



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Ana Isabel Rodrigues Marques

LISBOA, Maio, 2012



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Ana Isabel Rodrigues Marques

Sob orientação da Professora Isabel Rabiais

LISBOA, Maio de 2012

*“Só se vê bem com o coração,
o essencial é invisível para os olhos.”*

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

O presente relatório é uma explanação, análise e reflexão das atividades desenvolvidas no âmbito do Curso de Mestrado de Natureza Profissional na área de Especialização Médico-Cirúrgica, que visou a aquisição de competências para o exercício profissional como Enfermeira Especialista.

O estágio, constituído por três módulos, foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Santarém, e no Serviço de Cirurgia da Unidade Hospitalar de Caldas da Rainha, do Centro Hospitalar do Oeste Norte. O módulo I, relativo ao doente crítico em situação de urgência/emergência, foi-me creditado pelo conjunto de competências clínicas especializadas demonstradas ao longo do meu percurso profissional enquanto enfermeira de Cuidados Gerais.

Para cada módulo foram traçados objetivos no Projeto inicial de estágio. No módulo II, relacionado com o estágio numa unidade de cuidados intensivos, teve como objetivo fundamental desenvolver competências científicas e relacionais na área da prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico submetido a ventilação mecânica e sua família; aprofundar conhecimentos sobre parâmetros de monitorização invasiva e as técnicas dialíticas utilizadas na Unidade.

Relativamente ao módulo III, o opcional, elaborei e implementei um Projeto no âmbito da preparação para o regresso a casa, com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados a doentes com necessidades especiais no domicílio.

As atividades desenvolvidas permitiram o aprofundar e relacionar, no contexto prático, os conhecimentos adquiridos ao longo do período teórico e consolidar competências nos domínios da prática profissional, ética e legal, relativamente ao cuidar de enfermagem ao doente crítico.

ABSTRACT

This report is an explanation, analysis and reflection of the activities carried out in the Master Course of Professional Nature in the area of Medical-Surgical Specialization, which aimed to acquire skills for professional practice as a Nurse Specialist.

The internship, consisting of three modules, was carried out in the Intensive Care Unit of the Hospital of Santarém, and in the Department of Surgery of the Hospital Unit Caldas da Rainha of the Centro Hospitalar do Oeste Norte. The first module, about the critically ill patient in a situation of urgency/emergency, I was credited by the set of specialized clinical skills demonstrated throughout my career as a nurse at General Care.

For each module objectives were outlined in the initial Project of the internship. The second module, related to the internship in an intensive care unit, aimed at developing fundamental scientific and relational skills in the area of providing nursing care to the critically ill patients undergoing mechanical ventilation and his family, to deepen knowledge about monitoring invasive parameters and techniques used in the dialysis unit.

For the third module, the optional one, I drafted and implemented a Project concerned with the preparation for returning home, with the aim of contributing to improving the quality and safety of care for patients with special needs at home.

The activities developed allowed to relate, in a practical context, the knowledge acquired during the theoretical period and consolidate competences concerned with the professional practice, ethical and legal, for the nursing care to critically ill patients.

LISTA DE ACRÓNIMOS

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CHCR – Centro Hospitalar de Caldas da Rainha

CHON – Centro Hospitalar do Oeste Norte

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVVHDF – Hemodiafiltração Venovenosa Contínua

EGA – Equipa de Gestão de Altas

HPV – Hospital Pulido Valente

PA/CC – Planeamento de Altas/Cuidados Continuados

PAV – Pneumonia Associada ao Ventilador

PiCCO2 – *Pulse Contour Cardiac Output*

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SUMÁRIO

	Pág.
0. INTRODUÇÃO	15
1. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA	18
2. MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS	27
3. MÓDULO III (Opcional) – Serviço de Cirurgia da Unidade Hospitalar de Caldas da Rainha do Centro Hospitalar do Oeste Norte	38
4. CONCLUSÃO	51
5. BIBLIOGRAFIA	53
ANEXOS	55
ANEXO I – Grelha Tipo.....	56
ANEXO II – Comprovativo da participação no Grande Prémio de Portugal – Fórmula 1	61
ANEXO III – Declaração da participação na Organização e Abertura do novo Serviço de Urgência do CHCR.....	63
ANEXO IV – Declarações da realização dos Protocolos de Atuação na Sala de Reanimação do Serviço de Urgência do CHCR.....	65
ANEXO V – Certificados dos Trabalhos Elaborados/Apresentados.....	75
ANEXO VI – Declaração da integração na Equipa da VMER do CHCR.....	85
ANEXO VII – Certificados comprovativos de participação, como Formanda, em Atividades de Formação.....	87
ANEXO VIII – Documento comprovativo da frequência do Diploma DEGESTUS.....	99
ANEXO IX – Indicadores Críticos e Fichas de Avaliação Inicial.....	102
ANEXO X – Documentos utilizados pela Unidade de Cuidados Continuados do Montepio Rainha D. Leonor.....	112
APÊNDICES	118
APÊNDICE I – Sessão de Formação em Serviço, subordinada ao tema “Ostomias de Eliminação Intestinal”.....	119
APÊNDICE II – Guia Orientador de Enfermeiros e Alunos para as Rotinas e Procedimentos na UCI.....	130
APÊNDICE III – Matriz Work Breakdown Structure (WBS).....	161
APÊNDICE IV – Cronogramas.....	163
APÊNDICE V – Sessão de Formação em Serviço – Apresentação do Projeto “O Regresso a Casa...”.....	165
APÊNDICE VI – Ficha de Avaliação Inicial do Doente/Família.....	176
APÊNDICE VII – Plano Individual de Intervenção.....	181
APÊNDICE VIII – Orientações para a Implementação do Projeto.....	183
APÊNDICE IX – Documento Informativo para a Equipa Médica.....	185

0.INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico e científico verificado nas últimas décadas foi impulsionador de uma atualização permanente em novos conhecimentos, por parte dos profissionais da área da saúde. Como refere Vieira (2009:123), “(...) *muitas pessoas serão ainda hospitalizadas, e estas serão portadoras de doença aguda ainda mais grave que a maioria das que temos hoje*”. Este facto justifica o investimento que os enfermeiros têm de realizar para conseguirem corresponder às expetativas e exigências da população.

Os profissionais de enfermagem ao se empenharem em prestar cuidados com qualidade e segurança, que respondam às necessidades da população, necessitam ser possuidores de saberes especializados e desenvolver competências específicas, para um bom desempenho profissional.

É fundamental verificar-se a existência de enfermeiros que, para além de prestarem cuidados de enfermagem diferenciados, assumam também o papel de supervisão e consultoria junto dos demais elementos da equipa de saúde, aplicando níveis superiores de conhecimento, o que leva a um esclarecido discernimento na tomada de decisões.

No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, DL nº 161/96 de 4 de setembro de 1996, no seu artigo 4º, nº 3, define Enfermeiro Especialista como:

“o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...), a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

A formação que visa a atribuição do título de Enfermeiro Especialista é baseada no ensino pedagógico (em aula), em estreita comunhão com a experiência profissional adquirida, em contexto profissional, com posterior enquadramento da prestação de cuidados. Como refere Benner (2001:23), *“a aquisição de competências baseadas sobre a experiência é mais segura e mais rápida se assentar sobre boas bases pedagógicas”.*

A especialização na área médico-cirúrgica preconiza cuidados de enfermagem altamente qualificados, prestados de forma contínua, à pessoa em situação crítica com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo sempre em vista a sua recuperação total. Assim, são privilegiados como campos de estágio, os serviços de urgência e as unidades de cuidados intensivos, os quais permitem uma melhor promoção do desenvolvimento de competências específicas, possibilitando a consolidação de saberes e a melhoria dos padrões de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem nesta área.

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, na área de Especialização Médico-Cirúrgica, propõe no seu plano de estudos a realização de um estágio que engloba três módulos, cada um dos quais com a duração de 180 horas, e que se referem a um serviço de urgência, a uma unidade de cuidados intensivos e um módulo de opção.

O módulo I, relativo ao desenvolvimento de um estágio num serviço de urgência, foi-me creditado devido à experiência relevante que detinha nesta área, a qual determinou a aquisição das competências inerentes a uma enfermeira especialista. Estas, posteriormente, serão discriminadas, especificadas e aprofundadas.

O módulo II decorreu, entre 26 de setembro e 18 de novembro de 2011 e a escolha do local para a sua realização recaiu na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Santarém pelo facto de ter boas referências em relação ao seu desempenho, assim como ser uma Unidade que recebe com alguma frequência doentes a necessitar de assistência intensiva da Unidade Hospitalar onde exerço funções.

O módulo de opção, módulo III, foi realizado em contexto de trabalho, e desenvolveu-se no período de 21 de novembro de 2011 a 27 de janeiro de 2012, no Serviço de Cirurgia da Unidade de Caldas da Rainha do Centro Hospitalar do Oeste Norte. A minha escolha teve a sua génese numa conversa informal com uma professora da Universidade Católica que me alertou para a vantagem de optar por um projeto a desenvolver no meu local de trabalho, pois assim teria a garantia da sua continuidade no futuro.

A elaboração do Relatório de Estágio teve como principais objetivos:

- Caracterizar sumariamente os locais de estágio;
- Descrever e fundamentar as atividades desenvolvidas;
- Evidenciar competências adquiridas, analisando de forma crítica o percurso efetuado para a sua aquisição;
- Refletir sobre a importância destes estágios para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, enquanto enfermeira especialista;
- Refletir sobre a importância do enfermeiro especialista, para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes.

A metodologia utilizada na sua realização compreendeu a observação, análise crítica e reflexão, na integração dos saberes adquiridos e/ou desenvolvidos, tendo como apoio a pesquisa bibliográfica.

Quanto à sua estrutura, foram identificados os objetivos que me propus atingir em cada campo de estágio, descrição e avaliação das atividades desenvolvidas ao longo dos mesmos e reflexão acerca do trabalho desenvolvido. No final, concluiu com uma análise crítica do

percurso efetuado, fundamentada no meu desenvolvimento pessoal e nas competências profissionais desenvolvidas.

1.MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

Ao abrigo do DL nº 74/2006 de 24 de março, foi-me creditado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Lisboa o estágio de urgência pela experiência de treze anos, onde desempenhei funções de gestão, supervisão como coordenadora de equipa e desenvolvi competências na assistência de enfermagem ao doente adulto e idoso em estado crítico.

Desde o início do meu percurso profissional, em 1985, até ao ano de 2003, este desenvolveu-se sempre em contexto de urgência/emergência, quer na carreira hospitalar quer na carreira da formação, onde desempenhei funções em três instituições nomeadamente, Hospital Pulido Valente de Lisboa (HPV), Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e Centro Hospitalar de Caldas da Rainha (CHCR).

A presente explanação da minha experiência profissional e crescimento/amadurecimento pessoal tem como objetivo principal justificar a creditação, referindo as competências científicas, técnicas e humanas adquiridas que permitem prestar cuidados de enfermagem especializados na minha área de especialidade, de acordo com o descrito no Regulamento Geral do Curso de Mestrado de Natureza Profissional da Universidade Católica Portuguesa e segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (anexo ao DL nº 104/98 de 21 de abril, artigo 7º, 2º).

Hospital Pulido Valente de Lisboa

Iniciei funções em janeiro de 1985 no HPV, no Serviço de Urgência de Pneumotisiologia tendo terminado em novembro de 1987.

Por carência efetiva de pessoal e por urgente necessidade de inovar a prestação de cuidados efetuada neste hospital, com ênfase na premência de desinstitucionalizar os residentes deste Hospital, ainda muito “ligado” ao seu passado como Sanatório D. Carlos I, foram admitidos cerca de 70 enfermeiros que representavam uma “lufada de ar fresco” e a mola impulsadora de mudança.

Fui colocada no Serviço de Urgência onde só eram recebidos doentes adultos com patologia do foro respiratório.

Como primeira experiência profissional, a passagem por este serviço, foi-me muito proveitosa e estimulante em consequência não só das atividades desenvolvidas em equipa, como da consciência permanente da necessidade de humanizar os cuidados de enfermagem.

O primeiro contacto laboral com a equipa de enfermagem do serviço, revelou-se completamente inserido no modelo biomédico, desvirtuando a essência do “cuidar” em enfermagem, visto os prestadores de cuidados só estarem interessados pela doença e prescrição médica, e não pelo doente. No meu diaadia, tentei sempre que possível, valorizar o papel do enfermeiro que permanece 24 horas junto do doente, atuando como verdadeiro prestador de cuidados, pois assim teria ao meu alcance um leque de meios e tempos de ação muito mais amplos do que os outros profissionais. Haveria, como refere Hesbeen (2000:46-47), *“(...) sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas”*. Para além de todos os cuidados que são fundamentais que um enfermeiro domine, o que realmente valoriza e caracteriza a prática da Enfermagem é o perfeito entendimento entre os dois interlocutores, doente e enfermeiro, o qual é fundamental para o planeamento de objetivos e incentivos, de esclarecimentos, encaminhamentos, inclusão da família na vida diária do internamento do doente, visando a preparação para a alta... Concluindo, estabelecendo uma relação de ajuda.

As condições precárias de trabalho, com diminutos recursos humanos, materiais e técnicos fizeram-me desenvolver capacidade de improvisação, perdoem-me a redundância, perante o imprevisto, com um inerente amadurecimento e adequação dos cuidados de enfermagem. Para exemplificar esta situação refiro, vários exemplos: a transferência de um doente para o Hospital Central ser efetuada no carro de distribuição da alimentação, o carro de urgência estar improvisado numa mesa móvel de tampo de vidro, a monitorização cardíaca dos doentes ser realizada através de um aparelho de electrocardiografia portátil e mais poderia apontar.

Trabalhar neste serviço de urgência, despertou em mim o gosto pela área dos cuidados em situações críticas, mesmo extremas, levando-me a atualizar e aperfeiçoar os conhecimentos e técnicas específicas. Observei com crescente atenção e espírito crítico construtivo, todos os acontecimentos ocorridos quotidianamente, aprendendo assim, no terreno, muitos ensinamentos que foram essenciais para o meu futuro profissional.

Ao longo dos dois anos de desempenho de funções neste serviço, considerei que a minha atuação incidiu fundamentalmente na área da prestação de cuidados de enfermagem e que, como é referido por Benner (2001:54), consegui atingir o Estado de Competente:

“A enfermeira competente (...) tem o sentimento que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal na prática de enfermagem. A planificação consciente e deliberada que caracteriza este nível de competência, ajuda a ganhar eficiência e organização”.

Após três anos de atividade profissional no HPV, com a categoria de Enfermeira de grau 1, concorri ao cargo de Enfermeira Graduada, sendo admitida com a classificação publicada no DR nº 102 de 8 de agosto de 1988, e tomado posse a 7 de dezembro de 1988.

Instituto Nacional de Emergência Médica

Depois de cinco anos de atividade profissional na carreira hospitalar e tendo sentido uma forte necessidade de ampliar os meus conhecimentos, não hesitei em transferir-me para uma carreira de formação, concorrendo ao lugar de Enfermeira Monitora no INEM.

Iniciei funções a 7 de maio de 1990 com término a 30 de junho de 1992.

Durante o período de integração nas novas funções, frequentei:

- O curso de Técnicas de Emergência Médica para Tripulantes de Ambulância do INEM;
- O curso de Técnicas de Emergência Médica para Enfermeiros dos Serviços Hospitalares.

Finda a minha integração, passei a fazer parte da equipa de formadores da Direção dos Serviços de Formação, constituída por cinco elementos (enfermeiros).

Na qualidade de formadora lecionei, os cursos abaixo mencionados:

- Cursos de Suporte Básico de Vida (SBV) para Tripulantes de Ambulância dos Postos de Emergência Médica, com a duração de 150 horas, sendo lecionados a Bombeiros (Serviço Nacional de Bombeiros) e Polícias (Polícia de Segurança Pública);
- Cursos de SBV e Suporte Avançado de Vida (SAV) para Médicos e Enfermeiros dos Serviços de Urgência Hospitalares e do Atendimento Permanente das Administrações Regionais de Saúde, com duração de 90 horas;
- Cursos para Operadores de Centrais de Telecomunicações, com duração de 60 horas.

Ainda na área de formação exerci as seguintes atividades:

- Reciclagens para Tripulantes de Ambulâncias (Bombeiros e Polícias), com a duração de 60 horas;
- Ações de Sensibilização ao Sistema Integrado de Emergência Médica e a Técnicas de Emergência Médica (SBV e SAV);
- Receção e Acompanhamento de Escolas de Enfermagem quando da visita dos seus estudantes ao Centro de Formação do INEM, com vista à sua sensibilização para o SBV.

Quero ainda referir que desempenhei funções como Enfermeira Responsável, no exterior do Centro de Formação, em:

- Cursos ministrados a Tripulantes de Ambulâncias;
- Ações de Sensibilização à Emergência Médica.

Os cursos tinham como principais objetivos: prestar esclarecimentos sobre o SIEM, ensinar a abordagem a uma vítima de acidente ou doença súbita e o SBV e SAV, treinar técnicas de imobilização, levantamento, rolamento e desencarceração, assim como fomentar e aconselhar a utilização do apoio e assistência do Centro de Informação Anti-Venenos em situações de intoxicação ou envenenamento.

Para dar resposta adequada a estes objetivos procedia-se à elaboração de uma grelha com as matérias curriculares a serem ministradas, assim como à seleção da equipa de monitores que viriam a intervir na ação formativa, conforme grelha tipo em anexo. (ver anexo I)

A minha atividade formativa, neste instituto, teve um início um pouco “trémulo”, pois a minha experiência nesta área era nula. Para obstar este problema, tentei sempre que possível, participar nas sessões lecionadas pelos meus colegas com o intuito de retirar ensinamentos que me poderiam ser proveitosos no futuro, com base na sua experiência profissional.

Na preparação das primeiras sessões formativas, defrontei-me com o facto de desconhecer qual o melhor método pedagógico a utilizar numa formação de adultos com habilitações académicas muito distintas (desde o 4º ano até ao 12º ano de escolaridade), alguns provindos do meio urbano outros do meio rural, uns jovens e outros de mais idade...

De acordo com Hesbeen (2000:126-127):

“se cabe ao legislador determinar, com mais ou menos precisão, o conteúdo dos programas de formação, cabe aos docentes dar inteligência a esses programas, dar-lhes vida, aproveitando todas as oportunidades, todos os espaços de liberdade e de iniciativa que, incontestavelmente, todo o programa permite, nomeadamente pela pertinência das modalidades pedagógicas. Os docentes são assim convidados à criatividade, à inovação e até à audácia”.

Penso que a postura por mim adotada, na altura, foi a mais correta frente às dificuldades que senti, perante um grupo que tinha uma prática e experiência enormes nos meandros da emergência médica, em comparação com a minha. Apostei no ensino centrado no estudante, partindo das experiências pessoais de cada um, extrapolando com o devido apoio teórico para a necessidade de uma alteração de comportamentos, responsabilizando e consciencializando-os para os seus futuros atos. O principal objetivo era o despertar e fazer crescer uma consciência profissionalizante, voltada para o serviço prestado à população.

Aproveitei estes momentos de partilha, absorvendo tudo o que era possível e com esse material, fazer uma introspeção séria do significado do papel por mim desempenhado perante estes técnicos, a maioria voluntários, do pré-hospitalar em Portugal. O *feedback* recebido no final de cada curso, veio reforçar a ideia por mim sentida, de que estava a conseguir alterar algo no quotidiano, quer fosse dum profissional ou amador, levando-os a questionar se os seus procedimentos seriam os mais corretos ou não, e a importância destes no futuro prognóstico

das vítimas. É exatamente o conseguir esta comunhão de conceitos, de perspetivas, de esperança na mudança, que justifica e incentiva a continuar, a trabalhar com maior rigor, a haver um maior empenho, uma maior dedicação.

