

# **POLI TÉCNICO GUARDA**

**Ensino Clínico – Integração à Vida Profissional**

---

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

---

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO  
PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE LICENCIADA EM ENFERMAGEM**

**Inês Patrício Bidarra**

**julho / 2023**



# **POLI TÉCNICO GUARDA**

**Ensino Clínico – Integração à Vida Profissional**

---

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

---

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO  
PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE LICENCIADA EM ENFERMAGEM**

Professora Orientadora: Isabel Maria Ribeiro Fernandes

**Inês Patrício Bidarra**

**julho / 2023**



## LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

≥	Maior ou igual
%	Porcentagem
Dr.	Doutor
h	Horas
Hb	Hemoglobina
mmHg	Milímetros de Mercúrio
Rh	Rhesus
s/n	Sem número



## LISTA DE SIGLAS

AAENP	<i>American Academy of Emergency Nurse Practitioners</i>
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD's	Atividades de Vida Diária
BI-CSP	Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primário
BSG	Boletim de Saúde da Grávida
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CRI	Centro de Respostas Integradas
CRRNEU	Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência
CSS	Centro de Saúde de Seia
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CVC	Centro de Vacinação COVID
DCI	Designação Comum Internacional
DIDDU	Distribuição Individual Diária em Dose Unitária
DGS	Direção Geral da Saúde
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DRE	Diário da República
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
EC	Ensino Clínico
EC – IVP	Ensino Clínico – Integração à Vida Profissional
ECG	Eletrocardiograma
EPE	Entidade Pública Empresarial
EPI	Equipamento de Proteção Individual

ESS	Escola Superior de Saúde
FC	Frequência Cardíaca
GHAF	Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia
GFUC	Guia de Funcionamento da Unidade Curricular
HNSA	Hospital Nossa Senhora da Assunção
HPV	Vírus do Papiloma Humano
HTA	Hipertensão Arterial
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
INSA	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
IMC	Índice de Massa Corporal
IST's	Infeções Sexualmente Transmissíveis
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Perímetro Abdominal
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
PE	Processo de Enfermagem
PNV	Programa Nacional de Vacinação
PTM	Protocolo de Triagem de Manchester
RAP	Relação de Ajuda Profissional
RCCU	Rastreio do Cancro do Colo do Útero
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SNG	Sonda Nasogástrica
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SO	Serviço de Observação
SU	Serviço de Urgência



SV	Sinais Vitais
TA	Tensão Arterial
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico
ULS	Unidade de Saúde Local
UC	Unidade Curricular
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UICD	Unidade de Internamento de Curta Duração
VNI	Ventilação Não Invasiva



## ÍNDICE DE QUADROS

### **Quadro 1**

*Atividades realizadas no âmbito da Avaliação Primária (A-B-C-D-E).....54*

### **Quadro 2**

*Atividades realizadas no âmbito da Avaliação Secundária (Cabeça – Pescoço e Coluna Cervical – Tórax – Abdómen e Bacia – Membros).....55*

### **Quadro 3**

*Temáticas abordadas nos seminários e data da sua realização.....69*



# ÍNDICE

	Página
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE CUIDADOS DE SAÚDE EM CONTEXTO COMUNITÁRIO.....</b>	<b>15</b>
1.1. OBJETIVO I.....	15
1.2. OBJETIVO II.....	21
1.3. OBJETIVO III.....	36
1.4. OBJETIVO IV.....	39
1.5. OBJETIVO V.....	41
<b>2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE CUIDADOS DE SAÚDE EM CONTEXTO HOSPITALAR.....</b>	<b>47</b>
2.1. OBJETIVO I.....	48
2.2. OBJETIVO II.....	51
2.3. OBJETIVO III.....	60
2.4. OBJETIVO IV.....	61
2.5. OBJETIVO V.....	63
<b>3. SEMINÁRIOS.....</b>	<b>69</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>71</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>113</b>



## INTRODUÇÃO

A elaboração do presente Relatório surge no âmbito da Unidade Curricular “Ensino Clínico – Integração à Vida Profissional”, que se encontra inserida no segundo semestre do quarto ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, na Escola Superior de Saúde (ESS), do Instituto Politécnico da Guarda.

A realização deste Ensino Clínico (EC) foi dividida em dois períodos: o primeiro período decorreu de dia 27/02/2023 ao dia 05/05/2023, na área de cuidados de saúde primários, na Unidade de Cuidados Personalizados (UCSP) de Seia. O segundo período decorreu de dia 08/05/2023 a 07/07/2023, na área de Cuidados de Saúde Hospitalares, no Serviço de Urgência do Hospital Nossa Senhora da Assunção (HNSA), em Seia.

De acordo com a Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu, o “ensino clínico” constitui a vertente da formação em enfermagem na qual o estudante se insere na equipa e contacta diretamente com o indivíduo, quer este se encontre em bom estado de saúde ou doente. Neste âmbito, o mesmo deve planear, dispensar e avaliar os cuidados de enfermagem globais, tendo por base os conhecimentos e competências adquiridas (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A elaboração deste relatório permitiu-me, de forma sucinta e organizada, refletir sobre os objetivos anteriormente delineados em cada Plano de Trabalho. Desta forma, os objetivos deste documento são:

- Descrever as atividades desenvolvidas de acordo com os objetivos delineados, analisando se foram ou não concretizados, refletindo sobre as dificuldades sentidas;
- Analisar, de forma crítica e personalizada, o meu desempenho ao longo do EC;
- Referir quais as competências adquiridas, de acordo com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais;
- Descrever o conteúdo dos Seminários de Integração à Vida Profissional e analisar a importância dos conteúdos abordados nos seminários para o meu desempenho pessoal e profissional;
- Servir como elemento de avaliação.

Para a realização deste relatório utilizei uma metodologia maioritariamente descritiva, mas, também, reflexiva, uma vez que este consiste na descrição e caracterização de todas as atividades desenvolvidas ao longo deste EC. Para além disso, foram também identificadas as dificuldades sentidas, assim como as estratégias utilizadas para colmatar as mesmas. Recorri a bases de dados credenciadas para complementar o meu relatório com toda a informação científica que considerei pertinente. Regi também os moldes do mesmo pelo Guia de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos que se encontra implementado na ESS, tendo, ainda, como base, o Guia de Funcionamento da Unidade Curricular (GFUC) deste EC.

No que diz respeito à organização estrutural do presente documento, este encontra-se dividido em três partes. A primeira parte é referente à vertente de EC realizada em Cuidados de Saúde Primários, onde se integram os cinco objetivos delineados no Plano de Trabalho, com conseqüente reflexão e análise sobre o seu desenvolvimento e as competências adquiridas. Na segunda parte, que se refere à vertente de EC que realizei em Cuidados de Saúde Hospitalares, à semelhança da anterior, são mencionados os objetivos, delineados previamente e feita uma descrição e análise das atividades realizadas, assim como das dificuldades sentidas, sendo abordadas as competências adquiridas, de acordo com o Regulamento de Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. A terceira e última parte diz respeito aos Seminários de Integração à Vida Profissional, na qual é feito um resumo dos temas que se abordaram, bem como do seu contributo e respetiva análise crítica.

Para terminar o relatório, a conclusão, na qual reflito, de forma crítica, sobre o meu desempenho no decorrer de todo o EC, assim como no contributo para o meu crescimento pessoal e profissional. Seguidamente, encontram-se as referências bibliográficas, que serviram de suporte teórico para a realização do presente documento e que mantêm a credibilidade do mesmo, seguidas dos apêndices e anexos, complementando, desta forma, a informação fornecida ao longo de todo o relatório.



# **1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE CUIDADOS DE SAÚDE EM CONTEXTO COMUNITÁRIO**

Ao longo deste capítulo do relatório abordarei as atividades realizadas ao longo do primeiro período de estágio, na área de Cuidados de Saúde Primários e irei, também, refletir sobre elas. Será feita uma reflexão sobre o meu processo de aprendizagem e respetiva evolução, e sobre a concretização dos objetivos que foram propostos no início do EC, no Plano de Trabalho que se encontra em apêndice (Apêndice A). Para além disso, irão, também, ser mencionadas as competências adquiridas, de acordo com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Os cuidados de saúde primários (CSP), em Portugal, são a base para o acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). Estão integrados no Sistema de Saúde Português e visam uma maior igualdade e melhoria dos níveis de saúde das populações, bem como da sua satisfação (Decreto-Lei n.º 118/2014).

De acordo com a OE (2020), os cuidados de saúde primários constituem o primeiro nível no que diz respeito aos serviços de saúde pessoais na comunidade, com a garantia de serem prestados cuidados de forma acessível, contínua e completa, acompanhando as necessidades de saúde de cada indivíduo, ao longo do seu ciclo vital.

Neste âmbito, os enfermeiros possuem um importante papel no que diz respeito à prestação, expansão e coordenação destes cuidados, pois possuem formação e é através dela, bem como do seu trabalho, que prestam cuidados que se constituem eficazes em diversas frentes: a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, assim como a gestão e a reabilitação (OE, 2020).

## **1.1. OBJETIVO I – CONHECER A ESTRUTURA E A DINÂMICA ORGANIZACIONAL DA UCSP DE SEIA**

Este primeiro objetivo é, a meu ver, muito importante, pois é a partir dele que se conhece a demografia e qual o alvo da prestação de cuidados desta instituição, bem como a sua

articulação com as restantes entidades e qual o trabalho que a mesma presta na comunidade. O facto de conhecer a instituição faz com que a prestação de cuidados seja mais direcionada para as necessidades reais da população, e faz com que os cuidados de saúde sejam ainda mais personalizados.

Tendo em conta o limite de páginas deste documento, e considerando importante fazer uma contextualização geográfica da região, comum aos dois períodos de EC, remeti para apêndice a mesma (Apêndice B), usufruindo de uma maior flexibilidade em termos de produção textual.

O Centro de Saúde de Seia (CSS) faz parte da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda desde dia 23 de março de 2007 e integra duas unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, sendo eles a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

A UCSP de Seia faz parte da Administração Regional de Saúde (ARS) Centro e pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Guarda, e encontra-se na Rua Capitão Dr. António Dias, s/n, funcionando de segunda-feira a sexta-feira das 08:00h às 20:00h, encerrando aos sábados, domingos e feriados. Para além da UCSP de Seia – Sede, anteriormente referida, existem, ainda, 8 polos, sendo eles: Polo Pinhanços, Polo Sandomil, Polo São Romão, Polo Tourais, Polo Torrozel, Polo Vide, Polo Loriga, Polo Paranhos da Beira (Apêndice C).

A missão da UCSP de Seia consiste na prestação de cuidados de saúde primários personalizados, aos seus utentes, garantindo o acesso a estes de forma fácil, assim como a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos, desenvolvendo atividades que promovem a saúde e previnem a doença, assim como o tratamento e a reabilitação. Para além disso, a UCSP de Seia pretende que os seus utentes, colaboradores e demais entidades a reconheçam como sendo um serviço de saúde com qualidade, que garante cuidados de saúde ao longo do ciclo vital dos utentes, regendo-se por princípios rigorosos de eficiência e responsabilidade (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), 2023).

A UCSP de Seia possui um total de 22.973 utentes inscritos, 12.025 deles do sexo feminino e 10.948 do sexo masculino (Anexo A). Podemos ver, através da pirâmide etária, que a população que se encontra inscrita na UCSP de Seia é maioritariamente adulta e idosa. Constata-se, ainda, que dos 22.973 utentes que se encontram inscritos, 15,82%

(3.635 utentes) não têm atribuído nenhum médico de família, sendo que 0,02% (4 utentes) não tem médico de família por opção (BI-CSP, 2023).

No que diz respeito à estrutura física, o CSS contempla 3 pisos, sendo que a UCSP de Seia se encontra no piso 0, existindo uma Sala de Tratamentos, uma sala de Consultas (na qual se realizam Consultas da Diabetes, Hipertensão, Saúde Materna e Planeamento Familiar), uma sala de Saúde Infantil e Vacinação e uma Sala de Esterilização. Ainda no Piso 0, encontra-se o Hall de Entrada para o Centro de Saúde, um posto de Serviço Administrativo, 6 Gabinetes Médicos, uma Sala de Saúde Oral, 2 Salas de Espera, uma Casa de Banho destinada a utentes e, ainda, os Vestiários e as Casas de Banho para os funcionários (Apêndice D).

Do meu ponto de vista, esta estrutura possui várias limitações, nomeadamente o facto de a sala de espera para os serviços de enfermagem ser um espaço pequeno, existindo mesmo vezes em que os utentes têm que esperar pelas consultas e tratamentos fora da sala de espera, em pé, ocupando, por vezes, o espaço do corredor. Outra limitação é o facto de não existir água quente, e sempre que é necessária água tépida para a realização de determinados tratamentos, a mesma tem de ser aquecida pelas assistentes operacionais, noutra piso. O facto de existir apenas uma Sala de Consultas de Enfermagem para tantos Programas impossibilita, por exemplo, a realização de duas Consultas de Enfermagem de Diabetes em simultâneo, uma vez que existe apenas uma marquesa, onde o utente se deita para a realização do exame preconizado relativo ao pé diabético. Para além disso, por vezes, a comunicação com o utente torna-se complicada, uma vez que o ruído provocado pela consulta que decorre ao lado, na mesma sala, provoca transtorno em termos da transmissão e respetiva compreensão da informação. Uma outra limitação, que tem implicações no controlo de infeção, é o facto de não existirem lavatórios funcionantes nas Salas, existindo apenas lavatório funcionante na Sala de Tratamentos. Isto contribui para que exista um atraso entre consultas, uma vez que os profissionais têm de se deslocar a outro local para efetuarem a higienização das mãos, de utente para utente. Estas e outras, são limitações que, com as novas obras, serão, possivelmente, colmatadas.

Relativamente aos profissionais que prestam serviço nesta instituição, temos (BI-CSP, 2023):

- 14 médicos, sendo que 13 são médicos de família e 1 dos elementos apenas se encontra alocado às Consultas de Recurso;

- 24 enfermeiros, sendo que 19 enfermeiros estão alocados à UCSP e 1 deles é partilhado com a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), sendo esta última unidade constituída por 5 enfermeiros, todos especialistas (4 deles de carreira – 1 enfermeiro com especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 3 especialistas de Enfermagem de Reabilitação e 1 especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica). Relativamente aos especialistas alocados exclusivamente à UCSP, 6 deles são especialistas (1 especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 1 especialista em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica e 4 especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública), sendo que apenas 4 são especialistas de carreira. Existe, ainda, 1 enfermeiro gestor.
- 13 secretários clínicos;
- 14 assistentes operacionais;
- 1 psicóloga clínica;
- 1 assistente social.

No que diz respeito ao método de trabalho que se encontra instituído na UCSP de Seia, podemos dizer que o mesmo é o método funcional ou de tarefa, no qual se faz a distribuição de determinadas tarefas que já se encontram definidas e padronizadas de acordo com a sua sequência e execução (Silva, 2017).

A distribuição dos enfermeiros é feita pelo enfermeiro gestor, para cada semana. Nela encontram-se distribuídos os enfermeiros de acordo com as diversas salas e visitas domiciliárias. Na Sala de Tratamentos encontram-se, normalmente, alocados dois enfermeiros, assim como para a Sala de Consultas onde se realizam todas as consultas de enfermagem de Hipertensão, Diabetes, Saúde do Idosos, Planeamento Familiar e Saúde Materna. Para a Sala de Saúde Infantil/Vacinação, apenas se encontra distribuído um enfermeiro, uma vez que a sala comporta apenas uma consulta de enfermagem cada vez, o que não acontece com a Sala de Consultas e a Sala de Tratamentos, as quais comportam, ainda que com algumas limitações, duas atividades em simultâneo. No que diz respeito às Visitas Domiciliárias, estão também distribuídos os enfermeiros, sendo que a maioria das visitas se realiza no período da manhã.

Esta distribuição pode diferir no período da manhã (turno das 8:00h às 16:00h ou das 9:00h às 17:00h) e no período da tarde (turno das 13:00h às 20:00h). Isto é, normalmente está na Sala de Saúde Infantil/Vacinação a enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia; no entanto, quando a mesma não se encontra presente no período da manhã por estar a fazer o horário da tarde, encontra-se nesta sala outro enfermeiro. Com as visitas domiciliárias sucede o mesmo, pois como estas se realizam preferencialmente no período da manhã, os enfermeiros que estão distribuídos para esta atividade no período da manhã podem não estar distribuídos para o mesmo no período da tarde. Para além disso, há enfermeiros que se encontram distribuídos nos polos assistenciais apenas no período da manhã e após o almoço estão alocados à sede, desempenhando outras intervenções de enfermagem.

Esta distribuição é feita pelo enfermeiro gestor, de acordo com as necessidades do serviço. Este é um método que, do meu ponto de vista, não beneficia os utentes, uma vez que não é feito um acompanhamento constante do mesmo, por parte do enfermeiro, em todas as etapas do ciclo vital, como seria feito se estivesse instituído o método de trabalho por equipa organizacional com a figura do enfermeiro de família, onde a relação enfermeiro-doente é fortalecida. Este método constitui, na minha opinião, uma barreira na aplicação do Processo de Enfermagem, uma vez que o conhecimento das necessidades individuais e/ou familiares não é tão aprofundada. Para além disso, e de acordo com o descrito no Decreto-Lei n.º 118/2014 (p. 4070), o enfermeiro de família presta cuidados de enfermagem que privilegiam “as áreas da educação e promoção da saúde, prevenção da doença, da deteção precoce de doenças não transmissíveis, da gestão da doença crónica e da visitação domiciliária”.

Esta limitação tem, também, impacto na motivação da equipa de enfermagem, uma vez que existem elementos da equipa que não sentem o seu trabalho reconhecido, pois querem implementar atividades que não são possíveis, pois não existe enfermeiro de família. Para além disso, os registos são feitos de forma diferente de enfermeiro para enfermeiro, o que, por vezes, não é benéfico para o utente, nomeadamente no que diz respeito à realização do tratamento de feridas. Também a realização das atividades mediante cada consulta de enfermagem (Saúde Materna, Planeamento Familiar, Diabetes e Hipertensão) é feita de forma diferente dependendo do profissional que atende o utente. Por exemplo, na Consulta de Enfermagem de Diabetes, alguns enfermeiros não selecionam o Programa

Nacional para a Diabetes, o que implica um método de registo diferente e incompleto, nomeadamente no que diz respeito à avaliação do pé diabético.

Do meu ponto de vista, a implementação do método de trabalho por enfermeiro de família traria mais reconhecimento a alguns profissionais, uma vez que o seu trabalho se encontraria refletido nos Indicadores de forma diferente, mais individualizada. Para além disso, algumas atividades poderiam ser implementadas, como é o caso do Rastreo do Cancro do Cólon e Reto, que atualmente não é implementado porque, de acordo com o enfermeiro gestor, tem que se encontrar definido o método de trabalho acima citado.

No entanto, com a mudança para novas instalações, no âmbito do processo de remodelação do atual CSS, espera-se que comece a ser implementado este método de trabalho, uma vez que já foi referida essa mudança por parte do enfermeiro gestor. Esta mudança é algo que interessa aos enfermeiros, pois é algo que eles já batalham há algum tempo para que se implemente.

De referir que a transição para novas instalações, com data de início incerto, impossibilitou a realização de atividades da parte dos estudantes, uma vez que se preconizava o início das obras para uma data, e esta acabou por não se realizar. As novas instalações, os ditos “contentores”, não terão espaço suficiente para a realização de atividades da nossa parte, segundo informação oral que nos foi transmitida. Isto constitui, portanto, uma limitação e um ponto negativo, uma vez que devido à incerteza não se dinamizaram mais atividades, nomeadamente ações de educação para a saúde, como tinham sido inicialmente idealizadas.

A mobilização para novas instalações enquanto se procede à remodelação do atual CSS traz, também, implicações para os utentes, uma vez que, de acordo com a informação obtida, o espaço vai ser muito mais reduzido, sendo que as salas vão ter de ser partilhadas para consultas e tratamentos. Para além disso, o número de médicos irá ser repartido por dias, o que implica um menor número de consultas, não só diárias, como, também, semanais. Isso irá acarretar implicações na qualidade dos serviços, uma vez que existirá uma menor oferta dos cuidados de saúde, não só em termos de consultas, como, também, na realização de tratamentos, nomeadamente administração de injetáveis e realização de tratamentos de feridas, devido ao reduzido espaço.

Relativamente ao objetivo que foi inicialmente proposto, creio que o mesmo foi concretizado com sucesso, uma vez que a compreensão e conhecimento da estrutura e

dinâmica organizacional da UCSP de Seia me permitiu desenvolver e otimizar a minha resposta no âmbito da prestação de cuidados, indo ao encontro das necessidades da população em questão. Este objetivo ajudou a cimentar a minha confiança na interação com o indivíduo, família e comunidade.

Posto isto, é possível concluir que, com este objetivo, adquiri, segundo o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2015), as seguintes competências: **(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; **(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; **(44)** Efetua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a conceção dos cuidados de Enfermagem.

## 1.2. OBJETIVO II – PARTICIPAR NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM, DE FORMA ADEQUADA, A CADA UTENTE, EM TODAS AS ETAPAS DO SEU CICLO VITAL, TENDO POR BASE A METODOLOGIA CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM

Para a concretização deste segundo objetivo, tive a oportunidade de prestar cuidados, em cooperação com toda a equipa de enfermagem, a inúmeros indivíduos, famílias e comunidade. Numa fase inicial, presenciei diversas consultas de enfermagem e realização de tratamentos; posteriormente, colaborei com os mesmos e, por fim, depois de recordado todo o procedimento, realizei, de forma autónoma, diversas consultas de enfermagem e tratamentos, no âmbito dos diversos Programas de Saúde que se encontram implementados na UCSP de Seia.

O desenvolvimento das variadas consultas de enfermagem de vigilância, de acordo com os diferentes Programas de Saúde em vigor na UCSP, permitiu-me progredir no campo das competências adquiridas na área da promoção da saúde e prevenção da doença. A pesquisa de normas e orientações na plataforma da Direção Geral da Saúde (DGS) enriqueceu o meu leque de conhecimentos e ajudou-me na realização das consultas, tendo em vista as necessidades identificadas em cada utente. Com a realização destas consultas,

proveitei para fazer ensinamentos oportunos, de forma a promover estilos de vida saudáveis, prevenir a doença, ajudar no tratamento e consciencializar os utentes face a atitudes por eles praticadas que são prejudiciais e que podem potencializar o aparecimento de doenças nas diversas fases do ciclo vital.

Para além dos conhecimentos aplicados nas respetivas consultas, tive a atenção de adequar a forma da transmissão da informação que pretendia que fosse compreendida, mediante o utente que se encontrava à minha frente. Desta forma, consegui, com efeito, transmitir informação pertinente e humanizar a minha prestação de cuidados.

Seguidamente, descreverei, de forma crítica, as atividades que desenvolvi no âmbito dos vários Programas de Saúde que se encontram em vigor na UCSP de Seia.

### **Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares**

De acordo com a DGS (2017, p. 15), “as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte entre nós e são, também, uma das mais importantes causas de morbilidade, de incapacidade e invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos”. Posto isto, é fulcral que se reduza este risco, nomeadamente através do controlo de fatores modificáveis, como é o caso da hipertensão arterial (HTA).

Ao longo deste EC realizei diversas consultas de enfermagem no âmbito deste Programa, realizando diversas intervenções, nomeadamente: avaliação da tensão arterial (TA); avaliação da frequência cardíaca (FC); avaliação de parâmetros antropométricos, como o perímetro abdominal (PA), peso corporal e altura, conseguindo, assim, calcular o Índice de Massa Corporal (IMC). Para além destas avaliações, avaliava, também, o Risco de Diabetes Tipo 2, aproveitando para fazer ensinamentos relacionados com as perguntas que são feitas: alertava para implementação de hábitos saudáveis, como a realização de exercício físico (caminhadas de 30 minutos), ingestão de água e outros líquidos, assim como uma alimentação saudável e regrada, reduzindo o consumo do sal. A Gestão do Regime Terapêutico era outro parâmetro avaliado, no qual perguntava relativamente ao regime medicamentoso e confirmava as informações relativas aos hábitos alimentares e de exercício físico.

Após a consulta de enfermagem, ou quando via oportunidade, encorajava os utentes que tinham essa possibilidade, a avaliarem a TA no domicílio, regularmente, fornecendo-lhes uma tabela de registo de TA, realizado por mim e pela minha colega (Apêndice E),



encorajando, desta forma, a autovigilância. Os hábitos tabágicos e alcoólicos eram, também, uma componente avaliada na consulta, assim como a verificação do estado vacinal do utente, de modo a certificar-me de que o mesmo cumpria o plano e não tinha vacinas em atraso. Alertava sempre o utente para o seu esquema vacinal, dizendo-lhe se cumpria ou não o Programa Nacional de Vacinação (PNV), quando seria a próxima inoculação vacinal e, se o mesmo não cumprisse o esquema, questionava-o relativamente à toma da vacina em falta.

Os registos relativos à consulta de enfermagem eram iniciados aquando da realização da avaliação da TA, uma vez que é um momento em que o utente se encontra em silêncio. O resto da consulta era guiada já com as perguntas delineadas, sabendo tudo o que tinha de perguntar, e o registo das mesmas era realizado após o utente se retirar, de forma a estar o mais possível em contacto com o mesmo.

### **Programa Nacional para a Diabetes**

De acordo com a DGS (2017, p. 16), a Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença crónica e de instalação progressiva, capaz de trazer consequências graves não só para a saúde, como para o bem-estar individual, encontrando-se associada a elevados custos sociais e dos sistemas de saúde. A prevalência desta doença tem vindo a aumentar, prevendo-se que possa atingir mais de 20% da população mundial, nos próximos 20 anos.

A DM é uma doença crónica que ocorre quando o pâncreas não tem capacidade de produzir insulina (hormona que regula a glicose no sangue) suficiente, ou quando o organismo não é capaz de usar, de forma eficaz, a insulina por ele produzido. (OMS, 2023). Esta doença provoca complicações crónicas em diversos órgãos do organismo, nomeadamente no pé, a nível renal e ocular (complicações microvasculares, tais como Pé Diabético, Doença Renal Crónica e Retinopatia Diabética), e complicações macrovasculares, que podem conduzir a situações de enfarte agudo do miocárdio (EAM) e acidente vascular cerebral (AVC) (DGS, 2017).

No contexto deste programa tive a oportunidade de realizar inúmeras Consultas de Enfermagem de Diabetes, nas quais monitorizava diversos parâmetros: antropométricos, tais como a TA, FC, PA, peso corporal, altura e posterior cálculo do IMC. Realizava, também, a monitorização da glicémia capilar, registando o respetivo valor em tabela preconizada, inerente à seleção do respetivo Programa, assim como todos os valores

obtidos nas anteriores avaliações. Para além destes parâmetros, eram também avaliados os hábitos tabágicos e alcoólicos, assim como o Pé Diabético. Uma das lacunas existentes, no âmbito desta Consulta, foi a impossibilidade de verificarmos a Hb glicada, uma vez que não era prática os utentes trazerem as análises para a Consulta de Enfermagem, sendo as mesmas apenas analisadas pelos médicos.

