



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Sandra Filipa de Sousa Gueidão

LISBOA, Março 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Sandra Filipa de Sousa Gueidão

Sob orientação da Professora Doutora Helena José

LISBOA, Março 2012



“Enfermagem e cuidados de saúde (...) exigem hoje em dia um respeito humanista pela unidade funcional do ser humano”.

Jean Watson



Resumo

A enfermagem profissional teve início com Florence Nightingale, pioneira do processo reflexivo da disciplina de enfermagem, o que permitiu o nascimento da Enfermagem Moderna. Enquanto disciplina, foi esta marcada ao longo da sua evolução por correntes de pensamento que assentam nos conceitos de Pessoa, Saúde, Cuidado e Ambiente. O Paradigma da Transformação, caracterizado pela sua abertura para o mundo, levou a novas conceções da disciplina de enfermagem, modificando a prestação de cuidados.

Deste modo, e com a finalidade de satisfazer as necessidades da Pessoa/Família, os enfermeiros, no decurso da sua atividade profissional, apostam na formação com objetivo de melhorar a sua competência profissional.

O presente trabalho insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional – Área de Especialização: Enfermagem Médico - Cirúrgica com o intuito de adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados quer à pessoa adulta e/ou idosa e/ou em estado crítico integrado na unidade curricular – Estágios que decorreram nos serviços: Urgência – Hospital da Luz e Unidade de Cuidados Intermédios e Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar no Hospital de Santa Maria (Centro Hospitalar Lisboa Norte).

A metodologia deste trabalho comporta uma análise critico-reflexiva da prática, recorrendo aos pressupostos defendidos por **Jean Watson** – Escola do Cuidado Humano e à teórica **Nola Pender** – Escola da Promoção da Saúde visando ambas, na sua ação, a prestação de cuidados.

A temática central deste relatório é o acolhimento à Pessoa/Família, pois este, não só permite, como favorece a implicação da pessoa na prestação de cuidados, refletindo, dessa forma, a nossa maneira de estar na ação.

Com o presente relatório pretende-se, ainda, demonstrar a aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados, na área de especialidade em causa preconizados pelo Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem.

Palavras – Chave: Enfermagem, Competências, Acolhimento, Situação Crítica.



Abstract

Professional nursing began with Florence Nightingale, pioneer of the reflective process of the nursing subject, which allowed the birth of Modern Nursing. This, as a subject, was marked throughout its evolution by currents of thought which are based on the concepts of Person, Health, Care and Environment. The Transformation Paradigm, characterized by its openness to the world, led to new conceptions of nursing, modifying the subject of care.

Therefore, and in order to meet the needs of the Person / Family, nurses, throughout the course of their professional activity, bet on education, aiming to improve their professional competence.

This work falls under the Master Course in Professional Nature Nursing – Specialisation Area: Medical - Surgical Nursing, in order to acquire and develop skills in the care of either the adult or elderly or patients in critical condition, integrated into the course. These internships took place in these services: Emergency - Hospital Luz and Intermediate Care Unit and Hospital Infection Control Committee at Hospital de Santa Maria (North Lisbon Hospital Centre).

The methodology of this work involves a critical and reflective analysis of the practice, using the assumptions advocated by **Jean Watson** - School of Human Care - and theoretical **Nola Pender** - School of Health Promotion. They both guide the action of caregiving.

The central theme of this report is the welcome to the Person / Family, because it allows and encourages the involvement of the person in care, thus reflecting our way of being present within the action.

This report aims to demonstrate the skills acquisition and development in providing specialized care in the specialty area in question recommended by the Rules of Professional Practice of Nursing.

Key - Words: Nursing Skills, Welcoming, Critical Situation.



Agradecimentos

Para chegar a esta fase do meu caminho não teria conseguido sem:

Os meus pais que sempre compreenderam a minha ausência e apoiaram incondicionalmente;

A minha única avó que com os seus 82 anos sempre me apoiou e aconselhou com as suas palavras sábias e carinhosas;

O meu único avô de 90 anos que nunca se esqueceu de me perguntar como estava a correr o curso nem de me apoiar, para não desistir e continuar a lutar;

Às minhas amigas que fazem parte do “núcleo duro”, por me ouvirem, apoiarem e compreenderem; que a nossa amizade perdure por muitos anos como até agora;

À Professora Doutora Helena José, a quem dirijo um agradecimento especial, pelo seu acompanhamento, atenção, disponibilidade contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Do fundo do meu coração, a todos um sincero OBRIGADA!



Acrónimos e Abreviaturas

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – Conselho Internacional dos Enfermeiros

MRSA - *Staphylococcus aureus* resistente à metilina

NAS – Nursing Activities Score

OMS – Organização Mundial de Saúde



Índice

1.Introdução	10
2.Contextualização dos Estágios	17
2.1 Módulo I – Serviço de Urgência	18
2.1.1 Objetivos do Módulo I	19
2.2 Módulo III – Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar	23
2.2.1 Objetivos do Módulo III	24
2.3 Módulo II – Unidade de Cuidados Intermédios	32
2.3.1 Objetivos do Módulo II.....	32
3. Competências	45
4. Considerações finais	50
5. Referências Bibliográficas	55
Anexos	61
Anexo I: III Congresso da Ordem dos Enfermeiros: Desafios em Saúde – O valor dos cuidados de Enfermagem	62
Anexo II: 1º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente e o curso A – Gestão do risco clínico e segurança do doente	64
Anexo III: Pedido de autorização para utilização e divulgação dos dados.....	66
Anexo IV: Pedido de autorização para utilização e divulgação dos dados	68
Apêndices	70
Apêndice I: Norma de acolhimento ao cliente/família.....	71
Apêndice II: Ação de sensibilização – Acolhimento ao cliente/família	75
Apêndice III: Norma de aspiração de secreções naso/orofaringe e na ventilação Invasiva	80
Apêndice IV: Folha de monitorização de registo de colheita de dados	92
Apêndice V Ação de sensibilização: Protocolo Helics	95
Apêndice VI Observação: Cuidados a ter no esvaziamento do saco coletor.....	100
Apêndice VII: Ação de sensibilização - Cuidados a ter no esvaziamento do saco coletor.....	102
Apêndice VIII: Norma de acolhimento à pessoa/família	106
Apêndice XIX: Guia de acolhimento à pessoa/família	110



Apêndice X: Observação: Acolhimento à pessoa/família	113
Apêndice XI: Apresentação dos resultados da observação do acolhimento à pessoa/família	115
Apêndice XII: Norma: Espólio da pessoa	122
Apêndice XIII: Folha de registo do espólio da pessoa.....	127
Apêndice XIV: Ação de sensibilização: Espólio da pessoa.....	129
Apêndice XV: Folha da Unidade de Cuidados Intermédios de registo de Enfermagem	136
Apêndice XVI: Folha de Abreviaturas da folha de registo de Enfermagem	139
Apêndice XVII: Ação de sensibilização: Escala de trabalho dos enfermeiros.....	142
Apêndice XVIII: Escala de trabalho dos enfermeiros.....	146
Apêndice XIX: Pedido de autorização à autora	149
Apêndice XX: Uniformização do NAS	151
Apêndice XXI: Ação de sensibilização: Protocolo Helics.....	155
Apêndice XXII: Quadro: Equipamento de proteção Individual.....	158
Apêndice XXII: Ação de sensibilização: Equipamento de proteção Individual.....	160



1.Introdução

Este relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional – Área de Especialização: Enfermagem Médico – Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, e tem por base os estágios efetuados com o intuito de desenvolver competências na prestação de cuidados quer à pessoa adulta, quer idosa, quer em estado crítico, integrado na Unidade Curricular – Estágio.

A Enfermagem é uma profissão tão antiga como a Humanidade. Segundo Collière (1989) desde os primórdios da Humanidade que os cuidados eram prestados de forma instintiva e transmitidos de geração em geração.

Após a Idade Média, até ao final do século XIX, a prática destes cuidados estava associada à mulher, que praticava “trabalhos de caridade”, como, por exemplo, alimentar pessoas com fome ou visitar as pessoas presas. Do início do século XX aos anos 60, a prática de cuidados era realizada pela mulher-enfermeira, auxiliar do médico. A atuação da mulher era subordinada ao médico. Este, por sua vez, delegava nela funções que considerava menos importantes.

A enfermagem profissional teve início com Florence Nightingale, pioneira do processo reflexivo da disciplina de enfermagem, permitindo o nascimento da Enfermagem Moderna. Para a mesma autora, cuidar consiste num serviço à Humanidade que se encontra inserida num mundo. Tal como as outras profissões, a Enfermagem foi sujeita a mudanças, de acordo com os contextos socioculturais, filosóficos, económicos, políticos e tecnológicos. Com o aparecimento da Enfermagem Moderna e com os avanços tecnológicos verifica-se o desenvolvimento da profissão que, até ao início do século XX, não era considerada uma disciplina académica (Tomey & Alligood, 2004).

No último século, a enfermagem começou a centrar-se na prática profissional, contribuindo para o desenvolvimento da profissão, marcado por quatro eras distintas, de acordo com os conhecimentos de enfermagem necessários à sua prática, assim como, o nível de entendimento que tinham na altura:

- *A Era do currículo*, em que foi questionado o que deveria-se estudar e aprender para se tornar enfermeiro. Esta era foi marcada pela uniformização dos currículos, bem como pela deslocação do ensino de enfermagem dos programas de diplomas sediados em hospitais para as faculdades e universidades;



- A *Era da investigação*, que teve início com o aumento do número de enfermeiros a níveis mais elevados de ensino, participando na investigação. Consequentemente, as disciplinas de investigação passam a fazer parte dos currículos de licenciatura em desenvolvimento;
- A *Era do ensino graduado* surge, de imediato, com os programas de mestrado em enfermagem, para satisfazer a necessidade de uma formação especializada que incluía no currículo uma disciplina de investigação em enfermagem e uma de teoria de enfermagem ou de modelos conceptuais de enfermagem;
- A *Era da teoria* aparece como consequência da era de investigação, verificando-se que a investigação sem teoria produzia informação isolada.

Na fase contemporânea, é dada ênfase na utilização da teoria na prática de enfermagem e ao desenvolvimento continuado da teoria, para que enfermagem seja reconhecida como disciplina académica. E, enquanto disciplina académica, necessita da teoria, não só para o reconhecimento da mesma, assim como para a prática da profissão (Tomey & Alligood, 2004).

Assim, Enfermagem pode ser considerada como uma disciplina profissional, pelos seus próprios processos de reflexão, conceptualização e investigação, com o intuito da aquisição de conhecimentos, que definam e guiem a sua prática (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, Major, 2002). Enquanto disciplina, foi, ao longo da sua evolução, marcada por correntes de pensamento que assentam nos conceitos de Pessoa, Saúde, Cuidado e Ambiente (Kérouac et al, 2002).

A génese da maioria das conceções de enfermagem surge a partir da orientação para a pessoa – **Paradigma da Integração** - tal como o aparecimento dos primeiros modelos conceptuais para definir a prática dos cuidados e orientar a formação e a investigação. Durante o **Paradigma da Transformação** surgem as novas conceções da disciplina de enfermagem, modificando a prestação de cuidados.

Influenciados pelas filosofias, modelos e teorias de enfermagem, e por um mundo em constante evolução, os cuidados de enfermagem apresentam-se como um desafio da disciplina de enfermagem, no que concerne à definição do seu centro de interesses e com base nos princípios que orientam a ação (Kérouac et al, 2002).

Neste sentido, Jean Watson, inserida também no **Paradigma da Transformação**, salienta a promoção e restauração da saúde, através de ações de prevenção, tais como o reconhecimento da capacidade de lutar e de adaptação à perda, de prevenir a doença e cuidar da pessoa. Para a mesma autora, a pessoa requer um cuidado que promove o humanismo e a



saúde. O cuidar é um fenómeno universal e praticado interpessoalmente. O contributo desta teórica para a enfermagem assenta na sensibilização dos enfermeiros para os cuidados humanistas que, numa perspetiva existencial, apresentam a enfermagem como ciência humana (Tomey & Alligood, 2004).

De modo a definir e guiar as intervenções de enfermagem que respondam às necessidades da pessoa, inserida num mundo em constante evolução, recorreu-se à teórica Nola Pender, inserida também no **Paradigma da Transformação** cujo objetivo do cuidado de enfermagem é a saúde da pessoa, em que esta toma decisões sobre a sua própria saúde. A mesma teórica (2006) advoga que os enfermeiros, como um grupo profissional, desempenham um papel determinante na promoção de comportamentos saudáveis.

Da análise das diferentes conceções da disciplina de enfermagem, pode-se afirmar que o centro de interesses da disciplina se fundamenta nas experiências de saúde (situações vividas resultantes do crescimento e do desenvolvimento, bem como das situações de doença), vividas pela pessoa (que comporta a pessoa/família, o grupo e a comunidade), pelo ambiente, ou seja, pela pessoa em interação com o seu ambiente vivencia experiências de saúde (Kérouac et al, 2002).

Para Watson (2002), cuidar envolve um compromisso na ação, conhecimentos e competências. A Enfermagem é uma ciência humana, uma atividade humana, onde o momento de cuidar se torna num momento de possibilidade, em que o cuidador e o recetor dos cuidados são co-participantes. O objetivo do cuidado de enfermagem consiste em ajudar a atingir a harmonia entre as diferentes dimensões da pessoa (Watson, 2002).

Para Pender (2006), a pessoa e a família devem contribuir para a sua saúde e fundamenta-se nas experiências vivenciadas. Já Hesbeen (2000a) salienta a importância da equipa pluriprofissional que não é contemplada nos trabalhos de Watson. O mesmo autor (2000a) refere a importância de um grupo de profissionais que suportam a ação do cuidar, que se reflete na relação interpessoal de um beneficiário de cuidados que precisa de ajuda e de uma pessoa prestadora de cuidados que tem por missão ajudar.

O mesmo autor (2000a) menciona que o foco de atenção dos cuidados de enfermagem é a pessoa/família, com o intuito de ajudar na sua situação, recorrendo às competências dos profissionais. Os cuidados de enfermagem resultam da ação interpessoal entre o enfermeiro e o beneficiário dos cuidados, compreendendo todas as intervenções dos enfermeiros, dentro das suas competências. Para Honoré (2004), cuidar é uma maneira de se ocupar de alguém, tendo em consideração as suas necessidades. Assim, os enfermeiros proporcionam um cuidado profissional diferente do cuidado das outras pessoas, ou seja, as suas intervenções são revestidas de uma intenção que visa "*promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, (...) promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education (...)*" (www.ICN.pt).



Para o Instituto de Ciências da Saúde (www.ics.pt), Enfermagem é uma profissão indispensável à promoção da vida e da saúde das populações, com um saber construído e um código deontológico próprio.

Segundo Collière (1989), a competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, e as dos que a rodeiam, inseridos num mundo em constante transformação, com o intuito de colmatar as necessidades das mesmas.

A competência associada aos cuidados de enfermagem refere-se a um conjunto integrado que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e sócio-afectivas, de saberes teóricos, organizacionais e de procedimentos, bem como habilidades técnicas e relacionais, aplicadas aos cuidados com a pessoa (Phaneuf, 2005).

Segundo Bradshaw (1997, p.348), *“competencies are described in terms of (...) the requirement to promote health, work in a team, assess need and devise, implement and review the effectiveness of a plan care”*. Assim, *“Competencies would not necessarily be linked to a “medical model” but to a “nursing model”, with focus on health rather than disease”* (Bradshaw, 1997, p.348). A mesma autora (1997, p.349) defende que *“Competency would be assessed through learning outcomes, which were intended to show communication, interpersonal, management, critical problem solving and analytical skills”*.

Segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o Decreto-Lei n.º 161/90 estipula que reconhece ao enfermeiro especialista competência científica, técnica e humana para prestar, para além de cuidados gerais, cuidados especializados na área da sua especialidade. Para a obtenção do título de enfermeiro especialista, o Decreto-lei 353/99, de 3 de Setembro, prevê que o mesmo se prossiga em Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem, aprovado pela Portaria 268/2002, de 13 de Março.

Pensando as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, como essenciais à assistência à pessoa em situação crítica, enfatiza-se o uso da teoria na prática de enfermagem, fundamentada na teoria e o desenvolvimento da teoria com o objetivo de melhorar a prática (Tomey & Alligood, 2004).

Tal como já foi citado anteriormente, Watson (2002) refere que as relações de cuidar são os momentos científicos, profissionais, éticos e personalizados entre duas pessoas. Para a mesma teórica (2002), o recetor dos cuidados é a pessoa/família e o foco de atenção é a relação entre o enfermeiro e a pessoa com vista à promoção da saúde.

Segundo Honoré (2004), cuidar significa igualmente ter cuidado com alguém no acolhimento. Para o mesmo autor (2004), acolhimento refere-se à receção feita a alguém que chega e é alvo de atenção (Honoré, 2004). O acolhimento é um encontro entre duas pessoas



em que quem acolhe apresenta as condições do serviço e quem é acolhido percebe o que há para fazer (Honoré, 2004). O acolhimento permite a quem chega ser reconhecido como uma pessoa e favorece a sua implicação na prestação de cuidados. A maneira de acolher reflete o nosso modo de presença na ação (Honoré, 2004).

O hospital é visto como lugar de aconselhamento sobre as mudanças a fazer nas atividades (Honoré, 2004). A hospitalização representa, por um lado, a procura da satisfação de uma necessidade, e por outro, a ansiedade manifestada pela separação da família. O acolhimento é uma intervenção que ocorre aquando da prestação de cuidados (Honoré, 2004).

Tal como refere Silva (2010), o acolhimento de enfermagem é a relação estabelecida entre a pessoa/família e o enfermeiro, no momento de entrada no serviço, contribuindo para a sua adaptação à unidade de internamento. Esta intervenção de enfermagem está preconizada na Ordem dos Enfermeiros no Código Deontológico (1998) – Artigo 83 - Dever à Informação: Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.

Durante o acolhimento da pessoa, é necessário compreender quais as repercussões da doença e a hospitalização. Na realidade, o acolhimento à Pessoa/família tem como objetivos: diminuir a ansiedade da Pessoa/família em relação ao ambiente hospitalar; inspirar confiança e segurança, promovendo o conforto emocional e físico; informar sobre o funcionamento do serviço e da instituição hospitalar; recolher informações sobre a pessoa/família, necessárias ao planeamento e prestação de cuidados, considerando as diferentes dimensões da PESSOA e incentivar a família na parceria de cuidados.

Durante o processo de acolhimento, procura-se proporcionar à pessoa/família a sua participação no seu tratamento (Silva, 2010). Assim, o conceito de família (10007554)¹ subjacente a este relatório é o conceito da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE ® – Conselho Internacional dos Enfermeiros – INC (2005).

Cabe ao enfermeiro perguntar à PESSOA quem é que esta considera sua família e incluir essas pessoas na prestação de cuidados, na medida em que a família funciona como um sistema que é influenciado por qualquer mudança ocorrida nos seus membros.

¹ “grupo com as características específicas: grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo composto por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou de legal incluindo pessoas que são importantes para o cliente que constituem as partes do grupo”.



Neste âmbito, Hanson (2005) refere que o cuidado de enfermagem à família é o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem.

O enfermeiro, ao prestar cuidados à família, tem em consideração a pessoa, a família, a sociedade e a enfermagem, com o objetivo da promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social (Ordem dos Enfermeiros – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - REPE, 1996).

Tal como Wright et al (2002) salienta, é preciso ter em mente que cada indivíduo, na família é um subsistema e um sistema. Assim, a família é mais do que a adição de cada membro da família (Wright et al, 2002). Por isso, uma alteração num dos membros da família pode afetá-la (Wright et al, 2002). Outro princípio relacionado com a família é que esta é capaz de gerir um equilíbrio após uma mudança, ou seja, a família reorganiza-se de modo diferente da anterior (Wright et al, 2002).

A família é entendida como um sistema, cujos os elementos estão em mútua interação. O foco de atenção é a interação entre os seus membros e não a família individualmente (Wright et al, 2002).

Em 1992, foi criada em Portugal a Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade em Saúde, que elaborou um Plano Nacional de Humanização e Qualidade dos serviços de Saúde. Face ao exposto, o acolhimento deverá obedecer aos princípios:

- Disponibilidade para informar e facilitar a pessoa internada;
- Acompanhamento por parte de pelo menos um familiar sempre que essa seja a vontade da pessoa.

Para além do que foi citado anteriormente, segundo a Direção Geral de Saúde (2011), foi elaborado um Plano Nacional de Saúde 2011-2016 que assenta em dois pilares fundamentais – formar e informar, ou seja, educar tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde, tanto na vertente da prevenção da doença como na da promoção da saúde, centrando os cuidados na pessoa e na família.

Para terminar esta exposição, o Decreto-Lei n.º 104/98 evidencia a importância dos enfermeiros que formam, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior importância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia da acessibilidade da população a cuidados de saúde de qualidade, especificamente aos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, ficou patente a importância do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional – Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica. O presente relatório é fundamentado na teoria de Nola Pender e na filosofia de Jean Watson ambas inseridas no Paradigma da Transformação em que o destinatário da prestação de cuidados é a Pessoa/Família inseridas num mundo em constante transformação.



Ao longo do trabalho pode encontrar-se o conceito de pessoa com outra conceptualização, na medida em que poderão ser referenciadas outras teóricas, ou autores ou de acordo com a instituição hospitalar.

Para elaborar o relatório, recorre-se à Norma Portuguesa 405 e ao novo acordo ortográfico através do programa informático Lince. A metodologia utilizada comporta a análise crítico-reflexiva da prática, contemplando a análise dos respetivos locais de estágio, Módulo I – Serviço de Urgência, Módulo III – Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar, Módulo II – Unidade de Cuidados Intermédios, fazendo recurso da pesquisa bibliográfica, bem como de entrevistas informais realizadas junto dos Senhores Enfermeiros Chefes e Orientadores bem como da Professora.

O presente relatório é composto por uma contextualização dos estágios em que é feita uma exposição de cada atividade, com os objetivos que se pretendem atingir e quais foram as atividades realizadas. Após a apresentação dos módulos de estágio são enumeradas e analisadas/refletidas as competências desenvolvidas.

O relatório termina com a análise de Swot dos estágios, contemplada no capítulo considerações finais.

Assim, inicia-se a contextualização dos estágios.



2 – Contextualização dos Estágios

Quer a formação inicial, quer a formação permanente, desempenham um papel determinante na evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido de que geram condutas, comportamentos e atitudes. A este propósito, as unidades de prestação de cuidados são lugares de expressão da prática profissional, mobilizando e ajustando os conhecimentos, aliando a reflexão à ação (Collière, 1989).

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional – Área de Especialização: Enfermagem Médico – Cirúrgica é constituído por três módulos que passo a citar:

- Módulo I – Serviço de Urgência – Hospital da Luz do período de 27 de Abril a 24 de Junho de 2011: a escolha desta instituição hospitalar prende-se com o facto da utilização da linguagem CIPE® nos registos de enfermagem permitindo-me familiarizar-me com a mesma;
- Módulo III – Módulo Opcional escolheu-se Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, por considerar que o enfermeiro desempenha um papel fulcral na prestação de cuidados especializados e no controlo de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde – IACS, uma vez que, estas constituem um problema nacional, afectando não só a prestação de cuidados, mas também a vida da Pessoa/Família e a segurança da mesma e dos profissionais (Direção Geral da Saúde, 2007). Este módulo decorreu no período de 26 de Setembro a 18 de Novembro de 2011;
- Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios realizado em 21 de Novembro de 2011 a 27 de Janeiro de 2012, no Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria, em contexto de trabalho, com o objetivo de dar continuidade à atividade iniciada no módulo III.

Os locais de estágio seleccionados para os módulos II e III prendem-se com o facto de o módulo II ser realizado em contexto de trabalho. A atividade desenvolvida no módulo II advém do módulo III. O módulo I decorreu numa instituição privada, Hospital da Luz, onde os registos de enfermagem são realizados através da linguagem CIPE®. A minha prática profissional foi desenvolvida no Centro Hospitalar Lisboa Norte onde os registos de enfermagem são em suporte de papel, pelo que escolhi o Hospital da Luz para ter a oportunidade de me familiarizar com a linguagem CIPE®. Os estágios foram realizados pela ordem cronologia citada anteriormente.

Após a escolha dos campos de estágios e uma reunião com os Senhores Enfermeiros Chefes dos Serviços, foi identificada uma temática transversal aos módulos I e II: o



acolhimento à Pessoa/Família, sendo esta um dos objetivos da Unidade de Cuidados Intermédios desde 2007. No que respeita ao módulo III, a pedido da Senhora Enfermeira Chefe ficou acordado identificar as necessidades do serviço, no início do estágio.

Assim, após pesquisa bibliográfica defini o acolhimento à Pessoa/Família como tema central do meu relatório.

Como apresenta Silva (2010) acolhimento é a relação estabelecida entre a pessoa/família e o enfermeiro, no momento da entrada no serviço, contribuindo para a adaptação à unidade de internamento. O enfermeiro e a pessoa/família são co-participantes (Watson, 2002), inseridos num mundo em constante evolução.

O internamento numa instituição hospitalar implica separação da sua família e casa, levando a alterações na sua forma de vida (Silva, 2010). Segundo o Decreto-lei Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho este deve contemplar a presença de uma pessoa para acompanhar.

Face ao exposto, esta temática foi abordada nos módulos I e II sensibilizando a equipa de enfermagem para a importância desta intervenção autónoma.

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional – Área de Especialização: Enfermagem Médico – Cirúrgica apresenta objetivos gerais. Na medida em que os profissionais têm que ter a capacidade de estabelecer relações com os vários elementos (Hesbeen, 2000) foi selecionado o seguinte objetivo transversal aos três módulos:

Ser capaz de comunicar as conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas de uma forma clara e sem ambiguidades.

Para além deste objetivo geral, foram delineados os objetivos específicos que serão apresentados em cada módulo, de acordo com a sua especificidade, com o intuito de aquisição e desenvolvimento de competências.