Ainda na qualidade de enfermeira do INEM, colaborei no Grande Prémio de Portugal – Fórmula 1, nos anos de 1990 e 1991, integrando o Serviço Médico de Pista, no socorro a pilotos durante a competição ou treinos oficiais que a antecedem. (ver anexo II)

Não quis deixar de referir esta experiência, por ela me ter possibilitado o contacto com um “mundo” desconhecido do comum dos portugueses. O *stress* constante ao longo dos três dias de prova, devido ao facto da possibilidade de ocorrência de qualquer acidente a pilotos de renome internacional, com a conseqüente responsabilização de todos os cuidados prestados a estas vítimas, para além do facto de tudo ser filmado pormenorizadamente e posteriormente tratado na comunicação social, leva necessariamente a um amadurecimento que advém da resposta adequada a este *stress* situacional e que me foi útil posteriormente em ocasiões nas quais era preciso mantermo-nos calmos e com clareza de espírito.

Esta breve passagem pelo INEM foi, provavelmente, uma das experiências mais importantes que possivelmente irei ter ao longo da minha vida, pois ela proporcionou-me um desenvolvimento enorme, num curto espaço de tempo, relativamente às minhas competências relacionais e humanas nomeadamente no “saber estar” e no “saber ser”.

A competência profissional já por mim atingida foi otimizada pelas competências pessoais adquiridas e que me permitiram desenvolver comportamentos e habilidades que possibilitaram tornar-me numa enfermeira mais “humanizada”, com uma bagagem de capacidades, conhecimentos e de experiências necessários à resolução dos problemas que iria encontrar no futuro. O amadurecimento pessoal verificado leva-me a afirmar, que a partir daquele momento, me senti melhor capacitada para mobilizar eficazmente um conjunto complexo de talentos como: as aptidões pessoais de escuta, observação, empatia, intuição, análise e síntese, para além dos conhecimentos das habilidades técnicas, organizacionais e relacionais que já possuía, em concordância com Phaneuf (2005). No desenrolar das minhas funções num contexto profissional diferente do anterior, considero que consegui mobilizar as minhas capacidades e conhecimentos, soube seleccioná-los e integrá-los de forma a otimizar o meu desempenho.

Continuando a referir Benner (2001:54-55), Considero que neste momento da minha vida profissional atingi o Estado de Proficiente, referido por Benner (2001:54-55): *“A enfermeira proficiente apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspectos isolados, e as suas acções são guiadas por máximas. A percepção é aqui uma palavra chave.”*

Centro Hospitalar de Caldas da Rainha

Em junho de 1992, por motivos pessoais e familiares que implicavam mudança de residência, regressei à carreira hospitalar, iniciando funções como Enfermeira Graduada no Serviço de Urgência do CHCR. Terminei as minhas funções neste serviço, em janeiro de 2003.

Após o período de integração no Serviço de Urgência, iniciei a minha atividade como Enfermeira Coordenadora, cargo ao qual está atribuída a incumbência de orientar e coordenar as equipas prestadoras de cuidados de enfermagem, segundo o que determina a respetiva carreira, tendo adquirido competências na gestão, quer de cuidados de enfermagem, quer de recursos humanos e recursos materiais, e ainda na área da formação permanente.

Acredito que consegui corresponder às expectativas depositadas em mim, pela Instituição e pelo Serviço, sublinhando o esforço diário na otimização das minhas competências pessoais e profissionais, a fim de desempenhar da melhor forma as funções que me foram atribuídas.

O Serviço de Urgência Geral destina-se à assistência a doentes em situação de rotura súbita e inesperada do seu estado de saúde, com vários graus de gravidade, como por exemplo: situações de doença súbita em fase aguda ou doenças crónicas agudizadas, situações de acidentes de etiologia diversa e ainda admissões de doentes da área de influência do Centro Hospitalar, transferidos de outros hospitais onde foram primeiramente assistidos. Abrange a área do concelho de Caldas da Rainha e destina-se à população adulta e pediátrica.

Sempre me senti perfeitamente inserida e à vontade no serviço, especialmente no respeitante à prestação e apoio à vítima de acidente ou doença súbita em estado crítico; quanto ao grau de competência com que desempenhei a minha atividade nas funções de coordenação, e correndo o risco de me repetir, julgo somente poder afirmar a minha pretensão de constante aperfeiçoamento, tentando alcançar a qualidade e segurança necessárias a fim de uma eficaz prestação de cuidados de enfermagem.

Não posso deixar de fazer uma pequena introdução quanto às influências sociais e familiares que parecem justificar o comportamento, resultante do meu crescimento pessoal e socioprofissional.

É evidente que desde o nascimento, a sociedade vai impondo a qualquer indivíduo, dito normal, padrões de conduta que o socializam, programando-lhe o seu comportamento natural, isto é, determinando-lhe uma configuração de atitudes e sentimentos de acordo com os valores tidos como próprios (valores dominantes) naquela sociedade e naquele modelo cultural. No entanto, não devemos esquecer que existem outras estruturas que também determinam características pessoais, que nos canalizam para formas de conduta perante nós próprios e os outros, ligadas a vários fatores, nomeadamente genéticos, idade, sexo, classe social e ambiente familiar.

Penso que entre a minha forma de estar na vida, cujos valores preferenciais são os que têm a ver com o respeito e doação aos outros, não perdendo de vista a autoestima e valorização pessoal, a qual acaba por se refletir numa forma positiva no meu trabalho, no do grupo onde estou inserida e em sentido mais lato na sociedade de que faço parte integrante, não estabelecendo conflito com os valores tidos como dominantes. Se por acaso tal acontece, não me deixo subjugar pelos ditos valores dominantes, especialmente se entendo que eles vão contra a minha ética moral e profissional.

Eu consigo ultrapassar situações de confronto com tais valores, embora muitas vezes isso me obrigue a um esforço suplementar que tem de ser exercido de uma forma firme, mas diplomática.

Pelo que quotidianamente, no local de trabalho, me é dado observar, julgo poder afirmar que não existe ainda uma perfeita consciência de atitudes, quanto às práticas que são anunciadas e às que são realizadas, porque há ainda muitas pessoas, que animadas de uma certa inércia, se deixam pressionar não só pelos valores como pelos poderes dominantes, sem a coragem necessária para lhes fazer frente, ultrapassando-os com evidentes benefícios para a comunidade.

Embora pense não ser demasiado influenciável, creio que do meu contacto com os outros, que mais de perto comigo têm convivido, sempre algo foi ficando e marcando a minha personalidade ajudando a formá-la e enriquecê-la.

Dentro deste pensamento, não posso deixar de mencionar o meu círculo familiar e de afetos, a minha mãe, como pessoa que ao longo da minha vida tem sido o meu ponto de referência, pela sua força de vontade e a qual me tem sabido transmitir em momentos menos agradáveis, incitando-me sempre a ultrapassá-los positivamente, pela sua perseverança e forma apaixonada com que se empenha em tudo o que se propõe realizar. A proximidade e grande afeição que nos une, não só como mãe e filha, mas também como mulheres, forçosamente frutificaram e me ajudaram a crescer a todos os níveis.

Citando Hesbeen (2006:9)

“cuidar é encontrar e colher em si a energia e os recursos adequados para oferecer ao outro, mas também a si mesmo, uma atenção ao mesmo tempo respeitosa e particular, compatível com um agir que se pretende sensato ou, mais humildemente, que se espera que o seja. Logo, cuidar não pode começar num para acabar no outro. Cuidar, é o um e o outro.”

Ao longo da minha permanência neste serviço, constatei que devido ao excessivo afluxo diário de doentes, à relativa exiguidade de instalações e ainda à falta de recursos materiais e

humanos, a prestação de cuidados era muitas vezes deficitária com prejuízo da privacidade e segurança do utente, e insatisfação da equipa de enfermagem.

Em consequência das razões atrás apontadas e tentando colmatar as deficiências já referidas, em dezembro de 1998 foi inaugurado o novo Serviço de Urgência do CHCR. De salientar a minha participação na sua organização e abertura. (ver anexo III)

Concomitantemente foi-me proposta a realização de um manual de protocolos de atuação na sala de reanimação. Este trabalho foi iniciado em 30 de outubro de 1998 e concluído em 15 de maio de 1999. (ver anexo IV)

Todos os protocolos foram submetidos à apreciação da enfermeira chefe e da enfermeira supervisora que deliberaram que o protocolo sobre a atuação do enfermeiro perante as disritmias cardíacas deveria ser apresentado em Sessão de Formação em Serviço, pelo facto de ser lacuna sentida na atividade profissional diária da equipa de enfermagem do serviço e também a nível do curriculum escolar de qualquer enfermeiro, com experiência ou recém diplomado.

Ao tomar conhecimento do facto fiquei bastante constrangida, pois nunca tinha lecionado este assunto em sala de aula e considerava que o mesmo seria mais do âmbito médico. Estas minhas primeiras impressões derivaram da experiência enquanto monitora do INEM, em que somente lecionava as aulas práticas, ficando as teóricas a cargo de preletores convidados do referido instituto e com especialidade no assunto.

Várias interrogações se me colocaram na altura. Teria capacidade para transmitir estes conhecimentos? Estaria credenciada para tal? Deveria esconder este conhecimento e o gosto da sua partilha, menosprezando as minhas capacidades pessoais e subjugando-me à “autoridade” médica? Depois de refletidas e ponderadas estas questões, resolvi formar em serviço, os meus colegas.

Esta ação de formação em serviço decorreu com algum “brilhantismo”, tendo sido divulgada posteriormente ao restante hospital, o que levou ao surgimento de uma Sessão de Enfermagem com um período horário mais alargado; consegui obter resultados muito positivos, que levaram à publicação de um pequeno manual para os enfermeiros do CHCR.

O espírito, que sempre me tem assistido, de valorizar de forma inequívoca não só a aquisição e atualização de conhecimentos, mas também a sua transmissão, partilhando-os com todos os colegas interessados, levou-me como motivação primeira, a colaborar de acordo com as minhas competências na Formação Permanente, elaborando e apresentando trabalhos a nível institucional assim como em Jornadas, Congressos, etc., todos eles subordinados a temas relativos à área da urgência/emergência médica. (ver anexo V)

Com início em 18 e término em 22 de dezembro de 2000, frequentei o “Curso de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) para Enfermeiros”, com a duração total de 91

horas, promovido pelo INEM, com a finalidade de num futuro próximo vir a integrar a equipa de cuidados diferenciados ao socorro pré-hospitalar no concelho de Caldas da Rainha.

Para o sucesso efetivo da ação pré-hospitalar é necessário que o elemento que conduz a viatura (enfermeiro) tenha competências para executar uma segura marcha de emergência, sem pôr em risco quer a equipa de saúde quer os outros transeuntes. Por este facto foi-me ministrado o “15º Curso de Formação de Condutores de VMER” promovido pelo INEM com a colaboração da Prevenção Rodoviária Portuguesa, no período de 27 de setembro a 26 de outubro de 2001.

A 15 de maio de 2002 foi inaugurado o sistema de socorro pré-hospitalar no concelho de Caldas da Rainha coincidente com o início da minha atividade. Por motivos pessoais esta teve de ser interrompida abruptamente em outubro do mesmo ano. (ver anexo VI)

O percurso profissional na área da urgência/emergência, em vários contextos, nomeadamente hospitalar, pré-hospitalar e de formação de adultos, permitiu-me o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, sendo especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico, no qual destaco a formação pessoal que impus a mim própria, no sentido de continuar a avançar no conhecimento de novas tecnologias, novas abordagens à vítima, as quais permitissem um melhor prognóstico de vida, e também, se possível, incentivar os colegas para transmitirem ao restante *staff* o que é preconizado com sucesso relativamente a manobras de *life saving* e cuidados paliativos. (ver anexo VII)

Para além do enfermeiro ser capaz de mobilizar um conjunto de competências específicas próprias do exercício da profissão, também deverá possuir um conjunto de competências transversais que incluam: a flexibilidade, a criatividade, a autonomia, o sentido de responsabilidade, o trabalho em equipa, a adaptação à mudança, a capacidade de refletir criticamente, de tomar decisões e a capacidade de agir de forma competente e autónoma no seio da equipa pluridisciplinar, capacidades que só se adquirem com a maturidade alcançada pelo crescimento pessoal e experiência profissional.

Não querendo ser “pretensiosa” considero, e segundo Benner (2001:58), que atingi o Estado de Perito: *“A enfermeira perita (...) que tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”*.

Quero destacar, que se encontram sempre no meu horizonte as boas práticas de enfermagem para satisfação e segurança do utente, facto que sempre influenciou o meu empenhamento na transmissão de conhecimentos e aperfeiçoamento de técnicas e práticas de cuidados aos elementos mais jovens, tendo como principal objetivo, o desenvolvimento de competências específicas próprias do exercício da profissão.

2.MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS

O espaço temporal deste módulo foi compreendido entre 26 de setembro e 18 de novembro de 2011 e a escolha do local para a sua realização recaiu na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Hospital de Santarém pelo facto de ter boas referências em relação ao seu desempenho, assim como ser uma Unidade que recebe com alguma frequência doentes a necessitar de assistência intensiva da Unidade Hospitalar onde exerce funções.

Antes do seu início, tinha em mente um projeto abrangendo dois objetivos, sendo um deles, direcionado para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais ao nível da prestação de cuidados ao doente crítico, submetido a ventilação mecânica invasiva; o outro, visando a colaboração no planeamento/desenvolvimento de programas/projetos de formação em desenvolvimento na UCI, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Durante o estágio, vi-me confrontada com situações imprevistas e complexas relativas ao doente crítico, as quais ultrapassavam o âmbito do meu primeiro objetivo (atrás referido), mas que pessoalmente considerava fundamentais incluir na minha experiência profissional perante este tipo de doente. Este facto levou-me a propor à Tutora alterar o meu primeiro objetivo, o qual, com a sua concordância, se tornou mais abrangente e de acordo com o meu desejo, tal como: “Desenvolver competências científicas e relacionais ao nível da prestação de cuidados ao doente crítico e sua família”.

Relativamente às atividades a desenvolver, elas foram as mesmas, exceto no que concerne à revisão bibliográfica e aquisição de habilidades e conhecimentos, que no final do estágio se concretizaram em competências específicas inerentes a um enfermeiro especialista.

No dia 26 de setembro, surgiu uma nova etapa na minha vida pessoal e profissional relacionada com o início do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Santarém.

No período que antecedeu a data atrás referida, apercebi-me que nas minhas relações bio socioprofissionais, algo se modificara, pois o comportamento calmo, atento e compreensivo, que geralmente sempre direcionou a minha forma de ser, estava agora pelo contrário, determinando uma atitude ansiosa e expetante quanto à nova realidade nunca antes experienciada. Considero que esta instabilidade emocional, pode ser observada à luz de várias vertentes, tais como: voltar a ser estudante, facto não ocorrido há 27 anos; a idade (48 anos) e talvez ainda, recear ter dificuldades em ultrapassar “vícios” que se vão enraizando ao longo dos anos e os quais me poderiam trazer algumas dificuldades de adaptação; não sendo ainda de descurar a entrada numa nova instituição, onde era uma pessoa completamente desconhecida.

O acolhimento junto da equipa multidisciplinar, enfermeiros, médicos e assistentes operacionais, foi excelente pela disponibilidade demonstrada e praticada, que me ajudou logo de início, a abandonar os sentimentos de receio e ansiedade.

Ao longo do estágio, e ao contrário do temido, constatei que a minha integração se desenrolou positivamente e considero que todos os dias me ofereceram progressos relevantes para o meu desenvolvimento profissional como futura enfermeira especialista.

Considero pertinente referir que durante o estágio não tive sempre o mesmo orientador, razão pela qual as minhas prestações talvez tenham sofrido algumas flutuações de acordo com a personalidade da pessoa atrás referenciada. Contudo mantive sempre uma atitude afirmativa e positiva.

As Unidades de Cuidados Intensivos são espaços onde permanecem doentes que necessitam de uma vigilância constante, tanto médica como de enfermagem, e que concentram neles, meios de alta tecnologia, recursos humanos mais especializados e materiais necessários à estabilização e tratamento de um doente crítico, considerado em estado grave, que se pensa ser recuperável.

A UCI do Hospital de Santarém é uma unidade polivalente de nível III. É caracterizada por ter um quadro de pessoal próprio, assistência médica qualificada e, em presença física 24 sobre 24 horas; Este facto possibilita acesso necessário aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, e ainda dispõe ou permite implementar medidas de controlo contínuo da qualidade, com programas de ensino e de treino em cuidados intensivos.

É um serviço que admite doentes com patologias e situações diversas, tais como: politraumatizados, doenças respiratórias agudas e crónicas, intoxicações por organofosforados, paraquat e outras, pós operatório de cirurgias complicadas e/ou prolongadas, enfarte agudo do miocárdio, insuficiência renal aguda e crónica, manutenção de dadores de órgãos. A sua proveniência poderá ser do serviço de urgência, do bloco operatório, de outros serviços de internamento do hospital ou de outras instituições.

A unidade principal é constituída por seis camas, encontrando-se duas delas em área de isolamento, protegida por um vidro. Todas as camas podem ser visualizadas a partir de um balcão de enfermagem centralizado na unidade, o qual é portador de uma central de monitorização que permite não só a visualização contínua de todos os doentes, como também realizar todos os registos informáticos.

A unidade de cada doente é constituída por uma cama hidráulica/elétrica, uma estrutura metálica dividida em dois compartimentos, um sistema de monitorização cardíaca e hemodinâmica, sistema de gases e aspiração por vácuo, bombas e seringas perfusoras, diversas tomadas de corrente e um ventilador (Servo 300, 900C e i).

A equipa de enfermagem é constituída por 21 enfermeiros divididos em equipas constituídas por um enfermeiro responsável de turno e três enfermeiros distribuídos pelos doentes internados. Nos dias úteis, no turno da manhã (das 08-16.00h) também se encontram presentes a enfermeira chefe e o enfermeiro coordenador.

A distribuição é feita utilizando o Método Individual de Trabalho; quer isto dizer, que a responsabilidade de todos os cuidados são pertença de um enfermeiro em particular, o qual os avalia e coordena. O enfermeiro responsável de turno, na ausência da enfermeira chefe, assume a gestão dos recursos humanos de enfermagem e assistentes operacionais, materiais e equipamentos e supervisiona os cuidados de enfermagem prestados, de forma a manter o normal funcionamento da unidade.

O principal objetivo deste método é a humanização dos cuidados, e a principal característica é a descentralização das tomadas de decisão. A organização global dos cuidados, em face das necessidades de um doente, depende não só da vontade do enfermeiro em privilegiar o doente ou as tarefas inerentes ao mesmo. Este método de trabalho permite que o enfermeiro desenvolva espírito de iniciativa e capacidade de organização, de forma a conseguir os melhores resultados com os recursos possíveis.

Tal método tem como desvantagem o facto de à partida implicar um sistema de classificação de doentes que obriga a uma distribuição equitativa dos enfermeiros pelos doentes internados. Como se sabe, o número de enfermeiros varia de turno para turno e de dia para dia, o que não facilita o ajustamento à flutuação da carga de cuidados de enfermagem. Pode também fomentar algum individualismo no seio da equipa.

Conforme já anteriormente referido, a responsabilidade de todos os cuidados, na sua globalidade, é de um enfermeiro em particular, embora a responsabilidade última seja do enfermeiro responsável pela unidade. O enfermeiro chefe responde, principalmente, pela supervisão e avaliação dos cuidados, e mantém um certo poder de decisão em todas as etapas do processo, começando pela elaboração do plano de distribuição diário.