Preconiza-se que as pessoas com diabetes sejam avaliadas anualmente no que diz respeito ao Pé Diabético, de forma a que sejam identificados fatores de risco condicionantes de lesões nos pés (DGS, 2011). Esta avaliação consiste num exame ao pé da pessoa com DM, no qual são identificados fatores de risco condicionantes de lesões nos pés, sinais de neuropatia e/ou isquemia e à inspeção do respetivo calçado e meias, a fim de perceber se este é o indicado para a pessoa. No âmbito deste exame, realizava uma inspeção geral do pé, na qual identificava a presença, ou não, de infeções fúngicas, deformidades ósseas, calosidades, gretas, secura; verificava se existia edema e realizava testes para detetar a presença de neuropatia, tais como o “teste de sensibilidade com o algodão”, teste de sensibilidade por monofilamento, diapasão; os reflexos tendinosos eram também avaliados no âmbito da neuropatia. Verificava se havia sinais de isquemia, através da palpação do pulso pedioso e tibial posterior e, sempre que a mesma não era possível, recorria ao Doppler que se encontrava na unidade. Fazia, também, a observação da marcha para detetar claudicação e possíveis alterações na coloração da pele e na sua temperatura. Após inserir todos os dados recolhidos no *SClínico*, era-me indicado qual o risco de ulceração do pé do utente avaliado (baixo risco, médio risco ou alto risco) e, mediante essa informação, comunicava ao utente o seu estado e a data da próxima avaliação do pé (Anexo B).

Nesta consulta de enfermagem avaliava também a gestão do regime terapêutico, na qual inquiria o utente relativamente aos seus hábitos alimentares, instruindo para melhorias a fazer; o regime medicamentoso era também questionado, de forma a saber se o mesmo cumpria o que lhe estava instituído ou não. Para além disso, questionava-o acerca do exercício físico e, caso necessário, incentivava a realização do mesmo.

No âmbito desta consulta de enfermagem realizei ensinamentos oportunos, nomeadamente no que diz respeito aos sinais de hiper e hipoglicemia, esclarecendo o utente de eventuais dúvidas e alertando-o para as medidas a tomar caso uma dessas situações ocorresse. Antes da consulta de enfermagem terminar, verificava se o utente cumpria o PNV, e alertava-o para a sua situação.

## **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**

De acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificado pelo Estado Português em 1990, entende-se por criança “todo o ser humano menor de 18 anos”, sendo que estas integram um grupo prioritário, justificando, desta forma, o maior empenho e disponibilidade por parte dos profissionais de saúde (DGS, 2013, p. 13).

Preconiza-se que no primeiro ano de vida da criança se realizem 6 consultas, sendo elas: na primeira semana de vida, ao primeiro mês de vida, aos 2, 4, 6 e 9 meses. Entre o primeiro e o terceiro ano de vida, são realizadas 5 consultas, aos 12, 15 e 18 meses, aos 2 anos e aos 3 anos. Na faixa etária entre os 4 e os 9 anos, realizam-se 4 consultas, sendo a primeira aos 4 anos, depois aos 5 anos, aos 6 ou 7 anos, e aos 8 anos. Dos 10 aos 18 anos apenas 3 consultas se encontram calendarizadas, uma aos 10 anos, outra aos 12 ou 13 anos e outra entre os 15 e os 18 anos.

Pretende-se que, no decurso da vigilância realizada no âmbito deste programa, se avalie o crescimento e o desenvolvimento da criança, promovendo comportamentos de saúde, entre os quais se instrui à imunização contra doenças transmissíveis (de acordo com o PNV). Informam-se, ainda, os pais/cuidadores sobre possíveis acidentes e intoxicações, instruindo, também, à adesão ao aleitamento materno, entre outras (DGS, 2013).

No âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil tive a oportunidade de realizar diversas consultas de enfermagem, apesar de ser uma área em que me sinto menos confortável. Nestas consultas avaliava, de acordo com a idade de cada criança, parâmetros antropométricos como o peso corporal, a estatura, o perímetro cefálico e posterior cálculo do IMC e percentil em que a criança se encontrava. A monitorização da TA e FC era também realizada em crianças a partir dos 3 anos. A Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada (Anexo C) era também aplicada, consoante a idade da criança, desde a primeira consulta até aos 5/6 anos, dependendo de quando a mesma iniciava o primeiro ano de escolaridade.

Nas consultas de enfermagem questionava os pais/cuidadores em relação às suas preocupações com a criança, mencionando, por vezes, sinais de alerta que podiam ocorrer, consoante a idade (Anexo D). Eram feitas questões relativas à frequência e à adaptação da criança ao infantário, à ama ou à escola, e perguntava quais as atividades que a criança praticava e quais os *hobbies* que tinha. Os hábitos de alimentação saudáveis eram

mencionados em todas as consultas, adaptando os ensinamentos consoante a idade da criança, assim como o incentivo à higiene oral. Os cheques dentistas não foram mencionados nem em contexto de consulta nem externamente a ela, pelo que não consegui observar como é feita a distribuição dos mesmos. Eram, ainda, feitos os exames de saúde oportunistas e os cuidados de saúde antecipatórios sempre que possível.

Apesar de estarem preconizados testes de acuidade visual, os mesmos não eram implementados, pois as escalas que se encontram no serviço não são as adequadas. Isto representa um ponto negativo, pois esse era um parâmetro que ficava por avaliar, devido à inexistência de escalas adequadas, e era sempre questionado aos pais/cuidadores se já tinham feito uma avaliação em oftalmologistas privados; caso isso não acontecesse, a enfermeira incentivava a que essa avaliação se realizasse.

A informação avaliada era inserida no *SClínico* e era feito o registo manual das mesmas no Boletim de Saúde Infantil/Juvenil de cada criança. Para além disso, era sempre conferido o esquema vacinal e eram administradas as vacinas correspondentes a cada idade, nomeadamente vacinas extraplano.

No que diz respeito à vacinação, tive a oportunidade de vacinar crianças de diferentes faixas etárias e considero que esta foi a maior dificuldade sentida nestas consultas de enfermagem, para além da comunicação com os pais/cuidadores, que por vezes se encontravam reticentes aos meus ensinamentos e às minhas intervenções para com as crianças, uma vez que sou estudante. No âmbito dos ensinamentos mais frequentemente feitos, dando resposta às principais dúvidas sentidas, a maioria residia na vacinação (a idade e as doses de cada vacina) e na alimentação, principalmente no primeiro ano de idade.

Contudo, creio que evoluí positivamente ao longo das consultas de enfermagem, sentindo-me mais à vontade e mais confiante no que diz respeito não só à vacinação, como, também, à interação com os pais/cuidadores.

### **Programa Nacional de Saúde Reprodutiva**

De acordo com a DGS (2008), a saúde reprodutiva constitui um estado de bem-estar a nível físico, mental e social e não unicamente de ausência de doença/enfermidade nos aspetos que se relacionam com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos. Preconizam-se os seguintes objetivos dos cuidados de saúde reprodutiva: promoção da vivência da sexualidade de forma saudável e segura; regulação da fecundidade, de acordo

com os desejos do casal; preparação para a maternidade/paternidade responsáveis; redução da mortalidade e da morbidade materna, perinatal e infantil; redução da incidência das infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e das suas consequências, nomeadamente, a infertilidade; e, a melhoria da saúde e do bem-estar dos indivíduos e das famílias.

Surge, então, a Consulta de Planeamento Familiar no âmbito deste Programa. Esta foi uma consulta de enfermagem que realizei várias vezes, na qual existem muitos parâmetros avaliados comuns aos de outras consultas de enfermagem. Efetuei a avaliação de parâmetros antropométricos (peso corporal, PA, altura e cálculo do IMC), bem como a monitorização de sinais vitais (SV), como a TA e FC. Questionava sobre os hábitos tabágicos e alcoólicos e sobre a gestão do regime terapêutico. Realizava, também, a avaliação do Risco de Diabetes Tipo 2, no caso de a pessoa não ser diabética, no qual questionava sobre os hábitos alimentares e de exercício físico, fazendo ensinamentos oportunos.

Questionava, também, relativamente ao método contraceutivo (qual o que fazia, qual a data de início), para deixar registado na Avaliação Inicial. Quando necessário, fornecia contraceptivos e realizava ensinamentos sobre os mesmos. Tive a oportunidade de assistir e colaborar não só na colocação de implantes (Implanon®) como, também, na sua remoção, que era uma experiência que ainda não tinha tido, sendo, por isso, um ponto positivo.

De realçar que durante o meu EC, não recebi nenhum casal para fazer o planeamento da gravidez e, que apesar de esta Consulta ser maioritariamente realizada com a presença apenas da mulher, em alguns casos, o homem esteve também presente, acompanhando-a.

### **Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco**

O Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco tem como visão a promoção de um futuro populacional mais saudável, desde que se inicia o ciclo de vida. Pretende fazê-lo através da implementação de cuidados abrangentes, antecipatórios e individualizados, com a participação ativa por parte das mulheres e das famílias (DGS, 2015). No âmbito deste Programa encontram-se implementadas duas Consultas no CSS, sendo elas a Consulta de Saúde Materna e a Consulta de Revisão do Puerpério.

Em relação às Consultas de Enfermagem de Saúde Materna, na gravidez de baixo risco, preconiza-se que a primeira se realize o mais precocemente possível, até às 12 semanas de gestação. Após esta primeira consulta, as consultas de vigilância pré-natal devem ser

realizadas a cada 4-6 semanas até às 30 semanas de gravidez; a cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas de gestação; e, a cada 1-2 semanas após a grávida perfazer as 36 semanas de gravidez, até ao parto (DGS, 2015).

Nas Consultas de Enfermagem de Saúde Materna que tive a oportunidade de realizar, avalei um conjunto de parâmetros antropométricos, nomeadamente a progressão ponderal do peso, bem como a altura, o IMC, a TA, e a FC. Avalei, ainda, a presença de edemas e a existência de sangramentos ou corrimentos vaginais anormais. Confirmei o estado vacinal da grávida e administrei, quando indicado, a vacina do tétano, difteria e tosse convulsa entre as 20 e as 36 semanas de gestação; alertei, ainda, para a realização da profilaxia da isoimunização nas grávidas Rh D negativas, às 28 semanas de gestação, quando necessário. Era feito um levantamento do consumo de substâncias como o tabaco e o álcool, assim como dos hábitos alimentares e exercício físico, incentivando sempre a implementação de um estilo de vida saudável, reforçando as atividades ao ar livre e o contacto com pessoas próximas sempre que as grávidas referiam estar mais em baixo psicologicamente. Para além disso, era realizada também uma avaliação dos parâmetros da urina através do *Combur Test*, no qual se detetavam possíveis alterações não percecionadas pela grávida.

Após avaliar todos os parâmetros necessários, fazia o registo na plataforma *SClínico* e realizava as devidas anotações no Boletim de Saúde da Grávida (BSG). Questionava a grávida sobre eventuais dúvidas que a mesma pudesse ter, esclarecendo-a sempre que possível, consoante cada trimestre em que a mesma se encontrava. Independentemente do trimestre no qual a grávida se encontrava alertava sempre para a importância das consultas de vigilância, para os estilos de vida saudável, as transformações que acontecem na gravidez, sinais de alerta (inicialmente sinais de aborto e, numa fase da gravidez mais avançada, sinais de alerta de parto pré-termo), a prevenção de infeções, a saúde oral e o PNV. No último trimestre da gravidez, falava já sobre o aleitamento materno, sobre os sinais da entrada em trabalho de parto, na preparação da mala para o dia do parto, os cuidados ao recém-nascido e, numa fase final, abordava o puerpério.

Ainda no âmbito deste Programa, consegui realizar algumas Consultas de Enfermagem de Revisão do Puerpério, sendo que este constitui o período de recuperação não só física, como psicológica, da mãe, começando imediatamente a seguir ao nascimento do recém-nascido e que se prolonga por 6 semanas pós-parto. Esta consulta realiza-se, geralmente,

entre a quarta e a sexta semana pós-parto, podendo ser realizada apenas até ao 15º dia pós-parto em algumas puérperas.

No contexto desta consulta de enfermagem, era avaliada a TA e a FC da mãe, bem como a existência de edemas. Era questionada a mãe sobre os lóquios e as respetivas características, bem como da existência de mastites e como preveni-las. Era feita, também, referência à importância do aleitamento materno e realizada a avaliação da ferida cirúrgica proveniente do parto. Decorrente desta avaliação, tive a oportunidade de remover material de sutura, uma vez que esta não era intradérmica nem absorvível.

### **Programa Nacional de Vacinação**

O Programa Nacional de Vacinação (PNV) é um programa de cariz universal, gratuito e que permite o acesso a todas as pessoas que se encontram em Portugal. O seu principal objetivo é a proteção dos indivíduos e da população em geral contra as doenças que constituem potencialmente uma ameaça à saúde pública e individual, para as quais existe proteção eficaz através da vacinação (DGS, 2020).

O PNV (Anexo E) encontra-se implementado desde 1965, recomendando-se diferentes esquemas vacinais gerais, tendo em conta a idade e o estado vacinal anterior, assim como esquemas vacinais específicos para grupos de risco ou que se encontrem em circunstâncias especiais. Às crianças, dependendo da idade, recomendam-se 13 vacinas. Durante toda a vida, são recomendadas as vacinas contra tétano e a difteria e, dependendo do número de doses anteriores, da idade e do risco acrescido, são, também, recomendadas as vacinas contra o sarampo, a rubéola e a poliomielite. No que diz respeito às grávidas, é-lhes recomendada, em cada gravidez, a toma de uma dose da vacina contra a tosse convulsa. No que diz respeito aos grupos de risco acrescido para determinadas doenças, são recomendadas as vacinas contra a tuberculose, infeções por *Streptococcus pneumoniae* de 23 serotipos, doença invasiva por *Neisseria meningitidis* dos grupos ACWY e hepatite A.

No âmbito deste Programa, e no contexto de outras consultas de enfermagem relativas a outros Programas de Saúde, tive a possibilidade de preparar e administrar variadas vacinas. Nas Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil tive a oportunidade de preparar e administrar todas as vacinas que se encontram no PNV, tendo administrado também vacinas extraplano. No âmbito da Consulta de Enfermagem de Saúde Materna

tive oportunidade de preparar e administrar a vacina contra a tosse convulsa. Externamente ao contexto de consulta, surgiram diversas oportunidades de vacinar adultos, fosse por terem o esquema vacinal em atraso, ou por se encontrarem num grupo de risco supracitado. Para além disso, administrei, também, vacinas antialérgicas, em várias faixas etárias, sendo que antes da administração das mesmas consultei a respetiva bula, de forma a perceber para que servia e qual a dosagem correta. Após cada administração, fazia ensinamentos relativos aos possíveis efeitos secundários e quais os cuidados a ter.

Relacionado com o Programa Nacional de Saúde, encontrava-se também implementado um Centro de Vacinação COVID (CVC). O CVC encontrava-se a alguns metros da sede do CSS, eram transportadas para lá as vacinas COVID e era feita a sua administração. Tive a oportunidade de vacinar contra a COVID-19 pela primeira vez, o que foi uma experiência positiva, uma vez que já tinha realizado estágio num Centro de Vacinação, mas nunca tinha tido a possibilidade de vacinar as pessoas que lá se deslocavam.

Relativamente a esta experiência, notei que as pessoas continuavam a aderir à vacinação, mostrando-se interessadas em saber mais sobre a vacina, sendo-lhes feitos os respetivos ensinamentos e fornecidas as informações. Apesar de algumas pessoas se encontrarem ainda um pouco inseguras em relação às vacinas COVID, eram tranquilizadas por mim e restantes profissionais de saúde.

De referir que o PNV é de extrema importância e, por considerar isso, tinha sempre o cuidado de verificar se o utente que fazia consulta de enfermagem ou a quem realizava tratamento cumpria o esquema vacinal. Sempre que o mesmo não se verificava, informava o utente e questionava-o relativamente à toma da vacina em questão, sempre enfatizando a importância que tem o PNV e o seu cumprimento.

O registo de todas as administrações era feito no Boletim de Vacinas do utente, assim como no *SClinico*. Após isso, era planeada, em colaboração com a enfermeira orientadora, a data da próxima inoculação.

### **Programa Nacional para as Doenças Oncológicas**

Tem-se assistido a um aumento regular do número de casos de cancro no nosso país. Este aumento é proveniente do envelhecimento populacional, fruto do aumento do sucesso no tratamento não só do cancro, como de outras patologias, que levam ao aumento do



aparecimento de novas neoplasias. As causas evitáveis de cancro são de extrema importância, sendo o tabaco a causa evitável mais importante. Para além deste, outros fatores de risco como a exposição solar, a má alimentação, o excesso de peso, o excessivo consumo de bebidas alcoólicas e a infeção por alguns vírus, representam áreas de intervenção importantes (DGS, 2017).

As intervenções que conduzem à redução da incidência do cancro em Portugal constituem-se como uma grande aposta. Medidas de prevenção primária, que levam à promoção de comportamentos saudáveis, nomeadamente a modificação dos estilos de vida; assim como as medidas de prevenção secundária, como o diagnóstico precoce, são uma forma única de mitigação da epidemia que é o cancro (DGS, 2017).

É neste contexto que surgem as Consultas de Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU), que se encontram implementadas na UCSP de Seia. Este rastreio compreende a realização de um exame, a todas as mulheres entre os 25 e os 64 anos de idade, com periodicidade variável (DGS, 2012).

Tive a oportunidade de realizar consultas de enfermagem desta natureza tendo, até, realizado uma atividade neste âmbito (Apêndice F), da qual falarei mais à frente neste documento, num posterior objetivo. Nesta consulta de enfermagem procedia à avaliação dos parâmetros antropométricos (peso corporal, PA, altura e IMC), e avaliava também os SV (TA, FC). Explicava à utente o que iria ser feito, de forma a preparar a mesma para o exame e poder esclarecer-lhe eventuais dúvidas. Fazia também o levantamento sobre os hábitos tabágicos e alcoólicos, assim como a avaliação do Risco de Diabetes Tipo 2 e questionava acerca da gestão do regime terapêutico. Conferia o Boletim Vacinal e informava a mulher da data da próxima vacina.

Para além destas intervenções, colaborei com a equipa médica na realização da colpocitologia, preparando previamente o tabuleiro do material necessário, conferindo possíveis faltas. Prestei auxílio à utente ao posicionar-se na marquesa, proporcionando-lhe um clima de segurança e deixando-a confortável, não só fisicamente como também psicologicamente. Providenciei à equipa médica todo o material necessário, colaborando na técnica. Após a realização do exame ajudei a utente a retirar-se da marquesa, retirando-me de seguida, de forma a providenciar-lhe privacidade para se vestir.

Após concluído o exame, que acontecia nos consultórios dos respetivos médicos, trazia a amostra colhida e o tabuleiro, colocando cada um no respetivo sítio, para posterior envio.

Este envio era feito por correio, pela parte administrativa. Posteriormente, fazia o registo no *SClínico* da realização da colpocitologia e, no final de realizados todos os rastreios, registava na plataforma *SiiMA*, com a ajuda da enfermeira orientadora.

No que diz respeito ao Rastreio do Cólon e Reto, o mesmo consiste na pesquisa de sangue oculto nas fezes, sendo realizado um exame às fezes, no qual é possível detetar a presença de sangue nas fezes. Este exame destina-se a todas as pessoas, sem cancro do cólon e reto, com idades compreendidas entre os 50 e os 74 anos, sendo realizado com uma periodicidade de 2 em 2 anos (SNS, 2023).

Apesar da extrema importância deste rastreio, o mesmo não se encontra implementado na UCSP de Seia, pois, apesar de existirem os kits no serviço, pelos motivos anteriormente referidos, os mesmos não estão a ser entregues. Isto acarreta vários aspetos negativos, sendo o mais importante o facto de que o rastreio, ao ser uma fonte de prevenção primária, ajudará na deteção, muitas vezes, da doença numa fase inicial, sendo o seu diagnóstico neste período preditor de um bom ou mau desfecho para o utente. Contudo, segundo informação oral do enfermeiro gestor, os mesmos irão passar a ser distribuídos aquando da mudança para as novas instalações.

### **Consultas de Saúde do Adulto e do Idoso**

A Consulta de Saúde do Adulto e a Consulta de Saúde do Idoso são consultas que apresentam bastantes semelhanças entre si. No entanto, no CSS as Consultas de Enfermagem de Saúde do Adulto raramente passam pela equipa de enfermagem, sendo realizadas na íntegra no Gabinete Médico, o que, do meu ponto de vista, não é benéfico para o utente, uma vez que não é feito o acompanhamento pela equipa de enfermagem, ao longo de todo o ciclo vital. Por outro lado, as Consultas de Enfermagem de Saúde do Idoso encontram-se, geralmente, associadas a outro tipo de consulta de enfermagem, nomeadamente a de Hipertensão e Diabetes.

Nestas consultas de enfermagem avaliei diversos parâmetros, nomeadamente o peso corporal, PA, altura, IMC, TA e FC. Avaliei também o Risco de Diabetes Tipo 2, assim como os hábitos tabágicos e alcoólicos e a gestão do regime terapêutico. Confirmava se o utente cumpria o PNV, alertava-o para eventuais mudanças alimentares, no campo dos ensinios, assim como incentivava à ingestão de líquidos, uma vez que a população idosa é mais renitente à ingestão de água.

Para além dos ensinamentos relativos à promoção da saúde e à prevenção da doença, mencionava cuidados a ter relativos às quedas, uma vez que na faixa etária mais idosa, a tendência para quedas aumenta. Aconselhava à retirada dos tapetes de casa e à utilização de calçado adequado, uma vez que a maioria das lesões tratadas no CSS, provenientes de quedas nos idosos, se relacionava com esses dois fatores. Para além disso alertava para as mudanças que a idade traz e assegurava que nem tudo era tão mau como eles percecionavam.

### **Tratamento de Feridas/Úlceras e Ostomias**

À exceção de todas as consultas de enfermagem realizadas no âmbito dos Programas acima mencionados, tive a oportunidade de realizar tratamentos de feridas e úlceras de etiologia diversa. Tive a oportunidade de realizar tratamentos a úlceras de perna de várias etiologias, assim como úlceras por pressão, unhas encravadas, feridas traumáticas, cirúrgicas e queimaduras. Para a avaliação das diversas feridas utilizei a ferramenta “TIME” (tecido inviável, infecção/inflamação prolongada, humidade, epitélio não migrante) e procedia ao preenchimento da avaliação da ferida no *SClinico*. Executei, ainda, a remoção de material de sutura e outros procedimentos, nomeadamente algaliação. No âmbito do Programa de Ostomizados tive a oportunidade de proceder diversas vezes à troca de material de ostomia relativa à eliminação urinária (nefrostomias).

Para além do tratamento de feridas, efetuei também a administração de diversos injetáveis. Estes injetáveis eram de natureza diversa, podendo ser de prescrição crónica ou esporádica. A proveniência também diferia, sendo que a maior parte dos injetáveis que tive a oportunidade de administrar eram provenientes do Centro de Respostas Integradas (CRI) da Guarda. Para além disso, administrei também medicação subcutânea e intravenosa.

No que diz respeito ao material de penso existente nesta unidade de saúde, o mesmo já era do meu conhecimento. Contudo, apesar de já o conhecer, havia especificações dos mesmos que desconhecia, pelo que tive de pesquisar de forma a compreender melhor a aplicação, ou não, desses. Por vezes, quando o material esgotava e não havia mais em *stock* tinha de se proceder à mudança do tratamento da ferida, o que, na minha opinião, não beneficia o utente, pois muitas das vezes a alternativa não é a melhor para a ferida da pessoa.

## **Visitação Domiciliária**

Segundo a DGS (2005), a visita domiciliária constitui um elemento fulcral em termos de vigilância e promoção de saúde. De acordo com Kawamoto et al. (2009), a visita domiciliária visa a prestação de assistência educativa no âmbito domiciliar e é através dela que é feito o levantamento das condições socioeconómicas em que o utente e a família se encontram, definindo, assim, uma assistência específica e individualizada (Chagas et al., 2022).

No CSS era disponibilizado o Serviço de Apoio Domiciliário, que funcionava de segunda a sexta, de forma a prestar cuidados de saúde a utentes que residiam na área geográfica de Seia, que tinham algum tipo de dependência ou incapacidade, nomeadamente de locomoção. Este serviço era prestado conforme as necessidades do utente, existindo um seguimento do seu estado até lhe ser dada alta dos cuidados em contexto domiciliar.

No âmbito das visitas domiciliárias tive a oportunidade de realizar diversos procedimentos, nomeadamente entubação nasogástrica, algaliação, tratamento de feridas (úlceras de perna, úlceras por pressão, feridas traumáticas, feridas cirúrgicas, nomeadamente amputação num doente diabético), administração de injetáveis e avaliação de SV.

Este contexto, apesar de já me ser familiar de outros EC, continua a surpreender-me, não só de forma negativa como, também positiva. O facto de as pessoas nos deixarem entrar nas suas casas para a prestação de cuidados a familiares ou a si próprias é um contexto mais intimista do que o contexto de ambulatório. Consegui perceber que muitas pessoas, principalmente idosas, vivem em ambientes muito isolados e, muitas vezes, em condições muito precárias, seja devido a condições monetárias ou histórias de vida trágicas. Por outro lado, tive também a oportunidade de receber o amor de muitas pessoas, que veem a prestação dos nossos serviços ao domicílio como uma bênção, e tentam sempre deixar-nos à vontade e contribuir com mimos de diversos tipos.

Apesar de ser um campo de atuação diferente de todos os outros, consigo sentir-me confortável ao prestar cuidados no domicílio, pois confere ao utente mais conforto e maior confiança. O facto de levarmos apenas um saco connosco com todo o material e o facto de, por vezes, nos encontrarmos em situações mais precárias fez-me ganhar mais capacidade de improviso e mais desenvoltura, pois tinha de trabalhar com o que tinha.