2.1 - Módulo I – Serviço de Urgência

O serviço de urgência evoluiu nos últimos dez anos. Estes encontram-se, desde o século XIX, ligados à evolução do mundo urbano e às mudanças efetuadas nas práticas médicas (Peneff, 2003), caracterizando-se pelo ambiente de ritmo acelerado em que a tomada de decisão do enfermeiro tem que ser rápida. Por este facto, ser Enfermeiro Especialista, num Serviço de Urgência, implica conhecimentos, formação e atualização permanente dos conhecimentos teórico-práticos (Sheehy's, 2001).



O Módulo I foi realizado no Serviço de Atendimento Médico Permanente do Hospital da Luz, que se localiza no piso zero e presta cuidados a clientes de foro cirúrgico, médico, oncológico e pequenos traumatismos. Utiliza-se neste módulo o termo cliente, relativo ao sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção (CIPE® - Ordem dos Enfermeiros, 2005).

A definição do circuito de clientes permite programar a gestão e articulação dos recursos, otimizando a prestação dos cuidados.

O serviço de Atendimento Médico Permanente é composto por uma sala de espera, uma sala de triagem, uma sala de reanimação, uma sala de pequena cirurgia, uma sala de ortopedia e três gabinetes médicos, permitindo um deles acesso direto à sala de tratamentos; e, ainda, uma sala de tratamentos e uma sala de observação com seis unidades, sendo uma de isolamento.

A equipa de saúde é constituída por uma psicológica, um médico de Medicina Interna em permanência no serviço tendo o apoio das restantes especialidades, e trinta e oito enfermeiros dos quais, dois possuem a categoria de enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica e dois elementos na área de pediatria, perfazendo um total de cinco equipas.

2.1.1 – Objetivos

Foram elaborados três objetivos, tendo em conta o desenvolvimento de competências pretendidas:

2.1.1.1- Prestar cuidados ao cliente/família no Serviço de Atendimento Médico Permanente

Para atingir este objetivo gostaria de salientar que as minhas intervenções foram:

- Sustentadas no referencial teórico de:
 - Jean Watson – esta autora enumera dez fatores relacionados com o cuidar, dos quais menciona: o uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisão (Guidelines for Resuscitation 2010 – European Resuscitation Council), o desenvolvimento de uma relação de auxílio-confiança fundamental para a prestação de cuidados e o auxílio na satisfação das necessidades humanas, em que o enfermeiro reconhece as necessidades bio-físicas, psico-físicas, psico-sociais e espirituais do cliente/família que vivem num mundo em constante transformação;
 - Nola Pender (2006) refere que a promoção da saúde e de comportamentos saudáveis é dirigida, não só ao indivíduo, como à sua família, concretizada nos ensinamentos. Por isso, a família permanece junto do cliente explicando-lhe os



procedimentos. Esta presença permite tranquilizar o cliente, diminuindo a ansiedade do cliente/família em relação ao ambiente hospitalar; inspirar confiança e segurança, promovendo o conforto emocional e físico; informar sobre o funcionamento do serviço e da instituição hospitalar; recolher informações sobre o cliente/família, necessária ao planeamento e prestação de cuidados considerando as diferentes dimensões do cliente e incentivar a família na prestação de cuidados.

- Validação com o cliente/família dos cuidados prestados através da observação; avaliação dos cuidados prestados e dos registos de enfermagem, como se encontra justificado no REPE (Ordem dos Enfermeiros, 1998);
- Discussão com a senhora enfermeira orientadora e com a equipa de enfermagem, sobre as intervenções efetuadas na prestação de cuidados, com o intuito de refletir sobre a prática dos cuidados, promovendo o meu desenvolvimento profissional, assim como, a aquisição e desenvolvimento das minhas competências;
- Manutenção contínua dos conhecimentos, recorrendo as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas; esta intervenção de enfermagem também é sustentada pela teórica Watson (2002) que defende que o enfermeiro para prestar cuidados necessita de estudos, reflexão e ação. Neste sentido, tive a oportunidade de frequentar:
 - o III Congresso da Ordem dos Enfermeiros intitulado *Desafios em Saúde – O valor dos Cuidados de Enfermagem* que decorreu a 2 e 3 de Junho de 2011 em que se referenciam instrumentos que permitem o desenvolvimento de competências tais como: REPE, Código Deontológico, Carreira de Enfermagem e Competências de Enfermagem (anexo I);
 - 1º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente incluindo o curso A – Gestão do risco clínico e segurança do doente, a 27/5/2011, cujo preletor foi Senhor Doutor José Fragata. Estas ações trouxeram os seguintes contributos para a minha formação pessoal e profissional, bem como para a prática de enfermagem: deste congresso retiram-se cinco formas para aumentar a segurança da pessoa - guias de boas práticas a aplicar neste módulo com a elaboração das normas de acolhimento ao cliente/família e a aspiração de secreções na ventilação invasiva e naso/orofaringe, o apoio tecnológico, o treino com o intuito de desenvolvimento de competências, a check-list e, por fim, a higienização das mãos, cujo contributo foi aplicado no Módulo III, no âmbito da Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar. Também foram mencionados os seguintes indicadores de segurança do cliente: a infeção hospitalar e



- reinternamento, que serão aplicados no módulo II e III, a queda, a úlcera de pressão e erros terapêuticos (anexo II);
- o Curso de Formação Profissional – Seminário do Dia Internacional do Enfermeiro que decorreu a 12/5/2011 (anexo III);
 - Preocupação com a continuidade dos cuidados, registando as observações e intervenções realizadas, preconizadas no artigo 83 –Direito ao Cuidado do Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros,1998);
 - Por fim, gostaria de salientar a importância da minha prática profissional, numa Unidade de Cuidados Intermédios, onde me deparo com situações imprevisíveis e a necessidade de estabelecer prioridades, o que me permitiu mobilizar os conhecimentos teórico-práticos da minha prática diária para o contexto da urgência.

2.1.1.2- Melhorar o acolhimento ao cliente/família no Serviço de Atendimento Médico Permanente

Sendo a família um foco de atenção de enfermagem, um dos objetivos é elaborar uma norma de acolhimento ao cliente/família na sala de observação onde os clientes/famílias permanecem o maior espaço de tempo no serviço de Atendimento Médico Permanente, segundo a Joint Commission (2010).

Para atingir este objetivo, recorri à observação para compreender a metodologia do acolhimento ao cliente/família. Este inicia-se na sala de observação. Se o cliente é transferido de outra instituição hospitalar, o acolhimento começa aquando da transmissão de informação pelo familiar ou por outros profissionais/técnicos de saúde. No caso de estar sozinho e consciente, efectua-se o acolhimento na sala de observação se estiver inconsciente e sozinho, efectua-se a recolha de informação junto de outros profissionais de saúde e do processo informático, acolhendo o cliente na sala de observação.

Ao consultar os manuais de documentos do serviço, constatei a inexistência da norma de acolhimento ao cliente/família. Assim, a equipa de enfermagem concordou com a elaboração desta norma, com o intuito de uniformizar as intervenções dos profissionais (apêndice I). Segundo Kurcgant (1991), entende-se por norma, um conjunto de recomendações para a execução de um procedimento. São guias que definem as acções de enfermagem, quanto ao que se deve fazer e como fazê-lo, sendo princípios de acção.

Deste modo, as normas, ao ser elaboradas, pelo enfermeiro, devem obedecer a critérios que orientam a sua construção: traçar os objetivos, descrever as condições necessárias para alcançar o objetivo, permitir o raciocínio, basear-se em práticas atualizadas e, por fim, estar sujeita a uma contínua revisão e avaliação.



Como é referido por Tappen (2001), uma norma de prática de enfermagem descreve o que os enfermeiros fazem a favor de, ou com, os clientes e suas famílias. Quando se estabelece uma norma para uma atividade, estão explicitamente a referir-se as necessidades, segundo os clientes, a comunicar aos profissionais que estas necessidades são um foco de atenção (Martin et al, 2004). A razão de se estabelecerem normas é aumentar a objetividade, definindo as conformidades e inconformidades. A aplicação dos procedimentos recomendados contribui para a melhoria dos cuidados de enfermagem. Outra função das normas será a de comunicar a todos os profissionais envolvidos o nível de serviço esperado.

A minha intervenção permite o desenvolvimento profissional, na medida em que as normas devem ser revistas, para que os enfermeiros continuem a refletir os conhecimentos, a prática, e a investigação em enfermagem (Tappen, 2001). Em termos institucionais, uma colaboração entre a administração e os enfermeiros, através da criação de grupos de trabalho, traduz-se na melhoria da prestação de cuidados (Tappen, 2001).

Após elaboração da norma de acolhimento ao cliente/família efetuaram-se três ações de sensibilização nos dias 4, 6 e 7 de Junho de 2011, com o objetivo de sensibilizar para a compreensão da importância do acolhimento à pessoa/família (apêndice II). Esta atividade decorreu após o término do turno da manhã, na sala de observação pois “*Os serviços são lugares de expressão da prática profissional e é aí que se podem mobilizar e ajustar os conhecimentos (...), é aí que é possível aliar a reflexão à acção. É aí que podem ser estudadas as condições indispensáveis para assegurar cuidados de enfermagem*” (Collière, 1989, p. 139).

No período de discussão da ação de sensibilização, foram abordadas as limitações no acolhimento ao cliente/família que passam, por exemplo, pela distribuição de um enfermeiro na sala de observação para as seis unidades, como foi explicado na caracterização do serviço.

2.1.1.3.- Elaborar norma de aspiração de secreções na ventilação invasiva e naso/orofarínge.

Para atingir este objetivo, as minhas atividades passaram por realizar uma pesquisa bibliográfica e consultar os documentos existentes no serviço, com o intuito de conhecer os procedimentos, as normas e, simultaneamente identificar áreas de necessidade, tais como a elaboração da norma de aspiração de secreções na ventilação invasiva e naso/orofarínge, inexistente no manual de normas, passando a constituir um objetivo do meu estágio. Tal como defende Fortin (2009) a consulta de documentos existentes permite conhecer o estado atual do conhecimento sobre um assunto distinguindo o que é conhecido e o que falta conhecer. Deste modo, a equipa de enfermagem concordou com a elaboração do respetivo procedimento, com o objetivo de esclarecer o valor da pressão instituída durante a técnica (apêndice III).



A definição de procedimento, segundo Kurcgant (1991), consiste na descrição de como uma atividade deve ser realizada. Nesta linha de pensamento, o procedimento é uniforme para toda a instituição porque o seu fundamento assenta em princípios científicos e, assim, não se modifica independentemente de quem o realiza.

Segundo o REPE (Ordem dos Enfermeiros, 1998), os enfermeiros decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação do cliente/família; utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem, com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade.

2.2 - Módulo III – Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar

O segundo módulo realizado foi o Módulo II – Opcional, tendo-se optado pela área da Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar, por se considerar que o enfermeiro desempenha um papel fulcral na prestação de cuidados especializados e no controlo de IACS.

A Direção Geral de Saúde criou as Comissões de Controlo de Infeção Hospitalar com o intuito de *“prevenir, detetar e propor medidas de controlo de infeção no centro hospitalar, articulando-se tanto com os vários departamentos, serviços e unidades funcionais”* (<http://www.hsm.min-saude.pt>). O enfermeiro desempenha um papel fulcral na prestação de cuidados especializados e no controlo de IACS, uma vez que, estas constituem um problema nacional, afetando não só a prestação de cuidados mas também a vida da Pessoa/Família e a segurança da mesma e dos profissionais (Direção Geral da Saúde, 2007). Tal como refere Wilson (2003), a infeção é uma complicação dos cuidados de saúde, que pode ser reduzida, assim como o impacto na pessoa e nos serviços de saúde.

A equipa da Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar do Centro Hospitalar Lisboa Norte é constituída por duas enfermeiras a tempo inteiro, possuindo, uma delas, a especialidade de saúde mental e psiquiátrica, um coordenador – médico microbiologista, responsável pelo serviço, uma administradora hospitalar, um infeciologista, um pediatra, um cirurgião e uma administrativa.

As áreas de intervenção da equipa de Enfermagem da Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar assentam em quatro vertentes:

- Vigilância Epidemiológica;
- Elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas;
- Formação e informação a profissionais de saúde, pessoas/famílias;



- Consultadoria e apoio.

Com o decorrer do estágio, apercebi-me que estas áreas de atuação se complementam, subsidiando-se umas às outras.

2.2.1 - Objetivo

Como objetivo específico, foi delineado colaborar com a equipa da Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar nas suas atividades, no âmbito da vigilância epidemiológica, formação/informação, elaboração e divulgação de normas e recomendações de boas práticas e consultadoria e apoio.

Após a reunião com a senhora enfermeira orientadora e com a outra enfermeira foram identificadas as seguintes áreas de intervenção:

2.2.1.1 - Vigilância epidemiológica

A vigilância epidemiológica apresenta como objetivos a determinação do número e tipos de infeções hospitalares, a deteção de surtos e a identificação de fatores que contribuem para a ocorrência da infeção. Neste sentido, este tipo de vigilância consiste no registo contínuo e sistemático, na análise e interpretação referente às infeções nosocomiais e tem, como foco, reduzir a taxa de infeção hospitalar e melhorar a prestação de cuidados (Martins, 2001).

Na reunião com as enfermeiras da Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar, tive conhecimento de que um serviço do hospital aderiu ao protocolo Helics em 2008, não tendo, contudo, iniciado a colheita de dados.

O Protocolo Helics surge no âmbito do Programa de Vigilância Epidemiológica da Infeção do Local Cirúrgico. Este Programa de Vigilância Epidemiológica insere-se no Plano Nacional de Controlo de Infeção a nível nacional tendo como objectivo geral: “ *Estabelecer um sistema de consulta e uma colaboração e coordenação entre redes nacionais/regionais de vigilância epidemiológica existentes ou a criar, a fim de obter um nível de base de comparação de resultados locais e identificar factores de risco possíveis de intervenção e melhoria*” (www.DireçãoGeraldeSaúde.pt, 2007).

Fundamento a minha intervenção no referencial teórico de Pender (1992, p. 106) “*A health-oriented care system calls for nurses to learn interventions that will promote health and prevent disease among individuals, families, and communities*”.

No âmbito do Protocolo Helics, as cirurgias contempladas para um serviço de cirurgia geral, são a cirurgia do cólon e a colecistectomia, promovendo uma vigilância contínua, activa e prospetiva.

Deste modo foram desenvolvidas as seguintes estratégias:

- Discussão com a senhora enfermeira orientadora e a equipa da Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar sobre as intervenções a efetuar assumindo um



compromisso com um plano de ação, através da identificação de uma estratégia planeada fundamentada por Pender (Tomey & Aligood, 2004) de modo a iniciar o protocolo no módulo III;

- Reunião com o Senhor Enfermeiro Chefe do serviço para apresentar a temática e obter a autorização para iniciar a colheita de dados;
- Reunião com a Senhora Enfermeira Supervisora de departamento sobre o Protocolo Helics para obter a autorização;
- Reunião com Senhora Enfermeira de outra Instituição Hospitalar, perita na área. Perito, segundo Benner (2001) e Hesbeen (2001), é aquele que tem experiência, dispõe de diferentes saberes provenientes tanto da sua vida pessoal quanto da sua formação e da sua experiência profissional. Segundo esta enfermeira perita, os ganhos em saúde consistem na diminuição da taxa de infeção. Esta reunião permitiu-me ter a perceção e conhecimento dos fatores que podem facilitar ou dificultar a vigilância epidemiológica;
- Consulta dos estudos internacionais sobre a infeção concretizado no estudo National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS);
- Envolver e sensibilizar os elos de ligação e a equipa de enfermagem na temática;
- Elaboração da folha de monitorização de registo de colheita de dados (apêndice IV) com o intuito de manter a vigilância da pessoa;
- Apresentação do Protocolo à equipa de enfermagem, para sensibilização e colaboração da mesma para a colheita de dados (apêndice V).

Assim, a minha intervenção permitiu sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática da IACS, motivá-la para continuação da vigilância epidemiológica do serviço, promover o seu desenvolvimento/conhecimento e dissipar a dúvida do tempo de administração de antibioterapia efetuada pelos enfermeiros, para apurar se esta se encontra em conformidade.

2.2.1.2 - Formação e informação a profissionais de saúde, pessoa/família e visitas

Tive a oportunidade de frequentar as ações de formação de um serviço, nomeadamente, nos cuidados a ter numa pessoa com clostridium e da Campanha da Higienização das Mãos. No que concerne à última formação, permitiu-me mobilizar os conhecimentos adquiridos na ação de formação, facilitando a execução das observações preconizadas pela Campanha da Higienização das Mãos (Direção Geral da Saúde, 2009).



2.2.1.3- Elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas:

Neste módulo foi solicitado pela equipa de enfermagem de um serviço que se sensibilizassem as equipas de assistentes operacionais e de enfermagem para os cuidados a ter no esvaziamento do saco coletor, uma vez que foram observados procedimentos em não conformidade, tais como, aquando do despejo do saco coletor não ser usado avental, nem se ter verificado a higienização das mãos, após a retirada das luvas:

- **Cuidados a ter no esvaziamento do saco coletor**

As infeções urinárias são infeções hospitalares que representam 26,8% das infeções, segundo o Inquérito de Prevalência de Infeção Nosocomial de 2010, relativamente ao Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria.

Segundo Wilson (2003), o risco de infeção aumenta 5% em cada dia de algaliação. A mesma autora (2003) refere que as bactérias entram no sistema de drenagem pelo saco colector. Até à década de 1960, não se reconhecia a importância ao facto de um sistema fechado para a drenagem da urina, poder prevenir as infeções urinárias, na medida em que as bactérias atingem o saco colector a partir da torneira e multiplicam-se na urina à temperatura ambiente.

Para efetuar um diagnóstico de situação, foram efetuadas, durante o mês de Outubro, nos turnos manhã, tarde, noite, observações nos cuidados de manutenção do catéter vesical e os cuidados no esvaziamento do saco coletor, de acordo com as recomendações da Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar (apêndice VI) podendo, por isso, integrar-se num procedimento de auditoria, fundamentado na teoria de Pender (2006).

Segundo Kurcgant (1991), a auditoria, em Enfermagem, é a avaliação sistemática dos cuidados de enfermagem e tem como objetivo fornecer dados para a melhoria do cuidado de enfermagem.

A classificação utilizada por Kurcgant (1991), classifica a auditoria quanto à intervenção: interna (realizada pelos elementos da própria instituição hospitalar) ou externa (realizada por elementos de outra instituição hospitalar); quanto ao tempo, classifica-se em contínua (avalia em períodos determinados) ou periódica (examina em tempos estabelecidos, não necessitando, por isso, de continuidade); quanto à sua natureza, pode ser normal (realiza-se em períodos determinados com objetivos regulares) ou específica (atende uma necessidade de momento); e, por fim, quanto ao limite, que pode definir-se como total (abrange todos os sectores da instituição) ou parcial (na medida em que limita-se alguns serviços).

Face ao exposto, esta auditoria é interna, na medida em que é realizada pelos elementos da própria instituição e realizada aquando da prestação de cuidados; quanto ao tempo é uma auditoria periódica, uma vez que examina também em tempos estabelecidos; quanto à sua natureza, é específica, porque atende a uma necessidade do momento e, por fim, quanto ao limite, classifica-se como parcial, visto que engloba apenas um serviço.



Para Parreira (2005), a auditoria é a avaliação sistemática e formal de uma atividade, por alguém não envolvido diretamente na sua execução, para determinar se essa atividade está a ser levada a efeito de acordo com os seus objetivos. As auditorias são uma ferramenta de gestão, porquanto promovem a aquisição e atualização de conhecimentos, permitem a aprendizagem e reflexão de aspetos relevantes para a prática de Enfermagem, identificam áreas do conhecimento que devem ser melhoradas, sugerindo necessidade de investigação, beneficiam a pessoa/família na melhoria dos cuidados e facilitam a verificação do alcance dos objetivos (Parreira, 2005).

Realizaram-se vinte auditorias cuja avaliação final foi de 66,6 % de procedimentos em conformidade e 33,4% em inconformidade.

Após as auditorias, os resultados foram apresentados, quer à equipa de assistentes operacionais, quer à equipa de enfermagem, numa ação de sensibilização (apêndice VII).

Relativamente aos procedimentos em conformidade, reforçou-se na acção de sensibilização a importância de os manter, na medida em que são procedimentos recomendados. No que concerne aos procedimentos em inconformidade, não foi verificado:

- nenhum sinal que demonstre preocupação em rever e documentar a necessidade de manutenção do catéter, registando-se apenas a sua data de colocação, tipo e número;
- nenhum dispositivo que permita fixar o catéter vesical de modo a evitar o trauma;
- que, aquando do despejo do saco, não é usado avental o que permite a contaminação da farda;
- que, após o contacto com sangue/fluidos orgânicos, não se realiza a higienização das mãos, preconizada pela Organização Mundial da Saúde-OMS (2008).

Tal como defende Rothrock (2008), e a Direção Geral da Saúde (2009), as mãos devem ser lavadas antes e depois de contactar com a pessoa; após risco de exposição a fluidos corporais e antes da realização do procedimento asséptico.

A função da auditoria é detetar não conformidades, analisá-las quanto à sua natureza e significado, fornecer subsídios para a modificação de procedimentos e técnicas (Chiavenato e Kurgant, 1991).

Assim, após a apresentação dos resultados efetuam-se as seguintes reflexões:

- No que se refere aos sinais que demonstrem preocupação em rever e documentar a necessidade da manutenção do catéter, pode ser referida a contabilização do número de dias do catéter, sendo o enfermeiro de manhã (ou o enfermeiro responsável pela pessoa) a questionar a necessidade de manutenção do mesmo; este procedimento recomenda-se a todos os dispositivos invasivos;
- Com o intuito de fixar o catéter, recomenda-se um dispositivo que fixa o catéter no terço superior do membro inferior da pessoa;



- O reforço de um dos momentos da higienização das mãos, através da utilização de uma máquina ultravioleta que permite identificar as zonas das mãos que não foram contempladas em todos os profissionais de saúde;
- Ações de sensibilização dirigidas às assistentes operacionais, para a necessidade do uso do avental descartável, aquando do despejo do saco colector.

O recurso à auditoria traduz-se em benefícios para a pessoa/família, para a equipa de enfermagem, para a instituição e para a profissão (Kurcgant,1991).

Os benefícios para a pessoa/família ficam patentes na diminuição da taxa de infeção e na melhoria dos cuidados (Kurcgant, 1991).

Relativamente à equipa de enfermagem, a auditoria permite avaliar os aspetos a melhorar, proporcionando uma oportunidade para o desenvolvimento profissional e uniformização dos cuidados (Kurcgant, 1991). Por outro lado, para a instituição, os principais benefícios encontram-se no facto de esta ser um veículo para o alcance dos seus objetivos (Kurcgant, 1991).

Conforme citado anteriormente, a profissão de enfermagem tem na auditoria a possibilidade de desenvolvimento, de estabelecimento de critérios de avaliação e, conseqüentemente, geração de novos conhecimentos (Kurcgant, 1991).

• **Campanha da Higienização das mãos**

A higienização das mãos é um fator determinante na prevenção da disseminação da infecção (RothRock, 2008).

Um das actividades desenvolvidas na Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar e em parceria com os elos de ligação, foi a Campanha de Higienização das Mãos, cuja intervenção consiste na observação dos cinco momentos da higienização preconizada pela OMS.

A Direcção Geral de Saúde (2008) pretende promover a prática da higiene das mãos, contribuindo para a diminuição das infecções associadas aos cuidados de saúde e para o controlo das resistências dos microorganismos aos antimicrobianos.

As medidas de controlo de infecção que são delineadas representam os cuidados que devem ser aplicados a todas as pessoas, a fim de reduzir a transmissão de microorganismos entre a pessoa e profissionais (Wilson, 2003). Uma dessas medidas é a higienização das mãos, uma vez que as mãos dos profissionais de saúde são o veículo de transmissão de microorganismos de pessoa para pessoa e a maior via de transmissão de infeção (Wilson, 2003).

Face ao exposto, as enfermeiras da Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar em parceria com os elos de ligação, efetuaram as observações dos cinco momentos da higienização num serviço do hospital cuja taxa de adesão em 2009 foi de 43% e de 26% em 2010. Tendo em conta os resultados da taxa de adesão de 2010, as enfermeiras da Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar e os elos e ligação solicitaram a minha colaboração para iniciar as observações da Campanha da Higienização das Mãos preconizadas pela Direcção



Geral de Saúde (2008). A promoção de comportamentos saudáveis está preconizada no referencial teórico de Nola Pender (2006), salientando-se que os enfermeiros são o grupo profissional que desempenha um papel relevante na promoção de comportamentos saudáveis.

A metodologia utilizada para concretizar este objetivo foi a observação, preconizada no Manual para os Observadores onde se refere que o modo mais correto de estudar as práticas de higienização das mãos é a observação, na medida em que os resultados são essenciais para determinar as intervenções adequadas para a promoção da higiene das mãos, a educação, a formação e a informação (Direção Geral da Saúde, 2009), tendo como alvo todos os grupos profissionais.

Segundo Fortin (2009), a observação consiste em recolher dados por meio da observação constituindo o meio de medir comportamentos humanos ou acontecimentos. As observações são consideradas como científicas se forem inseridas em investigações planificadas. O obstáculo mais importante na observação é a subjetividade dos diferentes observadores, uma vez que constitui o risco de introduzir enviesamentos nas escolhas das situações a observar. Assim, tive o cuidado de consultar o Manual para os Observadores (Direção Geral de Saúde, 2009) e discutir as dúvidas com a senhora enfermeira orientadora, na medida em que não tinha experiência prévia na área.