Todos os profissionais desenvolvem a sua atividade de acordo com uma filosofia de cuidados, a qual, tem a pessoa doente como o centro de toda a atuação, e a sua recuperação será o objeto determinante de toda a metodologia de trabalho. Como refere Rego (2010:16):

“Nestas Unidades, os cuidados constituem a integração de um todo, ou seja, todos os conhecimentos e competências desenvolvidas, são integrados no sentido de proporcionar o cuidar da pessoa total. Pela sua complexidade exige interdisciplinaridade de funções e cooperação intensiva”.

A UCI é servida pelos sistemas de informação a partir da intranet, nomeadamente o SAM (Sistema de Apoio Médico) onde são registadas quer as avaliações clínicas, quer as prescrições realizadas e que tem interface com o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de

Enfermagem), o qual tem por base a ferramenta CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), enquanto linguagem científica uniformizada em enfermagem a nível internacional. O registo SAPE é fundamental porque dá uma visibilidade e otimização às atividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem.

A informatização dos registos de enfermagem, foi um momento complementar de aprendizagem, visto nunca ter utilizado este sistema de classificação para descrever os fenómenos de enfermagem detetados, planear ações, descrever e avaliar resultados.

O primeiro contacto que efetuei com esta forma de registo foi informal e sob a orientação do enfermeiro coordenador, que explicou na generalidade o funcionamento do sistema e a sua articulação com os outros existentes.

A utilização da linguagem CIPE® e do sistema SAPE permitiu-me parametrizar os focos de atenção e as respetivas intervenções de enfermagem, de forma mais precisa e atualizada, o que facilitou a consulta e alteração do plano de cuidados no momento necessário, assim como, a avaliação contínua dos cuidados efetuados, a organização dos registos e a utilização da mesma linguagem por todos os enfermeiros.

Relativamente ao primeiro objetivo começo por realçar a experiência que tive na área das técnicas dialíticas contínuas que têm sido um dos principais avanços terapêuticos dos últimos anos.

No primeiro dia em que iniciei a prestação de cuidados diretos ao doente, foi para mim um dia inesquecível. Fiquei responsável por cuidar de um doente em choque séptico, com assistência ventilatória, vigilância hemodinâmica com linha arterial na artéria umeral e cateterismo na jugular direita e que se encontrava em insuficiência renal aguda, submetido a hemodiafiltração venovenosa contínua (CVVHDF). Foi uma relevante aprendizagem, pela inovação e importância atribuída a esta técnica.

É uma técnica de substituição renal muito utilizada pelo facto de permitir maior estabilidade do fluxo sanguíneo no circuito extra corporal com taxas mais elevadas de ultrafiltração, permitindo a administração simultânea de drogas, derivados de sangue e nutrição parentérica sem preocupação com sobrecarga de volumes, o que aumenta a sobrevivência dos doentes.

A utilização de cateteres de duplo lúmen deu início à hemodiafiltração permitindo assim a punção de um único vaso.

Atualmente utilizam a técnica de suporte renal contínua, com anticoagulação com citrato e o aparelho que possuem é o *“prismaflex2”*.

Ao longo do tempo de estágio, tive oportunidade de iniciar, manter e/ou finalizar a técnica de hemodiafiltração em dois doentes e resolver pequenos problemas que surgiram, nomeadamente oclusão de linhas e diminuição acentuada da temperatura corporal.

Outra aprendizagem importante verificou-se relativamente à monitorização hemodinâmica invasiva. Eu exerço funções, como já referi, num serviço de cirurgia e encontro-me preferencialmente escalada numa sala para doentes no pós operatório imediato de grandes cirurgias do foro gastrointestinal, sendo nula a minha experiência nesta área, visto não se efetuar vigilância hemodinâmica invasiva. Somente nos doentes portadores de cateteres venosos centrais é que avaliamos a pressão venosa central.

A monitorização hemodinâmica permite a identificação precoce e o tratamento adequado das intercorrências clínicas graves. Pode ser utilizado o cateter de Swan-Ganz mas que está a cair em desuso por ser uma técnica muito invasiva. Na UCI de Santarém utilizam o sistema “PiCCO2” (*Pulse Contour Cardiac Output*). Encontrei este sistema nos dois doentes que se encontravam a fazer hemodiafiltração venovenosa contínua.

A tecnologia PiCCO2 é uma combinação de técnicas hemodinâmicas avançadas e parâmetros volumétricos sem necessidade de utilizar cateter pulmonar. Este sistema combina a técnica de termodiluição transpulmonar com a análise do pulso arterial contínua e a medição por fibra ótica da saturação derivados das características corporais indexadas (peso, altura, género) do doente. Esta técnica possibilita que se avalie de forma contínua o débito cardíaco, o volume de água extra vascular pulmonar, índice cardíaco, assumindo-se como uma ferramenta no cuidado ao doente crítico, importante no estabelecimento de um diagnóstico, prognóstico, assim como na eleição de um tratamento adequado.

A principal dificuldade sentida foi na interpretação dos dados fornecidos pelo monitor para atuar em conformidade. Assim, desenvolvi as pesquisas necessárias relativamente aos manuais de funcionamento para compreender o significado das abreviaturas que apareciam no monitor e que correspondiam a palavras em inglês. Posteriormente já conseguia fazer uma leitura que me permitia relacionar os dados verificados com o estado crítico do doente, hierarquizando medidas a aplicar ou a transmitir.

Esta monitorização exige que sejam realizados periodicamente os denominados “picos hemodinâmicos” para aferição dos parâmetros já referidos. Foi com agrado que tive a oportunidade de executar a técnica e posteriormente colaborar com alguns enfermeiros que nunca a tinham realizado.

Também é efetuada a monitorização invasiva da pressão arterial, através de linha arterial a todos os doentes internados na unidade e que permite também colheitas de sangue frequentes. No respeitante a esta técnica preparei o material necessário, colaborei na

colocação do cateter arterial, fiz a manutenção da linha arterial e removi o cateter quando foi necessário.

Durante o estágio a minha postura foi-se alterando, deixei de estar numa situação de observação e menos participativa, passando a prestar cuidados de enfermagem ao doente, apoiados em conhecimentos adquiridos após ter feito uma revisão bibliográfica, e sob orientação do enfermeiro que comigo colaborava na sua prestação.

Relativamente ao desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais ao nível da prestação de cuidados ao doente crítico submetido a ventilação mecânica invasiva, de referir que colaborei em todos os passos da ventilação nomeadamente, na intubação endotraqueal, preparação e programação de alarmes do ventilador, conexão do doente ao ventilador, manutenção do doente ventilado, desmame do ventilador e extubação.

O avanço tecnológico contribuiu para o desenvolvimento da medicina intensiva no respeitante ao suporte ventilatório, pelo que é fulcral que os profissionais acompanhem este progresso tendo uma correta compreensão das técnicas ventilatória, proporcionando desta forma, cuidados seguros e de qualidade ao doente crítico.

De referir que a experiência que detenho com doentes ventilados é muito reduzida, pois no meu diaadia só tenho contacto com doentes que são entubados endotraquealmente e conectados ao ventilador para serem transferidos, o mais precocemente possível, para uma UCI. Raramente temos doentes ventilados, posso referir que em nove anos de permanência no Serviço de Cirurgia, só dois permaneceram internados porque não se conseguiam desconectar do ventilador e não tinham critérios de admissão para uma UCI.

Para resolução desta minha inexperiência, o primeiro passo foi fazer uma mobilização de saberes adquiridos na componente teórica, bem como uma revisão bibliográfica com a finalidade de aliar a teoria com a prática e que, segundo o Código Deontológico de Enfermagem, no DL nº 104/98 de 21 de abril, artigo 76 alínea a) permite:

“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”.

Nos primeiros dias de estágio preocupei-me com os cuidados diretos prestados a um doente conectado a um ventilador, como a técnica de aspiração de secreções, higiene traqueobrônquica e oral, mudança das traqueias, filtros e swivel. Gradualmente foi-me sendo explicado o modo de funcionamento dos diferentes tipos de ventiladores, apesar de serem da mesma marca, para começar a perceber e a relacionar os parâmetros ventilatórios com o modo ventilatório instituído de acordo com a situação clínica, assim como estar atenta à adaptação do doente, avaliando as suas necessidades.

O desmame ventilatório é um momento muito importante no processo de ventilação mecânica. Na UCI utilizam-se fundamentalmente os modos ventilatório assistidos que são facilitadores do desmame ventilatório. Os métodos mais utilizados são o tubo em "T" (o doente é desconectado e fica a respirar espontaneamente através de um tubo em "T"), o "Continuous Positive Airway Pressure" CPAP (o suporte de pressão faz com que haja uma transição gradual entre a ventilação assistida e a ventilação espontânea) e a Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada.

Tive oportunidade de colocar um doente a ventilar com um tubo em "T" que já estava em modo ventilatório de volume controlado, e posteriormente extubá-lo. Durante este processo expliquei-lhe os procedimentos a efetuar e procurei demonstrar uma atitude calma, observadora e disponível com o objetivo de diminuir a ansiedade e o medo face à extubação. No dia seguinte vim encontrá-lo novamente ligado ao ventilador pois entrou em exaustão respiratória.

Durante toda a minha prática de enfermagem, nomeadamente nos cuidados ao doente submetido a ventilação mecânica invasiva, esteve sempre subjacente o cumprimento das normas de prevenção da infeção hospitalar, porque era do meu conhecimento a grande probabilidade de ocorrência de pneumonia associada ao ventilador (PAV), porque estatisticamente é a infeção nosocomial mais frequente nos doentes submetidos a ventilação mecânica.

As medidas utilizadas para a prevenção da PAV têm por base reduzir o risco de aspirações, efetuar o tratamento correto dos dispositivos que entram em contacto com a via aérea e evitar a infeção cruzada aplicando as medidas preconizadas pela Comissão de Controlo de Infecção.

Durante o estágio sempre verifiquei um grande zelo em cumprir os procedimentos, para evitar as infeções associadas aos cuidados de saúde, utilizando os dispositivos de proteção individual segundo o preconizado; se por acaso alguém não cumpria o estabelecido era de imediato advertido sobre os perigos da ação que estava a cometer.

Para prevenção da PAV, num doente com suspeita de sepsis, foi colocado um sistema fechado de aspiração de secreções, o que também me proporcionou outro momento de aprendizagem.

Encontrei doentes ventilados com diferentes graus de sedação que determinavam diferentes níveis de consciência, em que a comunicação verbal estava comprometida. Foi minha pretensão, e segundo Almeida (2009), desempenhar o papel fundamental de interpretar sinais e tentativas de expressão dos doentes, assim como esclarecer sobre os procedimentos e tratamentos a que eram submetidos, o seu estado de recuperação e sobre as particularidades do ambiente que os rodeava.

Para me relacionar com os doentes utilizei, para além da comunicação verbal, a comunicação não verbal traduzida em pequenos gestos fundamentais, para o doente sentir que não está só, tais como: o toque, o aconchegar da roupa, o humedecer os lábios que são contributos para o

seu conforto e transmitem-lhe um sentimento de compreensão pelo seu sofrimento. Considero fundamental a importância do olhar, porque é através dele que estabelecemos o primeiro contacto e transmitimos os nossos sentimentos e como diz o povo “os olhos são o espelho da alma”. Também para se obter uma relação de confiança e igualdade devemos-nos manter sempre no seu campo visual, posicionamento que tenho sempre a preocupação de assegurar.

Inicialmente, estas intervenções exigiram um esforço acrescido da minha parte, mas apesar das dificuldades e frustrações associadas às barreiras da comunicação, senti grande satisfação quando alguns dos doentes conseguiram comunicar factos que lhes estavam a causar alguma inquietação.

Quando não há possibilidade de se comunicar com o doente, nunca esquecer que a família é um excelente elo de ligação para se conhecer a pessoa que se cuida, possibilitando desta forma, estabelecer uma relação interpessoal através de pequenos gestos e monólogos frequentes, localizando-o no tempo e espaço e explicando sempre tudo aquilo que é executado, demonstrando assim que respeitamos a sua individualidade e que estamos efectivamente “com ele”. Nunca esqueço que se o doente não pode falar, ou comunicar de outra forma, pode na maioria dos casos ouvir.

Cuidar do doente é também cuidar da família! No momento da hospitalização, o equilíbrio familiar é perturbado, experimentando a família, por vezes, maior *stress* que o próprio doente, no entanto, a importância do papel da família na recuperação deste, continua a ser menosprezada. De acordo com Fontes e Ferreira (2009), a comunicação com a família durante o processo de visita é visto como um dos momentos difíceis e stressantes nas unidades, devida à responsabilidade da informação que deverá ser sempre bem explícita, às sensações de medo e desconforto, ao espaço inadequado, facto por mim sentido. Sempre que contactei com familiares tentei aperceber-me de que forma eles estavam a enfrentar o internamento do ente querido, a sua doença e prognóstico, através da comunicação verbal e não verbal, para compreender como estavam a vivenciar esta fase podendo assim, acompanhá-los da maneira mais assertiva e adequada a cada um.

A comunicação faz parte do cuidar humanizado, porque se estabelece uma interligação entre quem cuida e quem é cuidado. Segundo Fernandes (2003:77), o sentido atribuído ao cuidado é hoje muito mais abrangente e integrador, e “*a prática dos cuidados procura (...), prestar aquilo que se designa por cuidado global*”. Isto quer dizer que o enfermeiro deve conduzir o processo de cuidar, através de uma comunicação efetiva com o objetivo de enfermeiro/doente/família serem responsáveis na recuperação ou equilíbrio da saúde e nela tomem parte ativa. Este processo designa-se por relação de ajuda. Podemos ler no DL nº 437/91 de 8 de novembro sobre o conteúdo funcional da Carreira de Enfermagem no artigo 7º, nº 1 da alínea c) que “*competete ao enfermeiro executar cuidados de enfermagem planeados, favorecendo um clima de confiança que suscite a implicação do utente nos cuidados de enfermagem*”.

Jean Watson (1985), referida por Fernandes (2003:79) na sua teoria sobre o cuidar humano, expressa uma dimensão afetiva e relacional na prática dos cuidados, dizendo que:

“o enfermeiro não pode cuidar sem mobilizar o seu ser, o processo humano intersubjectivo que se estabelece no cuidado, precisa manter vivo o sentido da humanidade e que ensina como o ser humano pela sua identificação com o outro, pode reflectir e ver reflectida a humanidade”.

Ao mobilizarmo-nos, a fim de conseguirmos estabelecer uma relação de ajuda, temos de desenvolver algumas habilidades de comunicação/aproximação à pessoa, nomeadamente a empatia, simpatia, respeito, especificidade e confrontação. Ao longo do estágio fui consolidando esta competência de enfermagem e reconheço que a minha longa experiência profissional, assim como a maturidade adquirida que permite conhecer-me como pessoa, ajudando a controlar as minhas emoções e por conseguinte as emoções dos outros, facilitou o processo comunicacional, o qual favorece a perceção das reacções do doente/família, mediante o que é falado, pensamento também referido por Jean Watson (1988) e descrito por Fontes e Ferreira (2009:38).

Para se adquirir uma verdadeira competência relacional temos de saber saber, aprofundando conhecimentos teóricos sobre técnicas de comunicação; saber fazer, desenvolvendo e treinando técnicas de relação e; saber ser, melhorando as nossas atitudes.

A concretização do segundo objetivo (já descrito) começou a desenhar-se perante o pedido de colaboração, de alguns enfermeiros, na otimização da abordagem a ostomias de eliminação intestinal, após ter detetado uma não conformidade.

Num dia de estágio, o enfermeiro coordenador pediu-me opinião sobre uma lesão peri-estomal de uma doente, que estava a seu cargo, portadora de uma ileostomia. Fazendo uma observação, verifiquei que a ostomia, já efetuada há mais de duas semanas, ainda tinha a baguete com os respetivos pontos de contenção, assim como o estoma. O tipo de saco de drenagem que estavam a utilizar era de uma só peça e esterilizado, o que não era necessário por ser uma zona suja e comportar custos elevados.

Perante os factos relatados, expliquei que os pontos de contenção da baguete já deveriam ter sido retirados, logo às 24-48 horas, o que facilitaria a adaptação do saco por poderem mobilizar a referida baguete de um lado para o outro. Como isto não foi feito, estavam a recortar um orifício enorme no saco de forma a caber estoma e baguete o que levou à lesão peri-estomal devido à presença contínua dos efluentes.

Relativamente a esta lesão verifiquei também que já se encontrava muito exsudativa e que o tratamento que aplicavam era o *spray* de *Cavilon*® que só está indicado para proteção de peles íntegras. É claro que o saco descolava uma, ou mais vezes por turno. Aconselhei a utilização de uma placa de hidrocolóide, devidamente recortada ao tamanho do estoma, para proteção da

pele e então só depois a aplicação do saco. Também chamei a atenção para a existência da pomada de *Stomahesive*® que permite o enchimento junto ao estoma, formando uma barreira protetora que reduz o risco de irritação da pele causada pelos efluentes.

Para meu contentamento, verifiquei que no dia seguinte já existiam na Unidade sacos de peça única não esterilizados. A enfermeira chefe referiu que os sacos de duas peças eram muito caros para terem em *stock*.

Depois desta ocorrência, ficou acordada uma pequena formação em serviço, focando os pontos essenciais na abordagem das ostomias de eliminação direcionada para o doente numa Unidade de Cuidados Intensivos. A referida formação seria efetuada por mim e por outra estudante do meu Curso que se encontrava a realizar o seu estágio nesta Unidade.

Esta acção de formação em serviço foi divulgada através de panfleto informativo (ver apêndice I), com uma semana de antecedência, e foi realizada no dia 2 de novembro de 2011. Utilizei o método expositivo, com suporte numa apresentação de slides (ver apêndice I), e demonstrativo, através de um manequim e material utilizado nos ostomizados do foro intestinal (ver apêndice I). A acção de formação veio a contribuir para a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e na comunicação interpessoal.

A acção de formação contou com a presença de dez enfermeiros, quase metade do *staff* do serviço, teve a duração de uma hora, e contou sempre com a participação ativa dos participantes presentes, e que, segundo a avaliação efetuada foi do seu agrado.

Nos dias seguintes pude constatar que existia uma preocupação da equipa de enfermagem em caracterizar devidamente as características do estoma, o seu prognóstico e, na altura da passagem de turno questionavam-me sempre sobre a pertinência dos cuidados efetuados. Relativamente ao caso anotado já não foi possível verificar a melhoria na zona peri-estomal devido ao curto espaço de tempo que ainda permaneci na unidade, mas comprovei que passou a haver o cuidado de proteger a pele com uma placa de hidrocolóide e recorte do saco ao tamanho do estoma.

Por último, de referir que eu e a minha colega de estágio, propusemos à enfermeira chefe a elaboração de um Manual de Acolhimento a novos enfermeiros e alunos (ver apêndice II), ideia que nos surgiu devido a termos sentido haver um exagerado número de informações transmitidas oralmente no primeiro dia de estágio e que se foram perdendo no tempo; esta sugestão foi muito bem recebida pela enfermeira chefe, por ser uma carência sentida pela Unidade, tendo colaborado, conjuntamente com o enfermeiro coordenador, na sua feitura.

Refletindo sobre a minha prática diária, durante o estágio, considero ter sido sempre muito responsável, prestando os cuidados de enfermagem com muito profissionalismo e rigor científico, considerando sempre o doente como o centro dos cuidados. Tecnicamente, penso que os cuidados tiveram sempre boa execução, embora reconhecendo as minhas limitações

perante novas situações, e nestes casos, não me inibir de pedir a colaboração do enfermeiro que me orientava. De realçar que as limitações não assentavam na falta de conhecimentos e formação teórica, mas da competência do saber-fazer com a convicção de tentar atingir a “perfeição”.