Em retrospectiva, e refletindo sobre as atividades desenvolvidas, constato que inicialmente tive que lembrar todos os Programas de Saúde instituídos, observando as primeiras consultas de enfermagem no âmbito de cada um. Após isso, iniciei uma postura mais interventiva, apesar de ainda estar um pouco insegura. No entanto, com a ajuda da minha enfermeira orientadora, que me deixou sempre tranquila e à vontade, fui ganhando mais confiança na realização das consultas de enfermagem e na tomada de decisão, bem como na interação e na relação terapêutica estabelecida com os utentes. Acabei por realizar autonomamente todas as consultas de enfermagem acima mencionadas, ajudando a equipa médica em alguns procedimentos, aos quais inicialmente apenas assistia de um ponto de vista de observação. De referir que a maior dificuldade residiu no âmbito das Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, como já anteriormente referi. No que diz respeito ao tratamento de feridas e úlceras, aprendi diversas coisas que até então desconhecia (nomeadamente a implementação de tratamentos que por vezes parecem um contrassenso devido aos componentes de cada penso), sendo sempre uma mais valia contactar com uma vasta equipa de enfermeiros, pois possuem pontos de vista diferentes para as mesmas situações.

Em suma, penso que consegui ultrapassar as dificuldades inicialmente sentidas, evoluindo favoravelmente e recebendo um *feedback* bastante positivo da parte da equipa envolvida. Procurei sempre dar o meu melhor na realização das diferentes técnicas e procedimentos, baseando-me na evidência.

Posto isto, considero ter alcançado o objetivo inicialmente proposto, adquirindo as seguintes competências que constam no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2015): **(2)** Reconhece os limites do seu papel e da sua competência; **(5)** Exerce de acordo com o Código Deontológico; **(7)** Atua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico; **(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; **(15)** Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos; **(18)** Pratica de acordo com as políticas e normas nacionais e locais, desde que estas não colidam com o Código Deontológico dos enfermeiros; **(20)** Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de Enfermagem; **(21)** Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências; **(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; **(34)** Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspetiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde; **(38)** Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis ótimos de saúde e de reabilitação; **(49)** Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores; **(53)** Implementa os cuidados de Enfermagem planeados para atingir resultados esperados; **(55)** Documenta a implementação das intervenções; **(58)** Avalia e documenta a evolução, no sentido dos resultados esperados; **(60)** Utiliza os dados da avaliação para alterar o planeamento dos cuidados; **(68)** Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias da garantia da qualidade e da gestão do risco; **(71)** Implementa procedimentos de controlo de infeção.

### 1.3. OBJETIVO III – CONTRIBUIR PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS UTENTES QUE SE ENCONTRAM ABRANGIDOS PELA UCSP DE SEIA

A promoção da saúde representa uma estratégia promissora que permite dar resposta aos problemas de saúde que as populações humanas enfrentam. Tendo por base uma conceção vasta do processo saúde-doença e dos seus determinantes, esta estratégia preconiza a articulação entre os conhecimentos técnicos e populares e a mobilização dos meios institucionais e comunitários, públicos e privados em prol da qualidade de vida (Buss, Hartz, Pinto & Rocha, 2020).

O conceito moderno de promoção da saúde desenvolveu-se, de forma mais intensa, nos últimos 30 anos em países desenvolvidos como o Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental. Nos últimos 37 anos foram realizadas 9 Conferências Internacionais sobre o tema, que permitiram aprofundar as bases conceituais e políticas: em Ottawa (OMS, 1986), Adelaide (OMS, 1988), Sundsvall (OMS, 1991), Jacarta (OMS, 1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairóbi (2009), Hensinki (2013) e Xangai (2016) (Buss et al., 2020).

No âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, realizei diversos ensinamentos oportunos, ao longo das consultas de enfermagem, tendo em conta as características individuais de cada utente, indo ao encontro das suas necessidades. Aquando da realização dos ensinamentos fui esclarecendo as dúvidas que o utente ia colocando, tendo sempre o apoio da minha enfermeira orientadora.

Para além disso, realizei, em conjunto com a minha colega de EC, uma tabela para que os utentes fizessem o controlo autónomo da TA e da FC no seu domicílio (Apêndice E), de forma a uma melhor monitorização, não só deles, como também para nós, uma vez que os valores registados diariamente nos permitiam fazer uma melhor avaliação do estado do utente. Para além disso, forneci diversos tipos de manuais de controlo da diabetes, permitindo aos utentes que monitorizassem a sua glicémia de forma autónoma e nos informassem se existissem possíveis descontrolos.

Ainda no campo da promoção da saúde, realizei um folheto informativo que se encontra anexado (Apêndice F), em conjunto com a minha colega de EC, no âmbito do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Este panfleto foi realizado, mais concretamente, no âmbito das consultas de enfermagem de RCCU (Rastreio do Cancro do Colo do Útero), tendo sido articulado com a realização de uma sessão de educação para a saúde.

Neste panfleto foi descrito em que consistia o RCCU e quais os critérios para a sua realização. Para além disso, foi dado um principal enfoque ao Vírus do Papiloma Humano (HPV), uma vez que este é um dos principais causadores de infeções sexualmente transmissíveis e que propiciam o cancro do colo do útero. Foi dada, também, especial atenção às formas de prevenção primária e secundária, uma vez que são importantes fatores que permitem o controlo do vírus. Toda a informação foi recolhida de bases de dados científicas e páginas de entidades promotoras da saúde.

Este panfleto foi entregue num dia específico, tendo em conta a calendarização do RCCU, de forma a que fosse abrangido o maior número de mulheres possível. Inicialmente tinha sido planeada a realização de uma sessão de educação para a saúde coletiva, na sala de espera. No entanto, devido às condições físicas do CS, e às reduzidas dimensões da sala de espera e restantes utentes para outras consultas, decidimos, em conjunto com a nossa enfermeira orientadora, realizar a sessão de forma individual, na consulta de enfermagem de preparação para o RCCU.

Do meu ponto de vista, esta mudança de última hora beneficiou não só a utente que vinha para RCCU como, também, a nós, uma vez que houve mais privacidade e cada mulher conseguiu expor as dúvidas mais abertamente, sem preconceito. Para nós foi também benéfico, pois pudemos individualizar a sessão consoante a utente que tínhamos à nossa frente.

Tendo em conta o *feedback* recebido pela parte das utentes e da restante equipa de enfermagem, considero que esta sessão de educação para a saúde foi bastante positiva, pois foi planeada de forma a abranger o maior número de mulheres possível. Para além disso, considero que tive um bom desempenho nesta sessão, uma vez que fizemos bastante trabalho de pesquisa, de forma a darmos a informação o mais correta possível.

Um ponto negativo, foi o facto de não podermos deixar no serviço os panfletos sobrantes, uma vez que a ULS da Guarda não permite que sejam entregues ou afixados pósteres que não estejam homologados pelo Departamento de Qualidade. No entanto, deixámos um panfleto com a nossa enfermeira orientadora para que possa posteriormente ser aprovado pela ULS e haja a possibilidade de ser entregue a mais utentes.

Para além desta sessão de educação para a saúde, tivemos a oportunidade de colaborar numa atividade, não planeada, com as nossas colegas do 2º ano, que se encontravam a realizar EC ao mesmo tempo que nós, na UCSP. A atividade delas decorreu no dia Mundial do AVC, tendo sido elaborado por elas um panfleto informativo. Eu e a minha colega do 4º ano, elaborámos uma tabela (Apêndice G) que se encontra anexada ao relatório, na qual introduzimos diversos parâmetros a ser avaliados, de forma a contribuir para a melhoria dos indicadores da UCSP de Seia.

A mudança incerta para novas instalações impossibilitou a realização, da nossa parte, de outras sessões de educação para a saúde, sendo um aspeto negativo a salientar. Para além disso, o facto de não podermos afixar nem deixar no serviço pósteres e outros documentos de carácter informativo constituiu também um ponto negativo.

Posto isto, apesar de não ter conseguido realizar mais atividades promotoras da saúde, devido às condicionantes físicas e às normas impostas no serviço, tive a oportunidade de realizar duas atividades, tendo, por isso, cumprido o objetivo inicialmente traçado.

Desta forma, adquiri as seguintes competências que constam no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2015): **(29)** Apresenta a informação de forma clara e sucinta; **(35)** Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção



da doença, contribuindo para a sua avaliação; **(36)** Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção e educação para a saúde; **(37)** Atua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adotarem estilos de vida saudáveis; **(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; **(43)** Avalia a aprendizagem e a compreensão das práticas de saúde; **(63)** Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.

#### 1.4. OBJETIVO IV – DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO DE AJUDA, VALORIZANDO A MELHORIA DOS CUIDADOS PRESTADOS

A comunicação é a ferramenta basilar das relações entre os seres humanos e destes para com o meio que os rodeia e os restantes seres vivos. A comunicação estabelece-se quando existe compreensão por parte dos envolvidos das mensagens verbais, não verbais e das escritas, e necessita de aptidões várias de adaptação visual, oral, auditiva e olfativa. Esta é caracterizada pela troca de informações e pelo bom entendimento entre os envolvidos, emissor e recetor. Contudo, por vezes é difícil conseguir estabelecer uma comunicação clara e tranquila (Bellaguarda, Knih, Canever, Tholl, Alvarez & Teixeira, 2020).

Uma vez que as equipas de saúde estão em contacto direto com o utente e respetivos familiares, partilhando informação constantemente, é fundamental que estas estejam preparadas para levar a cabo uma comunicação efetiva, que se baseia na empatia e inteligência emocional (Bellaguarda et al, 2020).

De acordo com Simões e Rodrigues (2010), a relação de ajuda profissional (RAP) constitui um poderoso meio de intervenção de Enfermagem. Para Phaneuf (2005), esta trata-se de uma intervenção com particular significado, uma vez que a pessoa que ajuda (enfermeiro) está inteiramente disponível para o outro (utente) e para sua situação de sofrimento. A RAP alicerça-se numa abordagem não diretiva, que se centra na pessoa, criando um ambiente favorável ao crescimento, no qual o utente possa expressar a sua autenticidade, ser compreendido e aceite (Tavares, 1996). Ainda segundo Simões e

Rodrigues (2010), a RAP, enquanto intervenção de Enfermagem, requer planeamento, estruturação e definição de objetivos (Coelho, Sampaio, Teixeira, Parola, Sequeira, Fortuño & Merino, 2020).

Segundo o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, o exercício profissional da Enfermagem concentra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e um grupo de pessoas, sendo estas famílias ou comunidades. A relação terapêutica que se promove no âmbito do exercício profissional da Enfermagem baseia-se na parceria que se estabelece com o utente, respeitando as suas capacidades.

Para além da comunicação do profissional de saúde para com o utente, é também importante referir a comunicação entre profissionais de saúde, enquanto equipa multidisciplinar. De acordo com Martin e Ciurzynsky (2015), uma comunicação efetuada de forma eficaz entre profissionais de saúde permite a redução das situações de redundância, permitindo ainda poupar tempo e aumentar a segurança do utente e a satisfação da equipa prestadora de cuidados (Figueiredo, 2018).

No decorrer deste EC, consegui estabelecer bons laços e efetuar uma boa comunicação com toda a equipa, não só com os profissionais de enfermagem, bem como toda a equipa multidisciplinar. Fui bem acolhida desde o primeiro dia e todos os profissionais se mostraram prestáveis e disponíveis para tirar dúvidas e esclarecer determinadas situações. Saber trabalhar em equipa é uma mais-valia, uma vez que é extremamente benéfico para o utente, para além de facilitar a comunicação entre os membros.

Relativamente à interação com os utentes, tive sempre em conta as características de cada um e procurei sempre criar um ambiente de conforto e privacidade, de forma a estabelecer uma relação terapêutica e desprovida de tabus. Tentei sempre adequar a minha comunicação, tentando não utilizar termos técnicos e sintetizando a informação, principalmente com a população mais idosa. Para além disso, tentei sempre estar atenta à linguagem não verbal, sendo que, por vezes, é esta que nos revela mais informação. Considero ter tido uma postura correta na abordagem ao outro, sendo este utente ou profissional, tentando adotar uma abordagem assertiva. O estabelecimento de uma relação empática e de confiança era mais fácil em contexto de consulta, uma vez que o utente se sentia mais confortável e num ambiente mais privativo.

Para além disso, ajudei também na integração das colegas do 2º ano, visto que elas entraram com uns dias de diferença de nós. Por outro lado, este foi também o seu primeiro

EC e, já tendo passado por isso, sei que por vezes é mais complicado integrarmo-nos logo na equipa, pois é um ambiente que nos é desconhecido e ao qual chegamos um pouco a medo, sem saber o que vamos encontrar.

Considero que desenvolvi uma relação empática e estabeleci uma comunicação simples, eficaz e de forma adequada, tentando mostrar a vertente mais humana dos profissionais de saúde. Adotei uma postura de escuta ativa, de forma a esclarecer o utente e a ajudá-lo a expressar as suas preocupações. Posto isto, considero ter alcançado o objetivo inicialmente delineado.

Desta forma, adquiri as seguintes competências que constam no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2015): **(42)** Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades; **(54)** Pratica Enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente; **(61)** Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais; **(62)** Comunica em consistência informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrónica, no respeito pela sua área de competência; **(65)** Comunica com o cliente e /ou familiares, de forma a dar-lhes poder; **(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; **(77)** Participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente; **(78)** Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde.

#### 1.5. OBJETIVO V – COLABORAR NA GESTÃO DOS CUIDADOS NA UCSP DE SEIA

De acordo com as indicações fornecidas pela OE (2019), segundo a Norma relativa ao cálculo de dotações seguras, tendo em conta o rácio que se encontra instituído para as UCSP (1 enfermeiro/1550 utentes ou 1 enfermeiro/1917 unidades ponderadas ou 1 enfermeiro por 350 famílias), é possível concluir, após a realização do cálculo (22.975/1550), sendo 22.975 o número de utentes inscritos na UCSP de Seia, que existem

mais enfermeiros do que o necessário, uma vez que 14,8 enfermeiros eram suficientes para que existisse uma dotação segura. Seria de esperar que o facto de existirem enfermeiros em número superior ao preconizado, fizesse diminuir os tempos de espera. No entanto, tal não acontece, uma vez que as salas disponíveis no CSS permitem a realização de apenas duas consultas/tratamentos em simultâneo, sendo o tempo de espera o mesmo, pois o número de enfermeiros alocados às respetivas salas continua a ser o mesmo. Para além disso, o facto de existirem enfermeiros alocados às extensões do CSS, faz com que, por vezes, se alguém faltar por um motivo inesperado, a sua falta se faça sentir, sobretudo durante o período da manhã, uma vez que é durante este período que, normalmente, existe uma maior afluência ao CSS para consultas e tratamentos. A escala é elaborada pelo enfermeiro gestor, tendo por base um modelo no qual são feitos ajustes mediante as necessidades, sendo divulgada no dia 21 de cada mês.

Relativamente ao estilo de liderança que se encontra implementado por parte do enfermeiro gestor, foi-me difícil conseguir chegar a uma conclusão. No entanto, após algum debate, é possível afirmar que o mesmo é um líder misto: democrático e liberal. Democrático, na medida em que permite o diálogo, atendendo às necessidades de cada um, ajudando na resolução de eventuais problemas, de forma a que as tarefas sejam cumpridas com satisfação e qualidade. Liberal, pois, por vezes, ele deixa a decisão para a equipa de enfermagem, manifestando-se apenas quando é solicitado (Chiavenato, 2005; cit. por Paes et al., 2021).

No que diz respeito à gestão, neste caso à gestão de materiais, foi possível constatar que a mesma se faz de acordo com as necessidades, diariamente, ao final do dia. É feito o levantamento, no fim de cada turno, pelos enfermeiros que se encontram no serviço, das faltas relativas ao material. Após esse levantamento, o enfermeiro dirige-se ao armazém de *stock* de material (designado Farmácia), retirando o necessário. Após isso, regista manuscritamente em papel designado a esse fim, o que retirou. De salientar que o material que se encontra na Farmácia se destina não só à Sede, mas também às extensões, sendo o procedimento de retirada de material feita da mesma forma, consoante necessidade. O material é pedido e chega na última terça-feira de cada mês. Neste pedido é incluído, para além do material de consumo clínico, o material de consumo hoteleiro; o material esterilizado (compressas/pinças) é transportado para o Hospital, sendo recolhido diretamente no Centro de Saúde e esterilizado lá.

Este método de gestão apresenta desvantagens, entre elas o facto de existir, diversas vezes, falta de material, sendo o método de reposição por níveis mais vantajoso, uma vez que iria ser feito um melhor controlo das necessidades por parte do serviço, pois existiria uma maior eficiência nessa mesma gestão, reduzindo também os custos inerentes.

Segundo a OE (2016, p. 5), o Plano de Formação é um “documento que integra o conjunto estruturado das atividades que devem ser realizadas num dado período de tempo, com o fim de alcançar os objetivos propostos, tendo por base um Diagnóstico de Necessidades de Formação”. O Plano de Formação apresenta-se como uma ferramenta essencial que permite dar resposta às necessidades reais que se fazem sentir na equipa, no qual se estipula uma série de ações a desempenhar, elaborado após ser feito um correto levantamento, de forma individual, por parte do responsável do Plano, das necessidades formativas que se encontram em falta, identificadas pelos funcionários. Mediante isto, é elaborado o documento no qual se planeiam as Ações de Formação a desenvolver para colmatar as necessidades identificadas. Geralmente, estas Ações de Formação são ministradas pelas profissionais da unidade, que possuem mais competências na área temática em questão.

Este documento é elaborado no início de cada ano, de forma a que fiquem calendarizadas as atividades a desenvolver durante o ano. O responsável pelo Plano de Formação e pelo levantamento das necessidades é um enfermeiro especialista, que de momento se encontra de baixa, tendo sido substituído pelo enfermeiro gestor até o regresso do efetivo responsável.

No âmbito das Ações de Formação ministradas em serviço, foi-me possível assistir a uma delas, que teve como temática “As unhas, as onicocriptoses e as onicomicoses” (Anexo F). Esta Ação de Formação iniciou-se com uma parte mais teórica, onde foi abordada a constituição anatomofisiológica da unha e outras questões, nomeadamente o Pé Diabético e as feridas que muitas vezes surgem neste contexto. Foi, também, feita a distinção entre os diferentes conceitos e mostradas várias imagens ilustrativas dos mesmos. Posteriormente, houve uma parte prática, com um utente do CSS, no qual foi realizado um tratamento específico para a sua patologia da unha, tendo sido explicado, à medida que o tratamento era feito, o que estava a ser feito e o porquê. No final, foi-nos feito um questionário de satisfação, sendo que no global todos os profissionais que assistiram disseram estar satisfeitos com o conteúdo programático e o desenvolvimento da atividade.

Globalmente, a equipa encontra-se sempre recetiva a novas Ações de Formação e tem até bastante interesse nas temáticas que são abordadas, pelo que pude depreender. Consegui, também, perceber que as Ações se realizam conforme a disponibilidade do enfermeiro que as ministra, e, também, da equipa de enfermagem da sede e das extensões, não sendo programadas para uma data específica, mas sim passível de alteração. A programação estende-se por dois dias, sendo que quem não pode assistir num dia, tem sempre a possibilidade de ir na outra data, o que é uma mais valia, do meu ponto de vista.

As preocupações com a qualidade dos cuidados é uma preocupação antiga, havendo, no entanto, cada vez mais a necessidade de ter em conta não só a opinião dos profissionais de saúde como, também, dos utentes. Para além da perspetiva dos intervenientes no processo de produção dos cuidados de saúde, é necessária também a dos consumidores desses mesmos cuidados, a fim de aferir a satisfação dos utentes e a melhoria da qualidade de cuidados (Alves, 2015).

Para Neves (2002), a satisfação dos utentes tem enorme importância, enquanto indicador da qualidade dos serviços de saúde, uma vez que serve para avaliar o grau de correção da qualidade em resultado da aplicação da mesma. De acordo com Ribeiro (2005), a satisfação é uma perceção pessoal que se relaciona com a concretização de determinada expectativa. Tendo em conta esta linha de pensamento e orientação na perspetiva da satisfação em saúde, a satisfação do utente relaciona-se com o entendimento que o mesmo tem entre os cuidados de saúde que lhe são prestados e o resultado que é desejado. O papel que o utente possui na avaliação dos serviços de saúde é, então, de extrema importância, levando à melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde (Ladeiro, 2019).

Posto isto, encontra-se implementado na UCSP de Seia o “Questionário de Avaliação da Satisfação dos Utentes”, que se encontra em anexo (Anexo F). Este questionário é entregue aos utentes, de forma aleatória e pretende avaliar a satisfação dos mesmos face aos cuidados prestados na UCSP de Seia. Após ser preenchido, o documento é enviado para a sede da Qualidade da ULS da Guarda pelo enfermeiro gestor. Os resultados deste inquérito são posteriormente enviados para o enfermeiro gestor, aos quais não foi possível ter acesso, o que constitui um aspeto negativo, uma vez que sem esta noção, não é possível saber se os cuidados satisfazem ou não os utentes, não havendo mudança por parte da equipa, estagnando assim os resultados, não havendo uma evolução positiva.

Desta forma, é possível concluir que concretizei com sucesso este objetivo, e, adquiri, segundo o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2015), as seguintes competências: **(86)** Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade dos cuidados; **(90)** Participa em programas de melhoria contínua da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade; **(91)** Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas; **(92)** Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção e aperfeiçoamento de competências; **(93)** Atua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua; **(96)** Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.





## **2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE CUIDADOS DE SAÚDE EM CONTEXTO HOSPITALAR**

Ao longo deste segundo capítulo irei abordar as atividades desenvolvidas ao longo do segundo período de estágio, na área de Cuidados de Saúde Hospitalares e farei, também, uma reflexão sobre elas. Irei refletir sobre o meu processo de aprendizagem e respetiva evolução, e sobre a concretização dos objetivos que foram propostos no início do EC, no Plano de Trabalho que se encontra em Apêndice (Apêndice H). Para além disso, irão, também, ser mencionadas as competências adquiridas, de acordo com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, definidas pela OE.

Os hospitais são estabelecimentos de saúde constituídos por diversos níveis de diferenciação, que possuem meios tecnológicos que não existem nos CS, sendo o seu principal objetivo a prestação de cuidados de saúde ao longo das 24 horas diárias. A principal atividade é o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, podendo ser feita em regime de internamento ou em ambulatório. Para além disso, tem também como competência a promoção da investigação e do ensino, tendo em vista a resolução dos problemas de saúde. A atuação desta instituição deve ser efetivada conjuntamente com outras instituições (SNS, 2023).

A população portuguesa tem uma perceção acerca da função dos SU diferente daquela para a qual os mesmos foram criados. Tem sido difícil, ao longo dos últimos 40 anos, dar a entender aos utentes que recorrem a este tipo de serviço qual a verdadeira missão dos mesmos. É possível observar a civilização da nossa população através do que as motiva a recorrer aos SU, tendo em conta a elevada percentagem de motivações não urgentes que levam os utentes a este serviço. Representamos um dos países da Europa com maior número de episódios de urgência por 100 000 habitantes, tendo sido o país em que este número foi mais elevado durante vários anos (Coimbra, 2021).

Os SU constituem serviços multidisciplinares, sendo o principal objetivo a prestação de cuidados de saúde nas situações que se encontram abrangidas pelas definições de urgência e emergência (DRE, 2002).

## 2.1. OBJETIVO I – CONHECER A ESTRUTURA, ORGANIZAÇÃO E DINÂMICA FUNCIONAL DO SU DE SEIA

A integração no serviço, feita de forma correta, pressupõe a observação e a respetiva compreensão a nível estrutural, humano e organizacional, para que a prestação dos cuidados se faça de forma correta e para que se estabeleçam boas relações com toda a equipa multidisciplinar. Posto isto, irei, de seguida, abordar a estrutura física do SU do HNSA de Seia, assim como a metodologia de trabalho que se encontra implementada.

O HNSA – Seia da ULS da Guarda, EPE, encontra-se inserido na rede que constitui o SNS. Foi criado em 1992, sendo-lhe assinalada a missão de prestação de cuidados de saúde em moldes modernos, inovadores, descentralizados e com especial acentuação nas soluções ambulatoriais. Este localiza-se na cidade de Seia, concelho pertencente ao distrito da Guarda, sendo ponto de contacto com os distritos de Coimbra (Oliveira do Hospital), Viseu (Nelas e Mangualde) e Castelo Branco (Covilhã). A missão, visão, objetivos, princípios e valores, bem como a caracterização física são apresentadas em anexo (Apêndices I e J).

Relativamente aos profissionais que exercem neste SU, temos:

- 20 enfermeiros (entre eles, 3 enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 1 especialista em Enfermagem Comunitária);
- 10 médicos;
- 10 assistentes operacionais.

O SU encontra-se inserido no HNSA de Seia, que funciona 24 horas por dia, 365 dias por ano, e localiza-se no Piso 0 e possui: 1 Sala de Triagem, 1 Sala de Emergência, 1 Sala de Espera para atendimento médico, 1 Sala de Enfermagem, 1 Sala de Espera (Sala do Dragão – destinada a utentes que já foram atendidos pelos clínicos e que aguardam resultados de exames ou decisão médica ou que se encontram com medicação em curso), 1 Sala de Espera Pediátrica, 2 Gabinetes Médicos, 2 WC (sendo 1 deles partilhado com a Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD)). Para além disso, encontra-se adjacente ao SU a UICD, antigo SO (Serviço de Observação), que possui 2 enfermarias, 2 WC, 1 Sala de Enfermagem. Estes dois serviços funcionam de forma conjunta, partilhando, ainda: 1 copa destinada aos elementos do SU e da UICD, 1 Balneário

Feminino, 1 Balneário Masculino, 2 Salas de *Stock* e, ainda, o Gabinete do Enfermeiro Gestor do SU/UICD.

A Sala de Triagem encontra-se num espaço bastante amplo, com entrada direta para macas, em situação de emergência, e é composta por: 1 computador, com o sistema informático *Scínico*, uma caixa com as respetivas pulseiras de triagem, um aparelho de avaliação de SV, um aparelho de glicémia, um aparelho de aferição de corpos cetónicos, vários termómetros (axilar, timpânico e de infravermelhos), Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), documentos informativos, telefone, duas cadeiras (uma para os utentes e outra para o enfermeiro) e sacos de lixo diferenciados.

A Sala de Emergência possui capacidade para comportar dois utentes, no entanto, possui apenas equipamento para um utente. Possui um desfibrilhador/monitor, uma maca, um carro de emergência, um ventilador, e um pequeno stock de material: kit de partos, kit de algaliação, sondas vesicais/nasogástricas, material para punção de acesso venoso periférico, EPI's e fluidoterapia. Para além disso, tem também um telefone e documentos informativos, tais como algoritmos e Vias Verdes.

Uma vez que as instalações foram renovadas em 2009, a estrutura física do hospital, de forma geral, encontra-se em boas condições. Contudo, por vezes, a Sala do Dragão torna-se demasiado pequena para a afluência ao SU, existindo utentes que têm de permanecer no corredor para a realização de tratamento terapêutico endovenoso. Para além disso, e para além de não existir uma barreira física entre o SU propriamente dito e a UICD, considero as instalações adequadas para a função para as quais as mesmas foram concebidas.