Assim, neste objetivo concretizou-se um plano de ação que consiste na identificação de estratégias conducentes à implementação de um comportamento de saúde contemplando as seguintes intervenções:

- observações de todos os profissionais de saúde sobre a higienização das mãos;
- ações de sensibilização sobre a importância da higienização das mãos, através do isolamento de microorganismos em caixa de petri, procedendo-se ao exame cultural das mesmas numa estufa, durante 48 horas (Laboratório de Microbiologia). A senhora enfermeira orientadora sugeriu que a impressão digital nas placas fosse realizada antes do contacto com a pessoa, correspondendo ao primeiro momento preconizado pela OMS, por ter sido o momento de menor adesão dos profissionais de saúde. Após as 48 horas na estufa os profissionais de saúde foram confrontados com as placas colonizadas, ficando surpreendidos com a grande colonização presente, pelo que foi reforçada a importância da higienização das mãos;
- análise com a senhora enfermeira orientadora e com os elos de ligação das intervenções efetuadas.

Tal como Wilson (2003) refere, existem fatores que concorrem para a necessidade da frequência da higienização das mãos, tais como, a carga de trabalho, a diminuição do número de lavatórios, a ausência de sabão e de toalhetes para as mãos. Assim, a partir dos resultados no âmbito da Campanha de Sensibilização para a Higiene das Mãos da OMS (2009), foram



efetuados 2 momentos de observação no serviço. Na primeira avaliação que decorreu no início de 2009, a taxa de adesão foi de 40%.

Repetiu-se a segunda avaliação em Dezembro de 2010 que revelou uma taxa de adesão de 26%. Os resultados apurados para cada momento de higienização das mãos foram:

- antes do contacto com a pessoa: 9%;
- antes de um procedimento asséptico: 75%;
- após sangue e fluidos: 96%;
- após contacto com a pessoa: 14%;
- após contacto com o ambiente cerca de 11%.

Assim, alertaram-se os profissionais de saúde para a higienização das mãos através de ações de sensibilização sobre a técnica e o visionamento do filme que permite reproduzir a técnica citada anteriormente. Após as ações de sensibilização, procedeu-se a 133 observações, realizadas entre 4 a 10 de Novembro de 2011, durante o período da manhã. Para o tratamento de dados, recorri à estatística descritiva que constitui a taxa ou a frequência do aparecimento de um comportamento (Fortin, 2009).

A partir dos resultados, constatou-se que a taxa de adesão foi de 79% e, relativamente a cada um dos momentos de observação, foram registados os seguintes resultados:

- antes do contacto com a pessoa: 60%;
- antes de um procedimento asséptico: 63,63%;
- após sangue/fluidos: 90,47%;
- após contacto com a pessoa: 84,4%;
- após contacto com o ambiente: 79%.

Neste sentido, penso que a minha intervenção permitiu a diminuição das infeções associadas aos cuidados de saúde e controlo das resistências dos microorganismos aos antimicrobianos, promovendo a motivação da equipa para a investigação, através das auditorias.

Não foi possível concretizar as 200 observações recomendadas pela Direção Geral de Saúde (2009) devido ao tempo de estágio; no entanto, os elos de ligação deram continuidade ao trabalho desenvolvido.

Importante referir que a minha presença pode ter influenciado o comportamento de alguns profissionais de saúde que, ao verem-me, recorriam à solução anti-séptica e/ou higienizavam as mãos.

Para apresentar e divulgar os dados da Campanha da Higienização das Mãos neste trabalho foi solicitado um pedido de autorização à Direção de Enfermagem do Centro Hospitalar Lisboa Norte (anexo III).



- **Auditoria no intra-operatório**

A pedido da equipa de enfermagem da Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar, procedeu-se à validação da folha de auditoria no período intra-operatório no que concerne às boas práticas, com o objetivo de facilitar o registo das auditorias. Esta folha foi validada com base nos relatórios das auditorias efetuadas aos blocos operatórios do Hospital de Santa Maria. Tal como Pender (2006) refere, as pessoas podem alterar os conhecimentos para criar incentivos a ações de saúde promovendo as boas práticas.

A auditoria realizada é interna, uma vez que foi efetuada por elementos da instituição, permitindo maior profundidade no trabalho desenvolvido. Quanto ao tempo, esta auditoria é contínua, na medida em que é efetuada em períodos determinados, assegurando a continuidade do processo. Quanto à natureza, é uma auditoria específica que visa responder a uma necessidade momentânea. Quanto ao limite, é parcial e foi limitada a um serviço (Parreira, 2005).

Esta atividade permitiu-me aprofundar os meus conhecimentos no período intra-operatório, estabelecendo a ligação do período intra-operatório e pós-operatório onde desempenho funções, bem como refletir na/e sobre a prática, contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional bem como para o dos enfermeiros.

2.2.1.3 - Consultadoria e apoio

A vertente de consultadoria e apoio ficou patente na minha observação de um procedimento em inconformidade: a utilização de uma taça de inox utilizada para desfazer a barba a todas as pessoas do sexo masculino. Este procedimento foi reportado aos elos de ligação que não tinham conhecimento da situação e solicitaram o meu apoio na resolução da inconformidade. Este procedimento ficou em conformidade, através da utilização de um copo de plástico descartável de uso único para cada pessoa.

Em suma, neste estágio apesar de não prestar cuidados, o meu foco de atenção foi a pessoa/família e a minha intervenção foi direcionada para a prevenção e controlo de infeção, assim como para a promoção de comportamentos recomendados.

Após ter apreendido, no módulo anterior, que a nossa forma de estar depende do nosso posicionamento na profissão, neste módulo foi apreendida a forma como transmitir esse posicionamento através de procedimentos recomendados, de reforços positivos e de sugestões que possam melhorar a prestação de cuidados. Assim, este estágio excedeu as minhas expectativas, na medida em que me permitiu mobilizar conhecimentos de Microbiologia, aumentando o meu gosto pela infeção hospitalar.



2.3 - Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios

Os cuidados intensivos evoluíram, a partir do reconhecimento de que as necessidades da pessoa com patologias ou lesões agudas e com risco de vida seriam satisfeitas, se estivessem organizadas em áreas distintas do hospital (Urden, Kathleen, Lough, 2008).

A Unidade de Cuidados Intermédios, situada no piso 9 do Hospital de Santa Maria, é open space e constituída por seis unidades e acolhe pessoas com alterações do aparelho digestivo e submetidas as intervenções cirúrgicas.

A pessoa provém do serviço de urgência central, da enfermaria ou transferida de outras unidades intra ou inter-hospitalar, tendo-se verificado que a sua idade média é de 66,72 anos.

Apesar de, na organização hospitalar, este serviço se apresentar como unidade de cuidados intermédios presta cuidados a pessoas ventiladas.

A equipa da unidade de cuidados intermédios é constituída por cinco equipas médicas, constituídas por sete cirurgiões, cinco equipas de enfermagem, (num total de dezoito enfermeiros, sendo dois especialistas: um enfermagem médico-cirúrgica e um enfermagem de saúde mental e psiquiátrica), um psicólogo, uma dietista, uma assistente social e um capelão.

Este estágio foi realizado em contexto de trabalho o que considero uma mais valia, dado que os procedimentos e protocolos me eram familiares, não sendo necessário integração.

2.3.1 - Objetivos

Após reunião com o Senhor Enfermeiro Chefe, foram identificadas as necessidades e, de seguida, elaborados os objetivos:

2.3.1.1 - Prestar cuidados à pessoa/família

Assim as atividades desenvolvidas foram:

- sustentadas no referencial teórico de:
 - Jean Watson (2002), ao defender que o enfermeiro, para prestar cuidados, necessita de estudos, reflexão e ação permitindo uma atualização contínua dos conhecimentos; Explicação à pessoa/família, do equipamento que a rodeia, dos procedimentos permitindo a expressão de sentimentos (Watson, 2002b); o desenvolvimento de uma relação de auxílio-confiança para a prestação de cuidados e o auxílio na satisfação das necessidades humanas, em que o enfermeiro reconhece as necessidades bio-físicas, psico-físicas, psico-sociais e espirituais da pessoa/família que vive num mundo em constante transformação;



- Nola Pender (2006) refere que a promoção da saúde e de comportamentos saudáveis é dirigida, não só à pessoa, como à sua família, concretizada nos ensinamentos. Por isso, a família permaneceu junto da pessoa explicando-lhe os procedimentos. Esta presença transmite tranquilidade à pessoa, diminuindo a ansiedade da mesma e da sua família; inspirar confiança e segurança, promovendo o conforto emocional e físico; informar sobre o funcionamento do serviço e da instituição hospitalar; recolher informações sobre a pessoa/família, necessária ao planeamento e prestação de cuidados considerando as diferentes dimensões da PESSOA e incentivar a família na prestação de cuidados.
- Realização de pesquisa bibliográfica, de modo a promover o desenvolvimento pessoal e profissional, mantendo a formação contínua preconizada no Código Deontológico no artigo 88 – Excelência do Exercício (Ordem dos Enfermeiros, 1998);
- Validação com a pessoa/família dos cuidados prestados, através da sua observação e avaliação e dos registos de enfermagem, como se encontra plasmado no REPE (Ordem dos Enfermeiros, 1996): avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem, através da observação e resposta da pessoa/família;
- Continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas no artigo 83 –Direito ao Cuidado –REPE (Ordem dos Enfermeiros, 1996);
- Discussão com o senhor enfermeiro orientador e com a equipa de enfermagem, sobre as intervenções efetuadas na prestação de cuidados, com o intuito de refletir sobre a prática dos cuidados promovendo o meu desenvolvimento profissional, assim como, a aquisição e desenvolvimento das minhas competências;

2.3.1.2 – Elaborar as normas de acolhimento à pessoa/família e espólio da pessoa;

Na reunião com o senhor enfermeiro orientador, uma das necessidades levantadas foi melhorar o acolhimento à pessoa/família, sendo o desenvolver desta intervenção de enfermagem um dos objetivos do serviço desde 2007.

Para melhorar o acolhimento, na unidade de cuidados intermédios, verificou-se que se podia começar por elaborar uma norma de acolhimento (apêndice VIII), segundo as recomendações da Joint Commission (2010).

Constatou-se que o folheto de acolhimento continha a informação relacionada com o horário das visitas, o número de visitas, a localização do serviço e o horário das refeições. Juntamente com uma colega do serviço reformulou-se o guia de acolhimento (apêndice XIX), dando visibilidade às intervenções de enfermagem, nomeadamente, quais as temáticas que serão abordadas pelo enfermeiro e início da preparação para eventual transferência de serviço.



Tal como refere Redman (2003), a utilização de informação escrita, para reforçar os ensinamentos feitos por demonstração, ou esclarecimentos orais, aumenta a possibilidade de qualquer pessoa adquirir o conhecimento que se pretende transmitir.

Como apresenta Silva (2010), o acolhimento define-se como a relação estabelecida entre a pessoa/família e o enfermeiro, no momento da entrada no serviço, contribuindo para a adaptação à unidade de internamento.

O diagnóstico de necessidades foi realizado, mas mantinha-se a questão quais os procedimentos que envolvem o acolhimento à pessoa/família que se encontram em conformidade e quais são os procedimentos em inconformidade. Com o intuito de zelar pela prestação de cuidados e, conseqüentemente, melhorar os cuidados prestados à pessoa/família efetuou-se uma observação, com base nas recomendações da Joint Commission (2010), no período de 3 a 13 de Janeiro do decorrente ano, num total de dez observações (apêndice X). Os resultados foram apresentados à equipa de enfermagem (apêndice XI). Foi pedido autorização à Direcção de Enfermagem para utilização e divulgação dos dados (anexo IV).

Procedimentos recomendados	Conformidade
4. Informar a família qual a unidade em que a pessoa se encontra assim como a situação da mesma no que respeita aos cuidados de enfermagem e meio envolvente;	100 %
5. Informar a pessoa sobre o seu estado clínico esclarecendo as suas questões.	100 %
8. Utilizar uma linguagem acessível e adequada a cada situação, esclarecendo a pessoa/família;	100 %
11. Permitir que a pessoa/família exprima a sua cultura e sua religião;	100 %
6. Negociar com a família a disponibilidade e o momento para a obtenção das informações que não constem ainda no processo;	70 %
9. Validar com a família se forneceu o contacto telefónico	50%
7. Acompanhar a família até junto da pessoa;	40%
3. Validar com a pessoa, caso a sua situação permita, se deseja receber a visita da família;	30%
10. Informar a família sobre o horário das visitas e número de visitas em permanência junto da pessoa, nome do médico, nome dos enfermeiros, contactos telefónicos, local onde a pessoa se encontra ou possível local de transferência	30%
14. Registrar a data, hora de toda a informação recolhida durante o acolhimento à pessoa/família de forma a garantir a qualidade e a continuidade de cuidados;	30%
12. Informar quais são os serviços de apoio da instituição aos familiares: cafetaria, lojas,	20%



banco e capelania;	
15.Registar nos registos de enfermagem quem visitou a pessoa, os diagnósticos de enfermagem e a reação da pessoa;	20%
1.Dirige-se à pessoa/família e apresenta-se pelo nome;	10%
2.Questionar a pessoa/família o nome pelo qual gosta de ser tratado;	10%
11.Informar a família da higienização das mãos no início e no fim da visita;	0%

Esta atividade permitiu à equipa de enfermagem refletir sobre a metodologia do acolhimento à pessoa/família. Tal como refere Honoré (2004), questionar uma prática é interrogá-la sobre os seus aspetos, a sua origem, a sua evolução e o seu resultado. A metodologia utilizada assenta no enfermeiro que está a trabalhar e acolhe a pessoa/família, quando esta necessita de internamento na unidade, não existindo a ligação com o enfermeiro da enfermaria.

Ao observar esta intervenção autónoma dos enfermeiros questionou-se porque não se faz a ligação entre a enfermaria e a unidade? Como implementá-la?

Os enfermeiros podem fazer a ligação entre a enfermaria e a unidade de cuidados intermédios. A pessoa/família é acolhida pelo enfermeiro da enfermaria, ou seja, o enfermeiro dirige-se à pessoa/família, passando a ser o “enfermeiro de referência” daquela pessoa/família. No caso de necessidade de internamento na unidade, o enfermeiro de referência que, pode estar na enfermaria, desloca-se à unidade e apresenta a pessoa/família ao enfermeiro desta. Quando a pessoa/família é transferida novamente para a enfermaria, o enfermeiro da unidade desloca-se para a enfermaria e o enfermeiro da enfermaria, sendo o mesmo que acolheu a pessoa/família no início, acolhe-a.

Este procedimento é possível, principalmente nos turnos das manhãs, porque existem elementos fixos na unidade e na enfermaria.

Coloca-se a questão dos restantes turnos: nos da tarde e da noite, de semana, bem como nos de fim de semana e nas manhãs de fim de semana. Sempre que possível, deve ser o mesmo enfermeiro a fazer esta ligação entre a enfermaria e a unidade; isso seria um começo, evitando/diminuindo a ansiedade que as pessoas/famílias sentem na unidade de cuidados intensivos (Urden et al, 2008).

Em suma, com a apresentação destes resultados sugere-se observações de três em três meses para monitorização do acolhimento, refletir na prática sobre a metodologia do acolhimento à pessoa/família, evitando/diminuindo a ansiedade da pessoa/família.

Ao desenvolver a atividade relacionada com o acolhimento à pessoa/família foi identificada outra necessidade: o espólio da pessoa.



O Centro Hospitalar Lisboa Norte elaborou uma norma relativamente ao espólio da pessoa, dirigida aos serviços de Urgência Central e Pediátrica, não contemplando os serviços de internamento. Assim, realizou-se uma norma do espólio da pessoa e a respetiva folha de registo de valores (apêndice XII e XIII) que posteriormente foram apresentados à equipa de enfermagem (apêndice XIV).

Constituem o espólio das pessoas admitidas no Centro Hospitalar Lisboa Norte, todos os bens e valores de que estes sejam portadores, quando fiquem à guarda da instituição, nomeadamente: roupas e outros acessórios; valores, entre os quais se consideram dinheiro, objetos de metal amarelo e branco e outros adornos, cartões bancários, ações, certificados da dívida pública, aplicações financeiras e outros idênticos; outros documentos e óculos e outras próteses (www.chln.pt). Este procedimento permite aumentar a segurança dos bens da pessoa.

2.3.1.3 - Elaborar uma folha de registo de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intermédios

Devido a otimização de recursos materiais, a impressão de folhas de registo de Enfermagem, tamanho A5, vai cessar no serviço, passando a impressão a ser feita apenas no tamanho A4. Por isso, uma das necessidades sentidas pelos enfermeiros consiste na elaboração de uma folha de registo de Enfermagem, na qual se colaborou com mais dois elementos da equipa, passando a integrar as atividades do estágio, uma vez que eu tive contacto com a linguagem CIPE®, no módulo I, e os colegas do serviço não estavam familiarizados com a mesma. Deste modo, mobilizei os meus conhecimentos adquiridos, no módulo I, relativamente à linguagem CIPE®, para este módulo.

Os registos de enfermagem, segundo Marques (2006), são uma forma de comunicação escrita que, quando corretamente elaborados, permitem a individualização dos cuidados e, conseqüentemente, a sua melhoria.

Para elaborar uma nova folha de registo de enfermagem (apêndice XV), recorreu-se às seguintes estratégias:

- Reflexão sobre os registos de enfermagem da atual folha;
- Trabalho com dois elementos de equipa de enfermagem;
- Conhecimento doutras folhas de registos de enfermagem de outras unidades de cuidados intermédios cirúrgicos dentro do Centro Hospital Lisboa Norte, assim como, de outra instituição, sem descurar a especificidade do serviço e a metodologia de trabalho. As folhas dos outros serviços permitem retirar os pontos fortes de cada uma delas e aplicá-los na nova folha;
- Discussão com o senhor enfermeiro orientador e com a equipa de enfermagem sobre as questões/dúvidas que foram surgindo solicitando as suas sugestões.

No Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria os registos são manuais, como já foi anteriormente referido, apesar da Ordem dos Enfermeiros (2009) recomendar os registos de enfermagem em linguagem CIPE®. Dos 18 elementos da equipa de Enfermagem



apenas 4 já tiveram contacto com a mesma, o que implicará formação para os elementos da equipa de enfermagem. Assim, optou-se por aproximar a nova folha à linguagem CIPE®. Este contributo advém do módulo I em que houve contacto com a mesma, como já foi supracitado.

Apesar de Cardoso et al (2003) defender que os registos de enfermagem devem ter as palavras escritas na sua totalidade, ao elaborar-se a folha, teve de se recorrer a abreviaturas para otimizar o espaço, construindo-se, por isso, uma folha de abreviaturas (apêndice XVI).

Ao elaborar a folha de Registo de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intermédios, senti dificuldades na otimização do espaço, na seleção de quais os registos, qual a sua ordem, que novos registos incluir, e sensibilização para algumas temáticas a serem contempladas na nova folha.

Em suma, tal como defende Costa (1998), o enfermeiro só pode ter uma atuação com fundamento teórico se fundamentar a sua intervenção com dados exatos, concretos, organizados e registados.

Tal como refere Costa (1998), os registos contribuem para o planeamento, aplicação e avaliação dos cuidados prestados, tornando-os contínuos e progressivos e, por outro lado, reforça a autonomia e a responsabilidade dos enfermeiros.

Os registos, em si mesmos, propõem melhorar a comunicação entre todos os que prestam cuidados à pessoa/família, proporcionando uma atenção aos diagnósticos (Costa,1998). Por outro lado, a Ordem dos Enfermeiros (2003) refere que a CIPE® se constitui como um standard taxonómico a utilizar, quer nos sistemas de documentação em suporte de papel, quer nos sistemas de documentação em suporte eletrónico.

Esta atividade permitiu:

- registo de sinais vitais horários com o seu valor numérico e não em gráfico;
- registo de, para além do nome da pessoa, diagnóstico, intervenção cirúrgica, tipo de cirurgia, número de dias de internamento, o registo do acolhimento à pessoa/família assim como as alergias;
- utilização da escala de Ramsay que nenhum elemento da equipa de enfermagem tinha conhecimento que avalia o grau de sedo/analgesia da pessoa no pós-operatório, tal como, a escala das pupilas quantificando o seu valor numérico quanto ao tamanho, que apenas um elemento da equipa tinha conhecimento;
- registo da eliminação vesical e intestinal: cada enfermeiro regista qual o tipo de eliminação, ou seja, regista se a pessoa urina por urostomia ou por sonda vesical, se apresenta colostomia ou ileostomia;
- avaliação da dor na pessoa inconsciente, que não era avaliada. A promoção do desenvolvimento da equipa de enfermagem ficou patente, na medida em que apenas um elemento tinha conhecimento da avaliação segundo BPS (Behavioral Pain Scale);
- contagem dos dias dos dispositivos invasivos, permitindo a reflexão na/ e sobre a prática, acerca da necessidade de permanência dos mesmos ou da sua substituição;



- registo dos ensinamentos feitos, quer à pessoa, quer à família, nos diferentes turnos, na prevenção de complicações pós-cirúrgicas.

A nova folha de registo de enfermagem foi apresentada à equipa de enfermagem para cada elemento analisar, refletir e, posteriormente, proceder-se à implementação.

2.3.1.4 – Avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros

Neste estágio, foi solicitado pelo senhor enfermeiro orientador que uma das necessidades do serviço seria avaliar/quantificar as funções autónomas e interdependentes dos enfermeiros e qual a sua carga de trabalho.

Tal como defende Gaidzinski (1994), no seu estudo, uma equipa sobredimensionada para a carga de trabalho de enfermagem implica custos; por outro lado, uma equipa reduzida tende a prolongar o internamento. Segundo os autores Sermeus, Aiken, Heede, Sloane, Busse, Mckee, Bruyneel, Rafferty, Griffiths, Moreno-Casbas, Tishekman, Scott, Brzostek, Kinnunen, Schwendimann, Heinen, Zikos, Sjetne, Smith, Kutney-Lee (2012) realizaram um estudo em que relacionam a carga de trabalho dos enfermeiros e os cuidados prestados à pessoa/família.

Aquando da ação de sensibilização da carga de trabalho, à equipa de enfermagem (apêndice XVII), num universo de dezoito elementos, apenas quatro referenciaram conhecer o TISS 28 que reflete cerca de 40% das atividades de enfermagem. Por isso, após uma pesquisa bibliográfica foi apresentado o Nursing Activities Score – NAS (apêndice XVIII) - que deriva do TISS 28 mas que engloba cerca de 80% das atividades de enfermagem (Queijo et al 2009). Assim, na ação de sensibilização, foi apresentada o NAS, desconhecido para toda a equipa de enfermagem, que foi implementado no serviço após decisão da mesma. De seguida, pediu-se a autorização à autora da carga de trabalho para sua utilização (apêndice XIX).

Esta carga de trabalho inclui treze avaliações: monitorização dos sinais vitais e cálculo do balanço hídrico, investigação laboratorial, procedimento de higiene, mobilização e posicionamentos, suporte de cuidados aos familiares e à pessoa, colaboração com outros profissionais de saúde, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas. A cada uma destas categorias é atribuído uma pontuação/score.

Esta carga de trabalho permite quantificar o trabalho dos enfermeiros, nomeadamente o número de intervenções de enfermagem, quer autónomas quer interdependentes.

Consideram-se intervenções autónomas as *“ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”*. Consideram-se intervenções interdependentes as *“ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas*



qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas". Ambas as intervenções encontram-se consagradas no REPE, Artigo 9º - Intervenções dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 1996).

No decorrer desta atividade, surgiram algumas limitações tais como: o tempo de duração do estágio e o facto de a carga de trabalho ter sido validada no Brasil. Por isso, uma das estratégias utilizadas foi avaliar os termos para a língua portuguesa com a autora e elaborar uma folha de uniformização de preenchimento do NAS (apêndice XX). De seguida, foi apresentada a nova folha de uniformização de preenchimento do NAS a toda a equipa de Enfermagem com o intuito de manter a conformidade no registo.

Esta recolha de dados decorreu do período de 16 de Dezembro de 2011 a 27 de Janeiro de 2012, onde se aplicou o NAS a todas as pessoas/famílias internadas na unidade, perfazendo um total de 76 pessoas/famílias. Assim, este estudo é descritivo e contempla a interrogação de um grupo profissional sobre o que faz, dando início ao processo de investigação (Collière, 2003). Recorreu-se ao programa Excel para tratamento de dados.

Foram registadas 546 intervenções. Deste modo, quantificou-se cada intervenção com a respetiva percentagem.

