
2013.015.01.FL	15 - Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	FL		N	202302	10,00	50,00	100,00	100,00	25.00000	0,750
2013.016.01.FL	16 - Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigíl. 1º ano	FL		N	202302	50,00	89,00	100,00	100,00	42.75000	0,000
2013.017.01.FL	17 - Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigíl. 2º ano	FL		N	202302	60,00	87,00	100,00	100,00	38.23529	0,000
2013.018.01.FL	18 - Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	FL		S	202302	65,00	80,00	100,00	100,00	30.71009	0,000

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Mín. Acet.	Mín. Esper.	Máx. Esper.	Máx. Acet.	Resultado	Score
2013.019.01.FL	19 - Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	FL		N	202302	40,00	75,00	100,00	100,00	20.00933	0,000
2013.020.01.FL	20 - Proporção hipertensos < 65 A com PA < 150/90	FL		S	202302	45,00	67,00	100,00	100,00	18.16694	0,000
2013.023.01.FL	23 - Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	FL		S	202302	65,00	80,00	100,00	100,00	23.61446	0,000
2013.030.01.FL	30 - Proporção idosos ou doença crônica c/ vac. gripe	FL		S	202302	45,00	55,00	100,00	100,00	56.23605	2,000
2013.031.01.FL	31 - Proporção crianças 7A c/ peso e altura [5-7]A	FL		N	202302	70,00	92,00	100,00	100,00	82.00000	1,000
2013.032.01.FL	32 - Proporção jovens 14A c/ peso e altura [11-14]A	FL		N	202302	50,00	75,00	100,00	100,00	20.89552	0,000
2013.034.01.FL	34 - Proporção obesos >=14A c/ cons. vigíl. obesid. 2A	FL		S	202302	60,00	72,00	100,00	100,00	65.27571	0,879
2013.035.01.FL	35 - Proporção DM com exame pós último ano	FL		N	202302	70,00	89,00	100,00	100,00	36.42074	0,000
2013.036.01.FL	36 - Proporção uterinos DM com registro de GRT	FL		S	202302	60,00	75,00	100,00	100,00	23.28257	0,000
2013.037.01.FL	37 - Proporção DM c/ cons. enf. vigíl. DM último ano	FL		S	202302	70,00	87,00	100,00	100,00	46.85998	0,000
2013.038.01.FL	38 - Proporção DM c/ 1 HbA1c por semestre	FL		N	202302	50,00	77,00	100,00	100,00	39.16309	0,000
2013.039.01.FL	39 - Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	FL		S	202302	55,00	70,00	100,00	100,00	40.35511	0,000
2013.045.01.FL	45 - Prop. mulheres 25-60 anos c/ rast. c. colo ut.	FL		S	202302	41,00	60,00	100,00	100,00	36.73240	0,000
2013.046.01.FL	46 - Proporção uterinos [50-75]A c/ rastreio câncer CR	FL		S	202302	45,00	67,00	100,00	100,00	32.19157	0,000

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Mín. Acet.	Mín. Esper.	Máx. Esper.	Máx. Acet.	Resultado	Score
2013.048.01.FL	48 - Proporção uterinos c/ DPOC, c/ FcVf em 3 anos	FL		S	202302	30,00	60,00	100,00	100,00	2.88005	0,000
2013.053.01.FL	53 - Proporção uterinos >=14A c/ registro consumo b/anal	FL		S	202302	45,00	70,00	100,00	100,00	14.46459	0,000
2013.054.01.FL	54 - Proporção uterinos consum. álcool c/ consulta 3A	FL		S	202302	40,00	60,00	100,00	100,00	34.45378	0,000
2013.057.01.FL	57 - Proporção RN com TSHRU realizado até ao 6º dia	FL		N	202302	83,00	94,00	100,00	100,00	95.45454	2,100
2013.059.01.FL	59 - Proporção crianças 2 anos c/ peso e altura 1 ano	FL		N	202302	80,00	95,50	100,00	100,00	73.77778	0,000
2013.063.01.FL	63 - Proporção crianças 7A c/ cons. méd. vig. e PNV	FL		S	202302	65,00	85,00	100,00	100,00	58.00000	0,000
2013.091.01.FL	91 - Proporção DM < 65 A c/ HbA1c <= 6,5 %	FL		N	202302	20,00	33,00	55,00	70,00	24.21033	0,648
2013.093.01.FL	93 - Proporção crianças 2A c/ PNV cumprido ou execução	FL		N	202302	95,00	95,00	100,00	100,00	94.28571	0,000
2013.094.01.FL	94 - Proporção crianças 7A c/ PNV cumprido ou execução	FL		N	202302	95,00	95,00	100,00	100,00	93.87756	0,000
2013.095.01.FL	95 - Proporção jovens 14A c/ PNV cumprido ou execução	FL		S	202302	95,00	95,00	100,00	100,00	96.77419	2,100
2013.097.01.FL	97 - Proporção DM c/ microalbum. último ano	FL		N	202302	50,00	80,00	100,00	100,00	31.74442	0,000
2013.098.01.FL	98 - Proporção uterinos >= 25 A c/ vacina tétano	FL		S	202302	85,00	93,00	100,00	100,00	83.22889	0,000
2013.099.01.FL	99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	FL		S	202302	65,00	76,00	100,00	100,00	60.69096	0,000