No que diz respeito ao método de trabalho que se encontra instituído neste SU, podemos dizer que o mesmo é o método funcional, que se baseia na distribuição de tarefas padronizadas (Ventura-Silva, Martins, Trindade, Ribeiro & Cardoso, 2021). No turno da manhã (das 08:00h às 16:00h) encontram-se 4 enfermeiros no serviço, sendo que dois deles se encontram destinados ao SU propriamente dito (1 enfermeiro na triagem e 1 enfermeiro de urgência, responsável pelos procedimentos de enfermagem), e os outros dois elementos da equipa de enfermagem encontram-se alocados à UICD (1 enfermeiro na enfermaria nº1 e 1 enfermeiro na enfermaria nº2). No turno da tarde (das 15:30h às 23:30h), mantém-se o mesmo número de elementos de enfermagem, sendo que durante o turno da noite (das 23:00h às 8:30h) se encontram apenas 2 enfermeiros de serviço – 1

enfermeiro que se desdobra entre a triagem e a urgência (procedimentos) e 1 enfermeiro responsável pelas 2 enfermarias da UICD. Em contexto de SU, sempre que era necessário transferir doentes para outras instituições hospitalares, era um enfermeiro externo que acompanhava o utente. Em contexto de UICD, quando se fazia necessária a transferência do utente para outro serviço do HNSA, o enfermeiro que estava encarregue dele, procedia à sua transferência.

A distribuição da equipa de enfermagem é realizada pelo enfermeiro gestor, para cada semana. Na elaboração dos horários, o enfermeiro gestor tem em conta que cada enfermeiro não pode fazer mais do que duas noites por semana. Para além disso, cada profissional tem direito a um dia de descanso semanal (folga), acrescido a um dia de descanso complementar. O horário é feito pelo enfermeiro gestor no início de cada mês para o mês seguinte, indo, posteriormente, para aprovação do enfermeiro diretor e é lançado por volta do dia 20 de cada mês.

Todos os turnos são realizados em jornada contínua, tendo os enfermeiros direito a um período de descanso não inferior a trinta minutos, para a refeição dentro do próprio estabelecimento ou serviço. Para além deste período de meia hora, dispõem, também, de dois períodos de descanso, nunca superiores a quinze minutos cada um. Aquando das pausas de um dos elementos alocado ao SU, por norma, um dos elementos que se encontra distribuído à UICD toma o lugar do colega, facilitando, desta forma, o bom funcionamento da urgência.

Relativamente aos horários de visita dos conviventes significativos aos utentes, no âmbito de internamento na UICD, estes encontram-se implementados em horário igual ao praticado antes da pandemia. Cada utente tem direito a visita de dois acompanhantes em simultâneo (sem necessidade de EPI, a não ser se o familiar se encontrar positivo para COVID-19), em dois períodos da parte da tarde: das 15:30h às 17:30h e das 19:00h às 19:30h.

As dinâmicas de cada turno foram-me explicadas pelas minhas duas enfermeiras orientadoras, ajudando-me na sequência da prestação de cuidados, bem como dos seus horários, respondendo assim de forma adequada às necessidades individuais de cada utente.

Existem, também, diversos protocolos no SU (relativos à flebite, hiperglicemia, hipoglicemia, hipertensão arterial, trauma/quedas, febre na criança, febre no adulto,

controlo da dor), que se encontram agrupados numa pasta específica. O conhecimento destes protocolos é de extrema importância para que os cuidados sejam prestados com mais precisão e qualidade, seguindo regras padronizadas, sendo a nossa atuação baseada em normas. Para além disso, a leitura e compreensão dos mesmos permitiu-me implementá-los corretamente sempre que era necessário.

Os registos relativos ao utente têm por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), facilitando assim a comunicação de informação entre toda a equipa multidisciplinar. A realização dos registos de enfermagem é efetuada no sistema informático *SClinico* e a requisição de refeições e material é efetuada noutro sistema, o GHAF (Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia).

Apesar de numa fase inicial ter de voltar a recordar o local onde se encontrava o material, assim como a dinâmica de trabalho e organização dinâmica do serviço, ao final dos primeiros turnos já trabalhava de forma autónoma no que ao material diz respeito, sabendo onde tinha de procurar determinado objeto e como funcionavam alguns equipamentos.

Em suma, posso concluir que o conhecimento da estrutura, organização e dinâmica funcional do SU de Seia me permitiu desenvolver e otimizar a minha prestação de cuidados, sendo as minhas intervenções realizadas de forma mais autónoma. Posto isto, posso afirmar que este objetivo foi alcançado com sucesso.

Desta forma, é possível concluir que concretizei com sucesso este objetivo, e, adquiri, segundo o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2015), as seguintes competências: **(33)** Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades; **(36)** Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção e educação para a saúde; **(44)** Efetua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a conceção dos cuidados de Enfermagem; **(73)** Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes.

## 2.2. OBJETIVO II – PARTICIPAR NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO UTENTE EM TODO O CICLO VITAL, APLICANDO A METODOLOGIA CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM

A prática clínica que se desenvolve no SU é de elevada exigência e especificidade, não só em relação à necessidade de aquisição e aplicação de conhecimentos, como em relação à demonstração de habilidades, devido à diversidade de patologias e situações com grau de gravidade elevada (CRRNEU, 2012; cit. por Pinho, 2022). Posto isto, considere-se desde o momento da escolha deste estágio, o SU como um bom serviço para aquisição e melhoria dos mais diversos procedimentos.

A procura dos cuidados de saúde nos SU é motivada por diversos problemas de várias tipologias, desde situações que colocam a vida em risco a problemas *minor*, sendo, então, necessária uma categorização por prioridades, que separa os utentes que necessitam de intervenção imediata daqueles que podem esperar. Dada esta necessidade de categorização, tendo em conta a gravidade da situação clínica de cada utente, os sistemas de triagem foram evoluindo (Coimbra, 2021).

O conceito de urgência diz respeito a todas as situações clínicas com aparecimento súbito, com risco de falência orgânica associado (Portugal, 2001; cit. por Pinho, 2022). Entende-se, ainda, como um processo no qual se avalia e corrige o estado clínico do utente num espaço de tempo curto, podendo considerar-se a intervenção dos profissionais de carácter curativo ou paliativo (CRRNEU, 2012; cit. por Pinho, 2022).

Analisando o conceito de emergência, verificamos que se inserem nestas, situações clínicas que também aparecem de início súbito, mas nas quais existe um compromisso das funções vitais que já se encontra estabelecido ou eminente (Portugal, 2001; cit. por Pinho, 2022). Neste caso, a intervenção dos profissionais deve ocorrer, também, num curto espaço de tempo, estando já presente o risco de morte ou de perda de funções vitais (CRRNEU, 2012; cit. por Pinho, 2022). Num caso de emergência, os profissionais desempenham cuidados que incluem a avaliação e a gestão de diversas situações, tais como as de agudização de doença crónica, assim como o tratamento e a estabilização dos utentes, podendo estes apresentar múltiplas condições clínicas que exijam procedimentos como a ressuscitação (AAENP, 2018; cit. por Pinho, 2022).

No que diz respeito ao enfermeiro e à tomada de decisão na triagem, este deve ser capaz de tomar decisões em ambientes agitados, inconstantes e hostis, com acesso, muitas das vezes, a informação limitada, ambígua e incompleta. Posto isto, pode concluir-se que a decisão na triagem é um processo complexo, que exige precisão (Coimbra, 2021).

O Protocolo de Triagem de Manchester (PTM) (Anexo H) é um dos sistemas de triagem mais comumente usados na Europa, criado em 1994, no Reino Unido, pelo Grupo de Triagem de Manchester, tendo como objetivo a construção de normas de triagem baseadas em determinação do risco clínico. Em Portugal, o PTM encontra-se implementado em todos os tipos de urgência (Coimbra, 2021).

Ao longo do EC realizado no SU do HNSA, tive a oportunidade de contactar inúmeras vezes com este sistema de triagem. Com este sistema, após a identificação da queixa inicial que levou o utente a recorrer ao SU, seleccionava o fluxograma mais indicado de entre 52 fluxogramas disponíveis, tendo por base a principal queixa do utente. Cada fluxograma possui um conjunto de sinais e sintomas aos quais nós damos resposta afirmativamente ou negativamente, sendo que o fluxograma parava no discriminador com uma resposta positiva ou, então, de acordo com o grau de dor que era fornecido a cada pessoa. Após definido o discriminador, era indicada a cor da pulseira e, mediante a sua cor, era comunicado ao utente onde esperar – azuis, verdes e amarelos na Sala de Espera adjacente à triagem; laranjas e vermelhos eram colocados na Sala de Emergência pelo enfermeiro triador ou, nalguns casos de menos gravidade, colocados no corredor já dentro do SU. Em alguns casos foi também necessária a reavaliação do estado clínico do utente e alteração da prioridade clínica.

Durante todo o período do EC cooperei na realização de diversos episódios de triagem com a supervisão das minhas enfermeiras orientadoras, onde realizei registos e procedi à avaliação dos SV, assim como a monitorização da glicémia. No contexto de triagem tive a oportunidade de contactar com diversos utentes, em diferente condição clínica, com sintomatologia do foro cardíaco, pulmonar, urinário, psiquiátrico, oncológico, metabolismo energético e, também, traumatismos resultantes de quedas, acidentes de trabalho, acidentes de viação, entre outros. Através dos utentes que triámos e aos quais prestámos cuidados de enfermagem, pude verificar que na idade pediátrica, os pais recorriam ao SU por odinofagia, otalgia, febre, erupções cutâneas, tendo as fraturas nesta faixa etária sido pouco frequentes. Na idade adulta, as queixas referidas pelos utentes eram maioritariamente dor torácica, cefaleias intensas, mal-estar geral e acidentes de trabalho (feridas traumáticas, problemas nos membros). A população mais idosa, muitas das vezes fazia-se acompanhar por familiares, ou então era transportada até ao SU com os bombeiros, sendo a dispneia, a HTA, as quedas e a prostração os principais motivos da ida ao SU.

Em contexto de urgência e emergência, prestei cuidados diretos a utentes críticos, onde pude realizar a avaliação primária e secundária, realizando as intervenções inerentes a cada item. Nos quadros abaixo (Quadro 1), encontram-se mencionadas as atividades por mim desenvolvidas no âmbito da avaliação primária (A-B-C-D-E) (Quadro 1) e da avaliação secundária (Cabeça – Pescoço e Coluna Cervical – Tórax – Abdómen e Bacia – Membros) (Quadro 2).

**Quadro 1** – Atividades realizadas no âmbito da Avaliação Primária (A-B-C-D-E)

<i>Avaliação Primária (A-B-C-D-E)</i>	
<b>Etapa</b>	<b>Atividades realizadas</b>
<b>A – <i>Airway</i> (Via aérea)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspeção da cavidade oral e remoção de próteses dentárias;</li> <li>• Aspiração de secreções;</li> <li>• Elevação e protusão do mento;</li> <li>• Escolha e colocação de tubos orofaríngeos (Tubo de Guedel);</li> <li>• Escolha e colocação de sonda nasogástrica.</li> </ul>
<b>B – <i>Breathing</i> (Ventilação e Oxigenação)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecimento dos sinais clínicos de insuficiência respiratória/ventilação inadequada, nomeadamente: cianose, adejo nasal, tiragem intercostal, respiração paradoxal/<i>vollet</i> torácico;</li> <li>• Monitorização da oximetria de pulso;</li> <li>• Administração de oxigénio;</li> <li>• Colocação de ventilação mecânica não invasiva.</li> </ul>
<b>C – <i>Circulation</i> (Circulação e Controlo da Hemorragia)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecimento de sinais clínicos de possível choque hemorrágico, como: pele fria, palidez, cianose periférica, taquicardia, hipotensão, alterações do estado de consciência;</li> <li>• Monitorização da TA, FC, ritmo cardíaco e eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações;</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlo de hemorragia através de compressão direta no local da hemorragia;</li> <li>• Posicionamento: em caso de hipotensão, colocação em decúbito dorsal, com elevação dos membros inferiores;</li> <li>• No caso de doente com dor torácica cardíaca e suspeita de síndrome coronária aguda: administração de oxigénio, morfina e aplicação do protocolo em vigor no serviço;</li> <li>• Cateterização de acesso venoso periférico;</li> <li>• Colheita de sangue para análise (hemograma, bioquímica, coagulação e tipagem) e colheita de sangue para realização de teste de aferição de marcadores cardíacos.</li> </ul>
<b>D – Disability (Disfunção Neurológica)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação do nível de consciência através da Escala de Coma de Glasgow (Anexo I);</li> <li>• Exame do tamanho, simetria e reatividade das pupilas relativamente à luz;</li> <li>• Avaliação da glicémia.</li> </ul>
<b>E – Exposure (Exposição)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remoção de roupa e avaliação do utente (atendendo à privacidade e à dignidade);</li> <li>• Promoção de medidas para prevenção de hipotermia (cobertores, fluidoterapia).</li> </ul>

*Nota.* Própria

**Quadro 2** – Atividades realizadas no âmbito da Avaliação Secundária (Cabeça – Pescoço e Coluna Cervical – Tórax – Abdómen e Bacia – Membros)

<i>Avaliação Secundária</i>	
<b>Exame físico cefalo-caudal</b>	<b>Atividades realizadas</b>

<b><i>Cabeça</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação e registo de lesões encontradas (lacerações, contusões, fraturas);</li> <li>• Pesquisa de hematoma retroauricular (Sinal de Battle) e equimose periorbitária – indicadores de lesão intracraniana –, e otorragia e rinorragia.</li> </ul>
<b><i>Pescoço e Coluna Cervical</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspeção de feridas, contusões e abrasões;</li> <li>• Identificação de enfisema subcutâneo;</li> <li>• Manutenção do colar cervical até exclusão de lesão a nível cervical através de controlo imagiológico.</li> </ul>
<b><i>Tórax</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa de contusões e hematomas da parede torácica.</li> </ul>
<b><i>Abdómen e Bacia</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação de feridas e escoriações;</li> <li>• Caracterização da dor e da existência, ou não, de defesa à palpação.</li> </ul>
<b><i>Membros</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação e registo de edemas, equimoses, hematomas e deformações;</li> <li>• Pesquisa de sinais de compromisso neurocirculatório (alteração da cor, temperatura, mobilidade e sensibilidade).</li> </ul>

*Nota.* Própria

Tive, ainda, oportunidade de contactar com diversos casos de EAM, AVC (com o acionamento da Via Verde – AVC – Anexo J), dispneia severa, paragem cardiorrespiratória (PCR), ingestão medicamentosa voluntária, traumatismo crânio-encefálico (TCE), agressão, obstruções de via aérea, convulsões, politraumatizados, traumatismos (entorses, luxações, fraturas). Em diversas situações tive a oportunidade de ajudar na implementação dos protocolos do serviço, administração de terapêutica (endovenosa, oral e intramuscular), monitorização eletrocardiográfica e de SV, colheita de sangue para teste de marcadores cardíacos, colheita de sangue para análises, hemoculturas, auxílio na execução de suturas, lavagens gástricas, colocação de sonda nasogástrica (SNG) e sonda vesical, colocação de ventilação não invasiva (VNI),

imobilização de membros com recurso a ligaduras, avaliação dos parâmetros da urina, aspiração de secreções, realização de pensos e enemas de limpeza, entre outros.

Durante toda a prestação de cuidados tive presente o Processo de Enfermagem (PE), aplicando-o mediante a situação atual do utente, podendo esta ser variável. Iniciava a avaliação do utente, na qual realizava a colheita de dados; numa segunda fase, passava para o diagnóstico, na qual identificava as necessidades do utente e, posteriormente, fazia o planeamento das intervenções a implementar e quais os resultados que pretendíamos atingir. Passadas estas 3 fases, iniciava a fase da implementação, na qual executava o plano de cuidados para o utente, terminando com a avaliação dos cuidados, na qual determinava se os resultados tinham sido alcançados e se as intervenções por nós adotadas tinham sido eficazes ou não. Mediante a verificação, ou não, da eficácia das mesmas, era reformulado o plano de cuidados do utente.

Realizei, também, os respetivos registos de enfermagem no *SClínico*, nomeadamente a avaliação inicial do utente e o respetivo processo, assim como prescrições e atitudes terapêuticas. Para além disso, redigi algumas cartas de enfermagem, nomeadamente em situações de transferência de utentes para outros hospitais e em caso de realização de tratamentos (pensos, suturas).

Tendo em conta a divisão do Serviço em Urgência propriamente dita e UICD, e visto ser apenas um serviço, dividido apenas por uma cortina, sendo a equipa de enfermagem partilhada (uma equipa de enfermagem para Urgência e UICD), realizei ainda alguns turnos na UICD.

Os utentes que se encontravam na UICD eram provenientes do SU do HNSA ou de transferências de outras unidades hospitalares, sendo que a primeira triagem era sempre efetuada no HNSA. Aquando da transferência para a UICD, procedia-se à avaliação inicial do utente, onde era verificada a integridade cutânea do utente, realizada a avaliação dos parâmetros vitais, assim como a monitorização da glicémia capilar. Nesta fase era feito um levantamento dos antecedentes pessoais, das alergias, medicação habitual, convivente significativo, diagnóstico atual, local de punção venosa e, se necessário, realização do levantamento do espólio que posteriormente era colocado em cofre.

Para além disso, era realizado, no *SClínico*, o PE do utente, onde se levantavam, para todos os utentes, os seguintes focos de atenção: Autocuidado – Vestuário; Autocuidado – Uso do Sanitário; Autocuidado – Higiene; Alimentar-se; Posicionar-se; Risco de Queda,

utilizando a Escala de Morse (Anexo K); Risco de Úlcera por Pressão, utilizando a Escala de Braden (Anexo L).

Ainda nesta fase, procedia-se à verificação das atitudes terapêuticas, nomeadamente: Monitorização de SV; Cuidados com Cateter Intravenoso Periférico; Colheita de Espécimen; Colocação da Pulseira de Identificação; e, ainda, se necessário: Pesquisa de Glicémia Capilar; Oxigenoterapia; Outras (para a monitorização dos parâmetros da urina); Cuidados com Sonda Nasogástrica; Cuidados com Sonda Vesical. Posteriormente, eram colocados as intervenções e os diagnósticos, atribuindo os respetivos horários.

Quando me encontrava na UICD, realizava, maioritariamente administração de terapêutica aos utentes que se encontravam em enfermaria, bem como tratamento a feridas, a colheita de sangue para análise, uroculturas, hemoculturas e monitorização de SV, sendo esta última feita em todos os turnos obrigatoriamente (manhã, tarde e noite). Os registos no *SClínico* eram realizados ao longo de todo o turno e, por vezes, era alterado o plano de cuidados preconizados para cada utente, mediante o seu estado clínico, de forma a promover e a melhorar o seu bem-estar. Normalmente, não se encontravam muitos utentes na UICD, uma vez que apenas permaneciam nesta unidade utentes que necessitassem, por exemplo, de fazer reposição de iões ou que precisavam de um período pequeno de vigilância (entre 1 a 4 dias) face ao seu atual diagnóstico médico. Isto permitia que os utentes muitas vezes, se encontrassem sozinhos na enfermaria, tendo bastante privacidade. Quando se encontrava mais que uma pessoa nas enfermarias, a privacidade era conferida ao utente através das cortinas que cada unidade do utente possuía.

Procedíamos, também, á transferência dos utentes para outros serviços do HNSA, nomeadamente o serviço de Medicina e Paliativos, quando os mesmos tinham indicação clínica para isso. Uma vez que a transferência era intra-hospitalar, ocorrendo entre serviços, não existia carta de transferência ou de alta do respetivo serviço, sendo o processo de enfermagem do utente novamente criado aquando da entrada no respetivo serviço (neste caso, Serviço de Medicina ou Paliativos). As informações relativas ao utente eram passadas oralmente, sendo os documentos (como as análises, receituário e mais informação clínica) entregue em mão ao enfermeiro que recebia o utente no serviço, aquando da passagem do utente feita por nós.

Em suma, no que a este segundo objetivo diz respeito, penso tê-lo conseguido atingir, uma vez que consegui aplicar o PTM, tendo realizado diversas vezes a avaliação primária

e secundária do utente e implementado o PE mediante os dados por mim apurados. Para além disso, consegui dar resposta a situações de urgência e emergência de uma forma eficiente, apesar de numa fase inicial do EC me encontrar um pouco retraída. Tive, também, oportunidade de prestar cuidados de enfermagem em diferentes faixas etárias, aplicando a respetiva metodologia científica, uma vez que o SU de Seia possui uma valência pediátrica. Constatado, também, que melhorei algumas técnicas e procedimentos ao longo de todo o EC, nomeadamente a punção venosa, a administração de terapêutica endovenosa, assim como a algaliação e a entubação nasogástrica.

Posto isto, concluo que concretizei com sucesso este objetivo, e, adquiri, segundo o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2015), as seguintes competências: **(5)** Exerce de acordo com o Código Deontológico; **(10)** Respeita o direito do cliente à privacidade; **(13)** Identifica as práticas de risco e adota as medidas apropriadas; **(15)** Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos; **(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; **(30)** Interpreta, de forma adequada, os dados objetivos e subjetivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura; **(45)** Analisa, interpreta e documenta os dados com exatidão; **(46)** Formula um plano de cuidados, sempre que possível, 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 planeados 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; **(57)** Responde eficazmente em situações de emergência ou catástrofe; **(58)** Avalia e documenta a evolução, no sentido dos resultados esperados; **(60)** Utiliza os dados da avaliação para alterar o planeamento dos cuidados; **(68)** Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco; **(70)** Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas; **(71)** Implementa procedimentos de controlo de infeção.

### 2.3. OBJETIVO III – CONTRIBUIR PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE DOS UTENTES, RECONHECENDO O POTENCIAL DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

A literacia em saúde implica o conhecimento, por parte das pessoas, a motivação e as competências para o acesso, compreensão, avaliação e aplicação da informação relativa à saúde, de forma a facilitar a tomada de decisão no que diz respeito aos cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, para que se mantenha ou melhore a qualidade de vida ao longo de todo o ciclo vital (INSA, 2023).

A promoção da saúde constitui um processo que visa criar condições que permitam às pessoas o aumento da sua capacidade não só para controlar, como, também, para melhorar os fatores determinantes da sua saúde, tais como os estilos de vida individuais, redes sociais comunitárias e condições de carácter socioeconómico, culturais e ambientais (Idem).

No decorrer do EC procurei sempre desenvolver a interação com o utente, assim como o seu envolvimento nas intervenções desenvolvidas procurando a potencialização das capacidades do mesmo, de forma a promover a sua autonomia. Desta forma, sempre que possível, deixei o utente satisfazer as suas atividades de vida diárias (AVD's) de forma autónoma, substituindo-o nas funções apenas quando necessário.

Ao longo de todo o período de EC no SU tive a oportunidade de realizar diversos ensinamentos aos utentes, tendo sempre em conta as suas limitações e adequando a minha linguagem à situação e às características de cada utente. Considero que todos os ensinamentos que fiz foram oportunos, na medida em que foram realizados mediante a situação específica de cada utente, tal como: ensinamentos relativos à sonda vesical (cuidados a ter, sinais de alarme, manutenção e indicações de uso); ensinamentos sobre gestão medicamentosa, nomeadamente inaladores e insulina; monitorização de glicémia; sinais e sintomas de hiper e hipoglicémia, bem como medidas para a prevenção dessas mesmas situações; cuidados a ter com pensos, tratamentos compressivos e pensos com ligaduras; ensinamentos relativos à correta deambulação com dispositivos, nomeadamente canadianas; indicações de posicionamentos a adotar em caso de fraturas e traumatismos; ensino de técnicas de alívio da dor (nomeadamente a aplicação de gelo e a adoção de diversos posicionamentos); ensino de técnicas de redução do *stress* e da ansiedade, tais como o controlo da respiração.

Para além disso, os hábitos tabágicos, alcoólicos e de outras dependências eram também abordados, sempre que achasse necessário, bem como a alimentação saudável e a realização de exercício físico, tendo sempre em vista o incentivo aos estilos de vida saudável, pois é um fator de grande importância e que se encontra inerente a muitas situações que levam os utentes até ao SU.

Aquando da realização das intervenções de enfermagem ou outros procedimentos, informei o utente da finalidade dos mesmos e possíveis intercorrências. Após explicação da minha parte, disponibilizei-me para esclarecer eventuais dúvidas.

Em diversas situações tentei consciencializar os utentes de que a ida ao SU podia ter sido evitada, não reunindo critério nem de urgência nem de emergência, podendo a mesma ser resolvida em contexto de cuidados de saúde primários. A existência destas situações leva-me a concluir que ou a oferta nos cuidados de saúde primários não consegue mitigar a procura, ou que os utentes não possuem o conhecimento suficiente no que diz respeito à correta utilização dos SU.

Desta forma, é possível concluir que concretizei com sucesso este objetivo, e, adquiri, segundo o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2015), as seguintes competências: **(29)** Apresenta a informação de forma clara e sucinta; **(36)** Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção e educação para a saúde; **(37)** Atua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adotarem estilos de vida saudáveis; **(38)** Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis ótimos de saúde e de reabilitação; **(40)** Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente; **(41)** Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de Enfermagem; **(63)** Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.

#### 2.4. OBJETIVO IV – ESTABELEECER UM BOM RELACIONAMENTO DE TRABALHO COM TODA A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

O trabalho em equipa, colaborativo, tem um papel preponderante na qualidade da prestação de cuidados de saúde, na segurança e na satisfação, não só dos utentes, como, também, dos profissionais. Tendo em conta isso, pode afirmar-se que a capacidade comunicativa e colaborativa entre todos os intervenientes no cuidado é uma peça crucial para que exista efetividade do cuidado. O que o trabalho em equipa propõe é que exista conexão entre as atribuições, tarefas ou atividades realizadas pelos profissionais. Nesta linha de pensamento, conclui-se que a formação de uma equipa requer diálogo, reconhecimento e valorização dos pares, assim como posturas cooperativas, consenso, horizontalização das relações e um objetivo comum (Noce, Oliveira, Melo, Silva, Pereira & Goulart, 2020).

Do meu ponto de vista, o trabalho de equipa e a implementação de boas relações interpessoais constituem elementos fundamentais para uma melhor prestação de cuidados ao utente. Tendo isto em conta, procurei desde o início do EC estabelecer boas relações com toda a equipa multidisciplinar, facilitando assim o sucesso para uma boa comunicação e contribuindo para a otimização do ambiente.

Ao longo de todo o EC foi-me possível contactar com uma vasta equipa de profissionais, uma vez que eram os enfermeiros que procediam à transferência de utentes entre serviços e que recebiam o utente na triagem, sendo este muitas vezes acompanhado pelos bombeiros. Para além disso, não só no SU como na UICD, o contacto com os médicos e com os assistentes operacionais era feito diariamente, assim como com os técnicos do Raio-X, do ECG e da Farmácia.