O ser competente engloba muitos aspetos, nomeadamente cognitivos, técnicos, sociais e afetivos. É um conjunto de conhecimentos, atitudes e habilidades que eu considero que consegui estabelecer, num equilíbrio emocional e de autocontrolo, para atuar frente aos desafios que se impunham ao trabalhar neste serviço.

Perante as diversas situações com que me deparei, mobilizei os meus conhecimentos, questionando permanentemente os procedimentos, de forma a encontrar e/ou otimizar soluções adequadas à resolução dos problemas encontrados, nomeadamente através da avaliação e tomada de decisões fundamentadas de forma científica. Procurei sempre que a minha prática fosse baseada na evidência, com recurso a resultados credíveis de estudos de investigação.

É exigido ao enfermeiro especialista não só uma visão refletida, holística, mas também capacidade de aplicar conhecimentos e resolver problemas. Ele deve ser um impulsionador para a mudança nas práticas do serviço. Dei o meu contributo para essa mudança, essencialmente através de conversas informais com os enfermeiros que me acompanharam ao longo do estágio e também com a enfermeira chefe.

Considero que este estágio me proporcionou uma profícua variedade de experiências, que determinaram o desenvolvimento de competências essenciais ao perfil de um enfermeiro especialista.

3.MÓDULO III (Opcional) – SERVIÇO DE CIRURGIA da Unidade Hospitalar de Caldas da Rainha do Centro Hospitalar do Oeste Norte

O Centro Hospitalar, desde o início da década de 80, vem assumindo uma grande preocupação relativamente ao planeamento das altas, sendo por esta razão, um dos seis hospitais piloto no “Projecto Planeamento de Altas/Continuidade de Cuidados”.

Fazendo uma retrospectiva histórica, há a acentuar o facto de em junho de 1994, por despacho do Conselho de Administração, serem aprovadas as normas de procedimento do método de Planeamento de Altas/Continuidade de Cuidados (PA/CC) e nomeada uma Comissão composta por um médico, um enfermeiro e uma assistente social, a fim de proporcionar uma atenção personalizada ao doente através da prevenção sistemática de casos críticos quer para efeitos de alta hospitalar, quer para evitar um tempo de internamento inapropriado. A integração deste processo de planeamento de altas, relacionado com os outros serviços de saúde e restantes recursos da comunidade seria uma garantia de obtenção de bons resultados.

Posteriormente, a Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005 de 27 de abril criou uma Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados a Pessoas Idosas e a Pessoas em Situação de Dependência, com vista a desenvolver um plano de ação que garantisse a prática integrada dos cuidados continuados. Mais tarde, com o DL nº 101/2006 de 6 de junho, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Surgiram então, as Equipas de Gestão de Altas nas Unidades Hospitalares (EGA), nomeadamente no Centro Hospitalar. A estas equipas compete-lhes definir os critérios mínimos na orientação dos processos e circuitos para a preparação das altas, fazer a articulação entre recursos e níveis de prestação de cuidados e assessorar os profissionais dos vários serviços do hospital integrados no projeto. A EGA acabou por substituir a equipa da PA/CC.

Em novembro de 2007 a EGA do Centro Hospitalar iniciou a referenciação de doentes para a RNCCI, facto que não resultou positivo, pois a RNCCI não conseguiu dar resposta a todos os doentes indicados e também porque muitos deles não apresentavam critérios para serem referenciados, necessitando assim de um planeamento na sua alta de forma a ser-lhes garantida a continuidade de cuidados tidos como necessários.

Na atualidade, fatores determinantes das políticas governamentais relativamente ao setor da saúde, estão directamente relacionados com o crescente envelhecimento demográfico o qual coexiste com o aumento significativo da faixa etária dos denominados por “idosos muito velhos” (com mais de 80 anos de idade), como reforça Figueiredo (2002), e com a diminuição drástica da natalidade. Cada vez mais se assiste à incapacidade dos sistemas de saúde darem resposta ao aumento da sua procura por pessoas com um elevado grau de dependência e

idade avançada, apresentando na maioria doenças crónicas, a necessitar de cuidados com estadias muito prolongadas nas instituições públicas.

Perante esta incapacidade de resposta dos sistemas de saúde, tem sido notório o reconhecimento do papel vital da família enquanto prestadora de cuidados. A imagem da família solidária com os seus membros mais velhos, cuidando deles no seu seio, encontra-se profundamente enraizada nos valores culturais da sociedade portuguesa, Figueiredo (2002). Mas segundo Jesus (2005) o prestador de cuidados, não sendo necessariamente um membro da família, é o principal agente do sistema de apoio informal na assistência ao utente com problemas de saúde no domicílio. Citando a CIPE ® (2012:115) o prestador de cuidados é *“aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente”*.

Atualmente, em Portugal, continua a ser a família a principal prestadora de cuidados, embora se verifique frequentemente o apoio domiciliário de proximidade, efetuado por amigos e vizinhos.

O surgimento da RNCCI, passados cinco anos da sua constituição, é ainda muito ineficaz à luz dos seus objetivos. De facto a maioria dos cuidados de saúde a doentes com necessidades especiais continuam a ser realizados pelas pessoas a si próprias (auto cuidado) ou por membros da família ou outros, devendo-se colocar sempre em questão a qualidade e segurança dos referidos cuidados prestados.

Na última década o perfil dos doentes residentes no Serviço de Cirurgia alterou-se completamente, consequência do atrás exposto. Nas faixas etárias de então, já eram considerados como idosos, pessoas entre 60-65 anos, atualmente passou-se para uma faixa etária de 80-95 anos, e portanto, com um grau de dependência muito maior. De realçar também, a maior frequência na precocidade da alta hospitalar, que influencia de forma significativa as decisões sobre o processo de preparação para o regresso a casa. Estes factos confirmam a pertinência do planeamento da alta hospitalar e a forma como é assegurada a continuidade de cuidados ao doente após a mesma.

Pelo atrás exposto e depois de refletir sobre a exequibilidade das minhas pretensões, decidi iniciar o estágio com os seguintes objetivos:

1. Prestar cuidados de enfermagem que requeiram conhecimentos especializados ao doente e família, internado no Serviço de Cirurgia da Unidade de Caldas da Rainha do Centro hospitalar do Oeste Norte;
2. Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, através da elaboração e início da implementação de um Projeto de Planeamento de Alta a doentes com necessidades de cuidados especiais no domicílio.

Relativamente ao primeiro objetivo não vou abordá-lo neste capítulo, visto ser transversal à minha prática profissional no serviço onde desempenho funções. Sempre que julgar oportuno esclarecerei alguns conhecimentos mais aprofundados e especializados que mobilizei para coadjuvar a concretização do segundo objetivo.

A elaboração do Projeto fundamentou-se em conhecimentos adquiridos num Diploma de Especialização em Gestão de Unidades de Saúde realizado pelo Instituto Nacional de Administração, Instituto Público. (ver anexo VIII).

O termo projeto incorpora o sentido de analisar a realidade, pesquisar, organizar ideias, e desenhar uma proposta com uma finalidade subjacente, bastante consistente.

Somente, quando da existência de um projeto bem elaborado desde os seus passos iniciais, com recursos suficientes, bem monitorizado e avaliado, se consegue chegar aos objetivos pré-estabelecidos.

Assim, em situações nas quais desejamos transformar insatisfação em solução satisfatória, ideias em ações concretas, boas intenções em realidades efetivas, sem desperdícios de tempo e recursos, torna-se importante elaborar um projeto que descreva o caminho a seguir, caminho que deve ser trilhado com lógica e dedicação, por todos nele envolvidos.

Estando eu inserida numa Instituição cuja missão é prestar cuidados de saúde, com qualidade, à população da sua área de influência e para os quais é necessário assegurar em simultâneo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de eficiência e eficácia, considerei existir um problema relativamente às altas clínicas, que não proporcionavam um regresso a casa esclarecido e adequado às necessidades do doente e respetiva família.

Não quero deixar de realçar também, que o acolhimento de enfermagem aos doentes que ingressam no Serviço de Cirurgia era muito deficiente, sendo constituído por uma breve entrevista com o objetivo de colher dados sobre alterações físicas e psicológicas que poderiam interferir com a estadia do doente durante o período de internamento. Este, verificava-se tanto para os doentes internados pela Consulta Externa, como para aqueles internados pelo Serviço de Urgência. Considero que este acolhimento não podia ser justificado pela falta de recursos físicos e humanos, mas sim pela ausência de disponibilidade temporal e pessoal propício a um acolhimento e relacionamento inicial mais aprofundado com o doente e respetiva família. A minha vivência diária leva-me a pensar que os enfermeiros procediam desta forma porque já era habitual no Serviço.

No entanto, é de referir estarem interligados o acolhimento com o regresso a casa, pois do primeiro podem resultar conhecimentos que facilitam o segundo, ao qual os enfermeiros não parecem dar a devida atenção; talvez, como refere Petronilho (2007), o regresso a casa não apresenta a espetacularidade necessária para se tornar apelativa comparativamente às práticas exercidas noutros contextos, nomeadamente aqueles com primazia da tecnologia.

Há já algum tempo, que me sentia incomodada com esta realidade e, comecei então a refletir sobre a melhor forma de a mudar. Frequentemente partilhava com o enfermeiro chefe a minha opinião: era imperioso haver um papel mais interventivo no acolhimento do doente e na sua preparação da alta. Pontualmente, e sempre que me parecia pertinente, apelava aos enfermeiros para dedicarem mais atenção ao doente no momento do seu internamento.

Segundo Jesus (2005), a preparação da alta ao longo de todo o internamento corresponde à avaliação inicial das necessidades do utente aquando da sua admissão, o que permite prever as necessidades futuras. A informação oral recolhida deve ser sempre complementada por documentação escrita, ou digital, para ser consultada quando necessário.

Apostando na juventude da equipa de enfermagem e empenhamento demonstrado, julgo ser este o momento adequado para a introdução de algumas transformações e melhorias.

Semanalmente, à sexta-feira, procede-se à visita médica, altura propícia à concretização de altas clínicas, em que, algumas das quais, causavam muito embaraço na equipa médica e de enfermagem devido à falta de informação familiar e social do doente e que demonstravam a não existência de condições para o doente regressar a casa. Facto justificado pelo atrás referido, deficiente acolhimento.

Depois de feito um primeiro e aprofundado diagnóstico, tentei otimizar os meus conhecimentos nesta área através de uma revisão bibliográfica, para melhor entender esta problemática, desenvolver estratégias para a identificação das necessidades do doente/família, assim como ajudar à futura integração deste no seio familiar ou em instituições.

Quando surge uma doença grave a estrutura familiar é afetada e impõe-se um tempo de mudança e adaptação a esta nova realidade. Para Gomes (2008), cada elemento individualmente e, a família na globalidade, têm de assumir papéis para os quais nem sempre estão preparados. Como refere Pereira (2006), a transição para o papel de cuidador a partir de um evento súbito é geradora de dificuldades acrescidas de adaptação dado o carácter de imprevisibilidade de que se reveste e só permite um tempo reduzido de decisão para assumir um papel e para desenvolver os requisitos necessários ao seu desempenho.

A Teoria da Transição em Enfermagem proposta por Meleis e referida por Petronilho (2007), advoga que os enfermeiros têm como missão ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo do ciclo da vida, sendo aquela, o grande desafio face à necessidade de suporte, nas palavras de Petronilho (2007:31) *“é entender o próprio processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efectiva às pessoas, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar.”*

Os processos de transição são marcados pela consciência sobre as mudanças e sobre os próprios processos de transição, assim como pela forma como são percebidas essas mudanças pelos intervenientes. Como referem Meleis et al (2000), é necessário compreender as experiências dos doentes na vivência de processos de transição, o que permite ter acesso a

realidades subjetivas dos trajetos de vida e de sofrimentos. Nesse sentido, cada transição é caracterizada não só por múltiplas dimensões e complexidades como, essencialmente, pela sua própria unicidade.

Na minha opinião, e acordando absolutamente com o referido por Lopes (2009), o assumir ser prestador de cuidados pode estar comprometido quando as situações se desenvolvem rapidamente. Nestes casos, a escolha é geralmente passiva e tem como fundamentos de que não há mais ninguém ou que não há alternativas aceitáveis, ou que é um dever moral cuidar da pessoa em causa.

Não existe um percurso simples nesta transição, pois cada um possui características individuais largamente influenciadas por alguns aspetos, tais como: a vontade de cuidar, capacidade individual, saber e competência para o fazer, a escolha informada, nas suas várias vertentes: económico, social, habitacional e outras que se julguem necessárias ao doente em causa.

Como refere Campos, Padilha e Oliveira (2010), o grau de dependência e as constantes solicitações da pessoa doente podem determinar uma enorme sobrecarga física e emocional. Verificam-se alterações radicais na vida de quem cuida como: encargos económicos elevados, deterioração do seu bem estar, da sua saúde física, psicológica e da vida social, que a médio e longo prazo vão promover o reinternamento da pessoa dependente.

Os enfermeiros ocupam uma posição excelente para ajudar a família/cuidador informal a desenvolver recursos internos que a ajudem a criar respostas adaptativas durante a fase de transição. O ajudar a família a lidar com a doença poderá começar com uma análise *SWOT* (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*) da mesma, tentando identificar os pontos fortes, pontos fracos, ameaças e oportunidades. Neste contexto realço a importância do conhecimento da organização e coesão familiar, o seu grau de saberes, a situação socioprofissional, as condições de habitabilidade do domicílio relativamente ao grau de dependência, recursos financeiros; fatores estes que apoiam o enfermeiro na tentativa de transmitir toda a informação necessária, no ensino da prestação de cuidados e ainda, espera-se, ajudem a facilitar a superação das complicações/incapacidades da família.

Continuando a referir Campos, Padilha e Oliveira (2010), uma intervenção estruturada com a pessoa dependente e família, onde ambos recebem informação, educação e aconselhamento, não só promove a adaptação da família logo no período inicial da dependência, mas também tem benefícios a longo prazo na recuperação da pessoa dependente.

O planeamento da alta é o processo que auxilia o doente e família nas suas necessidades de cuidados de saúde, aquando da alta de uma instituição de saúde e a sua finalidade é assegurar a continuidade de cuidados.

Assim ao chegar o momento do regresso a casa, pretende-se que este não seja uma surpresa e que os intervenientes se considerem preparados para iniciar o seu novo papel como cuidadores, ou tenham adquirido mais competências para além das que já detinham. Para que o processo de intervenção tenha sucesso é necessário avaliar os seguintes aspetos, como refere Jesus (2005) e Lopes (2009):

- Capacidade do doente e família em explicar o diagnóstico, o nível de funcionalidade prognosticado, a utilização segura e eficaz da medicação e o seguimento posterior;
- Formação teórica e prática específica do doente e prestador de cuidados, no sentido de serem capazes de proporcionar assistência correta após a alta clínica;
- Capacidade do doente e família para enfrentar o seu estado de saúde;
- O estatuto laboral do cuidador;
- O estado de saúde dos cuidadores;
- Os sistemas de apoio comunitário que são necessários para permitir que o doente regresse a casa;
- A necessidade de realizar alterações no domicílio, coordenar sistemas de apoio, ou transferir o doente para outra instituição.

Este processo pode ser efetuado em grupo ou por um enfermeiro. Preferencialmente deveria ser um processo de grupo, mobilizando a equipa multidisciplinar e desenvolvido em reunião formal, onde seria estabelecido um plano de intervenção de acordo com o estado de saúde do doente. A base de todo este processo, quer em grupo formal ou informal, está na comunicação estabelecida com o doente e família.

Sei que comunicar não é fácil. Posso pensar que estou a comunicar mas só estou a passar informação. Citando Phaneuf (2005:23), considero que:

“A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. [...] transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos seus intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela.”

O desenvolvimento de cuidados centrados na família exige o domínio de técnicas e o saber agir necessários, para intervir em contextos que experienciei e trabalhei, com vista ao estabelecimento de uma relação terapêutica. Posteriormente, no desenrolar da narrativa, desenvolvo esta experiência.

Repetindo o que já foi descrito, sabemos que na altura da alta clínica é fundamental estar assegurada a continuidade de cuidados. O doente poderá ter, ou não, indicação para cuidados

domiciliários prestados pela equipa de enfermagem, em que é considerado o serviço de apoio domiciliário, e que segundo o Despacho conjunto nº 407/98 de 18 de Julho, é

“a prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades e/ou as actividades de vida diária”.

A promoção da continuidade de cuidados poderá representar uma diminuição de custos pessoais, sociais e económicos, quer para o doente quer para a família e sociedade, na prevenção de complicações e internamentos recorrentes, na opinião de Augusto et al (2005).

Para Almeida et al. (2005) a resposta mais humanizada para a continuidade de cuidados nos casos de necessidades especiais, após a alta clínica de uma qualquer instituição, é a prestação de cuidados domiciliários e no ambulatório, mas exige o estabelecimento de redes sociais de apoio integrado que garantam a efetiva continuidade dos cuidados necessários.

Devo também anotar, sintetizando, e segundo Monteiro (2004), que o processo de planeamento de altas deverá ser entendido como um processo que:

- Tem o seu início numa identificação precoce das necessidades dos doentes, que envolvem não só as necessidades físicas, mas também noutras vertentes;
- Inclui o doente, a família e os cuidadores informais de forma dinâmica e interativa, à medida que decorre o processo de transição;
- Tem como prioridade a colaboração e coordenação entre os diversos profissionais envolvidos;
- Resulta em consensos alargados sobre decisões que envolvem custo/efetividade dos recursos necessários à continuidade de cuidados;
- Fundamenta-se na prática baseada na evidência, ou seja, adota o conhecimento mais recente e comprovativo para apoiar as necessidades dos doentes.

A transição para o domicílio fica muito facilitada quando existe informação precisa e adequada disponível. Deste modo, o enfermeiro dos cuidados continuados poderá fazer uma avaliação inicial, seguida duma consciente tomada de decisão, sobre qual a prestação de cuidados a escolher para obtenção duma maior eficiência, proporcionando assim, uma continuidade de cuidados de melhor qualidade ao doente e família.

Segundo Augusto et al (2005), o planeamento da alta hospitalar e a consequente abertura à participação da família no processo de cuidados, apoiando-a e integrando-a na dinâmica do plano terapêutico, de forma a reforçar as suas capacidades e competências para cuidar do seu familiar no domicílio, apresenta-se como uma estratégia a desenvolver no sentido de promover a continuidade e a dignidade da assistência do indivíduo doente até à sua recuperação máxima.

Para complementar, refiro Petronilho (2007:18):

“ [...] de uma forma geral, [...] os enfermeiros desempenham um papel estratégico na partilha de informação com os doentes e familiares cuidadores, de modo a que estes consigam adaptar-se aos desafios de saúde com que se deparam após a alta hospitalar, proporcionando qualidade de vida a todos os intervenientes.”

Ao iniciar o meu Projeto, que denominei “O Regresso a Casa...” a minha visão assentava fundamentalmente na inovação, esperando conseguir num futuro, o mais próximo possível, a motivação da equipa de enfermagem e médica, para pesquisar problemas emergentes quanto às necessidades do doente/família, com o intuito de os detetar com a maior precocidade, se possível, logo no momento da admissão ou nas primeiras 24/48 horas de internamento, a fim de assegurar a continuidade de cuidados no domicílio, numa unidade da RNCCI ou outras instituições.

O âmbito do Projeto abrange a preparação para o regresso a casa do doente, a qual deverá ser iniciada no momento da admissão, mediante a aplicação de uma ficha de avaliação inicial para triagem daqueles que poderão necessitar de apoio familiar/cuidador informal ou institucional após a alta hospitalar.