Actividades básicas	Resultados
<p>1. Monitorização</p> <p>1 a. Sinais vitais horários, cálculo e registo do balanço hídrico.</p> <p>1b. Presença à beira do leito e observação do leito e observação ou actividade contínua por 2 horas ou mais em algum turno por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como: ventilação mecânica não invasiva, desmame, agitação, confusão mental, posição pronação, procedimentos de doação de órgãos, preparação e administração de fluidos ou medicação, auxílio em procedimentos específicos.</p> <p>1c. Presença à beira do leito e observação ou actividade contínua por 4 horas ou mais em algum turno por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como os exemplos acima.</p>	<p>474 – 86, 81 %</p> <p>59 - 10, 80%</p> <p>13 – 2,3%</p>
<p>2. Investigações laboratoriais: bioquímicas e microbiológicas.</p>	<p>189 – 34,61%</p>
<p>3. Medicação, exceto drogas vasoativas</p>	<p>546-100%</p>
<p>4. Procedimentos de Higiene</p> <p>4a. Realização de procedimentos de higiene tais como: realização de pensos de feridas e cateteres intravasculares, troca de roupa de cama, higiene corporal da pessoa em situações especiais (incontinência, vômito, queimaduras, feridas com secreção, penso cirúrgico complexos com irrigação), procedimentos especiais (ex. Isolamento), etc.</p> <p>4b. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 2 horas, em algum turno.</p> <p>4c. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 4 horas em algum turno.</p>	<p>180 – 32, 96%</p> <p>16 – 2,93%</p> <p>0 – 0%</p>
<p>5. Cuidados com Drenos – Todos (excepto sondas gástrica e vesical).</p>	<p>364 – 66,66%</p>



<p>6. Mobilização e Posicionamento incluindo procedimentos tais como: mudança de decúbito, mobilização da pessoa; transferência da cama para a cadeira; mobilização da pessoa em equipe incluindo as assistentes operacionais (ex. pessoa imóvel, posição pronação).</p>	
<p>6a. Realização do(s) procedimento(s) até 3 vezes em 24 horas.</p>	210 – 38,46%
<p>6b. Realização do(s) procedimento(s) mais do que 3 vezes em 24 horas ou com 2 profissionais em qualquer frequência.</p>	315 – 57,69%
<p>6c. Realização do(s) procedimentos(s) com 3 ou mais profissionais em qualquer frequência.</p>	2 – 0,36%
<p>7. Suporte e cuidados à família e pessoa incluindo procedimentos tais como telefonemas, entrevistas, aconselhamento. Frequentemente, o suporte e cuidado, sejam aos familiares ou as pessoas permitem a equipe continuar com outras actividades de enfermagem (ex: a comunicação com a pessoa durante procedimentos de higiene, comunicação com os familiares enquanto presente à beira do leito observando a pessoa).</p>	
<p>7a. Suporte e cuidado aos familiares e pessoas que requerem dedicação exclusiva por cerca de uma hora em algum turno, tais como: explicar situação clínica, lidar com a dor e angústia, lidar com circunstâncias familiares difíceis.</p>	414 – 75, 82%
<p>7b. Suporte e cuidado aos familiares e pessoas que requerem dedicação exclusiva por 3 horas ou mais em algum turno, tais como: morte, circunstâncias trabalhosas (ex. grande número de familiares, problemas de linguagem e familiares hostis).</p>	5 – 0,91%
<p>8. Gestão de cuidados</p>	
<p>8a. Realização de intervenções tais como: processamento de dados clínicos, solicitação de exames, troca de informações profissionais (ex. passagem de turno, visitas clínicas).</p>	540-98,90%
<p>8b. Realização de intervenções que requerem dedicação integral por cerca de 2 horas em algum turno, tais como: actividades de pesquisa, aplicação de protocolos, procedimentos de acolhimento e transferência.</p>	7– 1,28%
<p>8c. Realização de intervenções que requerem dedicação integral por cerca de 4 horas ou mais tempo em algum turno, tais como: morte e procedimentos de doação de órgãos, coordenação com outras disciplinas.</p>	0 - 0%
<p>Suporte ventilatório</p>	
<p>9. Suporte respiratório: Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva, com ou sem relaxantes musculares; respiração espontânea com ou sem pressão expiratória final positiva (ex.CPAP ou BIPAP), com ou sem tubo endotraqueal; oxigénio suplementar por qualquer método.</p>	320-58,60%
<p>10. Cuidado com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia.</p>	9-1,64%
<p>11. Tratamento para melhorar da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia inalatória, aspiração endotraqueal.</p>	58-10,62%
<p>Suporte Cardiovascular</p>	
<p>12. Medicação vasoativa independente do tipo e dose.</p>	84-15,38%
<p>13. Reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos. Administração de fluidos > 3l/dia, independente do tipo de fluido administrado.</p>	25-4,57%
<p>14. Monitorização do átrio esquerdo. Cateter da artéria pulmonar com ou sem medida de débito cardíaco.</p>	0-0%
<p>15. Reanimação cardiorespiratória nas últimas 24 horas (excluído muro precordial).</p>	0-0%
<p>Suporte Renal</p>	
<p>16. Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas.</p>	17-3,11%
<p>17. Medida quantitativa do débito urinário (ex. sonda vesical).</p>	496-90,84%
<p>Suporte neurológico</p>	
<p>18. Medida da pressão intracraniana.</p>	0 %
<p>Suporte metabólico</p>	
<p>19. Tratamento da acidose/ alcalose metabólica complicada.</p>	5-0,91%
<p>20. Alimentação Parentérica.</p>	11-2,01%



21. Alimentação entérica: através de sonda gástrica ou outra via gastrointestinal (ex: jejunostomia).	17-3.11%
Intervenções específicas	
22. Intervenções específicas na unidade de terapia intensiva. Intubação endotraqueal, inserção de marca-passo, cardioversão, endoscopia, cirurgia de emergência no último período de 24 horas, lavagem gástrica. Intervenções de rotina sem consequências directas para as condições clínicas da pessoa, tais como: Raio X, ecografia, electrocardiograma, realização de pensos ou inserção de cateteres venosos ou arteriais não estão incluídos.	38-6.9%
23. Intervenções específicas fora da unidade de terapia intensiva. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.	24-4.39%

Analisando/refletindo as intervenções mais registadas, consideram-se intervenções autónomas: mobilização e posicionamento e, suporte e cuidados à pessoa e família. No que concerne ao posicionamento mais que três vezes nas 24 horas foram registadas 315-57,69% intervenções e o suporte e cuidados as pessoas/famílias com dedicação cerca de uma hora registaram aproximadamente 414 correspondendo cerca de 76%.

Tal como refere KEEN et al (2003) o suporte à pessoa/família é uma componente das intervenções autónomas de enfermagem. A mobilização e posicionamento contribuem para prevenção de úlcera de pressão preconizada na instituição hospitalar.

Quanto às intervenções autónomas, a equipa de enfermagem tem conhecimento dos valores obtidos, através da apresentação dos resultados e assim pode melhorar e valorizar as mesmas.

Tal como refere Collière (2003), a investigação permite o desenvolvimento dos cuidados de Enfermagem e da própria profissão. O rigor advém dos dados técnicos nomeadamente números e percentagens. À luz de Fortin (2009), a investigação é necessária a qualquer disciplina para produzir conhecimento que terá incidência na prática e assegurar a credibilidade da profissão. A investigação realizada nas diversas disciplinas implica um conjunto de elementos que sustentam o seu processo e que asseguram a ligação entre a conceptualização, sobre os métodos sobre os quais se apoia a investigação e a aplicação de medidas concretas na prática. Assim, a investigação assenta na teoria e esta assenta na investigação (Fortin, 2009).

Por outro lado, para Hesbeen (2000), os contributos da investigação são o aumento dos conhecimentos em que os profissionais pudessem basear ou organizar a sua prática, bem como uma melhoria da sua capacidade de inovar, que culmina no reconhecimento da população, dos parceiros e dos poderes políticos.

Os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional (REPE-Ordem dos Enfermeiros, 1996).

Sendo uma unidade de cuidados intermédios, a medicação surge com 546 intervenções, 100%, na medida em que a pessoa se encontra em estado crítico.

Face ao exposto, o NAS torna-se um instrumento de gestão para avaliação dos cuidados prestados à pessoa/família, na medida em que constitui uma ferramenta de conhecimento e, posteriormente, permite uma melhoria da equipa de enfermagem, no que concerne às



intervenções autónomas. Os dados colhidos foram partilhados com a equipa de enfermagem que ficaram surpreendidos com os resultados.

2.3.1.5 – Efetuar a vigilância do local cirúrgico

Esta atividade surge na continuidade do módulo anterior.

Tal como foi mencionado na apresentação do serviço, é uma unidade que recebe pessoas do foro cirúrgico. Segundo Rothrock (2008) refere, as infeções do local cirúrgico constituem cerca de 14% a 16% de todas as infeções adquiridas no hospital e incidem em incisões superficiais, profundas e espaço/órgãos. Assim, deu-se início a uma vigilância contínua, ativa e prospetiva, cujos dados obtidos foram: quinze pessoas submetidas a cirurgia do cólon e dezoito pessoas submetidas a colecistectomia, no período de 5 de Dezembro de 2011 a 16 de Janeiro de 2012.

Relativamente à cirurgia do cólon, foram isolados os seguintes microorganismos: 2 *Staphylococcus aureus* resistente à metilina - MRSA; 1 *Morganela Morganni*; 1 *Bacteroides Fragilis* e 1 *Enterococcus sp* sendo que na colecistectomia não foram isolados microorganismos.

No que respeita aos reinternamentos, 27% das pessoas submetidas a cirurgia do cólon e 20% na colecistectomia foram reinternadas. Estes resultados foram partilhados com a equipa de enfermagem (apêndice XXI).

Tendo por base a categoria I A (www.cdc.pt) e a questão anteriormente colocada sobre a administração de antibioterapia, constatou-se que, das 33 pessoas estudadas, apenas 1 estava em inconformidade.

Ao desenvolver a atividade relacionada com o Protocolo Helics, surge a identificação de microorganismos que requererem determinados procedimentos tais como a utilização de equipamento de proteção individual.

2.3.1.6 – Elaborar um quadro com as recomendações de utilização do Equipamento de Proteção Individual

A pedido da equipa de enfermagem, e em seguimento da atividade relacionado com o Protocolo Helics, elaborou-se um quadro com as vias de transmissão e quais os equipamentos de proteção individual recomendados (apêndice XXII), segundo o referencial teórico de Pender (1992).

Tal como foi abordado na caracterização do serviço, a unidade é em open space, não existindo unidade de isolamento, pelo que se recomenda a utilização do equipamento de proteção individual, contribuindo, assim, para a prevenção da infeção.

A transmissão de infeção envolve a presença de um agente patogénico, reservatório, porta de saída, transmissão, porta de entrada e suscetibilidade, sendo que o equipamento de



proteção individual se utiliza na proteção contra todos os fluidos orgânicos, em todos os indivíduos, independentemente do seu estado clínico infeccioso. A aplicação de medidas de controlo de infeção, nos cuidados a todas as pessoas, independentemente de se saber ou não se têm infeções, foi recomendada pela primeira vez, no final da década de 1980 pelo Centre for Disease Control. Esta abordagem foi denominada de medidas universais (Wilson 2003) que permitem prevenir infeções cruzadas entre as pessoas e também proteger os profissionais.

Os equipamentos de proteção individual podem englobar bata, avental, luvas, entre outros, de acordo com a via de transmissão do microorganismo. Em parceria com as enfermeiras da Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar, foi elaborado e apresentado um quadro, resumindo os procedimentos recomendados para cada via de transmissão, com exemplos de microorganismos.

Tal como Wilson (2003) salienta, o uso de luvas para contactos directos com fluidos orgânicos ou zonas húmidas do corpo constitui um método seguro para reduzir a passagem de microorganismos para as mãos. A mesma autora (2003) menciona que devem usar-se luvas em todos os procedimentos em que os fluidos orgânicos possam contaminar as mãos, mas que, para prevenir a sua transmissão, é preciso retirá-las no final de cada procedimento.

As máscaras aparecem na viragem para o século vinte, com a função de proteger as pessoas dos microorganismos expelidos do tracto respiratório dos profissionais de saúde, durante as técnicas cirúrgicas, e para proteção dos profissionais quando cuidavam de pessoas com patologias infecciosas (Wilson, 2003). Assim, preconiza-se o uso de máscara e proteção para os olhos, em todas as atividades que impliquem o risco de que os fluidos orgânicos sejam projetados para a face.

As batas e aventais recomendam-se nas técnicas que causem contaminação da pele e da roupa com sangue ou fluidos orgânicos (Wilson, 2003). Esta medida protege a pele do profissional de saúde da contaminação por fluidos orgânicos infetados e reduz o risco de infeção cruzada noutras pessoas. A mesma autora (2003) salienta que a parte da frente do corpo é frequentemente contaminada por fluidos orgânicos, pelo que os aventais de plástico fornecem protecção necessária.

Elaborou-se um quadro sobre as vias de transmissão por contacto, por gotículas e respiratória com o objetivo de melhorar os cuidados de enfermagem, através da utilização do equipamento de proteção individual recomendado e evitando a infeção cruzada. Este quadro foi apresentado à equipa de enfermagem através de 5 ações de sensibilização ao longo do estágio no final do turno da manhã (apêndice XXIII).

Em suma: se nos módulos anteriores se apreendeu que a nossa intervenção depende do nosso posicionamento e da forma como o transmitimos, neste módulo recorreu-se a diferentes



estratégias/recursos de modo a transmiti-lo. Este estágio excedeu as minhas expectativas, porque me permitiu mobilizar os conhecimentos adquiridos na componente teórica e nos módulos anteriores e relacionar todas as atividades.

Após a exposição dos objetivos e as respetivas atividades de cada estágio, apresentam-se as competências adquiridas/desenvolvidas.



3. Competências desenvolvidas

Com o presente relatório pretendo demonstrar a aquisição de competências na prestação de cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O REPE refere que Enfermeiro Especialista é aquele a quem é atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (artigo 4º n.º 3, Decreto – Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro).

“O campo de competência da Enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, e dos que a cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las, se essas capacidades forem insuficientes. A competência da Enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando os meios mais adaptados para o conseguir” (Collière, 1989, p. 290).

Deste modo, as competências desenvolvidas centraram-se, no Módulo I, na prestação de cuidados. No Módulo II, foram desenvolvidas competências na área da formação e consolidaram-se competências ao nível da prestação de cuidados. No Módulo III, tive a oportunidade de sedimentar as competências citadas anteriormente, salientando as competências ao nível da gestão, na medida em que a minha atividade profissional se tem desenvolvido no domínio da prestação de cuidados.

Refleti sobre as minhas intervenções, espelhadas nas reflexões realizadas e na minha auto-avaliação e hetero-avaliação, com os respetivos senhores enfermeiros orientadores e a Professora.

Neste sentido, a apresentação das competências é subordinada às áreas de prestação de cuidados, formação e gestão salientando as atividades realizadas que me permitiram adquirir essas competências.

No que concerne à prestação de cuidados:

- **Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização** – a consciência crítica ficou patente na identificação da necessidade do acolhimento ao cliente/família assim como da elaboração da norma do acolhimento ao cliente/família;
- **Aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização** – esta competência ficou espelhada na elaboração da norma de acolhimento ao cliente/família;
- **Reflete na e sobre sua prática, de forma crítica** – esta competência foi desenvolvida na ação de sensibilização subordinada à temática do acolhimento ao cliente/família;



- **Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura** – esta competência ficou refletida na prestação de cuidados, que primam pelo cuidado de ir ao encontro do cliente/família, reconhecê-lo como ser humano com necessidades;
- **Zela pelos cuidados prestados na sua área de especialização** – esta competência ficou patente na norma do acolhimento ao cliente/família e nos procedimentos recomendados na aspiração de secreções na ventilação invasiva e naso/orofaringe zelando pela prestação de cuidados;
- **Desenvolve uma metodologia eficaz de trabalho eficaz na assistência ao cliente** – esta competência foi desenvolvida na prestação de cuidados em que foram mobilizados os recursos necessários de modo a dar resposta as necessidades do cliente/família.
- **Lidera equipas de prestação de cuidados especializadas na sua área de especialização** – esta liderança fica patente na minha prática profissional onde desempenho funções de chefe de equipa.
- **Demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua especialização** – esta competência foi desenvolvida na prestação de cuidados através da mobilização de conhecimentos da minha prática profissional para o contexto de urgência;
- **Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar** – esta competência foi desenvolvida ao longo deste percurso, com avaliação positiva por parte dos enfermeiros orientadores assim como na minha prática profissional;
- **Produz um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara** - na ação de sensibilização subordinada à temática acolhimento ao cliente/família, o discurso foi fundamentado em autores, citados no enquadramento teórico que foram partilhados, discutidos com a equipa de enfermagem, assim como a prática do acolhimento ao cliente/família;

Relativamente à formação:

- **Mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional** – ao longo deste caminho tive a oportunidade de manter de forma contínua e autónoma o processo de auto-desenvolvimento, através dos congressos e cursos frequentados.
- **Promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros** - o desenvolvimento desta competência foi concretizado através da ação de sensibilização intitulada “o acolhimento à pessoa/família”;



- **Identifica as necessidades formativas na sua área de especialização** – foram observados procedimentos em inconformidade, relativamente nos cuidados a ter no esvaziamento do saco coletor;
- **Promove a formação em serviço na sua área de especialização** – esta competência ficou patente na ação de sensibilização relativamente à vigilância epidemiológica do local cirúrgico;
- **Formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação de enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica** – a formação permanente implica um desenvolvimento de todas as competências ao longo do exercício e não apenas o desenvolvimento de uma competência. Ao longo deste percurso tentei desenvolver competências pouco exploradas anteriormente, como, por exemplo, ao nível da gestão, sem descurar as restantes;
- **Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades** – que ficou patente na caracterização da equipa de enfermagem que apresenta, na sua constituição, enfermeiros especialistas e não especialistas, a quem foi apresentada a ação de sensibilização sobre o acolhimento à pessoa/família;
- **Comunica aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral** – esta competência ficou presente na ações de sensibilização efetuadas às equipas de Assistentes Operacionais e de Enfermagem, nos cuidados a ter no esvaziamento do saco coletor;
- **Comunica os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas** – na ação de sensibilização nos cuidados a ter no esvaziamento do saco coletor onde foram apresentados os resultados das observações às Assistentes Operacionais e aos Enfermeiros, que incluí enfermeiros especialistas, assim como o Protocolo Helics.

Ao longo deste percurso desenvolvi competências na área de gestão, recorrendo ao que foi explanado no Congresso da Ordem dos Enfermeiros no desenvolvimento de competências na vertente de gestão tais como: REPE, Código Deontológico, Carreira de Enfermagem e Competências de Enfermagem. Na vertente de gestão foram desenvolvidas as seguintes competências:

- **Realiza a gestão dos cuidados na sua área de especialização** – a ação de sensibilização sobre o acolhimento à pessoa/família e a carga de trabalho dos enfermeiros que permitem a reflexão dos conhecimentos e da prática e a investigação em enfermagem constituindo uma ferramenta de gestão;
- **Toma iniciativas e é criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização** – por os diferentes profissionais de saúde mencionaram cansaço das ações de formação/sensibilização sobre a importância da higienização



das mãos, recorreu-se, não só à utilização da caixa de petri, com o intuito de isolar os microorganismos das mãos de cada profissional de saúde e apresentar as culturas aos mesmos, mas também a dois filmes que demonstram como as mãos podem ser veículos de transmissão de microorganismos;

- **Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica** – esta competência foi desenvolvida, quando aplicou-se os conhecimentos adquiridos na componente teórica, no que concerne à inconformidade efetuada pela assistente operacional, ao desfazer a barba a uma pessoa com a mesma taça de inox para todas as pessoas. Os conhecimentos adquiridos na componente teórica da especialidade foram aplicados, nomeadamente, na nova folha de registo de enfermagem, contribuindo para a resolução de problemas, como, por exemplo, a introdução da avaliação da dor em pessoas inconscientes, o que implica um trabalho multidisciplinar;
- **Exerce supervisão do exercício profissional na sua área de especialização** – esta competência foi desenvolvida nas observações nos cuidados a ter no esvaziamento do saco coletor;
- **Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem** - na elaboração da folha de registo de enfermagem recorreu-se aos subsídios do primeiro módulo, nomeadamente, a linguagem CIPE®, em que aproximou-se a folha à linguagem CIPE®. A relação entre os dois módulos, no que se refere ao registo de enfermagem, permite a transferência e a reutilização de uma aprendizagem adquirida;
- **Demonstra compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência** - que foi patente no Protocolo Helics e na carga de trabalho dos enfermeiros;
- **Incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências** – demonstrou-se esta competência, através da apresentação das diferentes escalas de carga de trabalho dos enfermeiros e da apresentação dos estudos efetuados na vigilância epidemiológica do local cirúrgico;
- **Participa e promove a investigação em serviço na sua área de especialização** – esta competência ficou espelhada através da vigilância de 33 pessoas dos quais 18 pessoas foram submetidas a colecistectomia e, 15, a cirurgia do cólon;
- **Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas**- que ficou patente na folha de registo de



enfermagem, com a introdução da avaliação da dor em pessoas inconscientes e o registo dos ensinamentos e do acolhimento realizado à pessoa/família.

- **Avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada:** a atuação foi fundamentada em Watson (2002) indo ao encontro das necessidades da pessoa/família; para a recomendação de boas práticas e promoção da saúde recorreu-se à teórica Pender (2006).
- **Demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização** – esta competência ficou presente na elaboração da folha de registo de enfermagem, em que se mobilizou os conhecimentos adquiridos ao longo da especialidade;
- **Colabora no processo de integração de novos profissionais** – esta competência tem sido desenvolvida ao longo da minha experiência profissional em que integro os enfermeiros;
- **Gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência pessoal e de vida, e da sua formação pós-graduada** – esta competência foi concretizada através da norma de acolhimento à pessoa/família em que a metodologia pode ser modificada através do enfermeiro de referência. Considero a temática do acolhimento uma forma de valorizar as ações dos enfermeiros, uma vez que trata-se de uma função autónoma, em que se recomenda que seja o enfermeiro a dirigir-se à pessoa/família e realizar o acolhimento, pois, ao ir ao encontro da pessoa/família e efetuar o acolhimento, dá visibilidade à profissão de enfermagem. Por exemplo, no caso em que um familiar meu esteve internado e tive de me dirigir a um enfermeiro para dar informações sobre o meu familiar, pois não foi realizado o acolhimento.

De seguida, este trabalho termina com as considerações finais.



4. Considerações finais

(Re)Vendo o passado, até ao aparecimento de enfermagem enquanto ciência, nos anos 50, a sua prática baseava-se em princípios transmitidos através da aprendizagem com a prática e da sabedoria que se adquiria com os anos de experiência.

No último século, verificou-se a evolução do mundo em constante transformação, contribuindo para a evolução da disciplina de enfermagem.

Na fase contemporânea, é com o recurso à investigação e à teoria que enfermagem é reconhecida como uma disciplina académica, focalizada no uso da teoria na prática e, conseqüentemente, como uma disciplina profissional, com os seus próprios processos de reflexão, conceptualização e investigação, promovendo a aquisição dos conhecimentos que norteiam e definem a prática.

Desta forma, o centro de interesses de enfermagem indica aquilo pelo que se orienta a prática da enfermagem, ao que se dirige o seu juízo clínico e as suas decisões profissionais. Assim, surgem quatro conceitos centrais à disciplina de Enfermagem: Cuidado, Pessoa, Saúde e Ambiente.

Neste sentido, o foco de atenção da disciplina de Enfermagem é o cuidado à pessoa em interação com o ambiente, vivenciando experiências de saúde num mundo em constante transformação. O cuidar é uma atividade humana, é a relação entre o cuidador e o recetor, que são co-participantes, visando a promoção da saúde.

A prestação de cuidados de enfermagem deve ter em conta a situação que a pessoa está a viver, de acordo com a sua expectativa, assim como a de todas as que a rodeiam, de modo a alcançarem a saúde. A promoção da saúde implica a decisão de cada pessoa, compreendendo desde a criança até à pessoa idosa.

Para tal, surgem os cuidados especializados, prestados pelo enfermeiro especialista que é o elemento de referência para a equipa de multidisciplinar na resolução de situações pelo nível de aprofundamento dos cuidados.

A formação contínua é um conjunto de ações, coletivas ou individuais, realizadas pelos enfermeiros no decurso da sua carreira profissional, com objetivo de melhorar a sua competência profissional. Esta formação visa melhorar o desempenho dos enfermeiros, uma vez que leva à aquisição de conhecimentos para a prática diária.

Assim, o conceito de competência significa possuir uma determinada disposição para agir, centrada na pessoa/família, com o intuito de dar resposta a uma situação específica.



O enfermeiro deve ser capaz de mobilizar um conjunto de competências específicas próprias do exercício da profissão, com o recurso à formação, com o intuito de promover a saúde, prevenir a doença, realizar o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.

Analisando o presente, após a realização do trabalho, pretendo, com a análise Swot - Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats – reflectir quais os pontos fortes e fracos, as ameaças e as oportunidades ao longo dos estágios realizados em diferentes instituições hospitalares.

Segundo Câmara (2001), é possível identificar as situações de risco, as ameaças para as quais se deve preparar, por forma a que estas não penalizem o seu desenvolvimento. Assim, identificará igualmente as situações de cariz positivo, isto é, as oportunidades a não perder. Ambas, as ameaças e oportunidades, correspondem a um diagnóstico externo, enquanto os pontos fortes e fracos dizem respeito a um diagnóstico interno (Câmara, 2001). Assim inicio a reflexão segundo análise de Swot:

<p style="text-align: center;">Pontos fortes</p> <ul style="list-style-type: none"> - o facto dos módulos terem sido orientados por enfermeiros peritos e especialistas; - o facto de ter sido bem integrada em todos os serviços; - a possibilidade de compreender as diferentes fases do processo de investigação; - a possibilidade de realizar a ação de sensibilização; - estágio realizado em contexto de trabalho. 	<p style="text-align: center;">Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - a partilha de experiências com investigadora estrangeira; - a partilha de experiências com uma perita na área do Protocolo Helics; - a possibilidade de conhecer a folha de registo de enfermagem doutra unidade de cuidados intermédios para elaborar a mesma; - a possibilidade de conhecer outra folha de registo de enfermagem de outra instituição hospitalar; - a possibilidade de frequentar congressos que contribuíram para a realização das minhas atividades; - a colaboração nas auditorias.
<p style="text-align: center;">Pontos fracos</p> <ul style="list-style-type: none"> - o tempo de espera para obter resposta da autorização para publicação dos dados; - a curta duração dos estágios que condiciona as atividades realizadas. 	<p style="text-align: center;">Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> - a infraestrutura da unidade de cuidados intermédios dificulta o cumprimento das boas práticas – inexistência de uma sala de isolamento; - o pouco acesso à consulta dos processos da pessoa, nomeadamente os registos de enfermagem.

Assim, após a análise de Swot gostaria de salientar que:

- após o meu estágio ter terminado, referente ao Módulo III, a equipa de enfermagem decidiu perfazer as 200 observações no âmbito da Campanha da Higiene das Mãos e elaborar um poster com os resultados para fixar no serviço;
- após o termino do estágio do módulo II, a equipa de enfermagem sugeriu mudar a carga de trabalho dos enfermeiros do suporte em papel para suporte informático;



- após o termino do estágio citado anteriormente, foi solicitada, pela equipa médica, a continuação da vigilância epidemiológica do local cirúrgico, alargando o tempo do estudo que será determinado após uma reunião com Diretor de Serviço.