A existência de um bom trabalho de equipa reflete-se, muitas vezes, na prestação de cuidados ao utente, tendo conseguido presenciar diversos casos nos quais o trabalho de equipa foi de extrema importância, nomeadamente na Sala de Emergência. Para além das situações de emergência, foi notória a entajuda na equipa de enfermagem, principalmente nos dias de maior afluência, nos quais um enfermeiro da UICD se deslocava, sempre que possível, ao SU propriamente dito, ajudando o colega da urgência em procedimentos e cateterização de acessos venosos periféricos, acelerando assim o processo inerente ao utente. Este espírito de equipa mostrou-se, muitas vezes, fundamental para o bom funcionamento do serviço.

A passagem de turno é, também, um dos momentos de extrema importância, na medida em que toda a informação importante relativa aos utentes tem que ser transmitida, de



forma a que sejam prestados todos e os melhores cuidados ao utente em questão. Para isto, e para que a informação não se perca, tem de haver um bom trabalho de equipa, não só na transmissão da mesma, com na sua recolha, para que nada seja esquecido. Tendo isto em conta, tentei, sempre que possível, transmitir toda a informação que tinha em posse, consultando inúmeras vezes o processo do utente, para que nada ficasse por dizer. Concluo, desta forma, que consegui concretizar este objetivo com sucesso, adquirindo, segundo o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2015), as seguintes competências: **(73)** Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes; **(74)** Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa; **(75)** Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração; **(76)** Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social; **(77)** Participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente; **(78)** Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde.

## 2.5. OBJETIVO V – COLABORAR NA GESTÃO DE CUIDADOS, RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS IMPLEMENTADA NO SU DE SEIA

No âmbito deste último objetivo relativo à gestão, considero importante fazer o cálculo das dotações seguras. Tendo em conta que existe uma UICD integrada no SU, de acordo com a Norma de 2019, nos internamentos de curta duração da urgência, considera-se o rácio de enfermeiros, tendo como referência as considerações apresentadas para as Unidades de Cuidados Intermédios. Posto isto, é necessário 1 enfermeiro para 3 camas de internamento. Uma vez que a UICD possui 8 camas, e tendo em conta que existem apenas 2 enfermeiros alocados a esta unidade, conclui-se que existem menos enfermeiros que o necessário para que exista uma dotação segura. Relativamente ao SU, onde se encontram 2 postos de trabalho, que funciona 24h/dia, 365 dias/ano e 1267 os dias de trabalho de um enfermeiro ( $2 \times 24 \times 365 / 1267$ ), seriam necessários 13,8 enfermeiros no SU. Uma vez que o Serviço dispõe de 20 enfermeiros, contando já com o enfermeiro gestor, concluímos que existem mais enfermeiros do que o necessário, facilitando, assim, em muito, a flexibilidade de horários, não sobrecarregando a equipa.

Relativamente ao estilo de liderança adotado pelo enfermeiro gestor, posso afirmar que o mesmo é democrático, uma vez que o mesmo auxilia na resolução dos problemas e se mostra aberto para que exista comunicação por meio do diálogo, procurando sempre as melhores soluções e propondo sugestões e ideias (Chiavenato, 2005; cit. por Paes et al., 2021). Este tipo de liderança é positivo e facilitador, do meu ponto de vista, de boas condições de trabalho, na medida em que é dada oportunidade a toda a equipa para debater ideias, proporcionando abertura e à vontade para se discutirem aspetos menos bons, trabalhando tendo em vista o bem-estar dos utentes e a melhor prestação de cuidados possível.

No que à gestão de materiais diz respeito, a mesma é feita pelo enfermeiro-gestor, através da plataforma GHAF, mediante uma *checklist* pré-feita, na qual constam todos os materiais que se encontram no serviço. O enfermeiro-gestor, em conjunto com os assistentes operacionais do serviço, faz o levantamento das faltas e faz o requerimento através da plataforma. Posteriormente, o material é trazido pelos colaboradores da Farmácia, e organizado pelos assistentes operacionais do serviço, nos respetivos locais.

Aos colaboradores da Farmácia, compete-lhes, também, a reposição medicamentosa. Esta é realizada de acordo com o sistema de reposição por níveis, no qual existe reposição de *stocks* nivelados de medicamentos que já se encontram previamente definidos pelos farmacêuticos, enfermeiros e médicos de cada serviço, atendendo às necessidades e consumos médios dos mesmos (Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar, 2005). A reposição medicamentosa é realizada às segundas e sextas feiras, tanto para o SU como para a UICD, vindo as maletas já preparadas da Farmácia e substituídas pelas que se encontram no serviço. A medicação vem organizada alfabeticamente, de acordo com a Designação Comum Internacional (DCI) da substância ativa, com a respetiva identificação e separada e agrupada consoante a sua forma farmacêutica. No caso da UICD, as maletas, divididas em gavetas, vêm com a respetiva identificação do serviço, o nome do utente a que se destina, bem como o número do processo, a idade e a cama em que o mesmo se encontra. Para além disso, está implementada a Distribuição Individual Diária em Dose Unitária (DIDDU), na qual os medicamentos vêm em unidoses diárias. Se, durante a semana ou fim de semana existir falta de algum medicamento, o enfermeiro comunica com a Farmácia e o mesmo é trazido ou enviado por um assistente operacional, na dose necessária.

No caso de medicamentos como as benzodiazepinas, os estupefacientes e os psicotrópicos, é obrigatório o registo em documento próprio, que cabe ao enfermeiro responsável pela sua administração. Cada documento desses diz respeito a um medicamento, possuindo um número sequencial, não podendo constar nele outro registo medicamentoso. Nele são registadas a forma farmacêutica, dosagem, quantidade, serviço, nome do utente, número do processo do utente, a data da remoção e, por fim, após conferir toda a informação registada, o enfermeiro rubrica o seu nome. Após completa essa folha de registo, a mesma é colocada de parte, em sítio destinado a esse fim, para posterior recolha por parte da equipa farmacêutica, para que seja repostos esse medicamento.

Para além dos grupos medicamentosos supracitados, temos, também, os medicamentos hemoderivados. Estes medicamentos funcionam com uma pulseira diferente da que é colocada ao utente aquando da admissão no SU, que possui um código de barras com a informação do utente. Esse código é utilizado para o “desbloqueio” do hemoderivado, de forma a evitar possíveis erros. A dispensa destes medicamentos apenas é feita após prescrição médica, vindo o hemoderivado do Laboratório, após se conferir o nome do hemoderivado, a quantidade, o lote, a origem ou fornecedor e o número do INFARMED. Após a entrega ao serviço de enfermagem, este torna-se responsável pelo medicamento e pela comunicação, à equipa clínica, de eventuais intercorrências.

A receção dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos é realizada pelos serviços farmacêuticos, sendo a sua distribuição feita pelos serviços de acordo com as necessidades. A reposição de equipamento (sistemas de soros, agulhas, seringas, entre outros) é realizada pelos assistentes operacionais que se encontram alocados a cada serviço, sendo repostos de acordo com as necessidades.

Relativamente ao material dos kits de pensos (pinças), kits de suturas (pinças, porta-agulhas), algáliação (taça reniforme) e equipamento utilizado para inaladores, como é o caso das câmaras expansoras, os mesmos são enviados para a esterilização, sendo que cada serviço dispõe de um número de material que é mantido em *stock* e que após ser utilizado, vai para esterilizar e volta novamente ao serviço após já se encontrar estéril e devidamente embalado e identificado.

Após isto, posso concluir que, tendo por base aquilo que visualizei ao longo de todo o EC, a gestão medicamentosa e de outros materiais é realizada de forma metódica, encontrando-se bem implementada no serviço. Isto permite que haja sempre o material

necessário, nos sítios indicados, levando a um melhor desempenho da nossa parte, pois trabalhamos em condições facilitadoras de uma boa prestação de cuidados ao utente.

O Plano de Formação, cuja definição foi já anteriormente abordada, é elaborado no início de cada ano, calendarizando assim as atividades a desenvolver ao longo de todo o ano, as chamadas Ações de Formação. As temáticas abordadas têm em conta as necessidades do serviço, sendo algumas formações realizadas todos os anos, de forma a manter presentes os conhecimentos necessários para uma melhor prestação de cuidados. A maior parte das Ações de Formação incide na temática do Suporte de Vida, sendo este Básico ou Avançado. Para além disso, a parte da Traumatologia e as Patologias Cardíacas e Respiratórias, são também temas frequentemente abordados por estas Ações de Formação.

A responsável pelo Plano de Formação é uma enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo um dos dois elementos com o cargo imediatamente abaixo do enfermeiro gestor, que ajudam na coordenação da unidade. Quando o enfermeiro gestor se encontra ausente do serviço, por norma existe sempre um deles que se encontra de serviço, dando assim resposta a assuntos cuja temática seja mais dirigida ao enfermeiro gestor.

No âmbito destas Ações de Formação, que são ministradas em serviço, tive a oportunidade de assistir a duas delas (Anexos M e N), tendo a primeira sido realizada no dia 30 de maio de 2023, com o tema “Técnicas de mobilização em vítima de trauma”, sendo esta constituída por uma parte teórica, tendo por base informação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), e uma segunda parte, esta prática, na qual executámos técnicas de mobilização e imobilização do politraumatizado. A segunda Ação de Formação a que pude assistir decorreu no dia 22 de junho de 2023, e teve como tema “Abordagem à dificuldade respiratória em idade adulta”, na qual se abordaram as patologias respiratórias da asma e da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Ao longo desta Ação de Formação foram explicados diversos conceitos inerentes às duas patologias e foi, principalmente, abordado o regime terapêutico a adotar em cada uma das patologias, referindo os principais fins terapêuticos de cada medicamento referido, no âmbito da farmacologia. Posteriormente, foram apresentados alguns casos clínicos no qual se analisou o impacto da implementação da Cinesiterapia Respiratória em utentes com patologia respiratória.

Ambas as Ações de Formação foram de extrema importância para o meu percurso profissional, pois estas não se aplicam apenas ao dia a dia do SU, mas também em outros serviços e outros contextos, nomeadamente no domicílio e em contexto pré-hospitalar. Com elas consegui ver esclarecidas diversas questões e pude, também, aprender a utilizar alguns dispositivos de forma correta.

De forma geral, as Ações de Formação são encaradas por toda a equipa como uma mais valia para a prestação de cuidados ao utente, considerando as temáticas adequadas e de extrema importância para o serviço. As Ações de Formação existentes são ministradas por diversos profissionais, sendo estes enfermeiros e médicos, mediante a disponibilidade dos mesmos, e sempre realizadas em dois dias diferentes, dando oportunidade de escolha aos profissionais que pretendem assistir, sendo isso uma mais valia.

Relativamente ao Grau de Satisfação do Utente, o mesmo não se encontrava a ser avaliado atualmente, não se encontrando implementado nenhum questionário ou outra ferramenta para a sua avaliação.

Desta forma, é possível concluir que concretizei com sucesso este objetivo, e, adquiri, segundo o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2015), as seguintes competências: **(86)** Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade dos cuidados; **(90)** Participa em programas de melhoria contínua da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade; **(91)** Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas; **(92)** Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção e aperfeiçoamento de 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.



### 3. SEMINÁRIOS

Ao longo de todo o EC tive a oportunidade de assistir a diversos seminários programados para a Unidade Curricular (UC), os quais me proporcionaram inúmeros momentos de aprendizagem e reflexão relativas a temas que se encontram em debate na atualidade e que, do meu ponto de vista, são de extrema importância. Para além disso, o caráter destes seminários teve, também, como principal intuito, o esclarecimento de questões inerentes a esta nova etapa da nossa vida, que é o ingresso no mercado de trabalho, como profissionais de Enfermagem.

Estes seminários tiveram início no dia 14 de março de 2023 e terminaram no dia 13 de junho de 2023, perfazendo um total de 20 horas, consistindo em uma ou duas sessões por semana, mediante disponibilidade dos oradores em questão e do regente dos mesmos, o Professor Doutor António Batista. As sessões eram de caráter obrigatório para todos os alunos do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Guarda, tendo decorrido no horário das 18:00h às 20:00h, às terças ou quintas feiras. No quadro a seguir encontram-se as temáticas abordadas em cada seminário, bem como a data da sua realização.

**Quadro 3** – Temáticas abordadas nos seminários e data da sua realização

Data	Temáticas Abordadas
14/03/2023	Currículo <i>Vitae</i>
28/03/2023	Organizações Profissionais do Setor da Enfermagem
13/04/2023	Hospitalização Domiciliária
18/04/2023	As Novas Dimensões do Cuidar
20/04/2023	Currículo <i>Europass</i>
02/05/2023	Direitos e Deveres Fiscais
09/05/2023	Farmacovigilância
30/05/2023	Capacidade e Adaptação ao Mercado Laboral

06/06/2023	Neurodegeneração e Envelhecimento
13/06/2023	Preparação para a Entrevista de Trabalho e Formação ao Longo da Vida

*Nota. Própria*

No Apêndice K encontra-se a descrição das temáticas abordadas, assim como a sua data, duração, local, moderador, orador(es), resumo e respetiva análise crítica relativa a cada sessão.

Considero que a participação nestes seminários foi um contributo significativo não só enquanto futura profissional de Enfermagem, mas enquanto cidadã, uma vez que as visões transmitidas pelos diferentes oradores me permitiram refletir relativamente a algumas temáticas, consciencializando-me para assuntos fulcrais para o meu desenvolvimento não só pessoal, mas, também, profissional. Para além disso, encontro-me agora na posse de mais conhecimentos relativamente aos recursos existentes na comunidade dos quais não sabia.

De realçar, do meu ponto de vista, como ponto negativo, o facto de os seminários não se enquadrarem durante o período letivo do 1º semestre do 4º ano, uma vez que nos encontramos com uma maior flexibilidade de horários no que diz respeito à carga horária das UC que se encontram em vigor. O facto de estas sessões serem realizadas no período no qual decorre o EC, do meu ponto de vista, não é vantajoso, uma vez que o facto de nos encontrarmos em estágio e a realizar turno nesse dia, nos impossibilita de termos as duas coisas: não estamos inteiramente o turno todo em atividade, pois temos de nos retirar para assistir ao seminário; e não estamos nas melhores condições para a respetiva participação na sessão, pois na maioria das vezes, é necessário ligarmos os nossos dados móveis e mesmo com eles ligados, existem muitas interferências, impossibilitando-nos, assim, de tirar o maior partido destas sessões de carácter informativo extremamente pertinente.

Através da minha participação nos seminários, consigo afirmar que, de acordo com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, adquiri as seguintes competências: **(92)** Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção e aperfeiçoamento das competências; **(96)** Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.



## CONCLUSÃO

Terminado este documento, faz-se necessária uma conclusão, realçando os aspetos que considero mais relevantes. Para além disso, é fundamental que se reflita criticamente relativamente às atividades que levaram à sua construção.

Ao longo de todo o EC constatei a importância que o enfermeiro possui, não só em meio comunitário, mas, também, em contexto hospitalar. O enfermeiro, segundo o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2012, p. 13-14), “age de forma fundamentada, mobilizando e aplicando os conhecimentos e técnicas adequadas, procurando realizar as melhores práticas assentes em resultados de investigação e outras evidências”, pelo que é pertinente realizar EC em diversos contextos e serviços diferentes, pois é a soma da experiência e das vivências que mais contribuem para a nossa formação e que potenciam o nosso desempenho.

Tendo este EC decorrido em dois períodos diferentes, em dois contextos diferentes, foi interessante e de extrema importância perceber como estes dois meios se complementam e, muitas vezes, como se colmatam. Enquanto em contexto de cuidados de saúde primários, consegui perceber as necessidades que os Centros de Saúde enfrentam, não conseguindo, muitas vezes, dar resposta a muitos utentes. Muitos desses utentes foram por mim triados, já em contexto de saúde hospitalar, no SU, procurando ver o seu problema resolvido ou, pelo menos, atendido.

Para além disso, o contacto com dois contextos tão diferentes, mas de tão grande importância, permitiu-me observar as suas diferentes vertentes de intervenção. A área hospitalar concentra o acompanhamento do utente na cura e na reabilitação, atendendo às suas necessidades, enquanto que a área comunitária prioriza a promoção da saúde e a prevenção da doença. A implementação correta e efetuada a 100% dos focos de atenção de ambas as áreas por parte de todos nós, levaria, do meu ponto de vista, menos utentes aos serviços de urgência e, por outro lado, a menos internamentos, uma vez que o correto seguimento do utente levaria o mesmo a consultas de rotina nos cuidados de saúde primários e à resolução de problemas *minor* nesse mesmo contexto, prevenindo assim exacerbações de patologias muitas vezes evitáveis e o atendimento de situações que não apresentam urgência nem emergência. Constatei, também, que mesmo promovendo a literacia em saúde e alertando os utentes para situações de urgência/emergência e a

necessidade ou não de recorrerem ao SU, em alguns utentes nada resultou, pois recorriam de forma recorrente aos serviços de forma desadequada.

A realização deste EC permitiu-me complementar competências e saberes, proporcionou-me a aquisição de mais conhecimento e desenvolvimento de aptidões, assim como o aumento da destreza manual e das habilidades técnicas. Para além disso, fomentou a minha autonomia e aumentou a minha capacidade crítica e reflexiva, fulcrais para o progresso e finalização desta licenciatura de quatro anos e para o exercício futuro desta profissão tão nobre que é a Enfermagem.

Nos diferentes capítulos deste documento refleti nas atividades desenvolvidas nos dois contextos, mediante os objetivos inicialmente por mim propostos. Terminado o documento, e ultrapassadas as dificuldades sentidas, considero ter atingido todos os objetivos planeados inicialmente, com a ajuda das minhas enfermeiras orientadoras na prática diária, e da Professora Isabel Fernandes, na elaboração do Relatório.

As minhas enfermeiras orientadoras tiveram um papel preponderante ao longo de todo o EC, pois foram elas que me inseriram nas diferentes equipas e que me deram a conhecer todas as dinâmicas e organização dos serviços. Foram, numa fase inicial, onde me sentia mais retraída, um elemento fundamental para o meu desempenho e prestação de cuidados com o utente. Todas elas proporcionaram um ambiente confortável, no qual me senti à vontade, permitindo-me, desta forma, adquirir mais confiança e autonomia no desenvolvimento das mais variadas atividades.

Concluído o EC, sinto-me agora mais competente não só a nível prático, mas também, teórico e emocional, pois tive a oportunidade de integrar equipas multidisciplinares altamente qualificadas, que me ajudaram a construir a minha identidade profissional e a ter o discernimento de saber quais as práticas corretas e quais as que não se devem aplicar.

Posto isto, remato dizendo que estes mais de 4 meses de EC-IVP foram extremamente enriquecedores, desafiando-me não só em contexto de aprendizagem profissional como, também, pessoal. Constato, após terminado este EC, que cresci e evolui positivamente não só enquanto futura profissional de Enfermagem como, também, pessoalmente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, A. M. A. (2015). Satisfação dos cuidados de enfermagem e saúde à pessoa em fim de vida. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Acedido em maio, 3, 2023, em: [https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id\\_ficheiro=39300&codigo=864](https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=39300&codigo=864)
- Bellaguarda, M. L. R., Knihs, N. S., Canever, B. P., Tholl, A. D., Alvarez, A. G., Teixeira, G. C. (2020). Simulação realística como ferramenta de ensino na comunicação de situação crítica em cuidados paliativos. *Escola Anna Nery*, 24(3). Acedido em maio, 3, 2023, em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/3xqH84Zz3mwxjysxtQskWvG/?format=pdf&lang=pt>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (2023). UCSP Seia. Acedido em abril 3, 2023, em SNS: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20024/2091200/Pages/default.aspx>
- Buss, P. M., Hartz, Z. M. A., Pinto, L. F., Rocha, C. M. F. (2020). Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspetiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(12):4723-4735. Acedido em maio, 3, 2023, em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v25n12/1413-8123-csc-25-12-4723.pdf>
- Chagas, F. M., Sales, L. G. S., Nascimento, E. G., Silva, G. S. S., Correia, A. M. F. M., Sousa, T. V., Mendonça, C. R. S., Silva, R. G. S., Cavalcanti, S. H., Ventura, C. M. U. (2022). The importance of home visit in the puerperal period by nursing professionals at the Basic Health Unit. *Research, Society and Development*, 11(17). Acedido em abril, 24, 2023, em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i17.35391>
- Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (23), 63-72. Acedido em abril, 24, 2023, em: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/8918/1/n23a09.pdf>
- Coimbra, N. (2021). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. Editora Lidel
- Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar. (2005). *Manual de Farmácia Hospitalar*. Ministério da Saúde.

Despacho Normativo n.º 11/2002 do Ministério da Saúde. (2002). Diário da República: 1ª Série, B, n.º 55. <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/portaria/201-2002-252419>

Direção Geral da Saúde. (2008). Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar. Acedido em abril, 24, 2023, em: [https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230\\_2.pdf](https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf)

Direção Geral da Saúde. (2011). Norma n.º. 005/2011. Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético. Acedido em abril, 24, 2023, em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/01/diagnostico-sistematico-do-pe-diabetico.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2012). Norma n.º. 018/2012. Diagnóstico e Estadiamento do Cancro Invasivo do Colo do Útero. Acedido em abril, 24, 2023, em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182012-de-21122012-png.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Acedido em abril, 24, 2023, em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Acedido em abril, 24, 2023, em: <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/ProgNacVigGrav-2.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Acedido em abril, 24, 2023, em: [https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/10/DGS\\_PNDCCV\\_VF.pdf](https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/10/DGS_PNDCCV_VF.pdf)

Direção Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Acedido em abril, 24, 2023, em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22531/1/Programa%20Nacional%20para%20as%20Doen%C3%A7as%20Oncol%C3%B3gicas%202017.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Diabetes. Acedido em abril, 24, 2023, em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22724/1/Programa%20Nacional%20para%20a%20Diabetes%202017.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2020). Programa Nacional de Vacinação. Acedido em abril, 24, 2023, em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>

- Direção Geral da Saúde (2022). Hipertensão Arterial. Acedido em abril, 24, 2023, em: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-do-coracao/hipertensao-arterial/>
- Figueiredo, A. R. E. (2018). Comunicação eficaz em enfermagem: Implementação da Técnica ISBAR num serviço de urgência de pediatria. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. RCAAP. Acedido em maio, 3, 2023, em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29486/1/ANA\\_RITA\\_FIGUEIREDO\\_PROJETO\\_INOVADOR\\_MESTRADO\\_GESTAO\\_2018.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29486/1/ANA_RITA_FIGUEIREDO_PROJETO_INOVADOR_MESTRADO_GESTAO_2018.pdf)
- Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge. (2023). Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Não Transmissíveis. Acedido em junho, 4, 2023, em: <https://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/promocao-da-saude-e-prevencao-de-doencas-nao-transmissiveis/>
- Ladeiro, B. F. S. (2019). Avaliação da satisfação dos utentes no Hospital das Forças Armadas/Polo Lisboa. [Trabalho de Investigação, Instituto Universitário Militar]. RCAAP. Acedido em maio, 3, 2023, em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29664/1/MAJ%20Sim%20Sim%20Ladeiro.pdf>
- Marques, E., Paulino, M., Paiva, T., Corte, A., Grupo NEUROQUALYFAM (2021). Doenças Neurodegenerativas na região da Guarda. Acedido em maio 3, 2023, em: <https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/146840/Estudo%20Epidemiol%20gico-final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Marques, F. M., Pinheiro M. J., Alves, P. V. (2021). The Nursing Student in Clinical Learning: Qualitative Study of the Decision Making Typology. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 121–129. Acedido em maio 3, 2023, em: <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.121-129>
- Noce, L. G. A., Oliveira, T. S., Melo, L. C., Silva, K. F. B., Parreira, B. D. M., Goulart, B. F. (2020). Relações interprofissionais de uma equipe de assistência ao paciente em cuidados críticos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), 1-7. Acedido em junho, 3, 2023, em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/kKgdTGV5y9zMWRg7mLBtJkx/?format=pdf&lang=pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Parecer n.º 19/2012. Orientação de Estudantes de enfermagem em Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem. Acedido em junho, 6, 2023, em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer19\\_C\\_E.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer19_C_E.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Acedido em abril, 4, 2023, em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Acedido em abril 4, 2023, em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_R\\_EPE\\_2910201\\_5\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_R_EPE_2910201_5_VF_site.pdf).

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Regulamento da Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. Acedido em abril, 3, 2023, em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissional\\_oe.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissional_oe.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Acedido em abril 3, 2023, em: <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2020). Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários. Acedido em abril, 3, 2023, em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dimens%C3%B5es-do-cuidar-nos-cuidados-de-sa%C3%BAde-prim%C3%A1rios/>

Organização Mundial da Saúde. (2023). Diabetes: Key facts. Acedido em abril, 24, 2023, em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Paes, A. L., Silva, A. C., Campelo, A. M. & Dutra, J. P. (2021). Liderança: Estilos e influências na produtividade das organizações. *Revista Vox Metropolitana*, 4, 113-122. [https://revistavox.metropolitana.edu.br/wp-content/uploads/2021/01/10\\_v1-1.pdf](https://revistavox.metropolitana.edu.br/wp-content/uploads/2021/01/10_v1-1.pdf)

Parlamento Europeu e do Conselho. (2005). Diretiva 2005/36/CE de 7 de setembro de 2005. Acedido em junho, 10, 2023, em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:02005L0036-20160524&from=SL>

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusodidacta.

Pinho, C. M. D. (2022). Competências dos enfermeiros em emergência no Serviço de Urgência. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCCAP. Acedido em junho, 10, 2023, em:

[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/41162/1/Disserta%20de%20Mestrado\\_Carolina%20Pinho.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/41162/1/Disserta%20de%20Mestrado_Carolina%20Pinho.pdf)

Portugal, Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto. Diário da República, 1(149), pp.4069-4071.