Visando o sucesso da finalidade subjacente, considere os seguintes objectivos:

- Elaborar uma ficha de avaliação inicial para triagem de situações potencialmente problemáticas, ou problemáticas, no regresso a casa;
- Partilhar o Projeto com a equipa de enfermagem, em sessão de formação, com vista à sua futura adesão, assim como possíveis anotações para alterações que julgassem pertinentes;
- Apresentara Ficha de Avaliação Inicial ao diretor do serviço, assistente social e psicóloga;
- Estabelecer um Plano de Cuidados, durante o internamento, que permitisse a participação ativa dos futuros cuidadores;
- Envolver diariamente a equipa médica nos problemas dos doentes relativamente ao seu regresso a casa;
- Supervisionar e colaborar com a equipa de enfermagem na implementação do Projeto.

Ao elaborar um projeto é sempre necessário referenciar os indivíduos ou organizações que estão ativamente envolvidos no mesmo, ou que poderão ser afetados pela sua execução, e que são denominados por *stakeholders*. Neste caso, eu identifiquei os seguintes: a Administração, Direcção de Enfermagem, Director do Serviço de Cirurgia, Médicos, Enfermeiro Chefe do Serviço de Cirurgia, Enfermeiros, Assistente Social, Psicóloga, Assistentes Operacionais; Utentes.

A fase seguinte da elaboração do Projeto foi o estabelecimento de etapas a serem cumpridas sequencialmente, ou parcialmente cumpridas desde que exequíveis (*Go, No Go*). Estas etapas vieram a constituir uma série de atividades, que devidamente estruturadas, geraram a minha matriz WBS (*Work Breakdown Structure*) – Estrutura Detalhada de Actividades. (ver apêndice III)

Após a estruturação das atividades a desenvolver estabeleci um cronograma relativo a cada etapa. (ver apêndice IV)

Seguidamente ponderei os riscos que poderiam de alguma forma travar o percurso por mim iniciado. Após uma reflexão profunda considerei como possíveis ocorrências adversas as seguintes:

- ✓ Não adesão da equipa de enfermagem ao Projeto;
- ✓ Não adesão da equipa multidisciplinar ao Projeto.

A minimização destes riscos era possível através de:

- ✓ Encontrar estratégias de motivação assertivas, baseadas em evidências científicas e em experiências de outros serviços, nomeadamente unidades de cuidados continuados;
- ✓ Continuar a implementação do projeto, baseado no enfermeiro, como o elemento chave para o despiste de problemas familiares, para receber o doente com dependência relativamente ao seu autocuidado, promovendo a informação e ensino durante o internamento, visando o regresso a casa e, se necessário, o encaminhamento para a RNCCI ou outras instituições de apoio social.

Também foi necessário contar com o apoio do diretor do serviço, visto ser impulsionador dos seus congéneres. Este Projeto foi muito bem recebido e logo foi prometida a colaboração incondicional médica quando para tal fosse solicitada, inclusivamente fora do horário normal de expediente, recorrendo aos médicos a cumprir horário de urgência se necessário.

Contactei a assistente social e a psicóloga, elementos importantíssimos da equipa multidisciplinar, que rapidamente aderiram ao Projeto por o considerarem um benefício para o serviço, ao constituir um elo de ligação entre o doente/família durante o internamento e os seus serviços.

Seguidamente iniciei a elaboração da Ficha de Avaliação Inicial do Doente/Família.

Já tinha algumas indicações dadas pelo enfermeiro chefe, enquanto elemento da EGA da instituição, e vi algumas avaliações feitas por outras unidades de saúde do território nacional, mas não me senti à vontade para escolher os identificadores críticos mais pertinentes para o meu serviço (que recebe um misto de doentes do foro cirúrgico e médico). Como tal, resolvi ir conhecer a realidade de uma Unidade de Cuidados Continuados – Internamento de

Convalescença, da Instituição Montepio Rainha D. Leonor, onde me apercebi que poderia aproveitar algo da sua experiência, designadamente em relação ao plano de cuidados instituído ao doente e sua avaliação feita no momento do acolhimento. (ver anexo IX e X).

No dia 21 de dezembro de 2011, expus o meu Projeto em Sessão de Formação. A sua divulgação foi promovida através do correio eletrónico do serviço e em panfleto afixado na sala de trabalho, e compareceram 10 enfermeiros que correspondem a metade dos enfermeiros que se encontravam escalados nesse mês. (ver apêndice V)

Após ter elaborado um plano da sessão, ponderei sob a melhor forma de apresentar o Projeto promovendo um elevado grau de participação da equipa. Entendi que a sua exposição deveria ser o mais informal possível, de preferência em modo de reunião, suportada pela apresentação de slides, permitindo um debate e partilha de opiniões que resultasse em excelentes ideias para o otimizar. (ver apêndice V)

A sessão decorreu acima das minhas expectativas, sendo muito participada e inclusivamente proporcionando um debate muito intenso entre os intervenientes. O seu resultado foi uma nova Ficha, com novas adendas relacionadas com os elementos da equipa multidisciplinar, e também com o apoio da equipa presente relativamente à importância do Projeto. (ver apêndice VI)

Para haver uma melhor coordenação na implementação do Projeto elaborei um guia de orientações que foi enviado por correio eletrónico a todos os enfermeiros, juntamente com a apresentação do Projeto, assim como a Ficha de Avaliação e o Plano Individual de Intervenção. (ver apêndice VII e VIII).

Concomitantemente também procedi à feitura de um documento informativo sobre a elaboração e futura implementação do Projeto para ser entregue individualmente aos médicos do serviço com o objetivo de os sensibilizar para a importância da sua colaboração e envolvimento enquanto elementos da equipa multidisciplinar. (ver apêndice IX)

Um dos meus propósitos era a criação de um espaço físico para a reunião com a família do doente, que não se veio a concretizar, devido ao período de contenção financeira que o país atravessa com repercussão no orçamento hospitalar. Quero referir que quando estabeleci esta atividade estava previsto o serviço iniciar obras de reestruturação num curto espaço de tempo, o que poderia permitir a sua concretização. Tentei solucionar o problema, com o apoio do enfermeiro chefe e diretor do serviço, aproveitando os espaços disponíveis nos períodos em que não estão ocupados.

O início da implementação do Projeto aconteceu no dia 6 de janeiro de 2012 e considerei o espaço de um mês para proceder à sua avaliação.

Neste período foram internados no serviço 118 doentes, sendo 75 provenientes do Serviço de Urgência e 43 referenciados pela Consulta Externa de Cirurgia. Até ao dia 6 de fevereiro de

2012, 119 doentes saíram do serviço; 107 com alta hospitalar, 4 falecidos e 8 transferidos para outras unidades de saúde.

Dos 118 doentes, 21 reuniam critérios para que se realizasse a aplicação da Ficha de Avaliação Inicial e todos eles foram sendo estudados, ao longo do período de internamento. O seu destino foi o seguinte: 8 regressaram a casa, 1 regressou ao Lar onde já residia, 1 foi transferido para a Unidade Hospitalar de Alcobaça do CHON, 4 faleceram e 7 ainda se encontram internados.

Durante esta fase não houve a necessidade de se proceder a reuniões com as famílias dos doentes, pois as observações e estudos relativos aos mesmos foram fornecendo indicações, não só acerca do próprio doente, como do seu seio familiar, habitacional e até socioeconómico, concluindo-se que estes não apresentavam necessidade de cuidados especiais não resolúveis domicílio. Assim, e seguindo este critério, obtivemos uma demora média de internamento que foi baixa, e corresponde a 5,73 dias.

Durante a fase de implementação, verifiquei a forte adesão e empenhamento da equipa de enfermagem e da assistente social, o que se confirmou pela aplicação da Ficha atempadamente e respeitando as orientações fornecidas. Também, nos períodos da passagem de turno, foi com agrado que verifiquei, a transmissão, sempre que julgavam pertinente, de qualquer informação com o objetivo de haver continuidade na avaliação executada até então.

Já não posso afirmar o mesmo relativamente à equipa médica. Considero que este é um ponto a trabalhar com mais atenção, de forma a obter uma maior adesão por parte da referida equipa num futuro mais ou menos próximo. No início da fase de implementação verifiquei uma completa indiferença ao Projeto, mas consegui a colaboração do diretor de serviço, que durante as visitas médicas realçava a sua importância, mostrando a Ficha de Avaliação Inicial como um instrumento fundamental para a preparação do regresso a casa, com conseqüente diminuição do tempo de internamento dos doentes. A adesão melhorou mas considero que só muito lentamente, e após existirem alguns resultados se conseguirá uma boa colaboração.

Em função do que acabei de explicitar, resultante duma observação relativamente ao facto atrás mencionado, julgo que os tempos de internamento serão preciosos. Então, tendo em conta o tipo de cirurgia, se os mesmos forem usados estatisticamente através de gráficos simples e mostrados aos médicos, com alguma periodicidade, estou convicta que mais facilmente virão a aderir, pois tal como diz o ditado popular *“Ver para Crer”*.

No respeitante a competências adquiridas neste estágio, de realçar aquelas diretamente relacionadas com o doente/família e com a equipa interdisciplinar e multidisciplinar. Demonstrei e reforcei a consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionada com o doente/família, desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente, tomando decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e à minha responsabilidade social e ética. Apoiando-me em Jesus (2006:11), considero que:

“A decisão clínica de enfermagem reclama, [...] no seu nível mais complexo e difícil, o raciocínio intuitivo e a pessoa total do profissional (mediador de que depende todo o significado dado à situação), e inclui o estabelecimento da relação em si mesma, independentemente da existência ou da inexistência de problemas a resolver, como parte do processo de prestação de cuidados. Esta constatação, por si só, evidencia o carácter eminentemente relacional [...] das profissões e da dinâmica dos saberes de enfermagem”.

Segundo Tomey (2004), à luz da Teoria de Benner, em que explicita os níveis de conhecimento desde que começamos como principiantes até nos tornarmos peritos, e que contribuiu para a descrição do *know-how* da prática de enfermagem que é uma fonte de desenvolvimento de conhecimentos, e se considerarmos o atrás exposto, julgo poder afirmar que iniciei o estágio no nível de Competente já com um pé no nível de Proficiente, salto dado com a ajuda do início e implementação deste Projeto que provocaram a mobilização de competências que estavam em fase de latência. Passei a demonstrar uma confiança crescente no meu conhecimento e nas minhas capacidades que se revelaram num maior envolvimento com o doente e a família.

Durante o meu relacionamento com o doente/família mobilizei os conhecimentos adquiridos sobre técnicas de comunicação e tentei sempre uma relação terapêutica respeitando as suas crenças e cultura.

Nas palavras de Margato e Oliveira (2009:51), *“considerar a família como foco de atenção dos cuidados de enfermagem tem constituído ao longo dos tempos um desafio para a prática profissional”*. Também Gomes e Fernandes (2008) referem que desenvolver cuidados centrados na família exige, por parte dos enfermeiros, o domínio de novas técnicas e a flexibilidade suficientes para intervir em contextos complexos e instáveis.

Com as atividades desenvolvidas ao longo deste campo de estágio, e no seguimento do anterior, pude constatar que minha postura perante a família do doente se alterou, passando a ocupar um dos lugares principais quando estabeleço uma relação terapêutica. Embora já detenha muitos anos de experiência profissional, grande parte deles desenvolveram-se num contexto de urgência/emergência, facto que me levou a ter um contacto menos duradouro com o doente/família. Presentemente o estar num serviço de internamento já me proporciona muitos momentos de relacionamento com os doentes internados e respetivos acompanhantes (família, ou não), o que muito me agrada.

Esta relação e, segundo Lazure (1994), é considerada uma relação de ajuda se o enfermeiro enquanto cuida, estabelecer através de atos e palavras uma perceptível e verdadeira comunicação com o doente. Apoiando-me nas palavras de Chalifour (2008), posso anotar que a relação de ajuda profissional exige conhecimentos científicos, mas também um bom conhecimento do próprio, o que inclui características e traços da personalidade. No final deste estágio e lembrando todo o meu passado académico, posso afirmar, e continuando a referir Chalifour (2008), que ao longo do mesmo, cresci como pessoa no entendimento do outro e do

meio envolvente, amadureci no respeitante ao meu comportamento perante a visão do mundo profissional, além de tornar-me tecnicamente mais especializada nas habilidades relacionadas com o contacto (as que se exprimem essencialmente através dos sentidos), com a comunicação verbal e não verbal e, finalmente, discernimento sobre os casos que se manifestam ao longo da relação.

Durante o estágio, demonstrei capacidade de trabalho, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, liderando a equipa de prestação de cuidados de enfermagem e dos assistentes operacionais. Tomei sempre a iniciativa e fui criativa na interpretação e resolução de problemas. Considero ser um elemento da equipa prestadora de cuidados que tem um papel assertivo e que é considerado como um enfermeiro que transmite positivamente a sua experiência profissional e que apoia incondicionalmente os seus colegas, visando a otimização da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Para concluir, quero explicitar, com algum orgulho e agradecimento aos diferentes elementos da equipa de saúde envolvidos ativamente, que o Projeto “O Regresso a Casa...”, já está a contribuir para um melhor planeamento de altas do qual resulta um regresso a casa mais seguro dos utentes do meu Serviço.

4. CONCLUSÃO

Finalmente cheguei à parte final deste relatório com um sentimento de satisfação por considerar ter cumprido todos os objetivos inicialmente traçados.

O estágio é sempre um momento de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos desde que tenhamos a capacidade e disponibilidade de aprender com a experiência que nos é transmitida e pelo contacto com novas realidades, as quais assumem relevância para a gestão das unidades e para a implementação de políticas de saúde a nível nacional, situação à qual não podemos ficar alheios, especialmente como futuros enfermeiros especialistas.

O percurso desenvolvido permitiu mobilizar os conhecimentos adquiridos ao longo do período teórico e adquirir e consolidar competências nos domínios: da prática profissional, ética e legal, desenvolvimento profissional, prestação e gestão de cuidados e investigação.

Os estágios que desenvolvi revestiram-se de um cariz diferente; o primeiro foi mais vocacionado para a prestação de cuidados, e o segundo para a implementação de um projeto que implicava o envolvimento da família na preparação do doente para o regresso a casa. Ambos permitiram a aquisição de competências que ainda não detinha, ou que eram pouco especializadas, mas resultaram numa mobilização de saberes essenciais para a prática de cuidados de enfermagem mais diferenciados e especializados, fundamentais na construção do perfil de um enfermeiro especialista.

A diversidade e partilha de experiências e saberes, contribuiu para uma melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao doente, e baseou-se numa reflexão efetuada sobre o papel preponderante do enfermeiro especialista dentro da equipa de enfermagem, devido à sua experiência profissional, bases científicas e maturidade profissional.

Conforme anteriormente referido, a principal dificuldade por mim sentida foi o regresso ao papel de estudante porque era um facto não ocorrido há 27 anos; a idade (48 anos) e talvez ainda, recear ter dificuldades em ultrapassar “vícios” que se vão enraizando ao longo dos anos e os quais me poderiam trazer algumas dificuldades de adaptação; não sendo ainda de descurar a entrada numa nova instituição, onde era uma pessoa completamente desconhecida.

Outra dificuldade foi o contacto com a realidade de uma UCI, realidade nunca antes experienciada e com uma dinâmica diferente do meu local de trabalho. De agradecer a ótima receção de todos os elementos da equipa prestadora de cuidados, que facilitaram o meu período de integração.

Saliento com muito agrado a disponibilidade e colaboração por parte das equipas onde me inseri. Esta colaboração tornou possível atingir os objetivos a que me propus inicialmente. Para

alcançar o atual nível de aprendizagem, em muito contribuíram todos os enfermeiros com quem trabalhei, que se empenharam, mostrando disponibilidade e atenção ao meu percurso no processo de aprendizagem.

Desejo futuramente, como enfermeira especialista, contribuir de uma forma preponderante na visibilidade da Enfermagem, reconhecimento do trabalho realizado pelos enfermeiros e pelo seu importante papel relativamente às decisões administrativas e organizacionais. Considero que já sou participante, toda a equipa considera a minha opinião. No entanto, espero e desejo, num futuro mais ou menos próximo, estar mais enriquecida profissionalmente.

Este relatório fornece os elementos necessários para a avaliação do trabalho desenvolvido. Se considerar os objetivos e as atividades a que me propus e a coerência com que decorreram os estágios, considero poder avaliar com qualidade as competências adquiridas na prática, tendo atingido totalmente o proposto no início.

Para fazer uma avaliação realística, posso afirmar que atualmente, e na continuidade do trabalho por mim desenvolvido, as competências adquiridas se refletem nos cuidados que presto e a boa prestação de cuidados de enfermagem traduzem-se em ganhos em saúde para os doentes e famílias, alvos das nossas intervenções.

O balanço final deste percurso académico foi muito positivo e consolidou toda a minha formação, experiência pessoal e profissional, numa simbiose que me permitem afirmar que o conclui com uma distinção muito boa. Espero que no futuro continue a ser uma enfermeira considerada excelente pelos meus pares, e perdoem-me a “modéstia”.

Termino ciente que o caminho percorrido não constitui o culminar de um processo, mas o início de um novo processo, uma nova etapa da minha vida como enfermeira especialista.

5. BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, Ana [et al] – Transição do Doente Dependente para a Família. *Sinais Vitais*. Coimbra. 0872-8844. 62 Setembro (2005). 26:30.
- ALMEIDA, M. C.; RIBEIRO, J. L. – Qualidade dos Doentes nos Cuidados Intensivos. *Nursing*. Lisboa. 0871-6196. Julho (2009). 16:23.
- AUGUSTO, Berta [et al] – *Cuidados Continuados – Família, Centro de Saúde e Hospital como Parceiros no Cuidar*. Coimbra, Formasau. 972-8485-60-3. 2005. 123.
- BENNER, Patrícia – *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora. 972-8535-97-X. 2001. 295.
- CAMPOS, Maria; PADILHA, José; OLIVEIRA, Fernando – A Família Prestadora de Cuidados – Uma revisão da literatura. *Sinais Vitais*. Coimbra. 0872-8844. 89 Março (2010). 30:37.
- CHALIFOUR, Jacques – *A Intervenção Terapêutica – Volume 1 – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures, Lusodidacta. 978-989-8075-05-5. 2008. 293.
- CIPE ® Versão 2 – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta. 978-92-95094-35-2. 2011. 176.
- FERNANDES, Olga – Saberes de Enfermagem: a relação de ajuda no paradigma de actuação dos Enfermeiros. *Informar*. 31 Setembro/Dezembro (2003). 76:80.
- FIGUEIREDO, Daniela; SOUSA, Liliana – CUIDE (Cuidadores de Idosos na Europa) – Avaliar as Necessidades dos Prestadores Informais de Cuidados. *Ponto de Vista*. Aveiro. 0871-5386. (2002). 15:17.
- FONTES, Ana Isabel Costa; FERREIRA, Andreia Cristina Oliveira Santos – Do Outro Lado da Porta... Falar com a Família numa Unidade de Cuidados Intensivos. *Sinais Vitais*. Coimbra. 0872-8844. 95 Julho (2009). 33:38.
- GOMES, Lúcia; FERNANDES, Sandra – A Família como Prestadora de Cuidados e o Enfermeiro como Apoio. *Sinais Vitais*. Coimbra. 0872-8844. 77 Março (2008). 40:42.
- HESBEEN, Walter – *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociência. 972-8383-11-8. 2000. 201.
- HESBEEN, Walter – *Trabalho de Fim de Curso, Trabalho de Humanidade*. Loures: Lusociência. 972-8930-31-3. 2006. 163.
- JESUS, Clarinda; SLIVA, Cristina; ANDRADE, Fernanda – Alta Clínica e Continuidade de Cuidados no Domicílio. *Sinais Vitais*. Coimbra. 0872-8844. 59 Março (2005). 25:28.
- JESUS, Élvio Henriques – *Decisão Clínica de Enfermagem*. Coimbra, Formasau. 972-8485-66-2. 2006. 307.
- LAZURE, Héléne – *Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa. Lusodidacta. 972-95399-5-2. 1994. 215.
- LOPES, Lúcia Maria Macedo – A PROBLEMÁTICA DO PRESTADOR DE CUIDADOS: Uma Revisão da Literatura. *Nursing*. Lisboa. 0871-6196. Julho (2009). 6:12.
- MARGATO, Rui Manuel Jarró; OLIVEIRA, Tânia Catarina Saraiva – Os Idosos e o Stress dos Cuidadores. *Sinais Vitais*. Coimbra. 0872-8844. 82 Janeiro (2009). 46:51.
- MELEIS, A.; SAWYER, L.; IM.; E.; MESSIAS D.; & SHUMACHER, K – *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*. *Advances in Nursing Science*. Oxford. 23:1, 2000. 12:28.