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Mín. Acet.	Mín. Esper.	Máx. Esper.	Máx. Acet.	Resultado	Score
2013.100.01.FL	100 - Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos	FL		N	202302	86,00	91,00	97,00	100,00	86.97614	0,390
2013.261.01.FL	261 - Proporção uterinos DM c/ aval. risco úlcera pé	FL		S	202302	70,00	87,00	100,00	100,00	36.42074	0,000
2013.262.01.FL	262 - Proporção uterinos DM com avaliação risco DM2 (3A)	FL		S	202302	35,00	58,00	100,00	100,00	27.86662	0,000
2013.269.01.FL	269 - Índice de acompanhamento adequado s. infantil 2º ano	FL		S	202302	0,70	0,87	100,00	100,00	0.55882	0,000
2013.274.01.FL	274 - Prop. DM2 c/ indic. insul. em terap. adequada	FL		S	202302	65,00	82,00	100,00	100,00	67.87714	0,336
2013.275.01.FL	275 - Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	FL		S	202302	55,00	70,00	100,00	100,00	34.37500	0,000
2013.276.01.FL	276 - Risco DDO presc. DPP-4 e antidiab. orais	FL		S	202302	0,00	0,00	28,00	38,00	30.10257	1,561
2013.277.01.FL	277 - Proporção fumadores c/ consulta relac. tabaco 1A	FL		N	202302	14,00	31,00	100,00	100,00	21.11801	0,837
2013.278.01.FL	278 - Prop. medicam. presc. de classes com genéricos	FL		N	202302	60,00	66,00	80,00	90,00	54.60847	0,000
2013.284.01.FL	284 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	FL		S	202302	300,00	570,00	1500,00	1500,00	127.86068	0,000
2013.295.01.FL	295 - Prop. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	FL		S	202302	51,00	77,00	100,00	100,00	8.00000	0,000
2013.296.02.FL	296 - Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	FL		N	202302	5,00	45,00	100,00	100,00	8.16327	0,158
2013.297.01.FL	297 - Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	FL		S	202302	74,00	82,50	100,00	100,00	78.03330	1,000
2013.300.01.FL	300 - Nº médio presc. consulta feisatria, p/ utiliz.	FL		S	202302	0,00	0,00	0,10	0,16	0.04622	2,100

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Mín. Acet.	Mín. Esper.	Máx. Esper.	Máx. Acet.	Resultado	Score
2015.302.01.FL	302 - Índice de acompanhamento adequado s. infantil 1º ano	FL		S	202302	0,82	0,93	1,00	1,00	0.76350	0,000
2015.306.01.FL	306 - Prop. ute. s/ rast. VIH/SIDA que o efetuemam	FL		S	202302	3,00	5,00	100,00	100,00	1.25636	0,000
2015.307.01.FL	307 - Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	FL		N	202302	60,00	80,00	100,00	100,00	51.72414	0,000
2015.308.01.FL	308 - Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	FL		S	202302	60,00	80,00	100,00	100,00	37.03704	0,000
2015.309.01.FL	309 - Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre	FL		N	202302	47,00	68,00	100,00	100,00	26.92306	0,000
2015.310.01.FL	310 - Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	FL		S	202302	0,62	0,79	1,00	1,00	0.84000	0,235
2015.311.01.FL	311 - Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	FL		S	202302	0,40	0,54	1,00	1,00	0.47885	1,126
2015.312.01.FL	312 - Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	FL		S	202302	0,30	0,43	1,00	1,00	0.25481	0,000
2015.314.01.FL	314 - Proporção DM com RA >= 140/90 mmHg	FL		S	202302	0,00	0,00	12,00	22,00	56.99797	0,000
2015.315.01.FL	315 - Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	FL		S	202302	33,00	48,00	100,00	100,00	26.36917	0,000
2015.316.01.FL	316 - Proporção hipert. [18-65]A com RA < 140/90	FL		N	202302	23,00	40,00	100,00	100,00	16.88325	0,000
2017.255.01.FL	255 - Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal)	FL		S	202302	0,00	0,00	7,00	10,00	5.54913	2,000
2017.257.01.FL	257 - Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal)	FL		S	202302	0,00	0,00	4,50	6,50	6.35838	0,142
2017.259.01.FL	259 - Proporção carbos entre AINs faturados (OOD)	FL		S	202302	0,00	0,00	5,50	9,00	8.85959	0,080