(Pre)Vendo o meu futuro, como enfermeira especialista, e recorrendo à análise de Swot, saliento como pontos fortes:

- no decorrer da minha vida profissional, como futura enfermeira especialista, ser um elemento de referência, com um nível de aprofundamento de cuidados dando visibilidade às funções autónomas de enfermagem;
- o recurso ao marketing defendido por Pender (2006) na vertente da Pessoa/Família/Comunidade/grupos. Refleti sobre esta temática no módulo I, na medida em que a instituição Hospital é composta por um departamento de marketing, cuja função visa a melhoria da prestação de cuidados. O termo marketing subjacente a este trabalho é um conjunto de intervenções de enfermagem com o intuito de melhorar os cuidados prestados à Pessoa/Família/Comunidade (Costa et al, 2004).
- a análise da prática de enfermagem quanto à estrutura, processo, resultado, na medida em que, me permite melhorar os cuidados prestados e, simultaneamente utilizar conhecimentos de gestão adquiridos ao longo da componente teórica do curso (Laverde, 2003).

Um **ponto fraco** consiste:

- Na desatualização dos conhecimentos adquiridos e nas mudanças do tipo de função a executar que conduzem à necessidade de adaptação de conhecimentos. Assim, vou dar continuidade a este percurso no que diz respeito ao desenvolvimento das minhas competências, através da formação e na procura de novas situações de aprendizagem;
- Outro ponto fraco, que pode tornar-se um ponto forte, é a comunicação entre os diferentes profissionais e a troca de experiências, espaços de diálogo, ou seja, grupos interdisciplinares cuja repercussão, ao nível da equipa, passa pela explicação das ideias, favorecendo a adaptação e a mudança. Esta comunicação permite a minha evolução pessoal, uma vez que facilita a compreensão do que fazemos, reconhecendo e aceitando os diferentes pontos de vista.

Uma **oportunidade**:

- gostaria de realizar auditorias, na medida em que estas contribuem para a criação do saber (Boterf, 2005), quantificando as intervenções dos enfermeiros (Hesbeen, 2000), dado que poderão ser traduzidas na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à Pessoa/Família. Outra autora que defende o recurso das auditorias é Pender (2006), ao referir que o conhecimento resultante das auditorias pode culminar em planos de promoção de comportamentos saudáveis, permitindo a construção de conhecimento científico que fundamente as intervenções de enfermagem. Relatando o que é defendido por Pender (2006), e relacionando-o com a temática do trabalho, porque não



desenvolver a investigação para tornar o acolhimento à pessoa/família ou o suporte à pessoa/família num procedimento recomendado? É uma forma de promoção de comportamentos saudáveis e, simultaneamente, uma forma de desenvolvimento da profissão. Segundo a mesma teórica (2006), as auditorias podem constituir uma área de consultadoria de enfermagem, através da criação de uma pós-graduação de auditorias, área pouco explorada na formação inicial;

- a consulta de enfermagem pode ser uma oportunidade, reforçada na Portaria n.º 19/2012. No âmbito do Protocolo Helics, apurou-se a taxa de reinternamento. A criação da consulta de enfermagem permite uma vigilância no período após a alta, o reforço dos cuidados a ter com o local cirúrgico e a deteção de sinais de infeção, diminuindo o reinternamento.

Uma **ameaça** prende-se com o facto de:

- o enfermeiro especialista possuir um nível de conhecimentos técnico-científicos para prestar cuidados, pelo que não se recomenda apenas o desenvolvimento desta área de competência, mas sim de todas as áreas. Assim, preconiza-se o desenvolvimento pelas competências;
- a intervenção do enfermeiro pode estar ameaçada pela tecnologia, máquinas, tarefas administrativas, de modo a irem ao encontro das necessidades dos sistemas de instituição hospitalar e não ao encontro das necessidades da Pessoa/Família tal como refere Watson (2002).

Não podia deixar de mencionar que, em todos os estágios, foram tidos em conta os princípios éticos, nomeadamente o respeito pela autonomia, a não maleficência, a beneficência, a justiça e o consentimento informado.

Encontrando-me na fase final deste percurso, gostaria de salientar três aspetos que refleti e que vão orientar a minha intervenção no futuro, para além do que foi explanado ao longo deste trabalho:

- Como refere Magretta (2010), cada um é responsável pelo seu desempenho. Se não reflito, se não tomo consciência do que tenho que melhorar, não posso aperfeiçoar a minha ação; a reflexão vai, portanto, ser uma constante;
- Bastos (2007) defende que é necessário que os profissionais de saúde tenham não apenas competência técnica, mas que sejam igualmente competentes para reconhecer as diferenças individuais de cada ser humano. Temos que ser capazes de estabelecer relação não só com a pessoa/família, mas igualmente com os nossos pares, porque o Ser humano é um ser de relação e é nesta relação que surgem momentos de reflexão sobre a prática e partilha de experiências e conhecimentos que permitem o desenvolvimento profissional;



-
- Magretta (2010) refere conhece-te a ti próprio: na medida em que quem se conhece a si próprio, tem a capacidade de abertura para “ver” os outros; por isso, a pessoa que se aceita, aceita favoravelmente os outros aspetos das outras pessoas, tal como refere Chiavenato (1991).

Este percurso constituí um marco importante, quer na minha vida pessoal, quer profissional, porque tive oportunidade de realizar atividades que nunca tinha realizado, pondo à prova as minhas capacidades, os meus conhecimentos, a minha ação, e possibilitando-me compreender outra forma de intervenção, aliada à formação contínua: a abertura à mudança e atenção a tudo o que me rodeia.



5. Referências bibliográficas

BASTOS, Lima - Conflitos de poder na relação entre profissionais de saúde...**Revista de Enfermagem UFPE**, Jul./Set., 2007, p.19-27

BRADSHAW, Ann – Defining “competency” in nursing (Part I): a policy review **Journal of Clinical Nursing**, 6, 1997, 347-354

BENNER, Patricia – **De Iniciado a Perito**.Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN972-8535-97-X. . p.294

BITTAR, Olímpio - Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. RAS, (Jul-Set. 2001) 21-28

BOTERF, Guy - **Construir as competências individuais e colectivas**. Porto: Edições Asa. 2005

CANÁRIO, Rui [et al] – **Formação e situações de trabalho**. Lisboa: Porto Editora. 1997

CÂMARA, Pedro [et al] – **Humanator - Recursos Humanos & sucesso empresarial**, Lisboa: Publicações Dom Quixote. 2001, ISBN: 972-20-2023-4

CARVALHO, Amancio, Carvalho, Graça - **Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação**, Loures: Lusociência, 2006, ISBN: 972-8930-22-4

CARDOSO, Pedro [et al] – Sistemas de informação – o que registar?. **Nursing** n.º 182, (Nov. 2003). ISSN: 0871-6196

CHIAVENATO, Idaberto – **Recursos Humanos na Empresa – Pessoas, Organizações, Sistemas** .São Paulo: Atlas. 1991. ISBN: 85-224-0424-0

COLLIÈRE, Marie – Françoise – **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. ISBN 972-95420-0-7. p.385

COLLIÈRE, Marie-Françoise - **Cuidar ...A primeira arte de vida**. Loures: Lusociência, 2003, ISBN: 972-8383-53-3



COSTA, Maria, [et al] - Auditoria em enfermagem como estratégia de marking. **Rev Bras Enf**, Brasília. (Jul-Ago.2004) 497-499

COSTA, M.A. – **Dos Percursos de Formação à Procura de Cuidados**. Lisboa: Fim de Século,1998.p. 230

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0**. Genebra.2005. ISBN: 92-95040-36-8.p. 210

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. A estratégia nacional para a melhoria da higiene das mãos em 10 perguntas. Janeiro 2009

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. Manual para os observadores. Abril 2009

DECRETO-LEI n.º 353/99, de 3 de Setembro

DECRETO-LEI n.º 161/96 de 4 de Setembro

DECRETO-LEI n.º 104/98 DR I serie –A, (1998-04-21), 1739-1757

DECRETO-LEI n.º 161/90 DR I serie –A, de 4 de Setembro, alterado pelo decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril (1996-09-04) 2959-2962

DECRETO-LEI n.º 33/2009 de 14 de Julho

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**, Loures: Lusociência.2009, ISBN: 978-989-8075-18-5

GAIDZAIINSKI, R. - O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiros que vivenciam essa prática São Paulo. 1994. Tese de Mestrado em Enfermagem

KEEN, Janet [et al] - **Manual de Enfermagem de cuidados Intensivos intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes**. Loures: Lusociência,2003. ISBN: 972-83883-52-5

KÉROUAC, S. [et al.] – El pensamiento enfermero. Barcelona : MASSON. 2002. 167p.. ISBN 2-7607-0584-6 ;



LAVERDE, Pontón, [et al] - **Administração Hospitalar**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003

MAGRETTA, Joan – **O que é a gestão, como funciona e porque interessa a todos**, Lisboa: Actual Editora, 2010, ISBN:972-9907-81-1

MARTIN, Vivien [et al] - **Gestão de unidades de saúde e de serviço sociais**, Lisboa: Monitor, 2004. ISBN: 972-9413-60-6

MARQUES, Maria, Simões, João – Os registos de Enfermagem como manifesto da função autónoma/interdependente do Enfermeiro. **Pensar Enfermagem**, Lisboa (Set-2006). ISSN: 0873-8904

MARTINS, Maria - **Manual de Infecção hospitalar; epidemiologia, prevenção e controle**, São Paulo: Editora Médica e Científica- 2001. ISBN: 85-7199-256-8

NP 405-1. 1995. Informação e Documentação – Referências Bibliográficas: Documentos Impressos. IPQ

NP 405-4. 2003. Informação e Documentação – Referências Bibliográficas, Parte 4: Documentos Eletrónicos. IPQ

HANSON, Shirley - **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família Teoria, Prática e Investigação**, Loures: Lusociência.2005

HESBEEN, Walter – **Cuidar no hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000a. ISBN 972-8383-11-8.

HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar**. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7.

HONORÉ, Bernard - **Cuidar – Persistir em conjunto na existência**- Loures: Lusociência. 2004. ISBN:972-8383-58-4

KURGANT, Paulina - **Administração em Enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1991. ISBN: 85-12-12470-9

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos**, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2001



ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Divulgar Competências do enfermeiro de cuidados gerais.**

Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.2003

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho de Enfermagem – **Do Caminho Percorrido e das Propostas.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2003

PARREIRA, Pedro - **Organizações**, Coimbra: Formasau-Formação em Saúde, 2005. ISBN: 972-8485-46-8

PENDER, Nola J. [et.al] - Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. Nursing Outlook. St. Louis. ISSN 0029-6554. (1992)106-112

PHANEUF, M. - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e avaliação.**Loures: Lusociência. 2005

PENEFF, J.- **Os doentes das Urgências – Uma forma de consumo Clínico.** Coimbra: Formasau, 2003. ISBN: 972-8485-34-4

PRIMEIRO CONGRESSO INTERNACIONAL - Patienty Safety, Lisboa, 2011

QUEIJO, Alda,[et al] – Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa, Revista Da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo. 2009

REDMAN, B. – **A Prática da Educação para a Saúde.**Loures: Lusociência, 2003.ISBN972-8383-39-8. p.304

ROTHROCK, Jane - **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico.** Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN:978-989-8075-07-9

SERMEUS, Walter [et al] – Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States.BMJ.(2012)

SHEEHY'S, Susan - **Enfermagem de urgência da teoria à prática.** Loures: Lusodidacta. 2001

SILVA, Maria Amélia Dourado Rodrigues – Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico Acolhimento de Enfermagem, Lisboa, 2010. Trabalho de dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem



TAPPEN, Ruth - **Liderança e Administração em Enfermagem – Conceitos e Prática.**

Loures: Lusociência. 2001. ISBN: 972-8930-00-3

TOMEY, Ann; Alligood, Martha. Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Tradução de Ana Rita Albuquerque. 5ª edição. Loures: Lusociência. 2004. ISBN: 972-8383-74-6

UCP – ICS/ESPS – Enfermagem – Mestrado em Enfermagem, Natureza Profissional. Regulamento Geral. Documento Fornecido na sessão de abertura do curso, (2010).

URDEN, Linda & Stacy Kathleen & Lough Mary - **Enfermagem de cuidados intensivos – diagnóstico e intervenção.** Loures: Lusodidacta. 2008. ISBN:978-989-8075-08-6

WATSON, Jean - **Enfermagem pós-moderna e futura: Um novo paradigma de enfermagem.** Lisboa: Lusociência,2002a

WATSON, Jean - **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma teoria de Enfermagem,** Loures: Lusociência, 2002b, ISBN: 972-8383-33-9

WILSON, Jennie - **Controlo de infecção na Prática Clínica.** Loures: Lusociência, 2003. ISBN:: 972-83-83-57-6

WRIGHT, Lorraine [et al] - **Enfermeiras e Famílias – Um Guia para avaliação e intervenção na família,** São Paulo: Roca, 2002. ISBN: 85-7241-346-4

www.Código Deontológico dos enfermeiros.pt [consultado a 2/7/12 às 18h]

www.Direcção Geral da Saúde-2007.pt [consultado em 2/6/2011 às 14h]

www.dgs.departamento da qualidade na saúde.pt [consultado em 18/1/2012 às 16h]

www.hospitaldaluz.pt [consultado a 1/6/2011 às 20h]

www.ICN.pt [consultado a 1/6/2012 às 20h]

www.ics.pt [consultado a 2/6/2012 às 18h]

www.Joint Commission2010.pt [consultado em 1/5/2011 às 12h]

<http://www.hsm.min-saude.pt> [consultado em 18/1/2012 às 16h]



www.organizaçãomundialda.org/pt [consultado em 1/02/2012 às 22h]

www.cdc.pt [consultado em 2/2/2012 às 16h]

[www.Plano Nacional de Saúde 2011-2016](#) [consultado em 15-2-2012 às 19h]

[www.portaria n.º19/2012.pt](#) [consultado em 5/2/12 às 14 h]

[www. Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros.pt](#) [consultado em 2/2/2012 às 9h]



Anexos



Anexo I

III Congresso da Ordem dos Enfermeiros: Desafios em Saúde – O valor dos cuidados de Enfermagem



Anexo II

1º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente e o Curso A – Gestão do risco clínico e segurança do doente



Anexo III

Pedido de autorização para utilização e divulgação dos dados



Anexo IV

Pedido de autorização para utilização e divulgação dos dados



Apêndices



Apêndice I

Norma de acolhimento ao cliente/família na sala de observação



Procedimento n.º

Área

Política n.º

Data: 10/5/11

1. **Nome:** Acolhimento ao cliente/família
2. **Âmbito:** Qualidade dos cuidados de Enfermagem ao cliente
3. **Pessoal abrangido:** Todos os Enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados no Atendimento Médico Permanente
4. **Pontos Importantes**

Processo de relação entre o cliente/família e o enfermeiro no momento do acolhimento que contribui para a adaptação à unidade de internamento. Tem como objectivos:

- Diminuir a ansiedade do cliente/família em relação ao ambiente hospitalar;
- Inspirar confiança e segurança promovendo o conforto emocional e físico;
- Informar sobre o funcionamento do serviço;
- Recolher informação sobre o cliente, necessária ao planeamento e prestação de cuidados considerando as diferentes dimensões do mesmo;
- Incentivar a família na parceria de cuidados.

5. Sequência lógica dos procedimentos

- a. Quando o cliente/família entra na Sala de Observação será recebido pelo Enfermeiro que questionará se é a primeira estadia/visita;
- b. Caso o cliente esteja inconsciente recolher informação existente com o colega sobre:
 1. O cliente/família;
 2. Caso a família acompanhe o cliente recolher a informação sobre o mesmo;

3. Transmitir a informação recolhida aos colegas de modo a garantir a continuidade da prestação de cuidados.

5.1. Na primeira visita:

O Enfermeiro Responsável pelo cliente deve:

- Dirigir-se ao cliente/família e apresentar-se pelo nome;
- Questionar o cliente/família o nome pelo qual gosta de ser tratado;
- Validar com o cliente caso a sua situação permita, se deseja receber a visita da família;
- Informar a família qual a unidade em que o cliente se encontra;
- Informar o cliente sobre o seu estado clínico demonstrando disponibilidade para esclarecer as suas questões;
- Informar a família da situação do cliente no que respeita aos cuidados de enfermagem e meio envolvente;
- Sempre que o cliente não consiga fornecer informações, negociar com a família a disponibilidade e o momento para a obtenção das mesmas no âmbito de avaliação inicial de enfermagem, que não constem ainda nos registos como antecedentes pessoais, entre outros;
- Acompanhar a família até junto do cliente;
- Ouvir evitando expressões que condicionem a relação;
- Utilizar uma linguagem acessível e adequada a cada situação, esclarecendo o cliente/família;
- Validar com a família se forneceu o contacto telefónico;
- Permitir que o cliente/família exprima a sua cultura e sua religião;
- Informar a família sobre o horário das visitas e número de visitas (uma pessoa) em permanência junto do cliente; nome do médico; nome dos enfermeiros responsáveis pelo serviço; contactos telefónicos; local onde o cliente se encontra ou possível local de transferência;
- Informar a família da higienização das mãos no início e no fim da visita;
- Promover um ambiente calmo;
- Informar quais são os serviços de apoio da instituição aos familiares: cafetaria, lojas, banco e capelania;

- Realizar o espólio e entregar à família excepto objectos pessoais (prótese ocular, próteses dentárias, aparelhos auditivos);

Quer seja a primeira visita ou subsequentes é fulcral:

- Registar a data, hora de toda a informação recolhida durante o acolhimento ao cliente/família de forma a garantir a continuidade de cuidados;
- Reforçar a informação citada na primeira abordagem;
- Registar nas notas de enfermagem quem visitou o cliente, os diagnósticos de enfermagem e a reacção do mesmo, assim como, as intervenções de enfermagem.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A rever em
	Sandra Gueidão – Estudante de Curso de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica; Discente: Professora Doutora Helena José e Enfermeira Orientadora do local de estágio: Enfermeira Sandra Barreira		10/5/2014



Apêndice II
Ação de sensibilização:
Norma de acolhimento ao cliente/família

*O AMP recebe-o e acolhe-o
com QUALIDADE !*

Acolhimento ao cliente/família na sala de observação

Trabalho realizado por: Sandra Gueidão – Estudante do Curso de Especialização de Enfermagem Médico – Cirúrgica da Universidade Católica
Sob orientação da Professora Helena José e Enfermeira Sandra Barreira

Acolhimento ao cliente/família na sala de observação

Qual a importância do acolhimento ao cliente / família ?



Acolhimento ao cliente/família na sala de observação

O que é o acolhimento ?



Acolhimento ao cliente/família na Unidade de Cuidados Intermédios

Ordem dos Enfermeiros

Código Deontológico – Artigo 83:

“ o enfermeiro do direito ao cuidado na saúde e na doença, assume o dever:

co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento.”

Fonte: Ordem dos Enfermeiros

Acolhimento ao cliente/família na sala de observação

Quais os objectivos do acolhimento ao cliente/família ?

- Diminuir a ansiedade do cliente/família em relação ao ambiente hospitalar;
- Inspirar confiança e segurança promovendo o conforto emocional e físico;
- Informar sobre o funcionamento do serviço;

Acolhimento ao cliente/família na sala de observação

Quais os objectivos do acolhimento ao cliente/família ?

- Recolher informação sobre o cliente, necessária ao planeamento e prestação de cuidados considerando as diferentes dimensões do CLIENTE;
- Incentivar a família na parceria de cuidados.

Fonte: Plano Nacional de Humanização de Cuidados de Saúde

Acolhimento ao cliente/família na sala de observação

Acolhimento ao cliente/família na sala de observação



Fonte: Joint Commission

Acolhimento ao cliente/família na sala de observação

- Dirigir-se ao cliente/família e apresentar-se pelo nome;
- Questionar o cliente/família o nome pelo qual gosta de ser tratado;
- Validar com o cliente caso a sua situação permita, se deseja receber a visita da família;
- Informar a família qual a unidade em que o cliente se encontra;

Acolhimento ao cliente/família na sala de observação

- Informar o cliente sobre o seu estado clínico demonstrando disponibilidade para esclarecer as suas questões;
- Informar a família da situação do cliente no que respeita aos cuidados de enfermagem e meio envolvente;

Acolhimento ao cliente/família na sala de observação

- Sempre que o cliente não consiga fornecer informações, negociar com a família a disponibilidade e o momento para a obtenção das mesmas no âmbito de avaliação inicial de enfermagem, que não constem ainda nos registos como antecedentes pessoais, entre outros;
- Acompanhar a família até junto do cliente;

Acolhimento ao cliente/família na sala de observação

- Ouvir evitando expressões que condicionem a relação;
- Utilizar uma linguagem acessível e adequada a cada situação, esclarecendo o cliente/família;
- Validar com a família se forneceu o contacto telefónico;
- Permitir que o cliente/família exprima a sua cultura e sua religião;

Acolhimento ao cliente/família na Unidade de Cuidados Intermédios

- Informar a família sobre o horário das visitas e número de visitas em permanência junto do cliente; nome do médico; nome dos enfermeiros responsáveis pelo serviço; contactos telefónicos; local onde o cliente se encontra ou possível local de transferência;
- Informar a família da higienização das mãos no início e no fim da visita;

Acolhimento ao cliente/família na sala de observação

- Promover um ambiente calmo;
- Informar quais são os serviços de apoio da instituição aos familiares: cafetaria, lojas, banco e capelaria;
- Realizar o espólio e entregar à família excepto objectos pessoais (prótese ocular, próteses dentárias, prótese auditiva);

Acolhimento ao cliente/família na sala de observação

Quer seja a primeira visita ou subsequentes é fulcral:

- Registrar a data, hora de toda a informação recolhida durante o acolhimento ao cliente/família de forma a garantir a continuidade de cuidados;
- Reforçar a informação citada na primeira abordagem;
- Registrar nas notas de enfermagem quem visitou o cliente, os diagnósticos de enfermagem e a reacção do mesmo.

Acolhimento ao cliente/família na sala de observação

Discussão



*A Cirurgia I recebe-o e
acolhe-o com QUALIDADE !*

Acolhimento ao cliente/família na sala de observação

Trabalho realizado por: Sandra Gueidão – Estudante do Curso de Especialização de Enfermagem Médico – Cirúrgica da Universidade Católica
Sob orientação da Professora Helena José e Enfermeira Sandra Barreira



Apêndice III
Norma de Aspiração de secreções na ventilação invasiva e
naso/orofaringe

Procedimento n.º

Área

Política n.º

Data: 9/5/11

1. **Nome:** Aspiração de secreções na ventilação invasiva
2. **Âmbito:** Qualidade dos cuidados de Enfermagem ao cliente
3. **Pessoal abrangido:** Todos os Enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados no Atendimento Médico Permanente
4. **Pontos Importantes:** Intervenção de Enfermagem que tem como objectivo remover as secreções das vias áreas de um cliente entubado, traqueostomizado ou não, e garantir a sua libertação. Pode tratar-se de uma aspiração da orofaringe ou nasofaringe ou endotraqueal caso o cliente encontre-se entubado ou traquestomizado. A aspiração de secreções tem como objectivos:
 - remover e/ou recolher secreções que obstrua o tracto bronco-alveolar, em caso de tosse ineficaz ou de incapacidade em libertar as secreções das vias respiratórias;
 - otimizar as trocas gasosas;
 - Prevenir a infecção pulmonar.

Esta intervenção de Enfermagem enfatiza o papel autónomo do enfermeiro.