Serviço Nacional de Saúde. (2023). Rastreio do Cancro do Cólon e Reto. Acedido em abril, 24, 2023, em: <https://www.ulsm.min-saude.pt/cidadao/mais-saude/rastreio-do-cancro-do-colon-e-reto/>

Serviço Nacional de Saúde. (2023). Guia do Utente. Acedido em junho, 1, 2023, em: <https://www.chualgarve.min-saude.pt/guia-do-utente/cuidados-de-saude-no-hospital/>

Silva, M. T. M. C. (2017). Método de trabalho de enfermeiro responsável – melhoria da qualidade. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP. Acedido em abril, 3, 2023, em: <http://hdl.handle.net/10400.26/20881>

Simões, R., Rodrigues, M. (2010). *Helping relationship in end-of-life patient's nursing care context*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 14(3), 485-489. Acedido em junho, 6, 2023, em: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127715324008.pdf>

Ventura-Silva J. M. A., Martins M. M. F. P. S., Trindade L. L., Ribeiro O. M. P. L., Cardoso M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. Acedido em junho, 6, 2023, em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5480>





## **APÊNDICES**



# APÊNDICE A – PLANO DE TRABALHO – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

<b>POLI TÉCNICO GUARDA</b>	<b>PLANO DE TRABALHO</b>  Licenciaturas Cursos Técnicos Superiores Profissionais (CTeSP)	<b>MODELO</b> EA.125.07  2022 / 2023
<b>Este documento é um complemento do formulário EA.124 - Convenção.</b>		
<p><b>Tipologia:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Curricular    <input type="checkbox"/> Extracurricular    <input type="checkbox"/> Outro: _____</p> <p style="margin-left: 40px;">Ao abrigo de protocolo ou especificidade formativa?    <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____</p> <p><b>Informação adicional:</b> (se aplicável)</p> <p><b>Designação:</b> Ensino Clínico – Integração à Vida Profissional (Área de Cuidados de Saúde Primários)</p> <p><b>Ano curricular:</b> 4.º ano    <b>Semestre:</b> 2.º sem.    <input checked="" type="radio"/> 1.º período    <input type="radio"/> 2.º período    <input type="radio"/> 3.º período</p>		
<b>1. IDENTIFICAÇÃO DOS INTERVENIENTES</b>		
<p><b>Estudante:</b> <u>Inês Patrício Bidarra</u></p> <p><b>Curso:</b> <u>Enfermagem</u>    <b>N.º de estudante:</b> <u>1703859</u></p> <p><b>Docente orientador(a):</b> <u>Isabel Maria Ribeiro Fernandes</u></p> <p><b>Supervisor(a)/Tutor(a):</b> <u>Ana Filipa Marques Loureiro</u></p>		
<b>2. PLANO DE TRABALHO</b>		
<p>Eu, Inês Patrício Bidarra, n.º 1703859, remeto este plano de trabalho realizado no âmbito do Ensino Clínico - Integração à Vida Profissional, relativamente à Área de Cuidados de Saúde Primários, realizado na UCSP de Seia, tendo sido delineados os seguintes objetivos de aprendizagem:</p> <p><b>Objetivo 1:</b> Conhecer a estrutura, organização e dinâmica funcional da UCSP de Seia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento da estrutura funcional, física e orgânica da UCSP de Seia;</li> <li>- Identificação da área de atuação existentes;</li> <li>- Identificação da metodologia de trabalho dos profissionais de saúde do serviço;</li> <li>- Caracterização da população abrangida pela UCSP.</li> </ul> <p><b>Objetivo 2:</b> Participar na prestação de cuidados de enfermagem, de forma adequada, a cada utente, em todas as etapas do seu ciclo vital, tendo por base a metodologia científica de enfermagem.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participação nas consultas de enfermagem dos respetivos programas de saúde que se encontram implementadas no serviço, bem como realizar intervenções de enfermagem nas mesmas;</li> <li>- Realização de cuidados de enfermagem em contexto de serviço domiciliário;</li> <li>- Registo, de acordo com cada programa, a informação relativa a cada utente, no SClínico;</li> <li>- Desenvolvimento da prática das intervenções e dos cuidados tendo por base o Código Deontológico do Enfermeiro e o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.</li> </ul>		
<b>3. DATAS E ASSINATURAS</b>		
<p><b>O(A) Estudante</b></p> <p>Data: <u>09/03/2023</u>    Assinatura: <u>Inês Patrício Bidarra</u> <span style="margin-left: 150px;"><small>(assinatura)</small></span></p> <p><b>O(A) Docente Orientador(a)</b></p> <p>Data: <u>09/03/2023</u>    Assinatura: <u>Isabel Maria Ribeiro Fernandes</u> <span style="margin-left: 150px;"><small>(assinatura)</small></span></p> <p><b>O(A) Supervisor(a) / Tutor(a)</b></p> <p>Data: <u>09/03/2023</u>    Assinatura: <u>Filipa Loureiro</u> <span style="margin-left: 150px;"><small>(assinatura e carimbo da Entidade)</small></span></p>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>U.L.S. Guarda, E.P.E.</b>          Centro de Saúde de Seia       </div>		

<b>POLI TÉCNICO GUARDA</b>	<b>PLANO DE TRABALHO</b>  Licenciaturas Cursos Técnicos Superiores Profissionais (CTeSP)	<b>MODELO</b> EA.125.07  2022 / 2023					
	Este documento é um complemento do formulário EA.124 - Convenção.						
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td> <b>Tipologia:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Curricular    <input type="checkbox"/> Extracurricular    <input type="checkbox"/> Outro: _____         </td> </tr> <tr> <td>           Ao abrigo de protocolo ou especificidade formativa?    <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____         </td> </tr> <tr> <td> <b>Informação adicional:</b> (se aplicável)         </td> </tr> <tr> <td> <b>Designação:</b> Ensino Clínico – Integração à Vida Profissional (Área de Cuidados de Saúde Primários)         </td> </tr> <tr> <td> <b>Ano curricular:</b> 4.º ano    <b>Semestre:</b> 2.º sem.    <input checked="" type="radio"/> 1.º período    <input type="radio"/> 2.º período    <input type="radio"/> 3.º período         </td> </tr> </table>			<b>Tipologia:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Curricular <input type="checkbox"/> Extracurricular <input type="checkbox"/> Outro: _____	Ao abrigo de protocolo ou especificidade formativa? <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____	<b>Informação adicional:</b> (se aplicável)	<b>Designação:</b> Ensino Clínico – Integração à Vida Profissional (Área de Cuidados de Saúde Primários)	<b>Ano curricular:</b> 4.º ano <b>Semestre:</b> 2.º sem. <input checked="" type="radio"/> 1.º período <input type="radio"/> 2.º período <input type="radio"/> 3.º período
<b>Tipologia:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Curricular <input type="checkbox"/> Extracurricular <input type="checkbox"/> Outro: _____							
Ao abrigo de protocolo ou especificidade formativa? <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____							
<b>Informação adicional:</b> (se aplicável)							
<b>Designação:</b> Ensino Clínico – Integração à Vida Profissional (Área de Cuidados de Saúde Primários)							
<b>Ano curricular:</b> 4.º ano <b>Semestre:</b> 2.º sem. <input checked="" type="radio"/> 1.º período <input type="radio"/> 2.º período <input type="radio"/> 3.º período							
<b>1. IDENTIFICAÇÃO DOS INTERVENIENTES</b>							
<b>Estudante:</b> Inês Patrício Bidarra							
<b>Curso:</b> Enfermagem		<b>N.º de estudante:</b> 1703859					
<b>Docente orientador(a):</b> Isabel Maria Ribeiro Fernandes							
<b>Supervisor(a)/Tutor(a):</b> Ana Filipa Marques Loureiro							
<b>2. PLANO DE TRABALHO</b>							
<b>Objetivo 3:</b> Contribuir para a promoção da saúde dos utentes que se encontram abrangidos pela UCSP de Seia. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de ensinos que promovam a saúde e contribuam para a prevenção da doença;</li> <li>- Elaboração de documentos de carácter informativo, fornecendo-os ao utente, de acordo com o contexto no qual este se insere e segundo as orientações da ULS;</li> <li>- Realização de sessão para a educação da saúde.</li> </ul>							
<b>Objetivo 4:</b> Desenvolver competências no âmbito da Comunicação e Relação de Ajuda, valorizando a melhoria dos cuidados prestados. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecimento de uma comunicação adequada com toda a equipa multidisciplinar;</li> <li>- Colaboração com a equipa multidisciplinar;</li> <li>- Participação na integração de novos membros na equipa;</li> <li>- Estabelecimento de uma comunicação adequada com os utentes, tendo por base a empatia e o respeito.</li> </ul>							
<b>Objetivo 5:</b> Identificar o tipo de gestão de cuidados, recursos humanos e materiais desenvolvida na UCSP de Seia. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificação das dotações seguras de acordo com as necessidades de horas de cuidados;</li> <li>- Conhecimento do estilo de liderança adotado pelo enfermeiro gestor na equipa de enfermagem;</li> <li>- Compreensão da metodologia de gestão de material;</li> <li>- Conhecimento do Plano de Formação existente na unidade.</li> </ul>							
<b>3. DATAS E ASSINATURAS</b>							
<b>O(A) Estudante</b>							
<b>Data:</b> 09/03/2023	<b>Assinatura:</b> <u>Inês Patrício Bidarra</u> (assinatura)						
<b>O(A) Docente Orientador(a)</b>							
<b>Data:</b> 09/03/2023	<b>Assinatura:</b> <u>Isabel Maria Ribeiro Fernandes</u> (assinatura)						
<b>O(A) Supervisor(a) / Tutor(a)</b>							
<b>Data:</b> 09/03/2023	<b>Assinatura:</b> <u>Filipa Loureiro</u> (assinatura e cargo da Entidade)						
<b>U.L.S. Guarda, E.P.E.</b> <b>Centro de Saúde de Seia</b>							

## APÊNDICE B – REGIÃO DE SEIA

### Caracterização da Região de Seia – Geodemográfica

Seia é um dos 14 municípios que fazem parte do distrito da Guarda, sendo que esta se enquadra no território das Beiras e Serra da Estrela e integra três NUTS III – Beira Interior, Cova da Beira e Serra da Estrela, como é possível ver na figura abaixo (Figura 1).

**Figura 1**

*NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos*

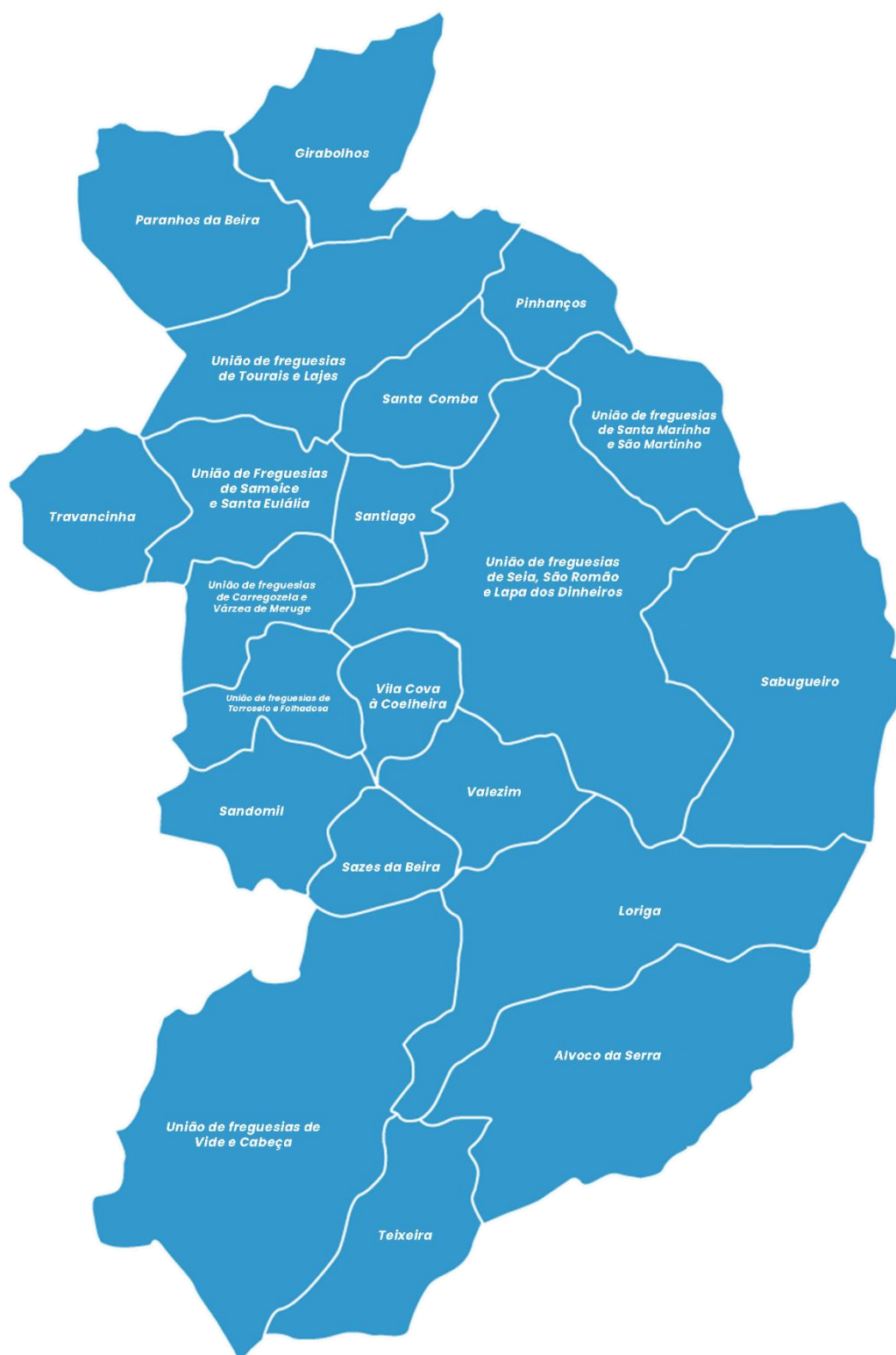


*Nota:* O que são NUTS? PORDATA. <https://www.pordata.pt/O+que+sao+NUTS>

Seia situa-se no setor sudoeste da Serra da Estrela e assume-se como a porta de entrada na mais imponente montanha de Portugal. É constituída por 21 freguesias (Figura 2), sendo elas: Alvoco da Serra; Carragoazela e Várzea de Meruge; Girabolhos; Paranhos da Beira; Pinhanços; Sabugueiro; Sameice e Santa Eulália; Sandomil; Santa Comba; Santa Marinha e São Martinho; Santiago; Sazes da Beira; Seia, São Romão e Lapa dos Dinheiros; Teixeira; Torroselo e Folhadosa; Tourais e Lajes; Travancinha; Valezim; Vide e Cabeça; Vila Cova à Coelheira; Loriga.

## Figura 2

### Freguesias de Seia



Nota: Freguesias do Município de Seia. Câmara Municipal de Seia. <https://cm-seia.pt/municipio/freguesias/>

Relativamente à dinâmica populacional, dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), relativos a 2020-2021, indicam que a população residente no município de Seia é de 21 755 pessoas, sendo 10 296 homens e 11 459 mulheres, sendo que 2077 da população residente está abaixo dos 15 anos e 7500 está com 65 anos ou mais (Figura 3).

### Figura 3

#### *Dinâmica Populacional*

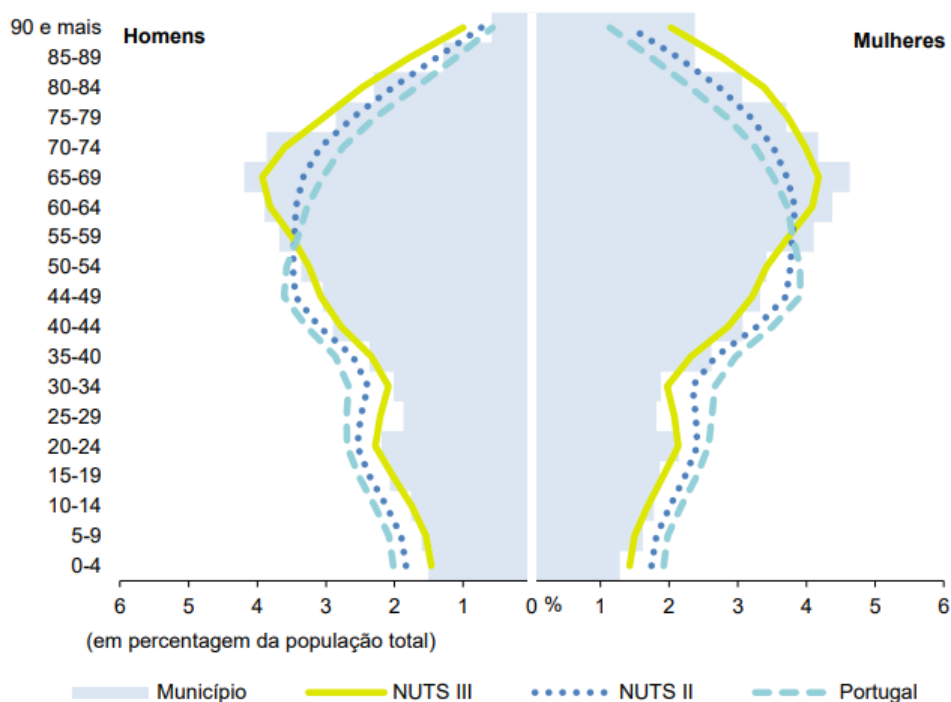
	Município	NUTS III	NUTS II	Portugal	Peso do Município NUTS III (%)
<b>População residente (N.º)</b>	21 755	210 602	2 227 239	10 343 066	10,3
Homens	10 296	100 002	1 060 611	4 920 220	10,3
Mulheres	11 459	110 600	1 166 628	5 422 846	10,4
Com menos de 15 anos	2 077	20 523	263 399	1 331 188	10,1
Com 65 ou mais anos	7 500	69 325	602 180	2 423 639	10,8
<b>Densidade pop. (N.º/Km²)</b>	49,8	33,4	79,3	112,2	-
<b>Taxa de crescimento efetivo anual (%) (2020)</b>	-0,3	-0,1	0,5	0,0	-
<b>Taxa de crescimento natural anual (%) (2020)</b>	-1,3	-1,1	-0,7	-0,4	-
<b>Índice de Envelhecimento</b>	361,1	337,8	228,6	182,1	-
<b>Índice de Potencialidade (2020)</b>	76,1	74,9	73,8	72,3	-

Nota: Dinâmica Populacional 2020-2021. INE.  
[https://www.ine.pt/documentos/municipios/0912\\_2022.pdf](https://www.ine.pt/documentos/municipios/0912_2022.pdf)

É, também, possível afirmar, que a população do município de Seia é uma população envelhecida. No entanto, verifica-se que segue os padrões da NUTS III, no que diz respeito à pirâmide etária, como ilustra a Figura 4.

**Figura 4**

*Estrutura etária da população*



*Nota:* Estrutura etária da população, 2021. INE. [https://www.ine.pt/documentos/municipios/0912\\_2022.pdf](https://www.ine.pt/documentos/municipios/0912_2022.pdf)

### **Caracterização da Região de Seia – Cuidados de Saúde e Doenças Neurodegenerativas**

Seia pertence à ULS da Guarda e, no que diz respeito aos cuidados de saúde, a ULS da Guarda possui vários níveis de cuidados de saúde, sendo eles primários, hospitalares, continuados e paliativos, existindo todos eles neste município. Seia possui uma UCSP, uma UCC e uma USP, integradas no contexto primário. A nível hospitalar, possui o HNSA e em termos de Cuidados Continuados, que se encontram neste mesmo hospital, temos uma Unidade de Convalescença e uma Unidade de Cuidados Paliativos, sendo estas últimas exclusivas no distrito (Marques, Paulino, Paiva, Corte & NEUROQUALYFAM, 2021).

As doenças neurodegenerativas são uma das principais causas de incapacidade e dependência mundial, o que leva a um impacto significativo em termos de saúde e bem-estar físico, psicológico e social dos portadores destas doenças. O Alzheimer – e outras demências –, assim como o Parkinson e a Esclerose Múltipla, são as 3 principais doenças



neurodegenerativas. O Alzheimer e o Parkinson encontram-se ligadas à idade, levando a uma prevalência muito elevada (Idem).

O concelho de Seia é o que apresenta maior população, a seguir à Guarda, e é o que possui um maior número de pessoas com doença neurodegenerativa, apresentando um total de 131 diagnósticos ativos de Parkinsonismo, 21 de Esclerose Múltipla e 376 de Demência, sendo, assim, o concelho com mais casos de parkinsonismo e demência ativos em todo o distrito da Guarda, como mostra a Figura 5 (Idem).

**Figura 5**

*Diagnósticos ativos de doenças neurodegenerativas*



*Nota:* Distribuição dos Diagnósticos ativos de doenças neurodegenerativas na população inscrita na ULS da Guarda por unidade funcional, 2020. Em Doenças Neurodegenerativas na Região da Guarda. <https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/146840/Estudo%20Epidemiol%c3%b3gic-o-final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

**APÊNDICE C – MORADAS DOS POLOS DA UCSP DE SEIA**

<b>Morada dos Polos da UCSP de Seia</b>	<b>Horário de Funcionamento</b>
<p>UCSP Seia – Polo Pinhanços</p> <p><i>Rua do Barreiro, s/n</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2ªF – das 08:00 às 19:00;</li> <li>• De 3ªF a 5ªF – das 08:00 às 13:00;</li> <li>• 6ªF, Sábados, Domingos e Feriados – Encerrado.</li> </ul>
<p>UCSP Seia – Polo Sandomil</p> <p><i>Rua da Laranjeira, s/n</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2ªF – das 10:00 às 13:00;</li> <li>• 3ªF e 4ªF – das 14:00 às 19:00;</li> <li>• 6ªF – das 10:00 às 13:00 e das 14:00 às 18:00;</li> <li>• 5ªF, Sábados, Domingos e Feriados – Encerrado.</li> </ul>
<p>UCSP Seia – Polo São Romão</p> <p><i>Avenida 1º de Maio, s/n</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De 2ªF a 6ªF – das 08:00 às 17:30;</li> <li>• Sábados, Domingos e Feriados – Encerrado.</li> </ul>
<p>UCSP Seia – Polo Tourais</p> <p><i>Rua Dr. José Maria Silveira Montenegro Caldeira Cabral, s/n</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2ªF e 3ªF – das 08:00 às 13:00;</li> <li>• 4ªF – das 08:00 às 13:00 e das 14:00 às 18:00;</li> <li>• 5ªF – das 08:00 às 13:00 e das 14:00 às 16:00;</li> <li>• 6ªF, Sábados, Domingos e Feriados – Encerrado.</li> </ul>
<p>UCSP Seia – Polo Torrozelos</p> <p><i>Rua Jorge Mendes, s/n – Edifício da Junta de Freguesia</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2ªF – das 14:00 às 18:00;</li> <li>• 3ªF e 4ªF – das 10:00 às 13:00;</li> <li>• 5ªF, Sábados, Domingos e Feriados – Encerrado.</li> </ul>
<p>UCSP Seia – Polo Vide</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2ªF e 4ªF – das 14:00 às 18:00;</li> </ul>

<p><i>Rua António Santos, s/n</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3ªF, 5ªF, 6ªF, Sábados, Domingos e Feriados – Encerrado.</li> </ul>
<p>UCSP Seia – Polo Loriga</p> <p><i>Rua Egas Moniz, s/n</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2ªF – das 08:00 às 14:00 e das 15:00 às 18:00;</li> <li>• 3ªF e 5ªF – das 08:00 às 14:00 e das 15:00 às 17:00;</li> <li>• 4ªF – das 08:00 às 13:00 e das 14:00 às 17:00;</li> <li>• 6ªF – das 08:00 às 14:00 e das 15:00 às 16:00;</li> <li>• Sábados, Domingos e Feriados – Encerrado.</li> </ul>
<p>UCSP Seia – Polo Paranhos da Beira</p> <p><i>Rua Das Faias, s/n</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De 2ª a 6ª feira – das 08:00 às 13:00 e das 14:00 às 18:00;</li> <li>• Sábados, Domingos e Feriados – Encerrado.</li> </ul>

## APÊNDICE D – DESCRIÇÃO FÍSICA DO CENTRO DE SAÚDE DE SEIA

<b>PISO -1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bar</li> <li>• Lavandaria</li> <li>• Armazém</li> <li>• 2 Farmácias</li> </ul>
<b>PISO 0</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hall de Entrada</li> <li>• Serviço Administrativo</li> <li>• 6 Gabinetes Médicos</li> <li>• Casas de Banho para utentes</li> <li>• 2 Salas de Espera</li> <li>• Sala de Saúde Infantil / Vacinação</li> <li>• Sala de Consultas (Saúde dos Idosos, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Diabetes e Hipertensão)</li> <li>• Sala de Esterilização</li> <li>• Sala de Saúde Oral</li> <li>• Sala de Tratamentos</li> <li>• Vestiários e Casa de Banho para os funcionários</li> </ul>
<b>PISO 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gabinete da UCC</li> <li>• Serviço Administrativo</li> <li>• Arquivo Geral</li> <li>• Gabinete do Enfermeiro Gestor</li> <li>• Gabinete da Delegação de Saúde Pública</li> <li>• Gabinete Médico</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gabinete do Coordenador de Atividade do Centro de Saúde de Seia</li><li>• Gabinete da Técnica de Saúde Ambiental</li><li>• Biblioteca / Sala de Reuniões</li><li>• Vestiários e Casa de Banho para os funcionários</li></ul>
--	--

**APÊNDICE E – TABELA DE REGISTO DA TENSÃO ARTERIAL**

<b>Tabela de Registo da Tensão Arterial</b>				
<b>Data</b>	<b>Hora</b>	<b>TA Máxima</b>	<b>TA Mínima</b>	<b>Freq. Cardíaca</b>

## APÊNDICE F – FOLHETO RCCU

**SE O RESULTADO DA CITOLOGIA FOR POSITIVO?**

- ↳ Um resultado positivo significa que foram detetadas alterações celulares no teste de rastreio do cancro do colo do útero. Não é o mesmo que cancro.
- ↳ Podem recomendar-lhe a repetição do teste de rastreio porque as células com alterações poderão voltar ao normal por si mesmas.
- ↳ Pode, ainda, ser convidada para uma consulta no hospital da área do seu centro de saúde para um exame mais pormenorizado, chamado "colposcopia".
- ↳ O tratamento, se for necessário, é normalmente uma intervenção simples e efetuado no mesmo hospital.

**RCCU**

"RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO"

**Discentes:**  
Inês Patrício Bidarra, nº 1703859  
Mª Carolina Saraiva, nº1704049

**Orientado por:**  
Enfª Filipa Loureiro  
Profª Drª Isabel Fernandes

**BIBLIOGRAFIA**  
<https://www.rn24.gov.pt/tema/diagnostico-infeccoes/virus-do-papiloma-buraco-mgv/>  
<https://www.dgs.pt/directoria-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-0-038202-4e-21122023-eng.aspx>  
<https://www.rn24.gov.pt/tema/boas-praticas-oncologicas/rastreio-oncologico/>  
<https://www.rccu.pt/rastreio-cancro-colo-uteri/>



## ACERCA DO RCCU

O rastreio do cancro do colo do útero é um teste para examinar as células do colo do útero (parte inferior do útero).

O rastreio regular é a melhor forma de detetar precocemente alterações do colo uterino.



### CRITÉRIOS PARA A REALIZAÇÃO DO RCCU

O rastreio compreende o teste de citologia cervical (Papanicolau) em mulheres **entre os 25 e os 64 anos** de idade, pelo menos de 5 em 5 anos.