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Mín. Acet.	Mín. Esper.	Máx. Esper.	Máx. Acet.	Resultado	Score	
2017.330.01.FL	330 - Índice de utilização anual de consultas médicas	FL		S	202302	0,75	0,82	2,00	2,00	0.70403	0,000	
2017.331.01.FL	331 - Índice de utilização anual de consultas enferm.	FL		S	202302	0,65	0,76	2,00	2,00	0.47809	0,300	
2017.335.01.FL	335 - Prop. cons. ind. recai. c/ resposta 3 dias úteis	FL		S	202302	80,00	85,00	100,00	100,00	98.23485	2,100	
2017.341.01.FL	341 - Despesa PVP medicam. presc. compart. p/ insc. padrão	FL		12	S	202212	0,00	0,00	130,00	140,00	144.23358	0,000
2017.342.01.FL	342 - Proporção cons. méd. inc. ut. <= 15 dias úteis	FL		S	202302	70,00	88,00	100,00	100,00	90.42211	1,100	
2017.344.01.FL	344 - Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	FL		S	202302	21,00	26,00	41,00	45,00	37.90916	2,100	
2017.345.01.FL	3											

Nacional de Saúde em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>

O processo de contratualização nos cuidados primários valoriza o desempenho multidimensional das unidades e tem por base a contratação de cuidados de saúde, organizada em dois subprocessos:

- 1) A contratualização externa, realizada entre as ARS e os respetivos ACES, formalizada com a negociação dos Planos de Desempenho e a assinatura dos Contrato-programa.
- 2) A contratualização interna, realizada entre os ACES e as respetivas unidades funcionais, formalizada com a negociação dos Planos de Ação e a assinatura das Cartas de Compromisso.

Por sua vez, em cuidados hospitalares também existe uma divisão entre contratualização interna e externa a nível da contratualização externa, as principais linhas de atividade assistencial e modalidades de pagamento agrupam-se em 3 vertentes:

- 1) Prestação de cuidados:
 - 1.1.) A pessoas com doença em situação aguda;
 - 1.2.) Em programas de saúde específicos;
 - 1.3.) A doentes a viver com patologias crónicas ou raras;
 - 1.4.) Em Centros de Referência;
 - 1.5.) Em Centros de Responsabilidade Integrados;
 - 1.6.) A doentes em seguimento por equipas específicas de cuidados paliativos.
- 2) Incentivos ao desempenho:
 - 2.1.) Desempenho institucional previsto;
 - 2.2.) Desempenho relativo (benchmarking) entre instituições do grupo;
 - 2.3.) À avaliação de resultados na ótica dos utentes.
- 3) Penalidades. Adicionalmente definem-se outras vertentes do Contrato-programa para 2022, nomeadamente:
- 4) Orçamento global e produção marginal;
- 5) Aplicação de flexibilidade regional na fixação dos preços pelas ARS, para as atividades selecionadas;
- 6) Áreas específicas com financiamento autónomo;
- 7) Custos de Contexto.
- 8) Programa de Promoção de Investigação e Desenvolvimento;
- 9) Medicamentos prescritos em ambiente hospitalar e cedidos em farmácia comunitária.

A nível da contratualização interna, em 2022, todos os hospitais/centros hospitalares devem ter implementados processos de contratualização interna que valorizem a Governação Clínica, o desempenho assistencial e a eficiência dos serviços e das instituições e que assegurem que os compromissos e os objetivos são assumidos internamente pela organização e desagregados pelos diversos serviços, numa filosofia de prestação de contas, de avaliação do desempenho e do mérito. Devem também garantir a implementação da contabilidade de gestão.