5. Sequência lógica dos procedimentos

- Explicar ao cliente o procedimento e explicar ao cliente que durante o procedimento é normal sentir falta de ar, necessidade de tossir, espirrar, engasgar-se;
- Avaliar a capacidade do cliente em participar, nomeadamente a sua capacidade em tossir e respirar fundo (conhecer os antecedentes do cliente nomeadamente

hemorragias nasofaríngeas, traumatismo nasal, de terapêutica medicamentosa com anticoagulantes);

- Preparar o material necessário para efectuar a técnica (luvas limpas ou estéreis, sonda de aspiração de secreções, soro fisiológico 0,9 % estéril/fluímicil, ambu, conexão em “T” ou “Y”, água destilada, verificar o funcionamento do material de aspiração);
- Avaliar o estado clínico e respiratório do cliente antes de iniciar o procedimento:
 - a frequência respiratória nomeadamente quanto ao ritmo regular ou irregular, amplitude (superficial), tipo (regular ou irregular);
 - presença ou ausência de palidez, cianose e avaliar a saturação periférica de oxigénio;
 - avaliar sinais e sintomas de obstrução das vias áreas superiores e inferiores, que necessitem de aspiração;
 - avaliar sinais e sintomas associados à hipoxia e hipercapnia: palidez, cianose, dispneia, nível de consciência diminuído, aumento da fadiga, mudanças comportamentais (sobretudo irritabilidade), aumento da frequência cardíaca e respiratória.
- Avaliar os factores que normalmente influenciam o funcionamento das vias aéreas superiores e inferiores: hidratação, o nível de humidade, a infecção e a anatomia.
- Efectuar lavagem asséptica das mãos;
- Abrir assepticamente a embalagem da sonda de aspiração;
- Abrir o frasco de cloreto de sódio a 0,9%;
- Calçar as luvas esterilizadas ou calçar a luva não esterilizada na mão não dominante e a luva esterilizada na mão dominante;

- Pegar no cateter de aspiração com a mão dominante sem tocar em superfícies não esterilizadas;
- Pegar no tubo de ligação com a mão não dominante- encaixar a sonda no tubo de aspiração;
- Pré-oxigenar a 100% antes de cada aspiração através do ventilador ou ambu de ressuscitação manual ligado à fonte de oxigénio ou mecanismo de suspiro do ventilador; pré-oxigenar 100% entre de cada aspiração;
- Retirar o cliente do ventilador com a mão não dominante;
- Usar o polegar e o indicador dominantes, inserir durante a inspiração com cuidado mas rapidamente, o cateter na via área artificial até encontrar resistência ou o cliente tossir-perante esta situação deve-se exteriorizar a sonda 1cm;
- Realizar a aspiração intermitente colocando e retirando o polegar não dominante sobre o orifício do cateter e retirar lentamente o cateter enquanto roda este para trás e para a frente, entre o polegar e indicadores dominantes;
- Estimular o cliente a tossir;
- Retirar a sonda do involcro e guardá-la enrolada nas mãos de modo a não entrar em contacto com os objectos em redor do cliente;
- Adaptar a sonda de aspiração à cânula de junção em “T” ou “Y” que está na outra mão;
- Utilizar uma sonda de aspiração cujo diâmetro seja metade do calibre do tubo endotraqueal;
- Desconectar o cliente do ventilador;
- Introduzir a sonda de aspiração no tubo endotraqueal sem estar a aspirar; aspirar intermitentemente as secreções quando exteriorizar a sonda.
- Evitar movimentos de “vai e vem” enquanto aspira as secreções;

- Conectar o cliente ao ventilador verificando a permeabilidade das conexões;
- Aspirar as vias áreas superiores e a orofaringe antes de aspirar as vias áreas inferiores, mudando de luvas e de sonda;
- Observar o estado do cliente durante o procedimento: frequência cardíaca, traçado cardíaco, aparecimento de sinais de cianose;
- Deitas as luvas no saco lixo branco após a aspiração, virando-as para o exterior ao descalçar; de seguida introduzir os dedos na outra luva e dobrá-la para o exterior e para baixo a fim de envolver completamente a primeira luva;
- Lavar higienicamente as mãos;
- Aspirar as secreções apenas quando necessário;
- Usar sonda estéril de uso único;
- Para fluidificar as secreções pode-se utilizar soro fisiológico a 0,9 % estéril à temperatura ambiente ou fluimicil com ambu quando o cliente apresenta muitas secreções;
- Pré-oxigenar a 100% antes e entre de cada aspiração;
- A pressão da aspiração deve ser entre **90 a 150 mmHg**;
- Introduzir a sonda cerca de 20 cm nos adultos, nas crianças mais velhas 14 a 20 cm e recém nascidos/crianças mais pequenas 4-14cm e aspirar com movimentos circulares e ascendentes; se houver resistência após a inserção para a distância máxima recomendada, provavelmente a sonda de aspiração chegou à Carina-deve-se exteriorizar 1 a 2 cm a sonda de aspiração;
- Efectue a aspiração intermitente durante 10 segundos, colocando e retirando o polegar não dominante sobre o orifício do cateter e retirando lentamente a sonda de aspiração;
- Estimular o cliente a tossir e recolocar o oxigénio se necessário;

- Manter pressão do cuff adequada (verificar uma vez por turno);
- Vigiar o nível do tubo endotraqueal;
- Antes de desinsuflar o cuff para remoção ou mobilização do tubo endotraqueal, aspirar sempre as secreções acima do cuff;
- Voltar a posicionar o cliente de acordo com o seu estado;
- Perguntar ao cliente se está a respirar melhor;
- Retirar máscara facial;
- Monitorizar parâmetros vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória);
- Vigiar sinais de:
 - **desadaptação:** tiragem (tiragem inter-costal e/ou tiragem subclavicular), adejo nasal, taquicardia, hipertensão arterial, alteração dos parâmetros ventilatórios (aumento da pressão e da frequência respiratória, diminuição do volume corrente e do volume por minuto);
 - **complicações** nomeadamente de traumatismo;
 - **cianose:** avaliar saturação periférica de oxigénio, avaliar a coloração das mucosas e das extremidades das mãos e pés;
- Efectuar a limpeza do circuito de aspiração com água destilada;
- Efectuar os registos sobre a data, o turno em que se efectuou a aspiração de secreções, o número de vezes que o cliente foi aspirado, as características das secreções (coloração: amareladas, esbranquiçadas, acastanhadas, acinzentadas, hemoptise; quantidade: abundante, moderada e fraca; consistência: aquosas, aderentes, viscosas, espessas, purulentas; cheiro: nenhum ou fétido).

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A rever em
	Sandra Gueidão – Estudante de Curso de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica sob a orientação da Professora Doutora Helena José e com a colaboração da Enf. ^a Sandra Barreira – Hospital da Luz		9/5/2014

Procedimento n.º

Área

Política n.º

Data: 9/5/11

1. **Nome:** Aspiração de secreções naso / orofaringe
2. **Âmbito:** Qualidade dos cuidados de Enfermagem ao cliente
3. **Pessoal abrangido:** Todos os Enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados no Atendimento Médico Permanente
6. **Pontos Importantes:** Intervenção de Enfermagem que tem como objectivo remover as secreções das vias áreas de um cliente. Pode tratar-se de uma aspiração da orofaringe ou nasofaringe. A aspiração de secreções tem como objectivos:
 - remover e/ou recolher secreções que obstrua o tracto bronco-alveolar, em caso de tosse ineficaz ou de incapacidade em libertar as secreções das vias respiratórias;
 - otimizar as trocas gasosas;
 - Prevenir a infecção pulmonar.

Esta intervenção de Enfermagem enfatiza o papel autónomo do enfermeiro.

4. Sequência lógica dos procedimentos

- Explicar ao cliente o procedimento: que durante o procedimento é normal sentir falta de ar, necessidade de tossir, espirrar, engasgar-se e pedir a sua colaboração nomeadamente tossir;
- Avaliar a capacidade do cliente em participar, nomeadamente a sua capacidade em tossir e respirar fundo (conhecer os antecedentes do cliente nomeadamente hemorragias nasofaríngeas, traumatismo nasal, de terapêutica medicamentosa com anticoagulantes);

- Avaliar o estado clínico e respiratório do cliente antes de iniciar o procedimento:
 - a frequência respiratória nomeadamente quanto ao ritmo regular ou irregular, amplitude (superficial), tipo (regular ou irregular);
 - presença ou ausência de palidez, cianose e avaliar a saturação periférica de oxigénio;
 - avaliar sinais e sintomas de obstrução das vias áreas superiores e inferiores, que necessitem de aspiração;
 - avaliar sinais e sintomas associados à hipoxia e hipercapnia: palidez, cianose, dispneia, nível de consciência diminuído, aumento da fadiga, mudanças comportamentais (sobretudo irritabilidade), aumento da frequência cardíaca e respiratória.
- Avaliar os factores que normalmente influenciam o funcionamento das vias aéreas superiores e inferiores: hidratação, o nível de humidade, a infecção e a anatomia;
- Preparar o material necessário para realizar a técnica (sonda de aspiração de secreções, luvas limpas ou estéreis, soro fisiológico 0,9 % estéril/fluímicil e lidocaína, verificar o funcionamento do material de aspiração);
- Posicionar o cliente em semi-Fowler ou sentado com a cabeça hiper-estendida;
- Colocar um resguardo no tórax do cliente;
- Assegurar a permeabilidade nasal antes de introduzir a sonda de aspiração;
- Lavar as mãos de forma higiénica e colocar máscara;
- Ligar uma extremidade do tubo de ligação ao aspirador e coloque a outra extremidade num local conveniente, perto do cliente;
- Ligar o aspirador e verificar a pressão negativa a utilizar;

- Avaliar a necessidade de repetir a aspiração; repetir o procedimento 1 a 2 minutos entre as manobras;
- Aumente a oxigenoterapia para 100 %;
- Retirar o involcro da sonda de aspiração;
- Usar luvas limpas ou estéreis para a aspiração;
- Pegar na sonda de aspiração e adaptar ao aspirador;
- Utilizar lubrificante na parte distal da sonda de aspiração 6-8 cm, em pequena quantidade;
- Usar o polegar e o indicador com a mão dominante inserir com cuidado e rapidamente a sonda de aspiração na narina durante as aspiração seguindo o percurso natural da narina, inclinar ligeiramente o cateter para baixo ou através da boca sem forçar;
- Introduzir a sonda na orofaringe cerca de 16 cm e nasofaringe (na narina rodar a sonda entre o polegar e o indicador);
- Pedir ao cliente para inspirar profundamente aquando da introdução e progredir a sonda de aspiração o mais distante possível;
- Aspirar após a sonda estar introduzida;
- Se o cliente tossir, interromper a progressão e retomá-la no momento de uma aspiração;
- Aspirar intermitentemente, enquanto retira a sonda com movimentos rotativos feitos com o polegar e o indicador;
- Evitar movimentos de “vai e vem” enquanto aspira;
- Pedir ao cliente para respirar profundamente várias vezes entre cada aspiração;
- Aspirar as secreções apenas quando necessário;

- Usar sonda estéril de uso único;
- Lubrificar a sonda de aspiração de secreções com lidocaína (quando se aspira pela nasofaringe);
- Introduzir a sonda e aspirar com movimentos circulares e ascendentes;
- Para fluidificar as secreções pode-se utilizar soro fisiológico 0,9 % estéril à temperatura ambiente;
- A pressão da aspiração deve ser entre **90 a 150 mmHg**;
- Monitorizar parâmetros vitais (tensão arterial, frequências cardíaca e respiratória e saturação periférica de oxigénio);
- Efectuar a higiene oral;
- Voltar a posicionar o cliente de acordo com o seu estado;
- Perguntar ao cliente se está a respirar melhor;
- Retirar máscara facial;
- Monitorizar parâmetros vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória);
- Vigiar sinais de:
 - **desadaptação**: tiragem (tiragem inter-costal e/ou tiragem subclavicular), adejo nasal, taquicardia, hipertensão arterial, alteração dos parâmetros ventilatórios (aumento da pressão e da frequência respiratória, diminuição do volume corrente e do volume por minuto);
 - **complicações** nomeadamente de traumatismo;
 - **cianose**: avaliar saturação periférica de oxigénio, avaliar a coloração das mucosas e das extremidades das mãos e pés;
- Efectuar a limpeza do circuito de aspiração com água destilada;

- Efectuar os registos sobre a data, o turno em que se efectuou a aspiração de secreções, o número de vezes que o cliente foi aspirado, as características das secreções (coloração: amareladas, esbranquiçadas, acastanhadas, acinzentadas, hemoptise; quantidade: abundante, moderada e fraca; consistência: aquosas, aderentes, viscosas, espessas, purulentas; cheiro: nenhum ou fétido).

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A rever em
	Sandra Gueidão – Estudante de Curso de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica sob a orientação da Professora Doutora Helena José e com a colaboração da Enf. ^a Sandra Barreira – Hospital da Luz		9/5/2014



Apêndice IV

Folha de monitorização de registo de colheita de dados



Apêndice V
Ação de sensibilização do Protocolo Helics

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE. EPE



**Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica**

Protocolo Helics



Sandra Guedão n. 192010039

Sob a orientação da Professora Doutora Helena José
Local de Estágio: Sr.º Enf.º Olegário Carvalho

Protocolo Helics



Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)

Protocolo Helics



Qual a importância da
Enfermagem na diminuição da
infecção associada aos cuidados
de Saúde ?

Protocolo Helics



Vigilância Epidemiológica

Segundo a Direcção Geral de Saúde (2007) a Vigilância Epidemiológica "*consiste no registo contínuo e sistemático, a análise e interpretação e informação de retorno referente às infecções nosocomiais*".

A génese do Programa de Vigilância Epidemiológica da Infecção do Local Cirúrgico – HELICS surge no âmbito da Vigilância Europeia.

Protocolo Helics



Proposta de implementação

O Serviço de Cirurgia I propõe-se a implementar o Protocolo Helics – Vigilância Epidemiológica, incluindo os todos sectores Unidade de Cuidados Intermédios e Enfermarias, situadas no Piso 7 e Pavilhões.

Protocolo Helics



Constituição do Grupo de Trabalho

O grupo de trabalho é constituído por:

- ✓ Unidade de Cuidados intermédios: Dr.^a Helena Lopes da Silva e Enfermeira Sandra Gueidão;
- ✓ Enfermaria situada no Piso 7: elemento a designar;
- ✓ Enfermaria dos pavilhões Externos: elemento a designar;
- ✓ Um médico de cada equipa médica (elementos a designar).

Protocolo Helics



Delimitação da população em estudo

(com internamento superior a 24horas)

Considera-se os seguintes critérios de inclusão

Todos as pessoas submetidas a intervenção cirúrgica:

- **Colecistectomia;**
- **Cólon:** incisão, ressecção ou anastomose do intestino grosso (inclui anastomose do intestino grosso ao delgado ou do intestino delgado ao grosso).

Protocolo Helics



Colheita de dados

A colheita de dados irá ser feita semanalmente e obedece às orientações e definições contidas na ficha de Colheita de Dados Individual do Protocolo Helics (anexo I).

Protocolo Helics

Infecção da Ferida Cirúrgica <input type="checkbox"/> (S/N)		
Data da Infecção: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (dd/mm/aa)		
Superficial/ Profunda/ Órgão: <input type="checkbox"/> (S/P/O)		
Microorganismos	Data da Colheita	Data da Alta:
OR1 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
OR2 <input type="text"/>	Data TSA	Data da Consulta
OR3 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Evolução: <input type="text"/>		

Protocolo Helics



Colaboração dos serviços

- ✓ Sensibilizar os serviços para o protocolo;
- ✓ Colaboração dos serviços para a colheita de dados;
- ✓ Colaboração dos serviços para a caracterização das feridas operatórias.

Protocolo Helics

Discussão



**Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica**

Protocolo Helics



Sandra Guedão n. 192010039
Sob a orientação da Professora Doutora Helena José
Local de Estágio: Sr.ª Enr.ª Teresa Amores



Apêndice VI

Observação: Cuidados a ter no esvaziamento do saco coletor



Apêndice VII

Acção de sensibilização: Cuidados a ter no esvaziamento do saco coletor

Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica

*Cuidados no esvaziamento do
saco colector de urina*

Sandra Guedão n. 192010039
Sob a orientação da Professora Doutora Helena José
Local de Estágio: Sr.ª Teresa Amores

*Cuidados no esvaziamento do
saco colector de urina*

Quais são os cuidados a ter no
esvaziamento do saco colector ?

*Cuidados no esvaziamento do
saco colector de urina*

Foram realizadas 20 observações que
decorreram
no mês de Outubro nos turnos da Manhã,
Tarde e Noite.

*Cuidados no esvaziamento do
saco colector de urina*

Procedimentos em conformidade

É usado um contentor limpo e individual,
e é evitado o contacto deste com a
torneira

100 %

Cuidados no esvaziamento do saco colector de urina

Procedimentos em conformidade

Durante o despejo do saco é usado avental e luvas não estereis.	0 %
As mãos são higienizadas após retirar as luvas.	0 %

Cuidados no esvaziamento do saco colector de urina

Cuidados no esvaziamento do saco colector de urina:

- Lavar previamente as mãos com o agente de lavagem habitual;
- Calçar luvas e avental de protecção pessoal;
- Limpar a gota de urina que eventualmente conspurca a torneira de saída com uma compressa limpa;

Cuidados no esvaziamento do saco colector de urina

Cuidados no esvaziamento do saco colector de urina:

- Esvaziar o saco de urina para um recipiente individual previamente limpo e desinfectado;
- Evitar a contaminação do dispositivo de esvaziamento do saco;
- Evitar salpicos;
- Após o esvaziamento do saco, lavar as mãos.

Cuidados no esvaziamento do saco colector de urina

■ Discussão





**Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica**

*Cuidados no esvaziamento do
saco colector de urina*

Sandra Gueidão n. 192010039
Sob a orientação da Professora Doutora Helena José
Local de Estágio: Sr.ª Ent.ª Teresa Amores



Apêndice VIII
Norma de acolhimento à pessoa/família



Acolhimento à Pessoa/família

1. **Nome:** Acolhimento à Pessoa/família
2. **Âmbito:** Qualidade dos cuidados de Enfermagem à pessoa/família
3. **Profissionais abrangidos:** Todos os Enfermeiros responsáveis pela prestação de Cuidados na Unidade de Cuidados Intermédios da Cirurgia I

4. Pontos Importantes

Processo de relação entre a pessoa/família e o enfermeiro no momento do acolhimento que contribui para a adaptação à unidade de internamento. Tem como objectivos:

- Diminuir a ansiedade da pessoa/família em relação ao ambiente hospitalar;
- Inspirar confiança e segurança promovendo o conforto emocional e físico;
- Informar sobre o funcionamento do serviço;
- Recolher informação sobre a pessoa, necessária ao planeamento e prestação de cuidados considerando as diferentes dimensões da PESSOA;
- Incentivar a família na parceria de cuidados.

5. Sequência lógica dos procedimentos

- Quando a pessoa/família entra na Unidade de Cuidados Intermédios será recebido pelo Enfermeiro que questionará se é a primeira estadia/visita;
- Caso a pessoa esteja inconsciente recolher informação existente com o colega sobre:
 - A pessoa/família;
 - Caso a família acompanhe a pessoa recolher a informação sobre a mesma;

- Transmitir a informação recolhida aos colegas de modo a garantir a continuidade da prestação de cuidados.

5.1. Na primeira visita:

O Enfermeiro Responsável pela pessoa deve:

- Dirigir-se à pessoa/família e apresentar-se pelo nome;
- Questionar a pessoa/família o nome pelo qual gosta de ser tratado;
- Validar com a pessoa caso a sua situação permita, se deseja receber a visita da família;
- Informar a família qual a unidade em que a pessoa se encontra;
- Informar a pessoa sobre o seu estado clínico demonstrando disponibilidade para esclarecer as suas questões;
- Informar a família da situação da pessoa no que respeita aos cuidados de enfermagem e meio envolvente;
- Sempre que a pessoa não consiga fornecer informações, negociar com a família a disponibilidade e o momento para a obtenção das mesmas no âmbito de avaliação inicial de enfermagem, que não constem ainda nos registos como antecedentes pessoais, entre outros;
- Acompanhar a família até junto da pessoa;
- Escutar evitando expressões que condicionem a relação;
- Utilizar uma linguagem acessível e adequada a cada situação, esclarecendo a pessoa/família;
- Validar com a família se forneceu o contacto telefónico;
- Permitir que a pessoa/família exprima a sua cultura e sua religião;
- Informar a família sobre o horário das visitas e número de visitas (uma pessoa) em permanência junto da pessoa; nome do médico; nome dos enfermeiros responsáveis pelo serviço; contactos telefónicos; local onde a pessoa se encontra ou possível local de transferência;
- Informar a família da higienização das mãos no início e no fim da visita;
- Promover um ambiente calmo;
- Informar quais são os serviços de apoio da instituição aos familiares: cafetaria, lojas, banco e capelania;

- Realizar o espólio e entregar à família excepto objectos pessoais (prótese ocular, próteses dentárias, aparelhos auditivos);

Quer seja a primeira visita ou subsequentes é fulcral:

- Registrar a data, hora de toda a informação recolhida durante o acolhimento à pessoa/família de forma a garantir a continuidade de cuidados;
- Reforçar a informação citada na primeira abordagem;
- Registrar nas notas de enfermagem quem visitou a pessoa, os diagnósticos de enfermagem e a reacção da pessoa, assim como, as intervenções de enfermagem.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A rever em
	Sandra Gueidão – Estudante de Curso de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica sob a orientação da Professora Doutora Helena José e Enfermeiro Chefe Olegário Carvalho		28/11/2014



Apêndice XIX
Guia de acolhimento à pessoa/família

Ao familiar

Horário das visitas:

Segunda a Domingo → 13h 00 m às 19h 30 m
(1 visita de cada vez)

Fim de semana e Feriados → 13h 00m às 19h 30m
Sempre que solicitado pela equipa de saúde faz-se interrupção das visitas

Em caso de necessidade, relativamente ao horário da visita contacte o Enfermeiro Chefe/Responsável

- Não é permitida a entrada de crianças com idade inferior a 12 anos, qualquer situação especial deve ser conversada com a equipa de enfermagem.
- Controle o tempo que está junto do seu familiar (dê oportunidade às outras visitas).
- Proteja a pessoa de ruído e cansaço desnecessários.
- Evite permanecer nos corredores e sentar nas camas.



Colaborar no bom funcionamento do Serviço

- Respeite os seus companheiros;
- Respeite os princípios de higiene geral;
Lave as mãos antes e depois das refeições
Utilize correctamente os caixotes do lixo:
 - ⇒ O que tem saco preto—lixo igual ao da nossa casa;
 - ⇒ O que tem saco branco—lixo infectado;
 - ⇒ Os contentores amarelos—uso exclusivo dos profissionais de saúde.

A equipa de saúde agradece a sua colaboração e deseja-lhe rápidas melhoras !!



Elaborado por: Enf.^a Lurdes Nunes e Enf.^a Sandra Gueidão—
Estudante da Especialidade médico-cirúrgica;

Discente: Professora Doutora Helena José, Enfermeiro
Orientador de Estágio: Enfermeiro Olegário Carvalho



Este serviço localiza-se no Piso 9. Para chegar até nós terá que usar o elevador 13 que se situa no piso 1 e subir até ao 9º andar.

Se tiver dificuldades em encontrar o seu familiar dirija-se a um profissional para ajudá-lo!

A equipa do serviço é constituída por:

- Enfermeiros (Fardamento branco ou verde);
- Médicos;
- Assistentes Operacionais (fardamento azul);
- Assistente Administrativo;
- Dietista;
- Assistente Social;

O Centro Hospitalar dispõe de apoio religioso sempre que solicitado, assim como de barbeiro.

Estrutura do serviço

A lotação do serviço são de 6 camas que acolhe pessoas durante 24 horas /dia.

A unidade de cuidados intermédios dispõe de equipamento de monitorização contínua, sendo constante o apoio da equipa de enfermagem e médico.

Será abordado pelo Enfermeiro sobre:

Os contactos telefónicos do seu familiar a quem devem ser dadas informações sobre o seu estado clínico;

Lista da terapêutica que faz habitualmente em casa;

Alergia a medicamentos e/ou alimentos;

Exames médicos recentes.

Alimentação é fornecida de acordo com as suas necessidades terapêuticas, não sendo necessário às suas visitas trazer alimentação. Se o fizer, informe o Enfermeiro para saber se enquadra na dieta;

Pode ser solicitado que traga alguma medicação específica que o Hospital não dispõe, sendo a mesma devolvida no fim do internamento;

Na unidade de Cuidados intermédios não são permitidos objectos de valor e documentos, estes devem ficar na posse dos familiares e não na unidade da pessoa.

O hospital não se responsabiliza pelo desaparecimento dos valores não declarados e entregues à responsabilidade dos enfermeiros.

Refeições:

Horário

P. Almoço: 9h 00m / 9h 30m

Almoço: 13h 00m /14h 00m

Lanche: 16h 30m/ 17h 00m

Jantar: 19h 00m / 20h 00m

Ceia: 22h 00m / 22h 30m



Como obter informações sobre o seu familiar

- O médico assistente da pessoa é o Dr. (a):

e pode obter, pessoalmente informações no serviço entre as 9 h e as 12 h de segunda a sexta-feira

- Informações da equipa de Enfermagem — fale com o enfermeiro responsável pela pessoa diariamente entre as 13 h e as 19 h.

- Na impossibilidade de o fazer, pode contactar telefonicamente o enfermeiro responsável pela pessoa entre as 10h e as 20 h (informações apenas ao familiar referenciada pela pessoa)

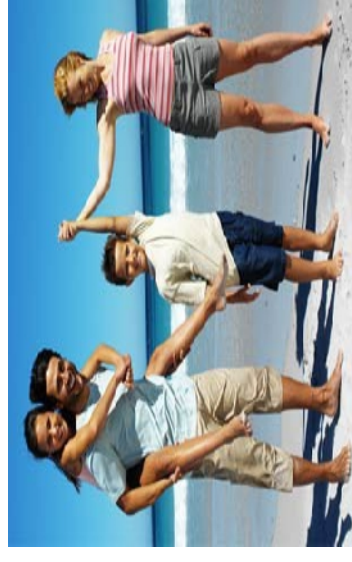
Telefone: 21 780 500 transferindo a chamada para a extensão 52878.

Restantes familiares e amigos devem obter informações junto do familiar referenciado.

Transferência

Sempre que possível será avisado com antecedência, pessoalmente ou por telefone.

- A pessoa só deverá deixar o serviço após indicação médica.
- Antes de sair certifique-se que:
- Reuniu todos os seus objectos;
- Tem documentação necessária entregue pelo Enfermeiro (a) (marcação de consultas e análises, etc).





Apêndice X

Observação: acolhimento à pessoa/família



Acolhimento à pessoa/família

Procedimento recomendado	Em conformidade	Não conformidade	Não avaliado
1. Dirige-se à pessoa/família e apresenta-se pelo nome;			
2. Questionar a pessoa/família o nome pelo qual gosta de ser tratado;			
3. Validar com a pessoa, caso a sua situação permita, se deseja receber a visita da família;			
4. Informar a família qual a unidade em que pessoa se encontra assim como a situação da pessoa no que respeita aos cuidados de enfermagem e meio envolvente;			
5. Informar a pessoa sobre o seu estado clínico esclarecendo as suas questões.			
6. Negociar com a família a disponibilidade e o momento para a obtenção das informações que não constem ainda no processo;			
7. Acompanhar a família até junto da pessoa;			
8. Utilizar uma linguagem acessível e adequada a cada situação, esclarecendo a pessoa/família;			
9. Validar com a família se forneceu o contacto telefónico;			
11. Permitir que a pessoa/família exprima a sua cultura e sua religião;			
10. Informar a família sobre o horário das visitas e número de visitas em permanência junto da pessoa, nome do médico, nome dos enfermeiros, contactos telefónicos, local onde a pessoa se encontra ou possível local de transferência;			
11. Informar a família da higienização das mãos no início e no fim da visita;			
12. Informar quais são os serviços de apoio da instituição aos familiares: cafetaria, lojas, banco e capelaria;			
13. Realizar o espólio e entregar à família excepto objectos pessoais (prótese ocular, próteses dentárias, prótese auditiva);			
14. Registrar a data, hora de toda a informação recolhida durante o acolhimento à pessoa/família de forma a garantir a continuidade de cuidados;			
15. Registrar nos registos de enfermagem quem visitou a pessoa, os diagnósticos de enfermagem e a reacção da mesma.			