## O QUE É O HPV?

O HPV é o Vírus do Papiloma Humano, que é responsável por um elevado número de infeções que, na maioria das vezes, não apresentam sintomas e são de regressão espontânea. Esta é uma das infeções de transmissão sexual mais comuns a nível mundial.



### QUAIS SÃO OS TIPOS DE HPV QUE EXISTEM?

Há 150 tipos de HPV, dos quais 40 afetam preferencialmente os órgãos genitais (vulva, vagina, colo do útero, pênis e ânus).

Existem duas categorias:

#### Baixo Risco

Estão incluídos os tipos 6 e 11, que são responsáveis pela maioria das doenças benignas causadas pelo HPV, como os condilomas ou verrugas genitais;

#### Alto Risco

Existem 15 serotipos deste vírus, contudo os tipos 16 e 18 são os mais frequentes e são responsáveis por 70% grande parte das lesões mais graves como cancro.

## COMO SE TRANSMITE O HPV?

### Mais frequente

É transmitido por via sexual (sexo vaginal, anal ou oral), através do contacto com a pele ou com a mucosa.

### Menos frequente

É transmitido durante o parto, ou através do líquido amniótico.

## QUAIS SÃO OS SINTOMAS DA INFEÇÃO PELO HPV?

O HPV provoca frequentemente uma infeção silenciosa, sem sintomas nem sinais óbvios.

Nos casos em que a infeção apresenta sintomas, estes podem ser:

- comichão;
- ardor ou dor durante a relação sexual;
- verrugas, principalmente na região genital ou anal;
- corrimento anormal;
- hemorragias fora do período da menstruação.

## COMO SE PREVINE O HPV?

1. Fazer a vacina do vírus do papiloma humano, consoante recomendação médica utilização correta e consistente do preservativo;
2. Falar com o parceiro(a) sobre as infeções de transmissão sexual e a sua prevenção;
3. Realização regular por parte da mulher da citologia, vulgarmente conhecida como teste Papanicolau, mesmo que tenha feito a vacina.



**APÊNDICE G – TABELA DE INDICADORES REALIZADA NO ÂMBITO DA  
ATIVIDADE DO DIA MUNDIAL DO AVC**

DIA 31/03/2023				DIA MUNDIAL DO AVC								ISSG
Nº Utente Data Nascimento	Altura	Peso	Perímetro Abdominal	Tensão Arterial		Tabaco	Álcool (Tipo)	Diabetes	Hipertensão	Exercício Físico	Alimentação (Veg. e Frut.) Água	Risco Diabetes (Família)
				Frequência Cardíaca	Número	Número	Medicação	Medicação				

## APÊNDICE H – PLANO DE TRABALHO – CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES

<b>POLI TÉCNICO GUARDA</b>	<b>PLANO DE TRABALHO</b>  Licenciaturas Cursos Técnicos Superiores Profissionais (CTeSP)	<b>MODELO</b> EA.125.07  2022 / 2023
Este documento é um complemento do formulário EA.124 - Convenção.		
<p><b>Tipologia:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Curricular    <input type="checkbox"/> Extracurricular    <input type="checkbox"/> Outro: _____</p> <p style="margin-left: 40px;">Ao abrigo de protocolo ou especificidade formativa?    <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____</p> <p><small>Informação adicional: (se aplicável)</small></p> <p>Designação: Ensino Clínico - Integração à Vida Profissional</p> <p>Ano curricular: 4.º ano    Semestre: 2.º sem    <input type="radio"/> 1.º período    <input checked="" type="radio"/> 2.º período    <input type="radio"/> 3.º período</p>		
<b>1. IDENTIFICAÇÃO DOS INTERVENIENTES</b>		
Estudante: <u>Inês Patrício Bidarra</u>		
Curso: <u>Enfermagem</u>	N.º de estudante: <u>1703859</u>	
Docente orientador(a): <u>Isabel Maria Ribeiro Fernandes</u>		
Supervisor(a)/Tutor(a): <u>Elisabete Silva / Luísa Ferrão</u>		
<b>2. PLANO DE TRABALHO</b>		
<p>Eu, Inês Patrício Bidarra, n.º1703859, remeto este plano de trabalho realizado no âmbito do Ensino Clínico - Integração à Vida Profissional, relativamente à Área de Cuidados de Saúde Hospitalares, realizado no SU do HNSA - Seia, tendo sido delineados os seguintes objetivos de aprendizagem:</p> <p>Objetivo 1: Conhecer a estrutura, organização e dinâmica funcional do SU de Seia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento da estrutura física, orgânica e funcional do SU de Seia;</li> <li>- Observação da dinâmica do SU de Seia;</li> <li>- Identificação da metodologia de trabalho implementada no SU de Seia.</li> </ul> <p>Objetivo 2: 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"> <li>- Demonstração dos conhecimentos teórico-práticos, atualizando os mesmos, de forma a prestar cuidados de forma fundamentada;</li> <li>- Estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados, de acordo com a Triagem de Manchester;</li> <li>- Colaboração e participação de forma sistematizada e fundamentada na abordagem à vítima, de acordo com a avaliação primária e secundária;</li> <li>- Planeamento e implementação do processo de enfermagem no utente em situação de agudização do seu estado de saúde.</li> </ul>		
<b>3. DATAS E ASSINATURAS</b>		
O(A) Estudante		
Data: <u>27/10/2023</u>	Assinatura: <u>Inês Patrício Bidarra</u> <small>(assinatura)</small>	
O(A) Docente Orientador(a)		
Data: <u>27/10/2023</u>	Assinatura: <u>Isabel Maria Ribeiro Fernandes</u> <small>(assinatura)</small>	
O(A) Supervisor(a) / Tutor(a)		
Data: <u>27/10/2023</u>	Assinatura: <u>Elisabete Silva / Luísa Ferrão</u> <small>(assinatura e selo da entidade)</small>	
<small>Hospital Nossa Senhora da Assunção - Seia Rua D. Alexandrina Soares de Albergaria 6270-498 Seia</small>		

Este documento é um complemento do formulário EA.124 - Convenção.

Tipologia:  Curricular  Extracurricular  Outro: \_\_\_\_\_  
 Ao abrigo de protocolo ou especificidade formativa?  Sim. Qual? \_\_\_\_\_  
 Informação adicional: (se aplicável)  
 Designação: Ensino Clínico - Integração à Vida Profissional  
 Ano curricular: 4.º ano  Semestre: 2.º sem  1.º período  2.º período  3.º período

**1. IDENTIFICAÇÃO DOS INTERVENIENTES**

Estudante: Inês Patrício Bidarra  
 Curso: Enfermagem N.º de estudante: 1703859  
 Docente orientador(a): Isabel Maria Ribeiro Fernandes  
 Supervisor(a)/Tutor(a): Elisabete Silva / Luísa Ferrão

**2. PLANO DE TRABALHO**

Objetivo 3: Contribuir para a promoção da saúde dos utentes, reconhecendo o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem:

- Promoção da autonomia do utente e o envolvimento deste na prestação de cuidados;
- Realização de ensinamentos promotores da saúde aquando da prestação de cuidados e no momento da alta clínica;
- Colaboração com outros serviços tendo em vista a continuação da prestação dos cuidados.

Objetivo 4: Estabelecer um bom relacionamento de trabalho com toda a equipa multidisciplinar:

- Estabelecimento de uma boa comunicação e relações interpessoais eficazes com todos os membros da equipa multidisciplinar;
- Comunicação da informação relevante de forma correta e compreensível, relativa ao estado de saúde do utente, de forma oral e escrita;
- Contribuição para o trabalho em equipa multidisciplinar.

Objetivo 5: Colaborar na gestão de cuidados, recursos humanos e materiais implementado no SU de Seia:

- Verificação das dotações seguras, de acordo com as necessidades de horas de cuidados;
- Conhecimento do estilo de liderança adotado pelo enfermeiro gestor;
- Conhecimento da metodologia da gestão de material.

**3. DATAS E ASSINATURAS**

O(A) Estudante  
 Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: Inês Patrício Bidarra  
(assinatura)  
 O(A) Docente Orientador(a)  
 Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: Isabel Maria Ribeiro Fernandes  
(assinatura)  
 O(A) Supervisor(a) / Tutor(a)  
 Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: Elisabete Silva / Luísa Ferrão

## **APÊNDICE I – MISSÃO, VISÃO, OBJETIVOS, PRINCÍPIOS E VALORES DO HNSA – SEIA**

### **Missão:**

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

### **Visão:**

- A ULSG, EPE, constitui-se como uma referência na prestação de cuidados, na vivência comunitária, na relação com os parceiros, na formação pré e pós-graduada de novos prestadores de cuidados e na área da investigação.

### **Objetivos:**

- A ULSG, EPE, tem como referencial comum o primado do cidadão, a conciliação das estratégias de saúde (regionais e nacionais) e a otimização dos recursos disponíveis.
- A ULSG, EPE, deve prosseguir uma cultura orientadora de cuidados personalizados e de excelência, tendo por objetivos:
  - Proporcionar à população abrangida o acesso aos cuidados e a satisfação das suas necessidades em saúde, com níveis de qualidade acrescidos;
  - Prestar cuidados de saúde de qualidade, em tempo oportuno, e em ambiente humanizado;

- Desenvolver um nível de ensino das ciências médicas, de enfermagem e das tecnologias da saúde, consentâneo com os padrões nacionais e internacionais;
- Desenvolver a investigação clínica e científica, promovendo a afirmação da ciência e contribuindo para suportar iniciativas empresariais credíveis, nas áreas das tecnologias da saúde;
- Eficácia, eficiência e oportunidade, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável;
- Cumprir os contratos programa e planos de ação;
- Desenvolver projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio, de saúde pública, familiar e escolar;
- Desenvolver e fomentar a integração de cuidados de saúde, garantindo a complementaridade dos cuidados prestados aos cidadãos e promovendo sinergias entre os estabelecimentos hospitalares, centros e extensões de saúde, com vista à rentabilização e à melhoria dos cuidados de saúde prestados;
- Criar dinâmicas de formação e investigação em que o conhecimento seja também um polo de atração de Recursos Humanos e desenvolver as ações de formação necessárias ao desempenho dos seus colaboradores, assegurando o seu desenvolvimento profissional;
- Desenvolver funções de gestão e partilha e de infraestruturas com capacidade de orientar e influenciar o sistema para garantia da excelência pretendida.

**Princípios:**

- No desenvolvimento da sua atividade, a ULSG, EPE, e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes princípios:
  1. Legalidade, Igualdade, Proporcionalidade, Colaboração e Boa Fé;
  2. Humanismo no relacionamento com os utentes e colegas de trabalho;
  3. Respeito pela dignidade humana;

4. Qualidade nas prestações, com níveis de serviço e resultados elevados;
5. Competência e da responsabilidade.

**Valores:**

- Os valores que orientam o comportamento e a atuação da ULSG, EPE, são:
  1. Atitude centrada no doente e na promoção de saúde pública e da comunidade, respeitando os valores do cidadão e família;
  2. Cultura de excelência técnica, científica e do conhecimento, como um valor a prosseguir continuamente;
  3. Cultura interna de multidisciplinaridade e de bem relacionamento no trabalho;
  4. Responsabilidade Social, contribuindo para a otimização na utilização dos recursos e da capacidade instalada.

## APÊNDICE J – ESTRUTURA FÍSICA DO HNSA – SEIA

<b>Estrutura Física do HNSA – Seia</b>	
<b>PISO -1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmácia;</li> <li>• Morgue;</li> <li>• Arquivo Clínico;</li> <li>• Refeitório;</li> <li>• Cozinha.</li> </ul>
<b>PISO 0</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Radiologia;</li> <li>• Serviço de Urgência (Sala de Emergência, Sala de Triagem de Urgência, Sala de Tratamentos de Urgência, Salas de Espera, 2 Gabinetes Médicos);</li> <li>• Serviço de UICD (1 Sala de Enfermagem, 2 enfermarias – 8 camas no total);</li> <li>• Laboratório;</li> <li>• Administrativos;</li> <li>• Sala de Hematologia;</li> <li>• Sala de Ecografia;</li> <li>• Sala de Esterilização;</li> <li>• Bloco Operatório;</li> <li>• Segurança.</li> </ul>
<b>PISO 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviço de Cuidados Continuados;</li> <li>• Serviço de Convalescença;</li> <li>• Serviço de Cuidados Paliativos.</li> </ul>

<b>PISO 2</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Serviço de Medicina;</li><li>• Serviço de Cirurgia.</li></ul>
---------------	---



## APÊNDICE K – TEMÁTICAS ABORDADAS NOS SEMINÁRIOS

### Temática do 1º Seminário – “Elaboração do Currículo *Vitae*”

<i>Data</i>	<i>14 de março de 2023</i>
<i>Duração</i>	2 horas (das 18:00h às 20:00)
<i>Local</i>	Plataforma <i>Zoom</i>
<i>Moderador/Orador</i>	Professor Doutor António Batista
<i>Assuntos Abordados</i>	Indicações para a elaboração de um Currículo <i>Vitae</i> .
<i>Análise Crítica</i>	Considero este tema interessante e importante, não só do ponto de vista académico, como do ponto de vista profissional enquanto alunos do 4º ano da licenciatura de Enfermagem, uma vez que o Professor nos deu um conjunto de dicas de extrema importância para a redação do nosso Currículo. Para além disso, o tema foi bem explanado, não levantando grandes dúvidas do ponto de vista da estrutura do mesmo, assim como no que nele deve constar.

### Temática do 2º Seminário – “Organizações Profissionais do Setor da Enfermagem”

<i>Data</i>	<i>28 de março de 2023</i>
<i>Duração</i>	2 horas (das 18:00h às 20:00h)
<i>Local</i>	Plataforma <i>Zoom</i>
<i>Moderador</i>	Professor Doutor António Batista

<i>Orador</i>	Enfermeiro Valter Amorim – Presidente de Conselho Jurisdicional Regional da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros
<i>Assuntos Abordados</i>	História e evolução da OE; Organização da OE por secções por região de Portugal (Norte, Centro e Sul); Órgãos Nacionais; Legislação; REPE (objetivos, âmbitos, capítulos e artigos); Estatuto da Ordem dos Enfermeiros; Código Deontológico e Código do Trabalho do Enfermeiro.
<i>Análise Crítica</i>	Considero esta uma temática cuja abordagem se faz de extrema importância nesta fase do nosso curso, uma vez que em breve iremos exercer e considero fundamental o conhecimento das regras inerentes à nossa prática, bem como da regulamentação implementada. Do meu ponto de vista, este seminário mostrou-se um bom momento para consolidar algumas noções e, acima de tudo, esclarecer eventuais dúvidas existentes.

### **Temática do 3º Seminário – “Hospitalização Domiciliária”**

<i>Data</i>	<i>13 de abril de 2023</i>
<i>Duração</i>	2 horas (das 18:00h às 20:00h)
<i>Local</i>	Plataforma <i>Zoom</i>
<i>Moderador</i>	Professor Doutor António Batista
<i>Oradores</i>	Enfermeiro Nino Coelho – Especialista em Enfermagem Comunitária, Doutorado em Ciências da Enfermagem e Coordenador da

	<p>Hospitalização Domiciliária do Centro Hospitalar Baixo Vouga</p>
<p><i>Assuntos Abordados</i></p>	<p>Enquadramento Teórico; Origem; Vantagens, Equipa Multidisciplinar; Organização; Referenciação dos Utentes; População Alvo; Consentimento Informado; Critérios de Inclusão; Fluxograma da Unidade de Hospitalização Domiciliária; Orgânica Funcional; Caracterização da Estrutura Física; Equipamentos e Materiais Necessários; Veículos; Importância da Educação para a Saúde e da Investigação em Enfermagem; Perspetivas futuras.</p>
<p><i>Análise Crítica</i></p>	<p>A temática abordada neste seminário não era do meu conhecimento e, após a explanação do tema considero que esta se apresenta como uma perspetiva de inovação no que diz respeito à prestação de cuidados. Apesar de a hospitalização domiciliária apenas poder ser implementada em alguns casos, uma vez que são necessários critérios específicos, a mesma é uma mais valia para os utentes, melhorando positivamente o estado emocional dos mesmos, uma vez que estes se encontram no conforto dos seus lares. Vejo esta estratégia a ser adotada por mais instituições num futuro próximo, uma vez que para além da prestação de cuidados se fazer de forma mais personalizada e com maior rentabilização, a mesma ajudou na diminuição da taxa do risco infeccioso nosocomial e do número de internamentos a nível hospitalar.</p>

## Temática do 4º Seminário – “As Novas Dimensões do Cuidar”

<i>Data</i>	18 de abril de 2023
<i>Duração</i>	2 horas (das 18:00h às 20:00h)
<i>Local</i>	Plataforma <i>Zoom</i>
<i>Moderador</i>	Professor Doutor António Batista
<i>Oradora</i>	Enfermeira Ângela Simões – Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Mestre em Cuidados Paliativos, Doutorada em Enfermagem e Coordenadora da Unidade de Paliativos da ULS de Castelo Branco.
<i>Assuntos Abordados</i>	Visualização dois vídeos (com posterior discussão e debate); Importância da comunicação (o escutar, a compaixão, o respeito pelo silêncio, a empatia, a relação de conforto relativamente à família); Reflexão sobre as competências do enfermeiro na prestação de cuidados, desde a conceção até à morte.
<i>Análise Crítica</i>	Considero que este foi, para mim, o seminário que mais prendeu a minha atenção, não só pela temática de si já bastante interessante como, também, pelo facto que a Enfermeira Ângela me ter cativado logo desde o início. Foi uma sessão bastante interativa, pois apesar de ela nos ter trazido casos práticos, clínicos, que aconteceram com ela, proporcionou, também, o debate ao longo de todo o seminário. Foi-nos mostrada uma prestação de cuidados holística, na qual o doente tem sempre algo a dizer e onde é ouvido. A empatia, o escutar, a compaixão e o conforto foram palavras de ordem ao longo de toda a sessão, que teve por base o livro “O

	<p>Príncipezinho”, de Antoine de Saint-Exupéry. Acima de tudo, o que a Enfermeira Ângela nos tentou transmitir foi a importância da prática humanizada e do saber “colocar-nos na posição do outro”. Foi, sem dúvida, uma temática que primou pela excelente oração da Enfermeira Ângela.</p>
--	---

### Temática do 5º Seminário – “Currículo *Europass*”

<i>Data</i>	<i>20 de abril de 2023</i>
<i>Duração</i>	2 horas (das 18:00h às 20:00h)
<i>Local</i>	Plataforma <i>Zoom</i>
<i>Moderador/Orador</i>	Professor Doutor António Batista
<i>Assuntos Abordados</i>	Estudo de um Currículo <i>Europass</i> (estrutura, organização e conteúdos a incorporar).
<i>Análise Crítica</i>	<p>Este seminário foi a segunda parte do 1º seminário realizado, na qual se compararam os dois tipos de currículo. Para além disso, aprofundámos mais um pouco a estrutura e a pertinência da informação a colocar no mesmo, através da observação de um exemplo trazido pelo Professor António Batista. Considero ter sido um tema interessante, como já tinha observado no 1º, uma vez que é um documento que irei redigir e que se encontra preconizado pela União Europeia. Consegui ver as minhas dúvidas esclarecidas após estes dois seminários relativos ao Currículo.</p>

## Temática do 6º Seminário – “Direitos e Deveres Fiscais”

<i>Data</i>	<i>2 de maio de 2023</i>
<i>Duração</i>	2 horas (das 18:00h às 20:00h)
<i>Local</i>	Plataforma Zoom
<i>Moderador</i>	Professor Doutor António Batista
<i>Oradora</i>	Doutora Susana – Licenciada em Contabilidade e Auditoria
<i>Assuntos Abordados</i>	Tipos de Contratos; Início da Atividade na Autoridade Tributária; Descontos efetuados no âmbito da Segurança Social; IRS.
<i>Análise Crítica</i>	Considero a temática desta sessão bastante importante, uma vez que enquanto recém-licenciados, prestes a iniciar vida laboral, necessitamos de informação no que diz respeito a toda a atividade tributária. A Doutora Susana, para além de apresentar a teoria e de nos dar indicações de como proceder a determinadas atividades, ilustrou as suas explicações com alguns casos práticos que, sem dúvida, foram uma mais valia para a compreensão de algumas vertentes.

## Temática do 7º Seminário – “Farmacovigilância”

<i>Data</i>	<i>9 de maio de 2023</i>
<i>Duração</i>	2 horas (das 18:00h às 20:00h)
<i>Local</i>	Plataforma <i>Zoom</i>
<i>Moderador</i>	Professor Doutor António Batista
<i>Orador</i>	Bruno Coelho
<i>Assuntos Abordados</i>	Origem da Farmacovigilância; Definição da Farmacovigilância; Unidade de Farmacovigilância da Beira Interior e de Coimbra; Enquadramento Histórico do Sistema Nacional de Farmacovigilância; Noções gerais sobre Farmacovigilância; Metodologias em Farmacovigilância; Sistema de Notificação Espontânea (vantagens e desvantagens); Farmacovigilância em Dados Estatísticos; Aspectos Ético-legais; Notificação das RAM.
<i>Análise Crítica</i>	Creio que este tema é bastante pertinente, uma vez que enquanto enfermeiro, contactamos diariamente com os medicamentos e devemos estar na posse dos conhecimentos indicados relativos a cada medicamento por nós administrado. O facto de conhecermos as reações adversas passíveis de acontecer com cada medicamento leva-nos a uma maior vigilância do utente e, por outro lado, deixa-nos mais despertos para que procuremos sinais e sintomas de que determinado medicamento está a provocar determinada reação no nosso utente.

## Temática do 8º Seminário – “Capacidade e Adaptação ao Mercado Laboral”

<i>Data</i>	<i>30 de maio de 2023</i>
<i>Duração</i>	2 horas (das 18:00h às 20:00h)
<i>Local</i>	Plataforma <i>Zoom</i>
<i>Moderador</i>	Professor Doutor António Batista
<i>Oradores</i>	Enfermeiro Fernando Mendes Parreira – Presidente do SIPEnf, representante do SIPEnf; Enfermeiro Rui Pedro Capelo Paixão – Dirigente pela Delegação Regional do Centro, representante do SINDEPOR; Enfermeiro Emanuel António Zambujo Boieiro – Presidente da Direção Geral do SNE, representante do SNE.
<i>Assuntos Abordados</i>	Os assuntos abordados pelos representantes de cada Sindicato foram comuns, sendo elas: Origens; Objetivos (enquanto entidades defensoras dos direitos e deveres dos enfermeiros); Progressão na Carreira; Perspetivas para Recém-Licenciados.
<i>Análise Crítica</i>	Este seminário alertou-me para a importância da existência de sindicatos, enquanto entidades que se preocupam com assuntos laborais, resultantes do contrato de trabalho. Os sindicatos constituem-se entidades defensoras dos direitos e deveres dos enfermeiros, e que têm um papel preponderante na manutenção dos mesmos. Pude, também, observar, que o estado da progressão da carreira de enfermagem e a valorização da mesma tem vindo a sofrer alterações.



## Temática do 9º Seminário – “Neurodegeneração e Envelhecimento”

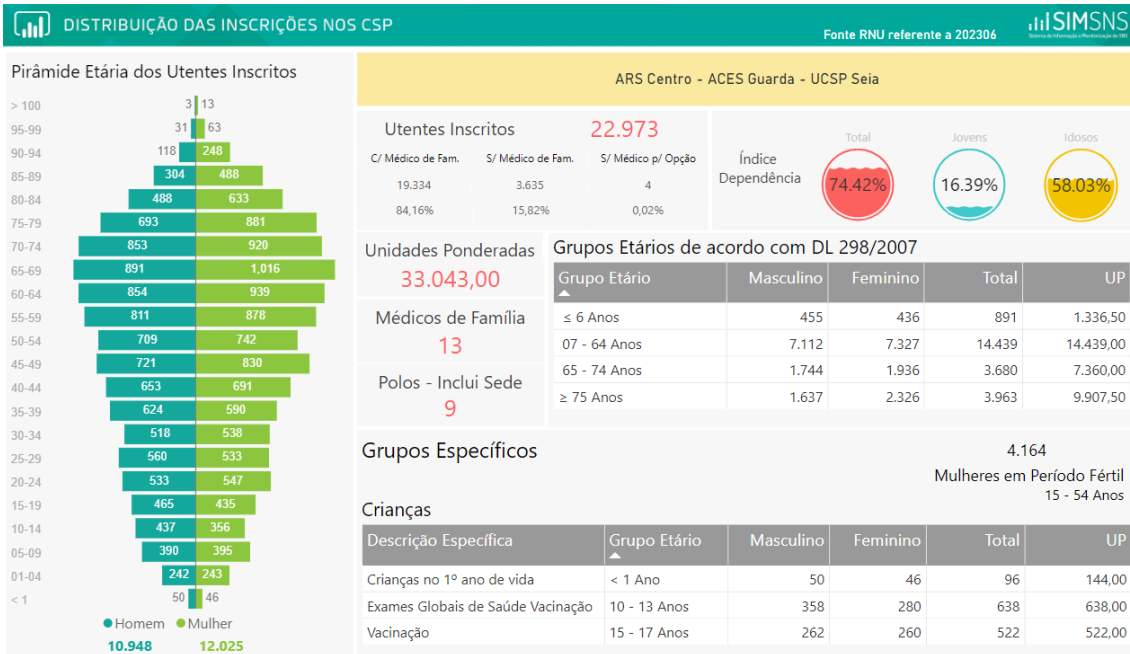
<i>Data</i>	<i>6 de junho de 2023</i>
<i>Duração</i>	2 horas (das 18:00h às 20:00h)
<i>Local</i>	Plataforma Zoom
<i>Moderador/Orador</i>	Professor Doutor António Batista
<i>Assuntos Abordados</i>	Conceitos; Mecanismos; Teorias; Reprogramação; Sinais de Envelhecimento; Neurodegeneração; Sexualidade.
<i>Análise Crítica</i>	Considero que este tema se constitui de grande importância, uma vez que a população portuguesa é uma população envelhecida. Tendo em conta esta caracterização, é necessário um grau de diferenciação na prestação de cuidados relativamente a outras faixas etárias. Para além disso, creio ser um tema pertinente do ponto de vista não apenas profissional, mas, também, académico, uma vez que o ensino atual não comporta nem transmite conhecimentos diferenciados para esta faixa etária da população, o que, do meu ponto de vista, seria uma mais valia para que, futuramente, a nossa população envelhecida, recebesse cuidados mais diferenciados, direcionados efetivamente a eles, à sua faixa etária. Este seminário foi extremamente interessante, e fez-me refletir em aspetos como este.