No âmbito desses processos de contratualização interna, devem ser estabelecidos entre as partes (conselho de administração e responsáveis dos departamentos ou serviços respetivos) os compromissos assistenciais e económico-financeiros acordados, que devem ser vertidos no contrato-programa interno, que deve ser publicitado nas páginas da internet de cada instituição, assim como no Portal do SNS.

Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde (2021) Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2022. Acedido em 14 de junho de 2023 em Serviço Nacional de Saúde em: https://www.acss.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2022/02/TR-Contratualizacao_2022_VF.pdf

ANEXO XVI – DOTAÇÕES SEGURAS EM CSP

A dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e competência dos mesmos, são aspetos importantes para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para a própria organização, pelo que, é necessário utilizar metodologias e critérios que permitam adequar os recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população.

Na fixação da dotação de pessoal de enfermagem que integra cada Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), considera-se adequado observar o seguinte rácio (OE, 2014):

1 Enfermeiro / 1550 Clientes ou 1 enfermeiro por cada 1917 unidades ponderadas

Ou

1 Enfermeiro / 350 Famílias

De acordo com os dados do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários referentes a fevereiro deste ano, a UCSP Teixoso possui 8.535 clientes inscritos.

Aplicando a fórmula: $8535 \times 1 / 1550 = 5,51 \cong 6$ enfermeiros.

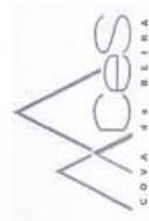
Isto significa que são necessários 6 enfermeiros para que os cuidados de saúde sejam assegurados de forma segura e com qualidade.

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Acedido em 12 de maio de 2023 em <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf> em: <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

ANEXO XVII – CERTIFICADO DE SESSÃO DE APRESENTAÇÃO



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



CERTIFICADO

Certifica-se que Inês Mariana Sá Bidarra ministrou a formação em Serviço “Código deontológico dos Enfermeiros” que se realizou na Sede da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Teixoso, do Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira (ACES CB), dia 20/06/2023, com a duração de 2 horas.

Enfermeira em Funções de Chefia



Paula Henriques, Enf.



UCSP TEIXOSO
AV 25 ABRIL
6200 -682 TEIXOSO, PORTUGAL
TEL + 351 275 920140
EMAIL adm.teixoso@arscentro.mh-saude.pt



ANEXO XVIII – PLANTA E LEGENDA DO SUMC

Figura 2 -

Planta do SMUC do HSM



Nota. Planta de Emergência adaptada para enquadramento de relatório de EC – IVP. Em SUMC.

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| 1 – Secretariado; | 17 – Gabinete Enfermeiro Gestor; |
| 2 – Triagem; | 18 – <i>Stock</i> de Comidas; |
| 3 – Sala de Espera Verdes e Amarelos; | 19 – WC – Funcionários; |
| 4 – Sala de Espera Azuis e Verdes; | 20 – WC – Funcionárias; |
| 5 – Gabinete Médico; | 21 – Balcão 3; |
| 6 – Sala de Enfermagem; | 22 – Gabinete Médico SARS-CoV-2; |
| 7 – Gabinete Médico; | 23 – Sala de Espera SARS-CoV-2; |
| 8 – Gabinete Médico; | 24 – WC – Clientes; |
| 9 – Sala de Procedimentos; | 25 – Balcão Mulheres; |
| 10 – Gabinete Médico; | 26 – Balcão Homens; |
| 11 – Gabinete Médico; | 27 – WC – Clientes; |
| 12 – Sala de ECG; | 28 – WC – Clientes; |
| 13 – Sala de Sujos; | 29 – Sala de Emergência; |
| 14 – Copa; | 30 – Gabinete Médico Cirurgia; |
| 15 – <i>Stock</i> consumíveis; | 31 – Gabinete Médico Cirurgia; |
| 16 – Sala de Pausa; | 32 – Gabinete Médico Cirurgia; |

- 33 – Sala de trauma;
- 34 – SO;
- 35 – Triagem Respiratórios;
- 36 – *Stock* de monitores e VNI;
- 37 – *Stock* de material de sujos;
- 38 – Sala de Prestação de Cuidados;
- 39 – Sala de sujos;
- 40 - Sala de Procedimentos *Pos*

Mortem