Total : _____



Apêndice XI
Apresentação dos resultados da observação: Acolhimento à
pessoa/família

*A Cirurgia I recebe-o e
acolhe-o com QUALIDADE !*

Acolhimento à pessoa/família na Unidade de Cuidados Intermédios

Trabalho realizado por: Sandra Gueidão – Estudante do Curso de Especialização de Enfermagem Médico – Cirúrgica da Universidade Católica
Sob orientação da Professora Helena José e Enfermeiro Chefe Olegário Carvalho

Acolhimento à pessoa/família na Unidade de Cuidados Intermédios

Qual a importância do acolhimento
à pessoa / família ?



Acolhimento à pessoa/família na Unidade de Cuidados Intermédios

O que é o acolhimento ?



Acolhimento à pessoa/família na Unidade de Cuidados Intermédios

Ordem dos Enfermeiros

Código Deontológico – Artigo 83:

“ o enfermeiro do direito ao cuidado na saúde e na
doença, assume o dever:

co-responsabilizar-se pelo atendimento do
indivíduo em tempo útil, de forma a não haver
atrasos no diagnóstico da doença e respectivo
tratamento.”

Fonte: Ordem dos Enfermeiros

Acolhimento à pessoa/família na Unidade de Cuidados Intermédios

Quais os objectivos do acolhimento à pessoa/família ?

- Diminuir a ansiedade da pessoa/família em relação ao ambiente hospitalar;
- Inspirar confiança e segurança promovendo o conforto emocional e físico;
- Informar sobre o funcionamento do serviço;

Acolhimento à pessoa/família na Unidade de Cuidados Intermédios

Quais os objectivos do acolhimento à pessoa/família ?

- Recolher informação sobre a pessoa, necessária ao planeamento e prestação de cuidados considerando as diferentes dimensões da PESSOA;
- Incentivar a família na parceria de cuidados.

Fonte: Plano Nacional de Humanização de Cuidados de Saúde

Acolhimento à pessoa/família na Unidade de Cuidados Intermédios

Acolhimento à pessoa/família na Unidade de Cuidados Intermédios



Fonte: Joint Commission

Acolhimento à pessoa/família na Unidade de Cuidados Intermédios

- Dirigir-se à pessoa/família e apresentar-se pelo nome;
- Questionar a pessoa/família o nome pelo qual gosta de ser tratado;
- Validar com a pessoa caso a sua situação permita, se deseja receber a visita da família;
- Informar a família qual a unidade em que a pessoa se encontra;

Acolhimento à pessoa/família na Unidade de Cuidados Intermédios

- Informar a pessoa sobre o seu estado clínico demonstrando disponibilidade para esclarecer as suas questões;
- Informar a família da situação da pessoa no que respeita aos cuidados de enfermagem e meio envolvente;

Acolhimento à pessoa/família na Unidade de Cuidados Intermédios

- Sempre que a pessoa não consiga fornecer informações, negociar com a família a disponibilidade e o momento para a obtenção das mesmas no âmbito de avaliação inicial de enfermagem, que não constem ainda nos registos como antecedentes pessoais, entre outros;
- Acompanhar a família até junto da pessoa;

Acolhimento à pessoa/família na Unidade de Cuidados Intermédios

- Ouvir evitando expressões que condicionem a relação;
- Utilizar uma linguagem acessível e adequada a cada situação, esclarecendo a pessoa/família;
- Validar com a família se forneceu o contacto telefónico;
- Permitir que a pessoa/família exprima a sua cultura e sua religião;

Acolhimento à pessoa/família na Unidade de Cuidados Intermédios

- Informar a família sobre o horário das visitas e número de visitas em permanência junto da pessoa; nome do médico; nome dos enfermeiros responsáveis pelo serviço; contactos telefónicos; local onde a pessoa se encontra ou possível local de transferência;
- Informar a família da higienização das mãos no início e no fim da visita;

Acolhimento à pessoa/família na Unidade de Cuidados Intermédios

- Promover um ambiente calmo;
- Informar quais são os serviços de apoio da instituição aos familiares: cafetaria, lojas, banco e capelaria;
- Realizar o espólio e entregar à família excepto objectos pessoais (prótese ocular, próteses dentárias, prótese auditiva);

Acolhimento à pessoa/família na Unidade de Cuidados Intermédios

Quer seja a primeira visita ou subsequentes é fulcral:

- Registrar a data, hora de toda a informação recolhida durante o acolhimento à pessoa/família de forma a garantir a continuidade de cuidados;
- Reforçar a informação citada na primeira abordagem;
- Registrar nas notas de enfermagem quem visitou a pessoa, os diagnósticos de enfermagem e a reacção da pessoa.

Acolhimento à pessoa/família na Unidade de Cuidados Intermédios

Apresentação dos resultados

Foram realizadas 10 observações



Acolhimento à pessoa/família na Unidade de Cuidados Intermédios

Apresentação dos resultados

Procedimentos recomendados	Conformidade
4. Informar a família qual a unidade em que a pessoa se encontra assim como a situação da pessoa no que respeita aos cuidados de enfermagem e meio envolvente;	100 %
5. Informar a pessoa sobre o seu estado clínico esclarecendo as suas questões.	100 %
8. Utilizar uma linguagem acessível e adequada a cada situação, esclarecendo a pessoa/família;	100 %
11. Permitir que a pessoa/família exprima a sua cultura e sua religião;	100 %
6. Negociar com a família a disponibilidade e o momento para a obtenção das informações que não constem ainda no processo;	70 %

Acolhimento à pessoa/família na Unidade de Cuidados Intermédios

Apresentação dos resultados

Procedimentos recomendados	Conformidade
9. Validar com a família se forneceu o contacto telefónico;	50 %
7. Acompanhar a família até junto da pessoa;	40 %
3. Validar com a pessoa, caso a sua situação permita, se deseja receber a visita da família;	30 %
10. Informar a família sobre o horário das visitas e número de visitas em permanência junto da pessoa, nome do médico, nome dos enfermeiros, contactos telefónicos, local onde a pessoa se encontra ou possível local de transferência;	30 %
14. Registrar a data, hora de toda a informação recolhida durante o acolhimento à pessoa/família de forma a garantir a continuidade de cuidados;	30 %

Acolhimento à pessoa/família na Unidade de Cuidados Intermédios

Apresentação dos resultados

Procedimentos recomendados	Conformidade
12. Informar quais são os serviços de apoio da instituição aos familiares: cafetaria, lojas, banco e capelania;	20 %
15. Registrar nos registos de enfermagem quem visitou a pessoa, os diagnósticos de enfermagem e a reacção da pessoa;	20 %
1. Dirige-se à pessoa/família e apresenta-se pelo nome;	10 %
2. Questionar a pessoa/família o nome pelo qual gosta de ser tratado;	10 %
11. Informar a família da higienização das mãos no início e no fim da visita;	0 %

Acolhimento à pessoa/família na Unidade de Cuidados Intermédios

Apresentação dos resultados

Procedimentos recomendados	Conformidade
13. Realizar o espólio e entregar à família excepto objectos pessoais (prótese ocular, próteses dentárias, prótese auditiva);	Não avaliado

Acolhimento à pessoa/família na Unidade de Cuidados Intermédios

Discussão



*A Cirurgia I recebe-o e
acolhe-o com **QUALIDADE** !*

**Acolhimento à pessoa/família na Unidade
de Cuidados Intermediários**

Trabalho realizado por: Sandra Gueidão – Estudante do Curso de Especialização de Enfermagem Médico –
Cirúrgica da Universidade Católica
Sob orientação da Professora Helena José e Enfermeiro Chefe Olegário Carvalho



Apêndice XII
Norma: espólio da pessoa



Espólio da Pessoa

1. **Nome:** Espólio da Pessoa
2. **Âmbito:** Qualidade dos cuidados de Enfermagem à pessoa/família
3. **Profissionais abrangidos:** Todos os Enfermeiros responsáveis e Assistentes Operacionais pela prestação de Cuidados na Unidade de Cuidados Intermédios da Cirurgia I

4. Pontos Importantes

Definição de Espólio

4.1. Constituem o espólio das pessoas admitidas no Centro Hospitalar Lisboa Norte todos os bens e valores de que estes sejam portadoras, quando fiquem à guarda da instituição nomeadamente:

4.1.1. Roupas e outros acessórios;

4.1.2. Valores entre os quais se consideram dinheiro, objectos de metal amarelo e branco e outros adornos, cartões bancários, acções, certificados da dívida pública, aplicações financeiras e outros idênticos;

4.1.3. Outros documentos;

4.1.4. Óculos e outras próteses.

4.2. Sempre que possível, as pessoas serão aconselhados a não serem portadoras de objectos supérfluos ou de valor.

4.3. Se destes se fizerem acompanhar, e no caso de não poderem com o seu acordo ficar a cargo de familiar, serão aconselhados a deixarem à guarda da instituição.

4.4. A responsabilidade pela guarda e conservação dos espólios, só pode ser imputada ao Centro Hospitalar Lisboa Norte, por factos que lhe sejam imputáveis, mediante depósito, nas condições que irão ser citadas.

5. Sequência dos procedimentos

- A recolha do espólio deve ser efectuada no momento de entrada no serviço e/ou quando ausenta-se do serviço para o bloco ou para realizar exames complementares de diagnóstico.

5.1. Locais para a recolha do espólio

A recolha dos bens deve ocorrer na Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Cirurgia I.

6. Responsáveis pela recolha do espólio

6.1. Compete aos Assistentes Operacionais recolher os bens e outros pertences da pessoa conferidos pela mesma, se o seu estado clínico permitir, ou por um familiar, sob a supervisão do Enfermeiro.

6.2. No final da recolha e conferência dos bens e pertences compete a cada um dos participantes, pessoa/família, Assistente Operacional e Enfermeiro assinar, com assinatura legível e número mecanográfico, o respectivo impresso com a data e hora.

6.3. A recolha dos bens e pertences efectua-se sempre na presença os intervenientes citados anteriormente.

7. Registo do espólio

7.1. O registo do espólio deve ser efectuada em impresso próprio (ver anexo D).

7.2. Após a recolha do espólio o impresso deve ser guardado até devolução do espólio à pessoa/família.

8. Entrega do espólio à pessoa/família

8.1. Sempre que possível e com o consentimento da pessoa, o espólio deverá ser entregue à família que assina (assinatura confirmada por documento de identificação) o impresso em como recebeu o espólio, assim como, deve constar a assinatura do enfermeiro que entregou o espólio.

8.2. Cabe à família verificar que o espólio registado é igual ao que é entregue.

9. Espólios recebidos

9.1. Considera-se espólio recebido no Serviço de Cirurgia I – Unidade de Cuidados Intermédios a todas as pessoas admitidas.

9.2. Estes espólios serão entregues ao Enfermeiro do serviço.

10. Conformidade do espólio

10.1. O Enfermeiro que verificar inconformidades entre o conteúdo do espólio e o registo do mesmo deve tomar as medidas tidas por convenientes, impondo-se de imediato que essa conformidade seja registada na relação de bens.

11. Guarda dos espólios

11.1. Objectos de valor, dinheiro (quantia superior a 50 euros) e equiparados serão discriminados e enviados para a Tesouraria do Hospital para guardar.

11.2. A roupa e outros acessórios devidamente embalados serão guardados no serviço.

12. Movimentação dos Espólios

12.1. O espólio acompanha a pessoa no momento da transferência excepto numerário, objectos de metal amarelo ou branco ou outros adornos.

12.2 Restantes bens e pertences acompanham a pessoa no momento da transferência.

13. Entrega do Espólio

13.1. O espólio será entregue:

- À pessoa após a alta ou seus representantes legais;
- A terceiros mediante certificada autorização da pessoa;
- Aos familiares, em caso de falecimento da pessoa, mediante apresentação de título legal adequado, que certifique a qualidade de cabeça de casal;
- A funcionário da embaixada, devidamente credenciado, quando se tratar de pessoa estrangeira e na impossibilidade da entrega ser feita à própria ou à sua família;
- À Assistente Social, com autorização da pessoa ou do seu representante legal ou, não sendo possível à pessoa expressar o seu consentimento e no caso de

ausência comprovado do representante, apenas se for considerado imprescindível para dar continuidade ao processo social.

- O impresso de registo do espólio deverá ser arquivado pelo prazo de um ano no serviço.

14. Espólios não reclamados

14.1 Decorridos um ano sobre a recepção do espólio, sem que tenha sido reclamado, ou em caso de falecimento da pessoa, o Enfermeiro Chefe, mediante autorização do Conselho de Administração, procederão à sua transferência para os serviços financeiros.

14.2. O numerário constituirá receita imediata do hospital, bem como o produto da venda de outros valores a levar a cabo pelos serviços financeiros.

14.3. No caso de objectos sem qualquer valor financeiro decorrido um ano sobre o depósito destes, serão enviados aos armazéns, para que mediante uma avaliação sumária sejam doados a instituições de solidariedade social, ou se destituídos de valor, sejam eliminados como resíduos hospitalares.

14.4. A inutilização deverá ser anotada em documento adequado.

14.5. Compete ao Enfermeiro Chefe do Serviço de Cirurgia I ou em quem este delegar, a observância dos procedimentos descritos.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A rever em
	Sandra Gueidão – Estudante de Curso de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica; Discente: Professora Doutora Helena José e Enfermeiro Orientador do Local de Estágio: Enfermeiro Chefe Olegário Carvalho		05/1/2015



Apêndice XIII
Folha de registo do espólio da pessoa



Espólio da Pessoa



O Serviço de Cirurgia I – SO quer proteger os valores da Pessoa. Para tal, assinale com uma cruz ou número os objectos apresentados pela pessoa.

Discriminação dos objectos/valores da Pessoa

1. Roupa:

- | | | | |
|------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| - Roupa Interior | <input type="checkbox"/> | - Ténis | <input type="checkbox"/> |
| - Camisa | <input type="checkbox"/> | - Sapatos | <input type="checkbox"/> |
| - Casaco | <input type="checkbox"/> | - Chinelos | <input type="checkbox"/> |
| - Pijama | <input type="checkbox"/> | - Meias | <input type="checkbox"/> |
| - Calças | <input type="checkbox"/> | - Saia | <input type="checkbox"/> |
| - Outros | <input type="checkbox"/> | Quais: _____ | |

2. Objectos pessoais:

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Prótese dentária | <input type="checkbox"/> | - Fio: Metal Branco | <input type="checkbox"/> |
| - Prótese auditiva | <input type="checkbox"/> | Metal Amarelo | <input type="checkbox"/> |
| - Prótese Ocular | <input type="checkbox"/> | - Pulseira: Metal Branco | <input type="checkbox"/> |
| - Telemóvel | <input type="checkbox"/> | Metal Amarelo | <input type="checkbox"/> |
| - Computador portátil | <input type="checkbox"/> | - Brincos: Metal Branco | <input type="checkbox"/> |
| - Relógio | <input type="checkbox"/> | Metal Amarelo | <input type="checkbox"/> |
| - Carteira | <input type="checkbox"/> | - Outros | Quais: _____ |
| - Chaves | <input type="checkbox"/> | | |

3. Documentos pessoais

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|---------------------------------------|
| - Cartão de utente | <input type="checkbox"/> | - Cartão multibanco | <input type="checkbox"/> |
| - Bilhete de Identidade | <input type="checkbox"/> | - Carta de condução | <input type="checkbox"/> |
| - Cartão único | <input type="checkbox"/> | - Outros | <input type="checkbox"/> Quais: _____ |

4. Valores monetários - Total da Quantia: _____

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| ___ notas de 100 euros | ___ moedas de 50 cêntimos |
| ___ notas de 50 euros | ___ moedas de 20 cêntimos |
| ___ notas de 20 euros | ___ moedas de 10 cêntimos |
| ___ notas de 10 euros | ___ moedas de 5 cêntimos |
| ___ notas de 5 euros | ___ moedas de 2 cêntimos |
| ___ moedas de 2 euros | ___ moedas de 1 cêntimo |
| ___ moedas de 1 euro | |

Recolha do espólio - Data: ___/___/___ Hora: _____

Assinatura da pessoa/família: _____

Assinatura do Enfermeiro: _____ n.º mecanográfico: _____

Assinatura da Assistente Operacional: _____ n.º mecanográfico: _____

Entrega do espólio - Data: ___/___/___ Hora: _____ Assinatura da pessoa/família: _____

Assinatura do Enfermeiro: _____ n.º mecanográfico: _____



Apêndice XIV

Ação de sensibilização: espólio da pessoa



Espólio da pessoa



Trabalho realizado por:

Discente: Sandra Gueidão – Estudante do Curso de
Especialização de Enfermagem Médico – Cirúrgica da
Universidade Católica
Docente: Professora Helena José
Orientador do Campo de Estágio: Sr.º Enfermeiro Chefe
Olegário Carvalho

Espólio da pessoa

O que é o espólio ?



Espólio da pessoa

A importância da realização do
Espólio da pessoa

Espólio da pessoa

Apresentação da folha de registo do
espólio da pessoa

Espólio da pessoa

Definição de Espólio

4.4. A responsabilidade pela guarda e conservação dos espólios, só pode ser imputada ao Centro Hospitalar Norte, por factos que lhe sejam imputáveis, mediante depósito, nas condições que irão ser citadas.

Espólio da pessoa

Sequência dos procedimentos

A recolha do espólio deve ser efectuada no momento de entrada no serviço e/ou quando ausenta-se do serviço para o bloco ou para realizar exames complementares de diagnóstico.

Espólio da pessoa

Responsáveis pela recolha do espólio

- 6.1. Compete aos Assistentes Operacionais recolher os bens e outros pertences da pessoa conferidos pela mesma, se o seu estado clínico permitir, ou por um familiar, sob a supervisão do Enfermeiro.
- 6.2. No final da recolha e conferência dos bens e pertences compete a cada um dos participantes, pessoa/família, Assistente Operacional e Enfermeiro assinar, com assinatura legível e número mecanográfico, o respectivo impresso com a data e hora.

Espólio da pessoa

7. Registo do espólio

- 7.1. O registo do espólio deve ser efectuada em impresso próprio.
- 7.2. Após a recolha do espólio o impresso deve ser guardado até devolução do espólio à pessoa/família.

Espólio da pessoa

8. Entrega do espólio da/família

- 8.1. Sempre que possível e com o consentimento da pessoa, o espólio deverá ser entregue à família que assina (assinatura confirmada por documento de identificação) o impresso em como recebeu o espólio, assim como, deve constar a assinatura do enfermeiro que entregou o espólio.

Espólio da pessoa

9. Espólios recebidos

- 9.1. Considera-se espólio recebido no Serviço de Cirurgia I – Unidade de Cuidados Intermédios a todas as pessoas admitidas.
- 9.2. Estes espólios serão entregues ao Enfermeiro do serviço.

Espólio da pessoa

10. Conformidade do espólio

- 10.1. O Enfermeiro que verificar inconformidades entre o conteúdo do espólio e o registo do mesmo deve tomar as medidas tidas por convenientes, impondo-se de imediato que essa conformidade seja registada na relação de bens.

Espólio da pessoa

11. Guarda dos espólios

- 11.1. Objectos de valor, dinheiro (quantia superior a 50 euros) e equiparados serão discriminados e enviados para a Tesouraria do Hospital para guardar.
- 11.2. A roupa e outros acessórios devidamente embalados serão guardados no serviço.

Espólio da pessoa

12. Movimentação dos Espólios

- 12.1. O espólio acompanha a pessoa no momento da transferência excepto numerário, objectos de metal amarelo ou branco ou outros adornos.
- 12.2 Restantes bens e pertences acompanham a pessoa no momento da transferência.

Espólio da pessoa

13. Entrega do Espólio

- 13.1. O espólio será entregue:
 - A pessoa após a alta ou seus representantes legais;
 - A terceiros mediante certificada autorização da pessoa;
 - Aos familiares, em caso de falecimento da pessoa, mediante apresentação de título legal adequado, que certifique a qualidade de cabeça de casal;
 - A funcionário da embaixada, devidamente credenciado, quando se tratar de pessoa estrangeiro e na impossibilidade da entrega ser feita ao próprio ou à sua família;

Espólio da pessoa

13. Entrega do Espólio

- À Assistente Social, com autorização da pessoa ou do seu representante legal ou, não sendo possível à pessoa expressar o seu consentimento e no caso de ausência comprovado do representante, apenas se for considerado imprescindível para dar continuidade ao processo social.
- O impresso de registo do espólio deverá ser arquivado pelo prazo de um ano no serviço.

Espólio da pessoa

Discussão



Espólio da pessoa



Trabalho realizado por:

Discente: Sandra Gueidão – Estudante do Curso de
Especialização de Enfermagem Médico – Cirúrgica da
Universidade Católica

Docente: Professora Helena José
Orientador do Campo de Estágio: Sr.º Enfermeiro Chefe
Olegário Carvalho



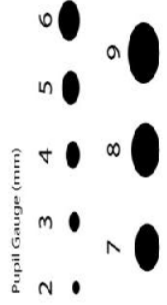
Apêndice XV
Folha de registo de Enfermagem da Unidade de Cuidados de
Enfermagem



SNG n.º em / / ; n.º dias: _____
 SV n.º em / / ; Tipo: em / / ; n.º dias: _____
 V.P. em / / ; n.º dias: _____
 V.P. em / / ; n.º dias: _____

Carga de trabalho dos Enfermeiros
 Manhã: Tarde: Noite:

Promoção da saúde da pessoa/família	
Manhã	_____
Tarde	_____
Noite	_____



Turno da Manhã: Av. Neurológica: SCORE: + + = ; **Pele:** Corada Descorada Hidratada Seca Íntegra Não Íntegra Maceração Edemaciada outra: **Membranas Mucosas:** Coradas Descoradas Hidratada Seca Íntegra Não íntegra outra: **Cuidar da higiene com ajuda:** parcial total ; **Alimentação:** Dieta Dieta 0 Entérica Tolerada Não tolerada Parent ; Tipo: **Drenagens e caract.:** SN G Caract.: **D1**.caract. ; **D2**.caract. ; **D3**.caract. ; Ferida Operatória Localização : ; **D4**. caract. ; **Eliminação urinária:** adequada caract. ; comprometida: Sonda Vesical: urostomia HD Caract. ; Defecação: adequada: caract. ; comprometida: colostomia ileostomia Caract. ; **Capac. de mobilizar-se 5** N Posicionado em _____

Turno da Tarde: Av. Neurológica: SCORE: + + = ; **Pele:** Corada Descorada Hidratada Seca Íntegra Não Íntegra Maceração Edemaciada outra: **Membranas Mucosas:** Coradas Descoradas Hidratada Seca Íntegra Não íntegra outra: **Alimentação:** Dieta Dieta 0 Entérica Tolerada Não tolerada Parentérica ; Tipo ; **Drenagens e caract.:** SN G Caract.: **D1**.caract. ; **D2**.caract. ; **D3**. caract. ; **D4**. caract. ; Ferida Operatória Localização : caract. ; **Eliminação urinária:** adequada caract. ; comprometida: Sonda Vesical: urostomia HD Caract. ; Defecação: adequada: caract. ; comprometida: colostomia ileostomia Caract. ; **Capac. de mobilizar-se 5** N Posicionado em _____

Turno da Noite: Av. Neurológica: SCORE: + + = ; **Pele:** Corada Descorada Hidratada Seca Íntegra Não Íntegra Maceração Edemaciada outra: **Membranas Mucosas:** Coradas Descoradas Hidratada Seca Íntegra Não íntegra outra: **Alimentação:** Dieta Dieta 0 Entérica Tolerada Não tolerada Parentérica ; Tipo ; **Drenagens e caract.:** SN G Caract.: **D1**.caract. ; **D2**.caract. ; **D3**. caract. ; **D4**. caract. ; Ferida Operatória Localização : caract. ; **Eliminação urinária:** adequada caract. ; comprometida: Sonda Vesical: urostomia HD Caract. ; Defecação: adequada: caract. ; comprometida: colostomia ileostomia Caract. ; **Capac. de mobilizar-se 5** N Posicionado em _____

	Manhã	Tarde	Noite
Pup			
Tam			
Dta			
Reac.			
Pup.			
Tam			
Esq.			
Reac.			

Pessoa Ventilada

- Ventilado em ___/___/___
- n.º de dias de Ventilação Mecânica: ___
- Tubo n.º: ___; Nível da comissura labial: ___

Parâmetros Ventilatórios

Horas									
Moda.									
F.R.ute. /Inst.									
Vol Co									
Vol. M.									
PEEP									
Fio2									

BPS (Behavioral Pain Scale)	
Expressão Facial	
Relaxada	1
Ligeiramente contraída	2
Contração franca	3
Fácies de dor	4
Membros Superiores/Inferiores	
Sem movimento	1
Parcialmente flectidos	2
Rígidos com dedos crispados/ceirados	3
Totalmente contraídos/rígidos	4
Adaptação Ventilatória	
Adaptado	1
Adaptado com acessos de tosse esporádicos	2
Desadaptado/bloqueio ventilatório frequente	3
Bloqueio ventilatório constante	4



Apêndice XVI

Folha de abreviaturas da folha de registo de Enfermagem



Preenchimento da Folha de Registo da Unidade de Cuidados Intermédios

Abreviaturas e/ou Siglas

Entende-se por:

- A.E.: Alimentação Entérica;
- A. Parentérica: Alimentação Parentérica;
- Av. Neurológica: avaliação neurológica;
- A.P.: antecedentes pessoais;
- B.H.: Balanço Hídrico;
- B.H. acum.: Balanço Hídrico acumulado;
- Caract.: características;
- D1.: Drenagens número 1;
- D2.: Drenagens número 2;
- D3.: Drenagens número 3;
- D4.: Drenagens número 4;
- F.C: frequência cardíaca;
- Fio2: Concentração de oxigénio no ar inspirado;
- F.R.: frequência respiratória;
- HD: hemodiálise;
- Inst.: instituído;
- Moda.: Modalidade Ventilatória;
- N: significa não;
- P.O.: Per os;
- Parent.: parentérica;
- P.O.: enumerar os dias de pós-operatório;
- PEEP: Pressão Expiratória Final Positiva;
- Pressão sang.: pressão sanguínea;
- P.V.C: pressão venosa central;
- Reac.: Reacção;
- Sat O2: saturação periférica de oxigénio;
- S: significa sim;
- S.N.G.: sonda nasogástrica
- S.V.: Sonda Vesical;
- Total adm.: total administrado;
- Total saíd.: total saídos;
- Tam.: Tamanho;
- Termo.: termoregulação;
- UN: unidade da pessoa;
- Ut.: utente;

- V.A.S.: Escala Analógica Visual;
- V.P.: veia periférica;
- Vol. Co.: Volume Corrente;
- Vol. M.: volume minuto;

Glossário

Relativamente à Escala de Ramsay entende-se por:

Agitação: condição de excitação psicomotora sem objectivo, actividade incessante, andar sem parar, descarga de tensão nervosa associada com ansiedade, medo ou stress mental.