**Temática do 10º Seminário – “Preparação para a Entrevista e Formação ao Longo da Vida”**

<i>Data</i>	<i>13 de junho de 2023</i>
<i>Duração</i>	2 horas (das 18:00h às 20:00h)
<i>Local</i>	Plataforma Zoom
<i>Moderador</i>	Professor Doutor António Batista
<i>Orador</i>	Enfermeiro Júlio Salvador – Enfermeiro Supervisor da ULS da Guarda
<i>Assuntos Abordados</i>	Currículo <i>Vitae</i> ; Entrevista Profissional de Seleção.
<i>Análise Crítica</i>	<p>Este foi um seminário muito elucidativo no que diz respeito à entrevista de trabalho, uma vez que o Enfermeiro Júlio nos fez um retrato de como as atuais entrevistas são conduzidas, selecionando algumas questões de entrevistas já realizadas, de modo a elucidar-nos para o tipo de questões que nos farão futuramente. Com os exemplos de questões por ele dados conseguimos ter uma noção das principais perguntas realizadas, sendo comuns a praticamente todas as entrevistas, para as quais nos encontramos agora mais preparados, após esta sessão. Considero este tema uma mais valia para o nosso futuro profissional.</p>

## **ANEXOS**

## ANEXO A – DISTRIBUIÇÃO DAS INSCRIÇÕES NOS CSP – UCSP SEIA



**Fonte:** Ministério da Saúde (2023). *BICSP*. Acedido em abril, 24, 2023, em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20024/2091200/Pages/default.aspx>

## ANEXO B – REGISTO DA AVALIAÇÃO DE RISCO DA ÚLCERA DE PÉ DIABÉTICO E TABELA DO PROGRAMA DE DIABETES

Registo de valores de risco de úlcera de pé diabético

**IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR**  
 Nome: [REDACTED] Idade: [REDACTED] N.º Utilizador: [REDACTED] N.º Processo: [REDACTED]

Novo Registo Histórico

**PÉ DIABÉTICO**  
 O pé está em situação de risco quando se verifica a presença de qualquer das seguintes condições:

Anamnese	Sim	Não	NAv
1. Complicações tardias (diminuição acuidade visual,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tabagismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Conhecimento não demonstrado (risco da doença, auto-vigilância...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Condições socioeconómicas deficientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Calçado e meias inadequados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Tudo</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Pé Direito			Pé Esquerdo		
	Sim	Não	NAv	Sim	Não	NAv
6. Integridade cutânea alterada (secura, calosidades, gretas ou infeção fúngica).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Presença de edema.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Deformidades do pé (nas proeminências ósseas ou dos dedos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9a. Neuropatia - Diminuição da sensibilidade por monofilamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9b. Neuropatia - Diminuição da sensibilidade por diapasão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9c. Neuropatia - Diminuição da sensibilidade por "teste de sensib. com algodão".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9d. Neuropatia - Diminuição dos reflexos tendinosos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10a. Isquemia - Ausência do pulso pedioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10b. Isquemia - Ausência do pulso tibial posterior.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10c. Isquemia - Claudicação da marcha ou dor dos gêmeos em repouso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10d. Isquemia - Cor e temperatura da pele alterada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10e. Isquemia - Índice tibio-braquial alterado (< 0.9).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Antecedentes pessoais de úlcera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Antecedentes pessoais de amputação de membro inferior (minor ou major).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Tudo</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nota

Data [REDACTED] Hora [REDACTED]

**CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO URGENTE**

- a. Úlcera sem melhoria clínica no período de 1 mês após vigilância e tratamento aparentemente adequados.
- b. Úlcera com sinais de celulite ou área de rubor peri-úlcera superior a 2 cm de largura ou exposição óssea ou evidência de infeção sistémica.
- c. Úlcera com sinais de compromisso vascular importante, com necrose, gangrena ou outros sinais críticos de isquemia.
- d. Suspeita de pé de charcot.
- e. Dor intensa refractária ao tratamento.

**Baixo** Ausência de neuropatia, isquemia, úlcera e amputação anterior. Deverá manter-se uma vigilância anual.

**Médio** Presença de neuropatia - deverá manter-se uma vigilância semestral.

**Alto** Existência de isquemia ou de neuropatia associada aos pontos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ou 8, ou história de úlcera cicatrizada ou amputação prévia. Deverá ser avaliado de 1 a 3 meses.

Diabetes - Dr(a) Anabela Mateus

**IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR**  
 Nome: [REDACTED] Idade: 26 anos N.º Utilizador: [REDACTED] N.º Processo: 102 Vigiado na USFUCSP: Não

**IDENTIFICAÇÃO**  
 Tipo: Tipo 2 (T90) DM desde [REDACTED] AO desde [REDACTED] INS desde [REDACTED]

**VACINAÇÕES**  
 Gripe: [REDACTED] Pneumonia: [REDACTED]

**BIO**  
 Altura(cm): [REDACTED]

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Parente	AVC	EAM	Diabetes	HTA	Dislipidemia
CÓNJUGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OUTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FATORES DE RISCO**  
 Obesidade  Álcool  
 Excesso de peso  Dislipidemia  
 Sedentarismo  Hipertensão arterial  
 Tabagismo  Diabetes gestacional  
 Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono

**COMPLICAÇÕES MICROVASCULARES**  
 Amputação: [REDACTED]  
 Nefropatia: [REDACTED]  
 Neuropatia: [REDACTED]  
 Retinopatia: [REDACTED]

**COMPLICAÇÕES MACROVASCULARES**  
 Doença coronária  
 Insuficiência cardíaca  
 AVC  
 Doença arterial periférica

**TERAPÉUTICA**  
 Laser  
 Injeção intravítrea  
 Hemodiálise  
 Coronarioplastia

**EDUCAÇÃO**  
 Individual  Grupo

**CONSULTAS** a partir de (ano) [REDACTED] Medicção MCDT PA PI Guia do Diabético Não Rastreios Retinopatia Diabética OK Objectivos Próx. Consulta Copiar

NP	Data	Peso(kg)	IMC	P.Abd	TAs	TAd	MA/b	Hb01	Gli-C	Oftalmologia	Risco Pé Diabético	Álcool	Tabaco	Carga Tabagica	Ins	Big	Sul	Ini	Mgl	Gz	Dpp4	Est	Asp	IECA	ARA	Ag	GLP1	Olf	Data Pedido	Re
	19-03-2018										C																			23
	31-08-2017										C		4	2,2	T															
	28-07-2017										C		0	0	T															

Notas

Relatório Ver

Fonte: Direção Geral da Saúde (2023). Acedido em abril, 24, 2023, em: [https://spms.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2018/06/SCLIN\\_VERSAO\\_2.7.0.pdf](https://spms.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2018/06/SCLIN_VERSAO_2.7.0.pdf)

## ANEXO C – ESCALA DE MARY SHERIDAN MODIFICADA

Quadro 1. Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada – 1 – 12Meses

Nome	Data de nascimento / /	Processo n.º					
	4 – 6 Semanas	3 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses		
<b>Postura e Motricidade Global (PMG)</b>	<input type="checkbox"/> Decúbito ventral - levanta a cabeça. <input type="checkbox"/> Decúbito dorsal - a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão. <input type="checkbox"/> Tração pelas mãos - a cabeça cai. <input type="checkbox"/> Sentado - dorso em arco e mãos fechadas. <input type="checkbox"/> Suspensão vertical - cabeça ereta membros semi-fletidos.	<input type="checkbox"/> Decúbito ventral - apoio nos antebraços. <input type="checkbox"/> Decúbito dorsal - postura simétrica, membros com movimentos ritmados. <input type="checkbox"/> Tração pelas mãos - cabeça erecta e coluna dorsal direita. <input type="checkbox"/> De pé - flete os joelhos, não faz apoio.	<input type="checkbox"/> Decúbito ventral - apoia-se nas mãos. <input type="checkbox"/> Decúbito dorsal - levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos. <input type="checkbox"/> Tração pelas mãos - faz força para se sentar. <input type="checkbox"/> Mantém-se sentado sem apoio. <input type="checkbox"/> De pé faz apoio.	<input type="checkbox"/> Senta-se sozinho e fica sentado 10 a 15min. <input type="checkbox"/> Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se.	<input type="checkbox"/> Passa de decúbito dorsal a sentado. <input type="checkbox"/> Tem equilíbrio sentado. <input type="checkbox"/> Gatinha. <input type="checkbox"/> Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos.		
<b>Visão e Motricidade Fina (VMF)</b>	<input type="checkbox"/> Segue uma bola pendente a 20-25cm em ¼ de círculo (do lado até à linha média).	<input type="checkbox"/> Mãos abertas - juntas na linha média e brinca com elas. <input type="checkbox"/> Segura brevemente a roca e move-a em direção à face. <input type="checkbox"/> Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal. <input type="checkbox"/> Convergência. <input type="checkbox"/> Pestanejo de defesa.	<input type="checkbox"/> Tem preensão palmar. <input type="checkbox"/> Leva os objetos à boca. <input type="checkbox"/> Transfere objetos. <input type="checkbox"/> Se o objeto cai esquece-o imediatamente. <input type="checkbox"/> Boa convergência (estrabismo anormal).	<input type="checkbox"/> Tem preensão e manipulação. <input type="checkbox"/> Leva tudo à boca. <input type="checkbox"/> Aponta com o indicador. <input type="checkbox"/> Faz pinça. <input type="checkbox"/> Atira os objetos ao chão deliberadamente. <input type="checkbox"/> Procura o objecto que caiu ao chão.	<input type="checkbox"/> Explora com energia os objectos e atira-os sistematicamente ao chão. <input type="checkbox"/> Procura um objeto escondido. <input type="checkbox"/> Interesse visual para perto e longe.		

	4 – 6 Semanas	3 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses	
<b>Audição e Linguagem</b>	<input type="checkbox"/> Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15cm do ouvido.	<input type="checkbox"/> Atende e volta-se geralmente aos sons.	<input type="checkbox"/> Segue os sons a 45cm do ouvido. <input type="checkbox"/> Vocaliza sons monossílabos e dissílabos. <input type="checkbox"/> Dá gargalhadas.	<input type="checkbox"/> Atenção rápida para os sons perto e longe. <input type="checkbox"/> Localização de sons suaves a 90cm abaixo ou acima do nível do ouvido. <input type="checkbox"/> Repete várias sílabas ou sons do adulto.	<input type="checkbox"/> Resposta rápida aos sons suaves mas habituando-se depressa. <input type="checkbox"/> Dá pelo nome e volta-se. <input type="checkbox"/> <i>Jargon</i> (vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível). <input type="checkbox"/> Compreende ordens simples "dá, cá e adeus":	
<b>Comportamento e Adaptação Social</b>	<input type="checkbox"/> Fixa a face da mãe quando o alimenta. <input type="checkbox"/> Sorriso presente às 6 semanas. <input type="checkbox"/> Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.	<input type="checkbox"/> Sorri. <input type="checkbox"/> Boa resposta social à aproximação de uma face familiar.	<input type="checkbox"/> Muito ativo, atento e curioso.	<input type="checkbox"/> Leva uma bolacha à boca. <input type="checkbox"/> Mastiga. <input type="checkbox"/> Distingue os familiares dos estranhos.	<input type="checkbox"/> Bebe pelo copo com ajuda. <input type="checkbox"/> Segura a colher mas não usa. <input type="checkbox"/> Colabora no vestir levantando os braços. <input type="checkbox"/> Muito dependente do adulto. <input type="checkbox"/> Demonstra afeto.	

**Fonte:** Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido em abril, 24, 2023, em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

## ANEXO D – SINAIS DE ALARME 1-12 MESES

**Quadro 2. SINAIS DE ALARME – 1 – 12Meses**

1 MÊS	3 MESES	6 MESES	9 MESES	12 MESES
<input type="checkbox"/> Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado. <input type="checkbox"/> Hipertonicidade na posição de pé <input type="checkbox"/> Nunca segue a face humana. <input type="checkbox"/> Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana). <input type="checkbox"/> Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.	<input type="checkbox"/> Não fixa nem segue objetos. <input type="checkbox"/> Não sorri. <input type="checkbox"/> Não há qualquer controlo da cabeça. <input type="checkbox"/> Mãos sempre fechadas. <input type="checkbox"/> Membros rígidos em repouso. <input type="checkbox"/> Sobressalto ao menor ruído. <input type="checkbox"/> Chora e grita quando se toca. <input type="checkbox"/> Pobreza de movimentos.	<input type="checkbox"/> Ausência de controlo da cabeça. <input type="checkbox"/> Membros inferiores rígidos e passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar. <input type="checkbox"/> Não olha nem pega em qualquer objeto. <input type="checkbox"/> Assimetrias. <input type="checkbox"/> Não reage aos sons. <input type="checkbox"/> Não vocaliza. <input type="checkbox"/> Desinteresse pelo ambiente. <input type="checkbox"/> Irritabilidade. <input type="checkbox"/> Estrabismo manifesto e constante.	<input type="checkbox"/> Não se senta. <input type="checkbox"/> Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição. <input type="checkbox"/> Assimetrias. <input type="checkbox"/> Sem preensão palmar, não leva objetos à boca. <input type="checkbox"/> Não reage aos sons. <input type="checkbox"/> Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização. <input type="checkbox"/> Apático sem relação com familiares. <input type="checkbox"/> Engasga-se com facilidade. <input type="checkbox"/> Estrabismo.	<input type="checkbox"/> Não aguenta o peso nas pernas. <input type="checkbox"/> Permanece imóvel, não procura mudar de posição. <input type="checkbox"/> Assimetrias. <input type="checkbox"/> Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão. <input type="checkbox"/> Não responde à voz. <input type="checkbox"/> Não brinca nem estabelece contacto. <input type="checkbox"/> Não mastiga.
Apoios _____				
Plano de ação _____				

**Fonte:** Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido em abril, 24, 2023, em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

## ANEXO E – PLANO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Quadro I – PNV: Esquema geral recomendado

Vacina   Doença	Idade											
	Nasci-mento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3								
<i>Haemophilus influenzae b</i>		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4						
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite		VIP 1	VIP 2	VIP 3		VIP 4	VIP 5					
<i>Streptococcus pneumoniae</i>		Pn <sub>13</sub> 1	Pn <sub>13</sub> 2		Pn <sub>13</sub> 3							
<i>Neisseria meningitidis B</i>		MenB 1	MenB 2		MenB 3							
<i>Neisseria meningitidis C</i>					MenC							
Sarampo, parotidite epidémica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2					
Vírus Papiroma humano								HPV 1,2				
Tétano, difteria e tosse convulsa									Tdpa - Grávidas			
Tétano e difteria									Td	Td	Td	Td

**Fonte:** Direção Geral da Saúde (2020). *Programa Nacional de Vacinação*. Acedido em abril, 24, 2023, em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>



## ANEXO F – CERTIFICADO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO “AS UNHAS, AS ONICOCRIPTOSES E AS ONICOMINCOSES”



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



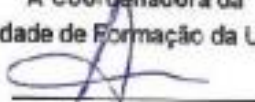
### Declaração de Frequência

Para os devidos efeitos declara-se que Inês Patrício Bidarra, frequentou a formação em serviço “Unhas, Onicocriptoses, Onicomicoses”, no dia 31 de março de 2023, com a duração total de 2 horas, promovida pela UCSP de Seia.

Guarda, 23 de junho de 2023

O(A) Coordenador(a) da Unidade de Formação

A Coordenadora da  
Unidade de Formação da ULGA


  
Enf.ª Anabela Gil

Declaração nº 241/2023




Página 1 de 1


# ANEXO G – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES



**REPÚBLICA PORTUGUESA**  
SAÚDE



**SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



**UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA**






**Questionário de Avaliação da Satisfação dos Utentes - UCSP**

(A preencher pela UGQR) 011

Questionário n.º: 0023

Como utente, a sua opinião é importante para podermos melhorar o funcionamento dos nossos serviços. Garantimos a confidencialidade das suas respostas apelando à sua sinceridade. Agradecemos, desde já, a sua colaboração.

Gostaríamos de saber qual o grau de satisfação relativamente a alguns aspetos da UCSP. Preencha a quadrícula correspondente à resposta que melhor exprime a sua opinião.

		Não Aplicável	Nada satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Totalmente Satisfeito
<b>1. Acessibilidade/Admissão</b>							
O desempenho do pessoal de secretaria em termos de cortesia, disponibilidade e competência							
Tempo de espera que aguardou na sala de espera para ser atendido no secretariado.							
Facilidade em contactar telefonicamente com esta Unidade de Saúde							
O Horário proposto por esta Unidade de Saúde para os serviços que lhe são prestados							
Facilidade em se deslocar para esta Unidade de Saúde							
Acessibilidade às instalações de utentes com necessidades especiais como por exemplo crianças, grávidas, idosos e portadores de deficiência							
Rapidez com que os seus problemas urgentes foram atendidos e resolvidos							
<b>2. Atendimento Médico</b>							
Atenção e disponibilidade dispensada pelos Médicos (disponibilidade para o ouvir, capacidade em perceber o que lhe transmitia, envolvimento)							
A qualidade dos cuidados médicos recebidos							
Tempo que aguardou para ser atendido pelo médico após a hora agendada							
A informação fornecida pelo médico							
<b>3. Atendimento de Enfermagem</b>							
Atenção e disponibilidade dispensada pelos Enfermeiros (disponibilidade para o ouvir, capacidade em perceber o que lhe transmitia, envolvimento)							
A qualidade dos cuidados de enfermagem recebidos							
Tempo que aguardou para ser atendido pelo enfermeiro após a hora agendada							
A informação fornecida pela equipa de enfermagem							
<b>4. Em relação às instalações</b>							
Limpeza e higiene das instalações (consultórios, instalações sanitárias, corredores, salas de espera)							
Conforto e comodidade das instalações (temperatura, ruído, estado de conservação das instalações e dos equipamentos)							
Qualidade global das instalações do serviço							

ULSG.Imp.126.01

Página 1 de 2



5. Aspetos organizacionais

	Não Aplicável	Nada satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Totalmente Satisfeito
A correta identificação dos profissionais						
A facilidade em obter uma consulta de recurso						
A forma como foi envolvido nas decisões sobre os cuidados a ter com a sua saúde						
A organização geral dos serviços						

6. Consentimento Informado

Considera que a informação relativa aos atos/procedimentos que realizou e que teve que consentir foram adequados/explicitos						
Considera suficiente o tempo despendido pelo profissional de saúde, para a sua reflexão e tomada de decisão						
Na obtenção do consentimento por escrito (assinado por si e pelo profissional de saúde) foi-lhe entregue uma cópia?	<input type="radio"/> Não		<input type="radio"/> Sim			

7. Intimidade e Privacidade

Considera que no período de permanência na Unidade e durante a prestação de cuidados, foi respeitada a sua intimidade e privacidade						
---	--	--	--	--	--	--

8. Confidencialidade

Considera que no período de permanência na Unidade e durante a prestação de cuidados, foi respeitada a sua Confidencialidade						
--	--	--	--	--	--	--

9. Satisfação Global

Avaliação global desta Unidade de Saúde						
---	--	--	--	--	--	--

10. Alguma vez apresentou uma reclamação verbal ou por escrito à sua Unidade de Saúde?      Sim       Não

10.1. Em caso afirmativo, a sua reclamação foi bem resolvida?      Sim       Não

11. Se tivesse possibilidade de escolher, voltaria à consulta desta unidade?      Sim       Não

12. Recomendaria esta Unidade de Saúde a um familiar ou amigo?      Sim       Não

13. Dados Pessoais:

Idade: \_\_\_\_\_ Género:  Feminino     Masculino     Outro

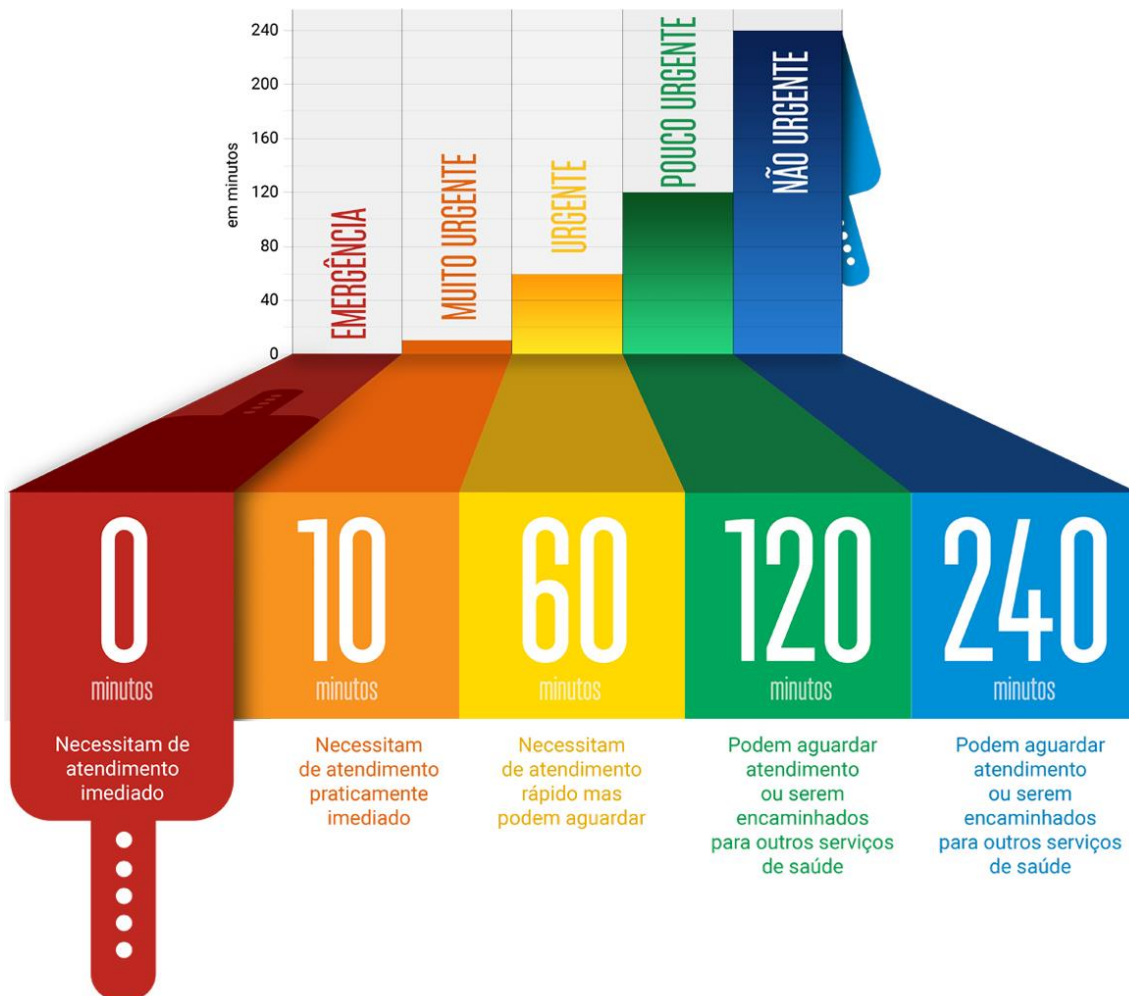
1. Sugestões - Que aspetos acha que poderiam melhorar para aumentar a qualidade dos serviços?

*Obrigada pela sua colaboração*

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Fonte: Documento proveniente do Serviço.

## ANEXO H – PROTOCOLO DE TRIAGEM DE MANCHESTER



**Fonte:** Grupo Português de Triagem (2023). *Sistema de Triagem de Manchestre*. Acedido em junho, 4, 2023, em: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>

## ANEXO I – ESCALA DE COMA DE GLASGOW

<b>ESCALA DE GLASGOW</b>						
Abertura dos olhos		Resposta Verbal		Resposta Motora		
				Obedece a ordens	6	
		Orientada	5	Localiza a dor	5	
Espontânea	4	Desorientada	4	Reacção de fuga	4	
À voz	3	Inapropriada	3	Flexão normal	3	
À dor	2	Incompreensível	2	Extensão anormal	2	
Ausente	1	Ausente	1	Ausente	1	
<table border="1"> <tr> <td> <b>Grave: 3 a 8</b>  <b>Moderado: 9 a 12</b>  <b>Leve: 13 a 15</b> </td> </tr> </table>						<b>Grave: 3 a 8</b> <b>Moderado: 9 a 12</b> <b>Leve: 13 a 15</b>
<b>Grave: 3 a 8</b> <b>Moderado: 9 a 12</b> <b>Leve: 13 a 15</b>						

**Fonte:** Documento proveniente do Serviço de Urgência.

# ANEXO J – VIA VERDE – AVC



Fonte: Documento proveniente do Serviço de Urgência.

## ANEXO K – ESCALA DE MORSE

### Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debitado Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

**Fonte:** Costa-Dias, M. J., Ferreira, P., Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 7-17.

## ANEXO L – ESCALA DE BRADEN

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO				
Nome do doente: _____	Nome do avaliador: _____	Data da avaliação: _____		
Serviço: _____	Cama: _____	Idade: _____		
<b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reacção significativa ao desconforto	<b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retira nem se agita a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	<b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação. OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade	<b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudoreses, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	<b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	<b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	<b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
<b>Actividade</b> Nível de actividade física	<b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	<b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Pressa a maior parte dos tempos deitado ou sentado.	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou as extremidades sem ajuda.	<b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	<b>3. Ligeiramente limitada:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	<b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	<b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	<b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a mínima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda mínima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	<b>2. Problema potencial:</b> Movimentar-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.	<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				Pontuação total
© Copyright Braden Braden and Nancy Bergman, 1989; Versão Portuguesa 2001. Carlos Magalhães, Cristina Miguéis, Pedro Fernandes, João Gonçalves, Érika Furtado Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)				

**Fonte:** Direção Geral da Saúde. (2011). Norma nº. 017/2011. Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Acedido em junho, 4, 2023, em: [https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao\\_ulceraspdf-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx)



## ANEXO M – CERTIFICADO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO “TÉCNICAS DE MOBILIZAÇÃO EM VÍTIMA DE TRAUMA”



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



### Declaração de Frequência

Para os devidos efeitos declara-se que Inês Patrício Bidarra, frequentou ação de formação “Técnicas de mobilização em vítima de trauma”, no dia 30 de Maio de 2023, com a duração total de 4 horas, promovido pelo Serviço de Urgência do Hospital de Nossa Senhora da Assunção - Seia.

Seia, 31/05/2023

O(A) Coordenador(a) da Unidade de Formação

Declaração n.º 489/2023



## ANEXO N – CERTIFICADO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO “ABORDAGEM À DIFICULDADE RESPIRATÓRIA EM IDADE ADULTA”



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



### Declaração de Frequência

Para os devidos efeitos declara-se que **Inês Patrício Bidarra**, frequentou ação de formação “**Abordagem à dificuldade respiratória em idade adulta**”, no dia 22 de Junho de 2023, com a duração total de 4 horas, promovido pelo Serviço de Cinesiterapia do Hospital de Nossa Senhora da Assunção - Seia.

Seia, 26/06/2023

O(A) Coordenador(a) da Unidade de Formação

Declaração n.º 727/2023



Página 1 de 1