- MONTEIRO, Baltazar – *Planeamento de Altas* – Apontamentos das aulas de Epistemologia. Escola Superior de Enfermagem de Leiria. 2004.
- PEREIRA, Hélder – “Subitamente cuidadores informais”: da incerteza ao(s) ponto(s) de equilíbrio – Uma análise de conhecimento existente. *Pensar Enfermagem*. Lisboa. 0873-8904. 10:2, 2º semestre (2006). 19:30.
- PETRONILHO, Fernando Alberto Soares – *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra, Formasau. 978-972-8485-91-7. 2007. 216.
- PHANEUF, Margot – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda. 972-8383-84-3. 2005. 633.
- REGO, Amélia – *Reformas no Sector da Saúde*. Lisboa: Universidade Católica Editora. 978-972-54-0273-3. 2010. 215.
- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures, Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda. 972-8383-74-6. 2004. 750.
- VIEIRA, Margarida – *Ser Enfermeiro, da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora. 978-972-54-0195-8. 2009. 155.

DOCUMENTOS LEGISLATIVOS E JUDICIAIS

- PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Conteúdo Funcional da Carreira de Enfermagem*. D.L.: I Série-A, 91-11-08 (1991), p. 5724.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. D.L.: I Série-A, 96-09-04 (1996), p.2960.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Código Deontológico de Enfermagem*. D.L.: I Série-A, 98-04-21 (1998), p. 1742 e 1753.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Solidariedade Social – *Orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência*. Despacho conjunto: 98-06-18 (1998).
- PORTUGAL. Presidência do Conselho de Ministros – *Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência*. D.R.: I Série-B, 05-04-27 (2005).
- PORTUGAL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior – *Regime jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior*. D.L.: I Série-A, 06-03-24 (2006).
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. D.L.: I Série-A, 06-06-06 (2006).

DOCUMENTOS NÃO PUBLICADOS

- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE. Escola Superior Politécnica de Saúde – *Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional-Regulamento Geral*. Documento entregue no início do Curso 2011.

ANEXOS

ANEXO I

Grelha Tipo

DE 6 DE JANO A 7 DE FEVO 1992

9, 30	2ª FEIRA - 6.1.92	3ª FEIRA - 7.1.92	4ª FEIRA - 8.1.92	5ª FEIRA - 9.1.92	6ª FEIRA - 10.1.92
<p>ABERTURA DO CURSO</p> <p>- OBJECTIVOS DO CURSO</p> <p>INTRODUÇÃO AO SIEM</p> <p>(Dr. Marques Penha) (Enfª Isabel Marques)</p> <p>12, 30</p>	<p>ANATOMIA E FISIOLOGIA DO APARELHO RESPIRATÓRIO E CÁRDIO-CIRCULATORIO</p> <p>(Enfª Ana Cardão)</p>	<p>DIFICULDADE RESPIRATÓRIA</p> <p>- SINAIS E SINTOMAS</p> <p>- CUIDADOS DE EMERGÊNCIA:</p> <p>• DESOBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS</p> <p>• OXIGENOTERAPIA</p> <p>• VENTILAÇÃO ARTIFICIAL</p> <p>(Enfº Artur Bатуca)</p>	<p>HEMORRAGIAS E ESTADO DE CHOQUE</p> <p>(Dr. Marques Penha) (Enfª Isabel Marques)</p>	<p>PARAGEM CÁRDIO - RESPIRATÓRIA</p> <p>R C R</p> <p>(Dr. Joaquim Galvão) (Enfª Ana Cardão)</p>	
A L M O Ç O					
14, 30	<p>NOÇÕES BÁSICAS DE ANATOMIA DO CORPO HUMANO</p> <p>- Esqueleto</p> <p>- Músculos</p> <p>- Pele</p> <p>- Sistema Nervoso</p> <p>(Enfº Artur Bатуca)</p>	<p>EXAME DA VITIMA (Teórico-Prático)</p> <p>(TAE Brandão de Melo) (Enfª Isabel Marques) (Enfº Artur Bатуca)</p>	<p>AULA PRÁTICA</p> <p>- EXAME DA VITIMA</p> <p>- OXIGENOTERAPIA</p> <p>- VENTILAÇÃO ARTIFICIAL</p> <p>(Enfª Isabel Marques) (Enfº Artur Bатуca) (TAE Brandão de Melo)</p>	<p>AULA PRÁTICA</p> <p>- EXAME DA VITIMA</p> <p>- OXIGENOTERAPIA</p> <p>- VENTILAÇÃO ARTIFICIAL</p> <p>- CONTROLO HEMORRAGIAS</p> <p>(Enfª Isabel Marques) (Enfº Artur Bатуca) (TAE Brandão de Melo)</p>	<p>AULA PRÁTICA</p> <p>R C R</p> <p>(Dr. Joaquim Galvão) (Enfª Isabel Marques) (Enfº Artur Bатуca)</p> <p>REVISÕES</p> <p>(Enfª Isabel Marques)</p>
17, 30					

9, 30	2ª FEIRA - 13.1.92	3ª FEIRA - 14.1.92	4ª FEIRA - 15.1.92	5ª FEIRA - 16.1.92	6ª FEIRA - 17.1.92
<p>1º TESTE TEÓRICO (Enfª Ana Cardão) (TAE Brandão de Melo)</p> <p>CORRECÇÃO DO TESTE (Enfª Isabel Marques)</p>	<p>EMERG. RESPIRATÓRIAS - ASMA - BRONQUITE CRÓNICA AGUDIZADA</p> <p>EMERG. CARDIO-VASCULAR-RES: - ANGINA DE PEITO - ENFARTE DO MIOCÁRDIO - AVC (Dr. Marques Penha) (Enfª Isabel Marques)</p>	<p>ANATOMIA E FISILOGIA DO APARELHO DIGESTIVO E URINÁRIO</p> <p>EMERGÊNCIAS MÉDICAS: - DIABETES - EMERG. ABDOMINAIS - EPILEPSIA - INTOXICAÇÕES (Dr. Joaquim Galvão) (Enfª Ana Cardão)</p>	<p>ANATOMIA E FISILOGIA DO APARELHO REPRODUTOR</p> <p>EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS (Enfª Isabel Marques)</p>	<p>EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS.</p> <p>(Dr. Joaquim Galvão) (Enfª Ana Cardão)</p>	
A L M O Ç O					
14, 30	<p>CORRECÇÃO DO TESTE (Continuação)</p> <p>AULA PRÁTICA</p> <p>- R C R</p> <p>(Enfª Isabel Marques) (TAE Brandão de Melo) (TAEM Fernando Pimenta)</p>	<p>CASOS PRÁTICOS</p> <p>- ABORDAGEM DE SITUAÇÕES DE DOENÇA SÚBITA</p> <p>- R C R</p> <p>(Dr. Marques Penha) (Enfª Isabel Marques) (Enfª Art - Bатуca)</p>	<p>CASOS PRÁTICOS</p> <p>- ABORDAGEM DE SITUAÇÕES DE DOENÇA SÚBITA</p> <p>- R C R</p> <p>(Dr. Joaquim Galvão) (Enfª Artur Bатуca) (Enfª Isabel Marques) (TAEM Fernando Pimenta)</p>	<p>CASOS PRÁTICOS</p> <p>- ABORDAGEM DE SITUAÇÕES OBSTÉTRICAS</p> <p>- ABORDAGEM DE SITUAÇÕES DE DOENÇA SÚBITA</p> <p>- R C R</p> <p>(Enfª Ana Isabel Marques) (Enfª Ana Cardão) (TAE Brandão de Melo) (TAEM Fernando Pimenta)</p>	<p>CASOS PRÁTICOS</p> <p>- ABORDAGEM DE SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM PEDIATRIA</p> <p>(Dr. Joaquim Galvão) (Enfª Isabel Marques) (Enfª Artur Bатуca)</p> <p>REVISÕES (Enfª Isabel Marques)</p>
17, 30					

9, 30	2ª FEIRA - 20.1.92	3ª FEIRA - 21.1.92	4ª FEIRA - 22.1.92	5ª FEIRA - 23.1.92	6ª FEIRA - 24.1.92
<p>2º TESTE TEÓRICO (Enfº Artur Bатуca) (TAE Fernando Pimenta)</p> <p>—</p> <p>CORRECÇÃO DO TESTE</p> <p>(Enfª Isabel Marques)</p>	<p>TRAUMATOLOGIA</p> <p>LESÕES DOS TECIDOS MOLES</p> <p>(Enfª Isabel Marques)</p>	<p>TRAUMATOLOGIA</p> <p>- FRACTURAS</p> <p>- TRAUM. CRANEANA</p> <p>- TRAUM. VERTEBRO-MEDULLAR</p> <p>- TRAUM. CINTURA PÉLVICA</p> <p>- TRAUM. MEMBRÓS</p> <p>(Dr. Joaquim Galvão) (Enfº Artur Bатуca)</p>	<p>TEÓRICO - PRÁTICO</p> <p>IMOBILIZAÇÕES:</p> <p>- LEVANTAMENTOS</p> <p>- ROLAMENTOS</p> <p>- DESENCARGAÇÃO</p> <p>- REMOÇÃO DE CAPACETES</p> <p>(Enfº Artur Bатуca) (TAE Brandão de Melo)</p>	<p>QUEIMADURAS E LESÕES AMBIENCIAIS</p> <p>(Enfº Artur Bатуca)</p>	
A L M O Ç O					
14, 30	<p>CORRECÇÃO DO TESTE (continuação)</p> <p>CASOS PRÁTICOS</p> <p>- ABORDAGEM DA VÍTIMA</p> <p>- DETECÇÃO E CORRECÇÃO DE PROBLEMAS</p> <p>(Enfª Isabel Marques) (Enfª Ana Cardão) (TAE Brandão de Melo)</p>	<p>AULA PRÁTICA</p> <p>- IMOBILIZAÇÕES</p> <p>- PENSOS</p> <p>- LIGADURAS</p> <p>(Enfª Isabel Marques) (Enfº Artur Bатуca) (Enfª Ana Cardão)</p>	<p>TEÓRICO-PRÁTICO</p> <p>- IMOBILIZAÇÕES DE FRACTURAS</p> <p>(Dr. Joaquim Galvão) (Enfº Artur Bатуca) (TAE Brandão de Melo)</p>	<p>AULA PRÁTICA</p> <p>- TRAUMATOLOGIA</p> <p>- R C R</p> <p>(Enfª Isabel Marques) (TAE Brandão de Melo) (TAE Fernando Pimenta)</p>	<p>CASOS PRÁTICOS</p> <p>- IMOBILIZAÇÕES</p> <p>- QUEIMADURAS</p> <p>(Enfª Isabel Marques) (Enfª Ana Cardão) (Enfº Artur Bатуca) (TAE Brandão de Melo)</p>
17, 30					

9,30	2ª FEIRA - 27.1.92	3ª FEIRA - 28.1.92	4ª FEIRA - 29.1.92	5ª FEIRA - 30.1.92	6ª FEIRA - 31.1.92
	VERBETES (TEÓRICO-PRÁTICO) (Dr. Marques Penha) (Enfª Isabel Marques)	TRANSPORTE ASSISTIDO DA VÍTIMA • COMUNICAÇÃO COM OS DEFICIENTES • ANSIEDADE DO TA • HIGIENE CÉLULA SANITÁRIA • UTILIZAÇÃO DOS SINAIS SONOROS • CONDUÇÃO (Enfª Ana Cardão) (TAEº Fernando Pimenta)	- VISITA CODU - VISITA CIAV (Dr. Joaquim Galvão) (Enfª Isabel Marques) TELECOMUNICAÇÕES	TESTE TEÓRICO FINAL (TAEº Brandão de Melo) (TAEº Fernando Pimenta) CORRECÇÃO DO TESTE (Enfª Isabel Marques)	CASOS PRÁTICOS SIMULAÇÕES DE SITUAÇÕES TRAUMÁTICAS (Enfª Ana Cardão) (Enfº Artur Batuca) (TAEº Brandão de Melo)

A L M O Ç O

14,30	CASOS PRÁTICOS PREENCHIMENTO DE VERBETES	CASOS PRÁTICOS PREENCHIMENTO DE VERBETES (Enfª Isabel Marques) (Enfª Ana Cardão) (TAEº Brandão de Melo)	PRÁTICAS - EXAME DA VÍTIMA - R C R (Enfª Ana Cardão) (TAEº Brandão de Melo) (TAEº Fernando Pimenta)	CORRECÇÃO DO TESTE (Continuação) CASOS PRÁTICOS SIMULAÇÕES DE SITUAÇÕES DE DOENÇA SÚBITA	- CASOS PRÁTICOS - R C R (Enfª Isabel Marques) (Enfº Artur Batuca) (TAEº Fernando Pimenta) DISTRIBUIÇÃO DOS ESTÁGIOS (Enfª Isabel Marques)
17,30	CASOS PRÁTICOS PREENCHIMENTO DE VERBETES (Dr. Marques Penha) (Enfª Isabel Marques)		REVISÕES (Enfª Isabel Marques)		

ANEXO II

Comprovativo da participação no Grande Prémio de Portugal – Fórmula 1



ANEXO III

**Declaração da participação na
Organização e Abertura do novo Serviço de Urgência do CHCR**



CENTRO HOSPITALAR
CALDAS DA RAINHA
DF
DEPARTAMENTO DE FORMAÇÃO

DECLARAÇÃO

A seu pedido e confirmado pela Sr^a Enf^a Chefe, para efeitos curriculares, se declara que a Sra. Enf^a ANA ISABEL RODRIGUES, participou na Organização e Abertura do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha, em 98/12/22.

Caldas da Rainha, 21 de Fevereiro de 2002

O Enfermeiro Coordenador do CAFPE

C.A.F.P.E.
CENTRO DE AÇÕES DE FORMAÇÃO
PERMANENTE EM ENFERMAGEM

José Manuel Figueiredo

ANEXO IV

**Declarações da realização dos Protocolos de Atuação na
Sala de Reanimação do Serviço de Urgência do CHCR**

DECLARAÇÃO

Serviço de Urgência

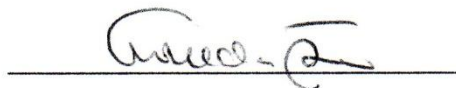
A seu pedido e para os devidos efeitos, se declara que a Sra. Enf^a ANA ISABEL RODRIGUES MARQUES, exercendo funções no Serviço de Urgência, elaborou o protocolo de actuação subordinado ao tema: AVALIAÇÃO DE UMA VITIMA DE ACIDENTE OU DOENÇA SUBITA, realizado em 30/10/98.

Caldas da Rainha, 1 de Setembro de 1999

A Enfermeira Chefe


Enfermeira Chefe

A Enfermeira Supervisora




DECLARAÇÃO

Serviço de Urgência

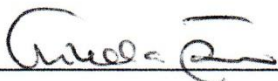
A seu pedido e para os devidos efeitos, se declara que a Sra. Enfª ANA ISABEL RODRIGUES MARQUES, exercendo funções no Serviço de Urgência, elaborou o protocolo de actuação subordinado ao tema: REANIMAÇÃO CARDIO-RESPIRATORIA, realizado em 15/11/98.

Caldas da Rainha, 1 de Setembro de 1999

A Enfermeira Chefe

MARIA EMÍLIA TELUDO E. V.


A Enfermeira Supervisora





DECLARAÇÃO

Serviço de Urgência

A seu pedido e para os devidos efeitos, se declara que a Sra. Enf^ª ANA ISABEL RODRIGUES MARQUES, exercendo funções no Serviço de Urgência, elaborou o protocolo de actuação subordinado ao tema: ENTUBAÇÃO ENDONTRAQUEAL, realizado em 30/11/98.

Caldas da Rainha, 1 de Setembro de 1999

A Enfermeira Chefe

MARIA EMÍLIA VELUDO F.
Maria Emília Veludo F.

A Enfermeira Supervisora

GRACINDA BEIRÃO V. DE ABREU
Gracinda Beirão V. de Abreu

DECLARAÇÃO

Serviço de Urgência

A seu pedido e para os devidos efeitos, se declara que a Sra. Enfª ANA ISABEL RODRIGUES MARQUES, exercendo funções no Serviço de Urgência, elaborou o protocolo de actuação subordinado ao tema: CRICOTIROMETRIA E VENTILAÇÃO PERCUTÂNEA TRANSTRAQUEAL; ENTUBAÇÃO ENDONTRAQUEAL, realizado em 15/12/98.

Caldas da Rainha, 1 de Setembro de 1999

A Enfermeira Chefe

MARIA EMÍLIA VELUDO F.
Enfermeira Chefe
Maria Emília Veludo Filip

A Enfermeira Supervisora

[Handwritten signature]

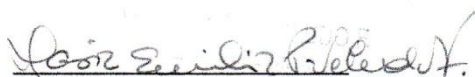
DECLARAÇÃO

Serviço de Urgência

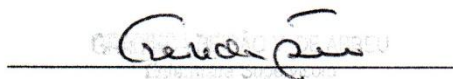
A seu pedido e para os devidos efeitos, se declara que a Sra. Enfª ANA ISABEL RODRIGUES MARQUES, exercendo funções no Serviço de Urgência, elaborou o protocolo de actuação subordinado ao tema: MONITORIZAÇÃO DOS PARAMETROS VITAIS, realizado em 30/1/99.

Caldas da Rainha, 1 de Setembro de 1999

A Enfermeira Chefe



A Enfermeira Supervisora




DECLARAÇÃO

Serviço de Urgência

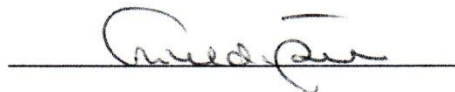
A seu pedido e para os devidos efeitos, se declara que a Sra. Enf^ª ANA ISABEL RODRIGUES MARQUES, exercendo funções no Serviço de Urgência, elaborou o protocolo de actuação subordinado ao tema: OXIMETRIA DE PULSO, realizado 16/2/99.

Caldas da Rainha, 1 de Setembro de 1999

A Enfermeira Chefe

MARIA EMÍLIA VELUDO E
Enfermeira Chefe


A Enfermeira Supervisora



DECLARAÇÃO

Serviço de Urgência

A seu pedido e para os devidos efeitos, se declara que a Sra. Enf^ª ANA ISABEL RODRIGUES MARQUES, exercendo funções no Serviço de Urgência, elaborou o protocolo de actuação subordinado ao tema: **MONITORIZAÇÃO CARDIACA**, realizado em 28/2/99.