Ansiedade: emoção negativa- sentimentos de ameaça, perigo ou angústia.



Apêndice XVIII

Ação de sensibilização: escala de trabalho dos enfermeiros



Carga de trabalho dos Enfermeiros



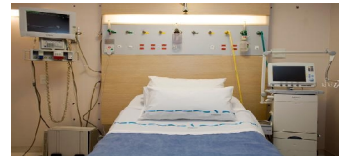
Trabalho realizado por:

Discente: Sandra Gueidão – Estudante do Curso de Especialização de Enfermagem Médico – Cirúrgica da Universidade Católica

Docente: Professora Helena José e Enfermeiro Orientador do Campo de estágio: Enfermeiro Chefe Olegário Carvalho

Carga de Trabalho dos Enfermeiros

Quais as escalas usadas para a Unidade de Cuidados Intermédios ?



Carga de Trabalho dos Enfermeiros

Escala Nursing Activities Score – NAS

Porquê do NAS ?

Validação para a Língua Portuguesa

Carga de Trabalho dos Enfermeiros

Apresentação da Escala Nursing Activities

Score – NAS

Carga de Trabalho dos Enfermeiros

Apresentação da Escala Nursing Activities Score – NAS

É constituída pelas seguintes categorias:

1. Monitorização e controlos;
2. Investigações laboratoriais;
3. Medicação;
4. Procedimentos de Higiene;
5. Cuidados com Drenos;
6. Mobilização e Posicionamentos;
7. Suporte e cuidados aos familiares e à pessoa;
8. Tarefas administrativas e gerenciais;

Carga de Trabalho dos Enfermeiros

Apresentação da Escala Nursing Activities Score – NAS

É constituída pelas seguintes categorias:

8. Tarefas administrativas;
9. Suporte Ventilatório;
10. Suporte Cardiovascular;
11. Suporte Renal;
12. Suporte Neurológico;
13. Suporte Metabólico;
14. Intervenções específicas;

Carga de Trabalho dos Enfermeiros

Folha de Uniformização do registo

Carga de Trabalho dos Enfermeiros

Discussão



Carga de trabalho dos Enfermeiros

Trabalho realizado por:

Discente: Sandra Gueidão – Estudante do
Curso de Especialização de Enfermagem
Médico – Cirúrgica da Universidade
Católica

Docente: Professora Helena José e
Enfermeiro Orientador do Campo de
estágio: Enfermeiro Chefe Olegário
Carvalho





Apêndice XVIII
Nursing Activities Score- NAS



Nursing Activities Score (NAS) – Unidade de Cuidados Intermédios – Cirurgia I

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE. EPE



Diagnóstico: _____

Cirurgia: _____

Data de admissão: __/__/__

--

Actividades básicas	Score	1º dia	2º dia	3º dia
1. Monitorização e controlos				
1 a. Sinais vitais horários, calculo e registo do balanço hídrico.	4,5			
1b. Presença à beira do leito e observação do leito e observação ou actividade contínua por 2 horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como: ventilação mecânica não invasiva, desmame, agitação, confusão mental, posição prona, procedimentos de doação de órgãos, preparo e administração de fluidos ou medicação, auxilio em procedimentos específicos	12,1			
1c. Presença à beira do leito e observação ou actividade contínua por 4 horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como os exemplos acima.	19,6			
2. Investigações laboratoriais: bioquímicas e microbiológicas.	4,3			
3. Medicação, exceto drogas vasoativas.	5,6			
4. Procedimentos de Higiene				
4a. Realização de procedimentos de higiene tais como: curativo de feridas e cateteres intravasculares, troca de roupa de cama, higiene corporal do paciente em situações especiais (incontinência, vômito, queimaduras, feridas com secreção, curativos cirúrgicos complexos com irrigação), procedimentos especiais (ex.isolamento), etc.	4,1			
4b. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 2 horas, em algum plantão.	16,5			
4c. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 4 horas em algum plantão.	20,0			
5. Cuidados com Drenos – Todos (exceto sonda gástrica).	1,8			
6. Mobilização e Posicionamento incluindo procedimentos tais como: mudança de decúbito, mobilização do paciente; transferência da cama para a cadeira; mobilização do paciente em equipe (ex. paciente imóvel, tração, posição prona).				
6a. Realização do(s) procedimento(s) até 3 vezes em 24 horas.	5,5			
6b. Realização do(s) procedimento(s) mais do que 3 vezes em 24 horas ou com 2 enfermeiros em qualquer frequência.	12,4			
6c. Realização do(s) procedimentos(s) com 3 ou mais enfermeiros em qualquer frequência	17,0			
7. Suporte e cuidados aos familiares e pacientes incluindo procedimentos tais como telefonemas, entrevistas, aconselhamento. Frequentemente, o suporte e cuidado, sejam aos familiares ou aos pacientes permitem a equipe continuar com outras actividades de enfermagem (ex: a comunicação com o paciente durante procedimentos de higiene, comunicação com os familiares enquanto presente à beira do leito observando o paciente).				
7a. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por cerca de uma hora em algum plantão, tais como: explicar condições clínicas, lidar com a dor e angustia, lidar com circunstâncias familiares difíceis.	4,0			
7b. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por 3 horas ou mais em algum plantão, tais como: morte, circunstâncias trabalhosas (ex. grande número de familiares, problemas de linguagem e familiares hostis).	32,0			

8. Tarefas administrativas e gerenciais				
8a. Realização de tarefas de rotina tais como: processamento de dados clínicos, solicitação de exames, troca de informações profissionais (ex. passagem de plantão, visitas clínicas).	4,2			
8b. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 2 horas em algum plantão, tais como: atividades de pesquisa, aplicação de protocolos, procedimentos de admissão e alta.	23,2			
8c. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 4 horas ou mais tempo em algum plantão, tais como: morte e procedimentos de doação de órgãos, coordenação com outras disciplinas.	30,0			
Suporte ventilatório				
9. Suporte respiratório: Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva, com ou sem relaxantes musculares; respiração espontânea com ou sem pressão expiratória final positiva (ex.CPAP ou BIPAP), com ou sem tubo endotraqueal; oxigênio suplementar por qualquer método.	1,4			
10. Cuidado com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia.	1,8			
11. Tratamento para melhora da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia inalatória, aspiração endotraqueal.	4,4			
Suporte Cardiovascular				
12. Medicação vasoativa independente do tipo e dose.	1,2			
13. Reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos. Administração de fluidos > 3l/m2/dia, independente do tipo de fluido administrado.	2,5			
14. Monitorização do átrio esquerdo. Cateter da artéria pulmonar com ou sem medida de débito cardíaco.	1,7			
15. Reanimação cardiorespiratória nas últimas 24 horas (excluído soco precordial).	7,1			
Suporte Renal				
16. Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas.	7,7			
17. Medida quantitativa do débito urinário (ex. sonda vesical de demora).	7,0			
Suporte neurológico				
18. Medida da pressão intracraniana.	1,6			
Suporte metabólico				
19. Tratamento da acidose/alcalose metabólica complicada.	1,3			
20. Hiperalimentação intravenosa.	2,8			
21. Alimentação enteral. Através de tubo gástrico ou outra via gastrointestinal (ex: jejunostomia).	1,3			
Intervenções específicas				
22. Intervenções específicas na unidade de terapia intensiva. Intubação endotraqueal, inserção de marca-passo, cardioversão, endoscopia, cirurgia de emergência no último período de 24 horas, lavagem gástrica. Intervenções de rotina sem consequências diretas para as condições clínicas do paciente, tais como: Raio X, ecografia, electrocardiograma, curativos ou inserção de cateteres venosos ou arteriais não estão incluídos.	2,8			
23. Intervenções específicas fora da unidade de terapia intensiva. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.	1,9			
Total				



Nursing Activities Score (NAS) – Unidade de Cuidados Intermédios – Cirurgia I

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE. EPE



Diagnóstico: _____

Cirurgia: _____

Data de admissão: __/__/__

--

Actividades básicas	Score	1º dia	2º dia	3º dia
<p>2. Monitorização</p> <p>1 a. Sinais vitais horários, cálculo e registo do balanço hídrico.</p> <p>1b. Presença à beira do leito e observação do leito e observação ou actividade contínua por 2 horas ou mais em algum turno por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como: ventilação mecânica não invasiva, desmame, agitação, confusão mental, posição pronação, procedimentos de doação de órgãos, preparação e administração de fluidos ou medicação, auxílio em procedimentos específicos.</p> <p>1c. Presença à beira do leito e observação ou actividade contínua por 4 horas ou mais em algum turno por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como os exemplos acima.</p>	4,5			
	12,1			
	19,6			
<p>2. Investigações laboratoriais: bioquímicas e microbiológicas.</p>	4,3			
<p>3. Medicação, excepto drogas vasoactivas.</p>	5,6			
<p>4. Procedimentos de Higiene</p> <p>4a. Realização de procedimentos de higiene tais como: realização de pensos de feridas e cateteres intravasculares, troca de roupa de cama, higiene corporal da pessoa em situações especiais (incontinência, vômito, queimaduras, feridas com secreção, penso cirúrgico complexos com irrigação), procedimentos especiais (ex. Isolamento), etc.</p> <p>4b. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 2 horas, em algum turno.</p> <p>4c. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 4 horas em algum turno.</p>	4,1			
	16,5			
	20,0			
<p>5. Cuidados com Drenos – Todos (excepto sondas gástrica e vesical).</p>	1,8			
<p>6. Mobilização e Posicionamento incluindo procedimentos tais como: mudança de decúbito, mobilização da pessoa; transferência da cama para a cadeira; mobilização da pessoa em equipe incluindo as assistentes operacionais (ex. pessoa imóvel, posição pronação).</p> <p>6a. Realização do(s) procedimento(s) até 3 vezes em 24 horas.</p> <p>6b. Realização do(s) procedimento(s) mais do que 3 vezes em 24 horas ou com 2 profissionais em qualquer frequência.</p> <p>6c. Realização do(s) procedimentos(s) com 3 ou mais profissionais em qualquer frequência.</p>	5,5			
	12,4			
	17,0			
<p>7. Suporte e cuidados aos familiares e à pessoa incluindo procedimentos tais como telefonemas, entrevistas, aconselhamento. Frequentemente, o suporte e cuidado, sejam aos familiares ou às pessoas permitem a equipe continuar com outras actividades de enfermagem (ex: a comunicação com a pessoa durante procedimentos de higiene, comunicação com os familiares enquanto presente à beira do leito observando a pessoa).</p> <p>7a. Suporte e cuidado aos familiares e à pessoa que requerem dedicação exclusiva por cerca de uma hora em algum turno, tais como: explicar situação clínica, lidar com a dor e angústia, lidar com circunstâncias familiares difíceis.</p> <p>7b. Suporte e cuidado aos familiares e à pessoa que requerem dedicação exclusiva por 3 horas ou mais em algum turno, tais como: morte, circunstâncias trabalhosas (ex. grande número de familiares, problemas de linguagem e familiares hostis).</p>	4,0			
	32,0			

8. Papel Profissional				
8a. Realização de intervenções tais como: processamento de dados clínicos, solicitação de exames, troca de informações profissionais (ex. passagem de turno, visitas clínicas).	4,2			
8b. Realização de intervenções que requerem dedicação integral por cerca de 2 horas em algum turno, tais como: actividades de pesquisa, aplicação de protocolos, procedimentos de acolhimento e transferência.	23,2			
8c. Realização de intervenções que requerem dedicação integral por cerca de 4 horas ou mais tempo em algum turno, tais como: morte e procedimentos de doação de órgãos, coordenação com outras disciplinas.	30,0			
Suporte ventilatório				
9. Suporte respiratório: Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva, com ou sem relaxantes musculares; respiração espontânea com ou sem pressão expiratória final positiva (ex.CPAP ou BIPAP), com ou sem tubo endotraqueal; oxigénio suplementar por qualquer método.	1,4			
10. Cuidado com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia.	1,8			
11. Tratamento para melhora da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia inalatória, aspiração endotraqueal.	4,4			
Suporte Cardiovascular				
12. Medicação vasoativa independente do tipo e dose.	1,2			
13. Reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos. Administração de fluidos > 3l/dia, independente do tipo de fluido administrado.	2,5			
14. Monitorização do átrio esquerdo. Cateter da artéria pulmonar com ou sem medida de débito cardíaco.	1,7			
15. Reanimação cardiorespiratória nas últimas 24 horas (excluído muro precordial).	7,1			
Suporte Renal				
16. Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas.	7,7			
17. Medida quantitativa do débito urinário (ex. sonda vesical).	7,0			
Suporte neurológico				
18. Medida da pressão intracraniana.	1,6			
Suporte metabólico				
19. Tratamento da acidose/alcalose metabólica complicada.	1,3			
20. Alimentação Parentérica.	2,8			
21. Alimentação entérica: através de sonda gástrica ou outra via gastrointestinal (ex: jejunostomia).	1,3			
Intervenções específicas				
22. Intervenções específicas na unidade de terapia intensiva. Intubação endotraqueal, inserção de marca-passo, cardioversão, endoscopia, cirurgia de emergência no último período de 24 horas, lavagem gástrica. Intervenções de rotina sem consequências directas para as condições clínicas da pessoa, tais como: Raio X, ecografia, electrocardiograma, realização de pensos ou inserção de cateteres venosos ou arteriais não estão incluídos.	2,8			
23. Intervenções específicas fora da unidade de terapia intensiva. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.	1,9			
Total				



Apêndice XIX

Pedido de autorização à autora para utilização do NAS



Apêndice XX
Uniformização do NAS



Uniformização do Preenchimento do NAS



Com o objectivo de uniformização do preenchimento do NAS elaborou-se a presente folha estabelecendo quais os critérios de preenchimento.

Actividades básicas	Critério
1. Monitorização e controlos 1 a. Sinais vitais horários, calculo e registo do balanço hídrico. 1b. Presença à beira do leito e observação do leito e observação ou actividade contínua por 2 horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como: ventilação mecânica não invasiva, desmame, agitação, confusão mental, posição prona, procedimentos de doação de órgãos, preparo e administração de fluidos ou medicação, auxílio em procedimentos específicos 1c. Presença à beira do leito e observação ou actividade contínua por 4 horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como os exemplos acima.	Entende-se avaliação de sinais vitais horários, cálculo e registo de balanço hídrico de acordo com a situação clínica da pessoa.
2. Investigações laboratoriais: bioquímicas e microbiológicas.	Realização de colheita de sangue para hemograma, bioquímica, coagulação, gasimetria e pesquisa microbiológica tais como: urocultura, hemocultura, colheita de exsudados, entre outros.
3. Medicação, exceto drogas vasoativas.	
4. Procedimentos de Higiene 4a. Realização de procedimentos de higiene tais como: curativo de feridas e cateteres intravasculares, troca de roupa de cama, higiene corporal da pessoa em situações especiais (incontinência, vômito, queimaduras, feridas com secreção, curativos cirúrgicos complexos com irrigação), procedimentos especiais (ex.isolamento), etc. 4b. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 2 horas, em algum plantão. 4c. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 4 horas em algum plantão.	
5. Cuidados com Drenos – Todos (exceto sonda gástrica).	Não inclui a sonda vesical.
6. Mobilização e Posicionamento incluindo procedimentos tais como: mudança de decúbito, mobilização da pessoa; transferência da cama para a cadeira; mobilização da pessoa em equipe (ex. pessoa imóvel, tração, posição prona). 6a. Realização do(s) procedimento(s) até 3 vezes em 24 horas. 6b. Realização do(s) procedimento(s) mais do que 3 vezes em 24 horas ou com 2 enfermeiros em qualquer frequência. 6c. Realização do(s) procedimentos(s) com 3 ou mais enfermeiros em qualquer frequência	A equipa de enfermagem inclui a colaboração das assistentes operacionais.
7. Suporte e cuidados aos familiares e à pessoa incluindo procedimentos tais como telefonemas, entrevistas, aconselhamento. Frequentemente, o suporte e cuidado, sejam aos familiares ou a pessoa permitem a equipa continuar com outras actividades de enfermagem (ex: a comunicação com a pessoa durante procedimentos de higiene, comunicação com os familiares enquanto presente à beira do leito observando a pessoa). 7a. Suporte e cuidado aos familiares e à pessoa que requerem dedicação exclusiva por cerca de uma hora em algum plantão, tais como: explicar condições clínicas, lidar com a dor e angustia, lidar com circunstâncias familiares difíceis.	A contagem do tempo é o somatório de todo o tempo passado junto da pessoa/família ao longo do turno.

7b. Suporte e cuidado aos familiares e pessoas que requerem dedicação exclusiva por 3 horas ou mais em algum plantão, tais como: morte, circunstâncias trabalhosas (ex. grande número de familiares, problemas de linguagem e familiares hostis).	
8. Tarefas administrativas e gerenciais 8a. Realização de tarefas de rotina tais como: processamento de dados clínicos, solicitação de exames, troca de informações profissionais (ex. passagem de plantão, visitas clínicas). 8b. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 2 horas em algum plantão, tais como: actividades de pesquisa, aplicação de protocolos, procedimentos de admissão e alta. 8c. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 4 horas ou mais tempo em algum plantão, tais como: morte e procedimentos de doação de órgãos, coordenação com outras disciplinas.	A troca de informações profissionais entende-se entre enfermeiros e entre enfermeiros e outros profissionais de saúde. A contagem do tempo é o somatório de todo o tempo ao longo do turno.
Suporte ventilatório 9. Suporte respiratório: Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva, com ou sem relaxantes musculares; respiração espontânea com ou sem pressão expiratória final positiva (ex.CPAP ou BIPAP), com ou sem tubo endotraqueal; oxigénio suplementar por qualquer método. 10. Cuidado com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia. 11. Tratamento para melhora da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia inalatória, aspiração endotraqueal.	
Suporte Cardiovascular 12. Medicação vasoativa independente do tipo e dose. 13. Reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos. Administração de fluidos > 3l/m2/dia, independente do tipo de fluido administrado. 14. Monitorização do átrio esquerdo. Cateter da artéria pulmonar com ou sem medida de débito cardíaco. 15. Reanimação cardiorespiratória nas últimas 24 horas (excluído soco precordial).	Considera-se a administração de qualquer tipo de fluidos superior a 3l/dia.
Suporte Renal 16. Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas. 17. Medida quantitativa do débito urinário (ex. sonda vesical de demora).	
Suporte neurológico 18. Medida da pressão intracraniana.	
Suporte metabólico 19. Tratamento da acidose/alcalose metabólica complicada. 20. Hiperalimentação intravenosa. 21. Alimentação enteral. Através de tubo gástrico ou outra via gastrointestinal (ex: jejunostomia).	Entende-se por hiperalimentação intravenosa a alimentação parentérica
Intervenções específicas 22. Intervenções específicas na unidade de terapia intensiva. Intubação endotraqueal, inserção de marca-passo, cardioversão, endoscopia, cirurgia de emergência no último período de 24 horas, lavagem gástrica. Intervenções de	

rotina sem consequências diretas para as condições clínicas da pessoa, tais como: Raio X, ecografia, electrocardiograma, curativos ou inserção de cateteres venosos ou arteriais não estão incluídos.

23. Intervenções específicas fora da unidade de terapia intensiva. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.



Apêndice XXI

Ação de sensibilização: Protocolo Helics



Protocolo Helics

Trabalho realizado por:

Discente: Sandra Gueidão – Estudante do Curso de Especialização de Enfermagem Médico – Cirúrgica da Universidade Católica

Docente: Professora Helena José

Enfermeiro Orientador do Campo de estágio: Enfermeiro Chefe Olegário Carvalho

Protocolo Helics

Protocolo Helics: Vigilância Epidemiológica do local da Ferida Cirúrgica

Cirurgia ao cólon: 15

Cirurgia colecistectomia: 18

Protocolo Helics

Cirurgia ao cólon

Foram isolados 5 microorganismos:

- 2 MRSA;
- 1 *Morganella Morganii*;
- 1 *Bacteroides Fragilis*;
- 1 *Enterococcus sp.*

Protocolo Helics

Cirurgia colecistectomia

Não foram isolados microorganismos.



Protocolo Helics

Profilaxia antiabiótica

Das 33 pessoas apenas 1 estava em inconformidade.

"Administrar a dose inicial do antiabiótico por via endovenosa, no acto de indução anestésica, de modo a já haver uma concentração bactericida no momento da incisão" – **Cat I A**

Fonte: Instituto Ricardo Jorge

Protocolo Helics

Reinternamentos

No que concerne as pessoas submetidas:

- cirurgia do colon 27 % foram reinternadas;
- cirurgia colecistectomia 20 % foram internadas.

Protocolo Helics

Discussão



Protocolo Helics

Trabalho realizado por:

Discente: Sandra Gueidão – Estudante do Curso de Especialização de Enfermagem Médico – Cirúrgica da Universidade Católica

Docente: Professora Helena José

Enfermeiro Orientador do Campo de estágio: Enfermeiro Chefe Olegário Carvalho



Apêndice XXII

Quadro: Equipamento de protecção Individual



Equipamento de Protecção Individual- EPI'S

Via de transmissão	Contacto (ex: MRSA; <i>Acinetobacter sp.</i> ; <i>Serratia sp.</i> ; <i>Enterococcus sp.</i>)	Gotículas (ex. Menigite, infeções respiratórias virais ex: gripe)	Respiratório (ex: Tuberculose Pulmonar)
EPI'S e Barreiras protectoras	<ul style="list-style-type: none"> Recomendado mas não obrigatório. 	<ul style="list-style-type: none"> Recomendado; Pode partilhar o mesmo quarto com outras pessoas infectadas/colonizadas pelo mesmo agente; Se não for possível, é obrigatório respeitar a distância mínima de um metro entre as camas. 	<ul style="list-style-type: none"> Obrigatório; Recomenda-se ventilação com pressão negativa em caso especial de tuberculose pulmonar.
Quarto individual*			
Bata/Avental	<ul style="list-style-type: none"> Se houver contacto físico com a pessoa ou materiais contaminados. 	<ul style="list-style-type: none"> Sem indicação específica (se contacto com zonas conspurcadas com secreções respiratórias – consultar CCI). 	<ul style="list-style-type: none"> Sem indicação específica.
Luvax	<ul style="list-style-type: none"> Contacto com material contaminado ou contacto directo com a pessoa. 	<ul style="list-style-type: none"> Sem indicação específica (se contacto com zonas conspurcadas com secreções respiratórias – consultar CCI). 	<ul style="list-style-type: none"> Sem indicação específica.
Máscara	<ul style="list-style-type: none"> Sem indicação específica. 	<ul style="list-style-type: none"> Usar máscara cirúrgica para procedimentos que obriguem a uma distância menor que um metro da pessoa infectada/colonizada; A pessoa deve usar máscara quando se prevê contacto próximo com outros indivíduos. 	<ul style="list-style-type: none"> Usar máscara de isolamento respiratório (respirador de partículas) quando se entra no quarto; A pessoa deve usar máscara cirúrgica sempre que sair do quarto.

Trabalho realizado por :

Discente: Sandra Filipa Gueidão - no âmbito da Especialidade Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa

Docente: Professora Doutora Helena José

Enfermeiro Orientador do campo de estágio: Sr.º Enfermeiro Olegário Carvalho

*Na ausência de quarto individual recomenda-se coortes, afastar dos locais de passagem e de pessoas com factores de risco para a infecção/colonização com microorganismos resistentes



Apêndice XXIII

Ação de sensibilização: Equipamento de proteção Individual



Equipamento de Protecção Individual – EPI'S

Trabalho realizado por:

Discente: Sandra Gueidão – Estudante do Curso de Especialização de Enfermagem Médico – Cirúrgica da Universidade Católica

Docente: Professora Helena José

Enfermeiro Orientador do Campo de estágio: Enfermeiro Chefe Olegário Carvalho

Equipamento de Protecção Individual



Equipamento de Protecção Individual

Precauções Básicas

- 1- Usar luvas quando se manipulam fluidos orgânicos (excepto suor) ou material contaminado, no contacto com mucosas e pele não íntegra;
- 2- Lavar as mãos: - antes e depois de contactar com a pessoa;
- após risco de exposição com fluidos corporais;
- antes da realização do procedimento asséptico;
- 3- Usar máscara e óculos de protecção nos procedimentos que possam causar salpicos ou pulverizações de fluidos orgânicos;

Equipamento de Protecção Individual

Precauções Básicas

- 4- Mudar imediatamente a bata/avental sujos;
- 5- Remover os derramamentos de fluidos orgânicos o mais rapidamente possível.



Equipamento de Protecção Individual

Apresentação do Equipamento de Protecção Individual e Barreiras Protectoras

Equipamento de Protecção Individual

Recomendações:

- 1- As precauções básicas aplicam-se em todas as situações e devem ser sempre mantidas;
- 2- Um microorganismo pode ter mais do que uma via de transmissão, requerendo mais do que um tipo de isolamento;
- 3- Fazer ensino ao familiar;
- 4- Avisar os Serviços de Internamento e Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

Equipamento de Protecção Individual

Discussão



Equipamento de Protecção Individual – EPI'S

Trabalho realizado por:

Discente: Sandra Gueidão – Estudante do Curso de Especialização de Enfermagem Médico – Cirúrgica da Universidade Católica

Docente: Professora Helena José

Enfermeiro Orientador do Campo de estágio: Enfermeiro Chefe Olegário Carvalho