Caldas da Rainha, 1 de Setembro de 1999

A Enfermeira Chefe

MARIA EMÍLIA VELUDO F.
Maria Emília Veludo Filip

A Enfermeira Supervisora

[Assinatura]

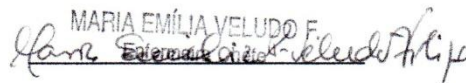
DECLARAÇÃO

Serviço de Urgência

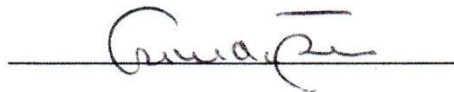
A seu pedido e para os devidos efeitos, se declara que a Sra. Enf^a ANA ISABEL RODRIGUES MARQUES, exercendo funções no Serviço de Urgência, elaborou o protocolo de actuação subordinado ao tema: DISRITMIAS CARDIACAS, realizado em 15/4/99.

Caldas da Rainha, 1 de Setembro de 1999

A Enfermeira Chefe

MARIA EMÍLIA VELUDO F.


A Enfermeira Supervisora





DECLARAÇÃO

Serviço de Urgência

A seu pedido e para os devidos efeitos, se declara que a Sra. En^{fa} **ANA ISABEL RODRIGUES MARQUES**, exercendo funções no Serviço de Urgência, elaborou o protocolo de actuação subordinado ao tema: **DEFIBRILHAÇÃO E CARDIOVERSÃO SINCRONIZADA** realizado em 15/5/99.

Caldas da Rainha, 1 de Setembro de 1999

A Enfermeira Chefe

MARIA EMÍLIA VELUDO F.
Enfermeira Chefe
Maria Emília Veludo F.

A Enfermeira Supervisora

GRACINDA REIS V. DE ABREU
Enfermeira Supervisora
Gracinda Reis V. de Abreu

ANEXO V

Certificados dos Trabalhos Elaborados/Apresentados

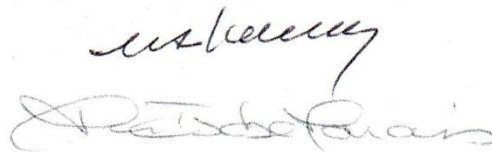
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL
DE SAÚDE DE LISBOA**

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que a Enfermeira ANA ISABEL RODRIGUES MARQUES SARAIVA, participou como formadora na Acção de Sensibilização em Emergência Médica em Suporte Básico e Suporte Avançado, que se realizou no Centro de Saúde de Mafra nos dias 23 e 24 de Fevereiro, para os Médicos e Enfermeiros do Centro de Saúde.

Mafra, 25 de Fevereiro de 1991

A Direcção
do Centro de Saúde de Mafra



SUORTE BÁSICO E AVANÇADO DE VIDA



Certificado

H. D. ALCOBAÇA - INEM

CERTIFICA-SE QUE: ANA ISABEL RODRIGUES MARQUES SARAIVA

PARTICIPOU NA ACÇÃO DE FORMAÇÃO SOBRE SUORTE BASICO E AVANÇADO DE VIDA, REALIZADA NO HOSPITAL DISTRITAL DE ALCOBAÇA, NOS DIAS 1 E 2 DE MARÇO DE 1991, COM DURAÇÃO DE 12 HORAS. COMO PRELECTORA

O PROGRAMA FREQUENTADO CONSTOU DE INTRODUÇÃO AO SIEM; EXAME DA VITIMA; R.C.R.; INTUBAÇÃO TRAQUEAL; DISRITMIAS CARDIACAS; SESSÕES PRÁTICAS ; R.C.R.; INTUBAÇÃO TRAQUEAL ; DISRITMIAS CARDIACAS.

ALCOBAÇA, 23 / 04 / 1991

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

[Handwritten signature]

H.D.L. GABINETE DE FORMACAO PERMANENTE MULTIDISCIPLINAR

**ACCAO DE SENSIBILIZACAO EM
EMERGENCIA MEDICA**

**(INTOXICACAO POR ORGANOFOSFORADOS
E REANIMACAO CARDIORESPIRATORIA)**

11. 12 E 13 DE ABRIL 1991

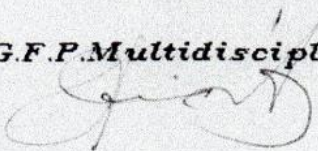
Por este meio se confirma que **ANA ISABEL RODRIGUES MARQUES**.....

SARIVA como prelectora.....

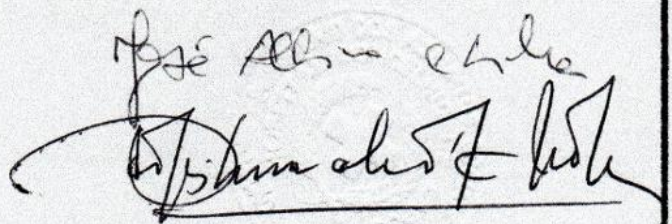
..... participou na actividade em epigrafe.
com a duração de 15 horas.-

Lagos, 13 de Abril de 1991.

P'lo G.F.P. Multidisciplinar



O Conselho de Administracao





1^{AS} JORNADAS DE
ENFERMAGEM INTENSIVA
SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS
23, 24 e 25 DE ABRIL DE 1992

C E R T I F I C A D O

Certifica-se, para os devidos efeitos,
que ANA ISABEL MARQUES
frequentou as **1as Jornadas de Enfermagem Intensiva**
da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, que
se realizaram de 23 a 25 de Abril, tendo participa-
do como prelector na mesa redonda sobre _____
O politraumatizado abordando o
tema "Cuidados pré-hospitalares
_____".

Porto, 25 de Abril de 1992

A Presidente das Jornadas

SOCIEDADE PORTUGUESA DE
CUIDADOS INTENSIVOS
Hospital _____
Alves
Associação Portuguesa de Cuidados Intensivos

URGÊNCIAS HOSPITALARES

23 JUNHO DE 2001



Centro Hospitalar das Caldas da Rainha
Direção do Serviço de Urgência

URGÊNCIA HOSPITALAR

Auditório do GAT – 23 de Junho de 2001, sábado – 9.00 h - 13.00 h

PROGRAMA

09.00 h. Palavras de introdução e boas vindas – Dr. António Curado

ABORDAGEM DO DOENTE POLITRAUMATIZADO

Moderador: Dr. Manuel Nobre

09.20 h. A emergência pré-hospitalar/VMER – Dr. Miguel Coelho

09.30 h. A avaliação pelo anestesista – Dra. Marla Chaves

09.40 h. A avaliação pelo cirurgião – Dra. Ágata Ferreira

09.50 h. O papel do enfermeiro – Enf.^a Anisabel Rodrigues

10.00 h. Discussão

10.30 h. INTERVALO

AVALIAÇÃO DE ALGUMAS PATOLOGIAS FREQUENTES

Moderador: Dr. Henrique Pinto

10.50 h. Avaliação do doente com dor torácica – Dra. Amélia Miragaia

11.00 h. Avaliação do doente com hemorragia digestiva – Dra. Ana Tomás

11.10 h. O que é urgente em ORL? – Dra. Ana Paula Branco

11.20 h. Discussão

DEBATE SOBRE A ORGANIZAÇÃO DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Moderador: Dr. António Curado

11.45 h. Actividade assistencial do Serviço de Urgência 2000 (estatística)
– Dr. Joaquim Urbano

11.55 h. 24 horas na urgência: dados estatísticos e avaliação subjectiva dos internos

Urgência geral – Dr. Serralva

Urgência pediátrica – Dr. Rodrigo

12.15 h. Algumas reflexões sobre a organização de um Serviço de Urgência
– Dr. Franço Gouveia (Presidente do INEM)

12.30 h. Discussão

O Encontro destina-se a médicos da carreira hospitalar e da clínica geral, e a enfermeiros exercendo actividade no Serviço de Urgências

A Direcção do Serviço de Urgência e a Direcção Clínica convidam o Exmo. Colega para um Encontro sobre Urgências Hospitalares a realizar no Auditório do GAT, pelas 9.00 h. do dia 23 de Junho de 2001.

Após a Reunião será servido um almoço (barbecue) no Restaurante S. Rafael.

Apoio da **Byk Portugal**



DECLARAÇÃO

DECLARA-SE QUE ANA ISABEL RODRIGUES MARQUES
FORMADORA
PARTICIPOU COMO ~~PRELECTOR~~ NA ACTIVIDADE CURSO TEÓRICO-PRÁTICO DE RESSUSCITAÇÃO CARDIO
PULMONAR NO ADULTO
QUE DECORREU DE 00 / 11 / 27 A 00 / 12 / 05
EM -- / -- / -- COM A DURAÇÃO DE 10 HORAS.

O TEMA VERSADO POR V. EXA. CONSTOU DE:

SUORTE BÁSICO DE VIDA

SUORTE AVANÇADO DE VIDA

. Intervenções de Enfermagem


RESSUSCITAÇÃO CARDIO - PULMONAR

. Sessões práticas

Caldas da Rainha, 05 de Janeiro de 2001

O Coordenador

Comissão Coordenadora do
Departamento de Formação


CENTRO DE ESTUDOS DE FORMAÇÃO
PERMANENTE EM ENFERMAGEM



CURSO TEÓRICO-PRÁTICO DE RESSUSCITAÇÃO CARDIO PULMONAR NO ADULTO

DIAS	HORAS	TEMAS	FORMADORES
27/11	14 – 16h	Abordagem clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Patologias diversas • Situações de choque 	Dr ^a Isabel Maldonado
	16 – 17h	Suporte básico de vida: <ul style="list-style-type: none"> • Intervenções de Enfermagem 	Enf ^ª Ana Isabel Marques Enf ^º João Gomes
28/11	14 – 16h	Abordagem clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorização hemodinâmica • Drogas de reanimação 	Dr ^a Adélia Miragaia
	16 – 17h	Suporte Avançado de vida: <ul style="list-style-type: none"> • Intervenções de Enfermagem 	Enf ^ª Ana Isabel Marques Enf ^º João Gomes
29/11	14 – 17h	Ressuscitação cardio – pulmonar: <ul style="list-style-type: none"> • Sessões práticas 	Enf ^ª Ana Isabel Marques Enf ^º João Gomes
30/11	14 – 17h	Ressuscitação cardio – pulmonar: <ul style="list-style-type: none"> • Sessões práticas 	Enf ^ª Ana Isabel Marques Enf ^º João Gomes
4/12	14 – 16h	Ressuscitação cardio – pulmonar: <ul style="list-style-type: none"> • Sessões práticas 	Enf ^ª Ana Isabel Marques Enf ^º João Gomes
	16 – 17h	Ventilação Assistida: <ul style="list-style-type: none"> • Bases teóricas • Material básico 	Dr ^a Marla Chaves
5/12	14 – 17h	Ventilação Assistida: <ul style="list-style-type: none"> • Modalidades Ventilatórias • Características dos ventiladores • Sedação/Curarização • Intubação Endotraqueal 	Dr ^a Marla Chaves

CENTRO HOSPITALAR DAS CALDAS DA RAINHA

DEPARTAMENTO



FORMAÇÃO

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara, que ANA ISABEL RODRIGUES MARQUES, participou como Formadora, na Formação em Serviço sobre "A PERTINÊNCIA DA VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO NO SISTEMA INTEGRADO DE EMERGÊNCIA MÉDICA", do Serviço de Urgência, que se realizou no dia 21 de Maio de 2002, com a duração de 2 horas.

Caldas da Rainha, 17 de Fevereiro de 2003

A Comissão Coordenadora do DF



ANEXO VI

**Declaração da Integração na Equipa da VMER
do Centro Hospitalar de Caldas da Rainha**



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que a Exma. Senhora Enfermeira Graduada Ana Isabel Rodrigues Marques integrou a equipa da VMER do Centro Hospitalar de Caldas da Rainha de 15 de Maio a 31 de Outubro de 2002.

Durante este período desempenhou as suas funções com elevado nível técnico, empenho e grande espírito de equipa.

Caldas da Rainha, 30 de Junho de 2010

Joaquim Carmo Lincho Urbano
Coordenador Médico da VMER

ANEXO VII

**Certificados comprovativos de participação, como Formanda,
Em Atividades de Formação**



1^{as} JORNADAS DE ACTUALIZAÇÃO CARDIOLÓGICA

para enfermeiros e técnicos cardiopneumografistas

CERTIFICADO

A Sociedade Portuguesa de Cardiologia

CERTIFICA QUE

ANA ISABEL MARQUES SARAIVA

participou nas 1^{as} JORNADAS DE ACTUALIZAÇÃO CARDIOLÓGICA para enfermeiros e técnicos cardiopneumografistas.

22. NOVEMBRO. 1986

o Secretário-Geral da SPC

Luís António Pereira

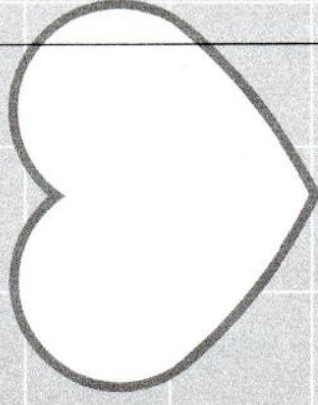
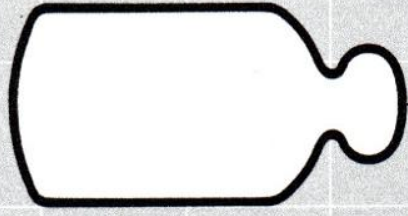
O Coordenador

Salvador Sepúlveda Almeida

O Presidente da SPC

Salvador Sepúlveda Almeida

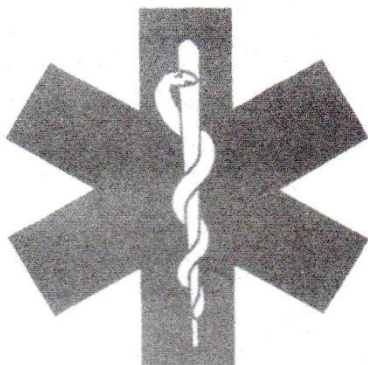
Colaboração CIBA—GEIGY



S.  R.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA



CERTIFICADO

CERTIFICA-SE QUE ANA ISABEL MARQUES

PARTICIPOU NAS 2^{as} JORNADAS DE EMERGÊNCIA MÉDICA

REALIZADAS EM LISBOA NA FIL / CONGRESSOS

NOS DIAS 5, 6 e 7 DE DEZEMBRO DE 1990.

O PRESIDENTE DAS JORNADAS



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Declara-se para os devidos efeitos que Ana Isabel
Rodrigues M. Saraiva esteve presente nas
seguintes sessões de formação:

- O Método Autobiográfico - Christine Josso (14 Out.)
- A Análise de Necessidades em Formação - Dr. António Lopes (15 Out.)

Lisboa, 15 de Outubro de 1991

P
O DIRECTOR DO C.F.A.P.

CENTRO DE FORMAÇÃO
E APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL
Av. Miguel Bombarda, 6 - 1000 LISBOA
Tels. 01 47 59 54 4 / 76 - 1000 LISBOA

RUI MANUEL GUERRA
Técnico Superior

1.^{AS} JORNADAS DE ENFERMAGEM INTENSIVA

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS

DIPLOMA

Nome ANA ISABEL MARQUES

*participou nas 1.^{AS} JORNADAS DE ENFERMAGEM INTENSIVA, realizadas em
23, 24 e 25 de Abril de 1992, no Hotel Sheraton, Porto.*

TEMAS ABORDADOS

- A CRIANÇA EM CUIDADOS INTENSIVOS
- O POLITRAUMATIZADO
- PÓS-OPERATÓRIO DE GRANDE CIRURGIA
- TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS
- RELACIONAMENTO COM O DOENTE DE ALTO RISCO
- GESTÃO DE CUIDADOS. QUE QUALIDADE?
- ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM CUIDADOS INTENSIVOS
- NOVAS TECNOLOGIAS EM CUIDADOS INTENSIVOS
- APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS DE INVESTIGAÇÃO

Porto, 25 de Abril de 1992.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE
CUIDADOS INTENSIVOS

Associação para a Prática da Enfermagem em Cuidados Intensivos

Associação para a Prática da Enfermagem em Cuidados Intensivos

Associação para a Prática da Enfermagem em Cuidados Intensivos

Associação para a Prática da Enfermagem em Cuidados Intensivos

Flávia Mendes

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS



1^{as} Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência

Centro Hospitalar das Caldas da Rainha

Presente, Rumo ao Futuro

CERTIFICADO

Declara-se que o(a) Sr.(a) Enfermeiro(a) ANA ISABEL RODRIGUES MARQUES

frequentou as 1.^{as} Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha, realizadas no Salão Expoeste - Caldas da Rainha - em 25 e 26 de Janeiro de 1996, com a duração de 14 horas.

Conteúdo do Programa:

- O Enfermeiro perante o doente com dor no S. U.;
- Ética, formação e responsabilidade (face ao cuidar do corpo);
- Triagem na urgência pediátrica - organização do S.U.;
- A comunicação na humanização do exercício da enfermagem;
- Urgências psiquiátricas;
- O enfermeiro no S.U. - Profissional em risco permanente;
- Diagnósticos de Enfermagem em debate.

Comissão Organizadora

C.A.F.P.E.
Centro de Acção de Formação
Permanente em Enfermagem

Conselho de Administração

Yoniz Emilio P. ...

...

...



II ENCONTRO DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS INTENSIVOS

DIPLOMA

Certifica-se que SR^a ENF^a ANA ISABEL RODRIGUES MARQUES

Participou no II Encontro de Enfermagem em Cuidados Intensivos do Hospital
S. Bernardo - Setúbal, em 10 e 11 de Outubro de 1996.

Setúbal, 11 de Outubro de 1996

A Comissão Organizadora

Vers. Sa. 17



3.^{AS} JORNADAS NACIONAIS DE EMERGÊNCIA

BOMBEIROS VOLUNTÁRIOS DE ALGUEIRÃO - MEM MARTINS

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Sr.(a) ANA ISABEL RODRIGUES MARQUES

participou nas 3.^{as} Jornadas Nacionais de Emergência, realizadas pelo Serviço de Saúde da Associação dos Bombeiros Voluntários de Algueirão-Mem Martins, nos dias 1, 2 e 3 de Novembro de 1996. Conteúdo Programático: Os Recursos Humanos em Emergência; Coma Diabético; Avanços da Imagiologia em Emergência; Transporte de Doentes e Sinistrados; Abordagem do Traumatizado Vertebro-Medular; O Serviço de Saúde nos Bombeiros do Futuro; Estado de Choque; Abordagem do Doente Epiléptico; Corpos Estranhos no Tubo Digestivo; Abordagem da Criança Politraumatizada; Trabalho de Parto no Pré-Hospitalar; O Doente Oncológico; Progresso dos Cuidados de Emergência no Pré-Hospitalar; O Doente Potencialmente Suicida; Centro de Informações Antivenenos; Ressuscitação Cardio-Respiratória - Novas Formas de Actuar.

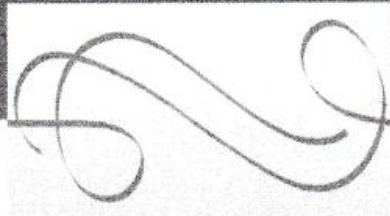
Bicesse, 3 de Novembro de 1996

A Direcção

A Comissão
Organizadora

O Comando

A Comissão
Científica



 **II Jornadas
Médico-Cardiológicas
do Centro Hospitalar
das Caldas da Rainha**

DIPLOMA

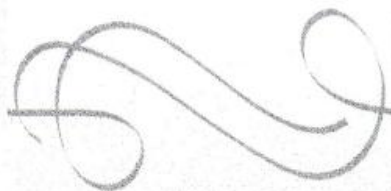
Certifica-se que o/a Exmo.(a) Sr.(a) Dr.(a)

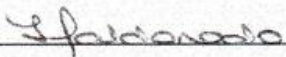
ANA ISABEL RODRIGUES MARQUES

participou nas II Jornadas Médico-Cardiológicas
do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha,
que se realizaram no dia 22 de Novembro de 1996.

O Secretariado

Caldas da Rainha,
22 de Novembro de 1996







FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO MÉDICA

Para os devidos efeitos certifica-se que

Ana Isabel Marques

participou no curso

Enfermagem 99

na qualidade de

Assistente

Participou ainda no(s) seguinte(s) curso(s) prático(s) ou teórico-práticos:

Simpósio de Emergência Médica; Assistiu ainda ao curso 'Emergência e Catástrofe'

Estes cursos realizaram-se em Lisboa, no Centro Cultural de Belém, de 5 a 7 de Março de 1999

DIRECTOR DO DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO MÉDICA

PROF. DOUTOR J. GOMES PEDRO

COMISSÃO ORGANIZADORA

DR. LUCINDO ORMONDE

DR. J. FIGUEIREDO DE LIMA

1^{as} Jornadas de Enfermagem Unidade de Cuidados Intensivos



Certificado

Certifica-se que Ana Isabel Rodrigues Marques participou nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem" organizadas pela Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Stº André - Leiria, subordinadas ao tema "Perspectivas de Suporte da Vida", realizadas no dia 21 de Janeiro de 2000.

Receber; Cuidar; Encaminhar
Doente Coronário: abordagem psico social

Suporte Ventilatório
Abordagem psico fisiológica

O Doente em Estado Crítico
Suporte de vida

Leiria, 21 de Janeiro de 2000
A Comissão Organizadora






Ayuntamiento de Madrid
Área de Salud y Consumo

DIPLOMA

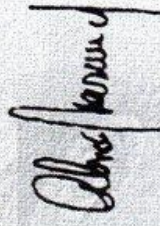
D./D^a. Ana Isabel Rodrigues Marques

ha participado en las "X Jornadas Municipales Sobre Catástrofes", "VII Simposium Internacional de Sistemas de Emergencia Urbana y "V Encuentro de Cuerpos de Voluntarios de Protección Civil", organizados por SAMUR - PROTECCION CIVIL "Villa de Madrid" y celebrados en Madrid los días 18, 19 y 20 de Mayo de 2001, con una duración de 20 horas.


Madrid, 20 de Mayo de 2001


Dr. Simón Vinals Pérez
CONCEJAL DELEGADO
DEL ÁREA DE SALUD Y CONSUMO




José M^o Alvarez del Manzano
y López del Hierro
ALCALDE PRESIDENTE


Dr. José Luis Citaranz Vaquero
Jefe del Departamento
SAMUR - PROTECCION CIVIL


Dr. Angel Gómez-Mascaraque
Director de Servicios
DE HIGIENE Y SALUD PUBLICA

Reconocido Interes Semititular por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Reconocido Interes Sanitario por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid
Declarado de Interes General para Protección Civil por la Delegación del Gobierno en Madrid. Avel otorgado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (n^o de registro 193)

ANEXO VIII

Documento comprovativo da frequência do Diploma DEGESTUS

Diploma de Especialização

Certifico que Ana Isabel Rodrigues Marques concluiu o Diploma de Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, de 128 horas de aulas presenciais e 30 horas de e-learning, com a classificação de 19 valores.

Oeiras, 13 de Outubro de 2010

O Presidente do Conselho Directivo



Francisco Ramos

PROGRAMA

MÓDULO INTRODUTÓRIO

- Apresentação do Curso
- O Contexto Complexo e as Dinâmicas dos Sistemas de Gestão na Saúde
- Conceito de Integração horizontal e vertical de cuidados de saúde (Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde, ACES, etc.); vantagens e desvantagens; factores críticos de sucesso/insucesso
- Governação, Unidades orgânicas e Centros de responsabilidade

MÓDULO A

- Gestão do processo de mudança, liderança e comportamento organizacional –
 - Liderança e Motivação
 - Gestão de recursos humanos (Enfermagem, Medicina, etc.); processos de trabalho - análise de fluxos; satisfação dos clientes e colaboradores; impactos na envolvente e indicadores de controlo de gestão. SIADAP de Enfermagem

MÓDULO B

- Gestão, organização, planeamento e avaliação de projectos –
 - Modelos de Gestão e Estratégia em Saúde e Metodologias de Gestão de Projectos (PMI)
 - Desenvolvimento de Gestão de Projectos (PMI)

MÓDULO C

- Qualidade e Governação Clínica –
 - Qualidade e Segurança do Paciente
 - Governação Clínica, Auditorias e Classificação de Cuidados e de Doentes

MÓDULO D

- Gestão de Recursos Económico-Financeiros –
 - Recursos Económico-Financeiros / Contratualização
 - Boas Práticas de Gestão Económico Financeira na Saúde

MÓDULO E

- Compras e Logística Hospitalar –
 - Logística na Saúde
 - Tipos de Contratos, Concursos e Modelos de Procurement

MÓDULO F

- Gestão e Sistemas da informação. Teoria da decisão em saúde –
 - Desenvolvimento de Sistemas de Informação de Enfermagem
 - Teoria da Decisão e Negociação nas organizações de saúde

MÓDULO G

- Projecto e Seminários –
 - Apresentação Intermédia dos Projectos
 - Economia e políticas da Saúde
 - Direito em Saúde e regimes contratuais
 - Apresentação Final dos Trabalhos

ANEXO IX
Indicadores Críticos e Fichas de Avaliação Inicial

Estudo de validação de Indicadores Críticos

Hospital _____ Serviço de Internamento _____ Data de Internamento ____/____/____

Admissão: Programada Urgência Transferência Data da Triagem ____/____/____

Nome do Doente _____ Profissão _____

Idade _____ Data de Nascimento ____/____/____ Estado Civil _____

Residência _____ Concelho _____

NT de Admissões Anteriores _____ Data da Última Admissão ____/____/____

Pessoa a Contactar _____ Parentesco _____

Residência _____ Telefone _____

<p>Doente c/ idade > 75 anos <input type="checkbox"/></p> <p>Doente que vive só <input type="checkbox"/></p> <p>Doente transferido de outra instituição:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Centro de Saúde <input type="checkbox"/> Lar/Asilo <p>Doente que vive fora do concelho do Hospital <input type="checkbox"/></p> <p>Situação profissional do doente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Reformado <input type="checkbox"/> Sem profissão <p>Doente admitido por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Violação <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Problemas com incesto <p>Doente com admissões frequentes <input type="checkbox"/></p> <p>Doente com ambiente familiar problemático:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Famílias economicamente débeis <input type="checkbox"/> Famílias negligentes <input type="checkbox"/> Falta de condições sociais <input type="checkbox"/> Falta de condições psicológicas <p>Sinais de haver rejeição familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Doente sem visitas <input type="checkbox"/> Doente com visitas esporádicas <input type="checkbox"/> Doente abandonado <input type="checkbox"/> Doente vítima de maus tratos <p>Ausência ou desconhecimento do reduto familiar <input type="checkbox"/></p> <p>Doente responsável pelo seu agregado familiar <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas comportamentais <input type="checkbox"/></p> <p>Situações ou estados que perspectivam incapacidades físicas ou mentais <input type="checkbox"/></p> <p>Doente em estado terminal <input type="checkbox"/></p> <p>Doente que necessita de assistência de enfermagem no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>Doente que necessita de transf.p/outras instituições</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Centro de Saúde <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Centro Especializado <input type="checkbox"/> Lar/Asilo <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____ 	<p style="text-align: center;"><u>Diagnósticos/Situações Críticas</u></p> <p>Paraplégicos <input type="checkbox"/></p> <p>Tetraplégicos <input type="checkbox"/></p> <p>Hemiplégicos <input type="checkbox"/></p> <p>Doença Pulmonar crónica obstrutiva <input type="checkbox"/></p> <p>Escaras do Decúbito <input type="checkbox"/></p> <p>Amputados <input type="checkbox"/></p> <p>Doenças do foro psiquiátrico <input type="checkbox"/></p> <p>Cancro avançado <input type="checkbox"/></p> <p>Demência senil ou aterosclerótica <input type="checkbox"/></p> <p>Acidentes vasculares cerebrais <input type="checkbox"/></p> <p>Grandes queimados <input type="checkbox"/></p> <p>Alcoolismo crónico <input type="checkbox"/></p> <p>Diabetes melitus <input type="checkbox"/></p> <p>Insuficiência cardíaca congestiva <input type="checkbox"/></p> <p>Colostomizados <input type="checkbox"/></p> <p>Desidratação. Mau estado geral <input type="checkbox"/></p> <p>Fracturas múltiplas <input type="checkbox"/></p> <p>Insuficiência renal crónica <input type="checkbox"/></p> <p>Dependentes de droga <input type="checkbox"/></p> <p>Diminuição grave da visão <input type="checkbox"/></p> <p>Reumatismos <input type="checkbox"/></p> <p>Doenças oncológicas <input type="checkbox"/></p> <p>Traqueostomizados <input type="checkbox"/></p> <p>Doentes em coma <input type="checkbox"/></p> <p>Algália permanente <input type="checkbox"/></p> <p>Tuberculose pulmonar <input type="checkbox"/></p> <p>Fracturas dos membros inferiores <input type="checkbox"/></p> <p>Vasculopatia periférica <input type="checkbox"/></p> <p>Artrite reumatóide <input type="checkbox"/></p> <p>Fractura complicada (osteomielite) <input type="checkbox"/></p> <p>Cirrose hepática <input type="checkbox"/></p> <p>Doentes do foro neurológico <input type="checkbox"/></p> <p>Enfarte do miocárdio <input type="checkbox"/></p> <p>Doenças inflamatórias do intestino <input type="checkbox"/></p> <p>Síndrome do intestino curto <input type="checkbox"/></p> <p>Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Responsável p/a Triagem: Enfa _____ A. Social _____

Doente Problemático? SIM NÃO

H. D. E.

PLANEAMENTO ALTA (Ind. Críticos)

SERVIÇO _____

ENFER _____

CAMA _____

PROC. CLINICO _____

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 1 - <input type="checkbox"/> - Idade | 1 - <input type="checkbox"/> - Acidente Vascular Cerebral |
| 2 - <input type="checkbox"/> - Vive só | 2 - <input type="checkbox"/> - Demência senil ou arteriosclerótica |
| 3 - <input type="checkbox"/> - Transf.de outra Instituição | 3 - <input type="checkbox"/> - Alcoolismo crónico |
| 4 - <input type="checkbox"/> - Vive fora do Conc.do Hospital | 4 - <input type="checkbox"/> - Diabetes mellitus |
| 5 - <input type="checkbox"/> - Sit.prof.indicadora de probl. | 5 - <input type="checkbox"/> - Colostomizada |
| 6 - <input type="checkbox"/> - Adm.por tent.suicídio/agressão | 6 - <input type="checkbox"/> - Desidratação.Mau estado geral |
| 7 - <input type="checkbox"/> - Admissões frequentes | 7 - <input type="checkbox"/> - Insuficiência renal crónica |
| 8 - <input type="checkbox"/> - Famílias económica/débeis | 8 - <input type="checkbox"/> - Dependentes de droga |
| 9 - <input type="checkbox"/> - Famílias negligentes | 9 - <input type="checkbox"/> - Reumatismos |
| 10 - <input type="checkbox"/> - Falta de cond. sociais | 10 - <input type="checkbox"/> - Doenças oncológicas |
| 11 - <input type="checkbox"/> - Falta de cond.psicológicas | 11 - <input type="checkbox"/> - Doentes em coma |
| 12 - <input type="checkbox"/> - Doente sem/ou visita esporádica | 12 - <input type="checkbox"/> - Algália permanente |
| 13 - <input type="checkbox"/> - Doente abandonado | 13 - <input type="checkbox"/> - Artrite reumatóide |
| 14 - <input type="checkbox"/> - Vítima de maus tratos | 14 - <input type="checkbox"/> - Cirrose hepática |
| 15 - <input type="checkbox"/> - Resp.por cuidados à família | 15 - <input type="checkbox"/> - Doentes do foro neurológico |
| 16 - <input type="checkbox"/> - Problemas comportamentais | 16 - <input type="checkbox"/> - Outro. Qual _____ |
| 17 - <input type="checkbox"/> - Prespect.de incap.física/mental | 17 - <input type="checkbox"/> - _____ |
| 18 - <input type="checkbox"/> - Doente em estado terminal | |
| 19 - <input type="checkbox"/> - Necessita assist.enf.domicílio | |
| 20 - <input type="checkbox"/> - A transf. para outra inst. | |

Doente problemático

Sim

Não

Médico _____

Enfermeira _____

A. Social _____

C.H.C.R.

PLANEAMENTO DE ALTAS/CONTINUIDADE DE CUIDADOS

NOME _____	Nº PROC. _____	DATA DE ADMISSÃO ___/___/___
MORADA _____		SERVIÇO _____ CAMA _____
TELEFONES _____	Nº BENEF. _____	MÉDICO DE FAMÍLIA _____
IDADE _____	EST. CIVIL _____	PROFISSÃO _____
		CENTRO DE SAÚDE _____

A PREENCHER PELA EQUIPA FUNCIONAL (NAS PRIMEIRAS 48 HORAS APÓS O INTERNAMENTO)

<input type="checkbox"/> Idade > 75 anos <input type="checkbox"/> Transferido de outra instituição <input type="checkbox"/> Admissões frequentes <input type="checkbox"/> Situações que perspectivam incapacidade física e/ou mental <input type="checkbox"/> Admitido por tentativa de suicídio, violação ou agressão <input type="checkbox"/> Vítima de maus tratos <input type="checkbox"/> Era dependente/incapacitado antes do internamento	<input type="checkbox"/> Lesões cutâneas (escaras, úlceras de pressão) <input type="checkbox"/> Tinha assistência de enfermagem no domicílio <input type="checkbox"/> Problemas comportamentais <input type="checkbox"/> Responsável pela prestação de cuidados a terceiros <input type="checkbox"/> Sem visitas <input type="checkbox"/> Com visitas esporádicas <input type="checkbox"/> Vive só <input type="checkbox"/> Famílias negligentes	<input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Ambiente familiar problemático <input type="checkbox"/> Fracos recursos económicos <input type="checkbox"/> Deficientes condições habitacionais <input type="checkbox"/> Situação profissional indicadora de problemas <input type="checkbox"/> Necesita de ser transferido para outra instituição <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A PREENCHER ASSIM QUE POSSÍVEL

A PREENCHER PELO MÉDICO	A PREENCHER PELO ENFERMEIRO	A PREENCHER PELO ASSISTENTE SOCIAL
Diagnóstico Clínico _____	Previsibilidade de cuidados de enfermagem após a alta clínica:	Contactada:
Previsão da alta clínica ___/___/___	<input type="checkbox"/> Penso cirurgico	a família e/ou afins <input type="checkbox"/> ___/___/___
Possíveis limitações que após a alta alterem as suas actividades de vida diária:	<input type="checkbox"/> Escaras	o utente <input type="checkbox"/> ___/___/___
_____	<input type="checkbox"/> Algiação	Com quem vive? _____
_____	<input type="checkbox"/> Intubação naso-gástrica	_____
_____	<input type="checkbox"/> Ostomias	Quem o apoiará após a alta? _____
_____	<input type="checkbox"/> _____	_____
Pedida a colaboração do Serviço Social <input type="checkbox"/> Data ___/___/___	A.V.D. afectadas:	Diagnóstico social
Motivo _____	_____	_____
Necessita de prescrição de ajudas técnicas <input type="checkbox"/>	Necessita de ensino/ cuidados mais diferenciados <input type="checkbox"/>	_____
Qual _____	_____	Assegurada a continuidade de cuidados do ponto de vista do Serviço Social <input type="checkbox"/>
Assinatura _____	Ensinado realizado <input type="checkbox"/> Data ___/___/___	Data ___/___/___
	A quem _____	Assinatura _____
	Assinatura _____	

C.H.C.R

PROGRAMAÇÃO DE ALTA/CONTINUIDADE DE CUIDADOS

	DATA DE ADMISSÃO ___ / ___ / ___ SERVIÇO _____ CAMA _____ DATA DA ALTA ___ / ___ / ___ MÉDICO DE FAMÍLIA _____ CENTRO DE SAÚDE _____
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A PREENCHER PELA EQUIPA FUNCIONAL (NAS PRIMEIRAS 48 HORAS APÓS O INTERNAMENTO)		
<input type="checkbox"/> Admissões frequentes <input type="checkbox"/> Situações que perspectivam incapacidade física e/ou mental <input type="checkbox"/> Admitido por tentativa de suicídio, violação, agressão ou probabilidade de incesto <input type="checkbox"/> Falta de condições psicológicas <input type="checkbox"/> Vitima de maus tratos <input type="checkbox"/> Problemas comportamentais <input type="checkbox"/> Estado terminal <input type="checkbox"/> Era dependente/incapacitado antes do internamento	<input type="checkbox"/> Idade > 75 anos <input type="checkbox"/> Transferido de outra instituição <input type="checkbox"/> Sem visitas <input type="checkbox"/> Com visitas esporádicas <input type="checkbox"/> Tinha assistência de enfermagem no domicílio <input type="checkbox"/> Famílias negligentes <input type="checkbox"/> Necessita de ser transferido para outra instituição <input type="checkbox"/> Responsável pela prestação de cuidados a terceiros <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Vive só <input type="checkbox"/> Situação profissional indicadora de problemas <input type="checkbox"/> Ambiente familiar problemático <input type="checkbox"/> Fracos recursos económicos <input type="checkbox"/> Falta de condições habitacionais <input type="checkbox"/> Sinais de haver rejeição familiar <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

A PREENCHER ASSIM QUE POSSÍVEL

A PREENCHER PELO MÉDICO	A PREENCHER PELO ENFERMEIRO	A PREENCHER PELO ASSISTENTE SOCIAL
Diagnóstico Clínico _____ Previsão da alta clínica ___ / ___ / ___ Possíveis limitações que após a alta alterem as suas actividades de vida diária: Temporárias <input type="checkbox"/> Definitivas <input type="checkbox"/> _____ Necessita de prescrição de ajudas técnicas <input type="checkbox"/> Qual _____ _____ Assinatura _____	Previsibilidade de cuidados de enfermagem após a alta clínica _____ _____ _____ _____ Necessidade de ensino a familiares <input type="checkbox"/> Qual _____ _____ _____ Realizado a ___ / ___ / ___ A quem _____ _____ Assinatura _____	Contactada a família e/ou afins <input type="checkbox"/> _____ Data ___ / ___ / ___ Diagnóstico social _____ _____ _____ Assegurada a continuidade de cuidados do ponto de vista social <input type="checkbox"/> Data ___ / ___ / ___ Quem o apoiará após a alta? _____ _____ _____ Onde? _____ Assinatura _____

A PREENCHER PELA EQUIPA FUNCIONAL QUANDO DA ALTA

TIPOS DE SOLUÇÃO	ADEQUADA	EFFECTUADA	OBSERVAÇÕES
1-DOMICILIO ANTERIOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2-DOMICILIO DE FAMILIARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-LAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.1-OFICIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2-PARTICULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2.1-COM SUBSIDIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2.2-SEM SUBSIDIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4-INSTITUIÇÃO MENOS DIFERENCIADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5-FREQUÊNCIA DE CENTRO DE DIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6-OUTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7-MEIOS COMPLEMENTARES DE AJUDA			
7.1-CAMA ARTICULADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.2-CADEIRA DE RODAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.3-SACOS DE OSTOMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.4-CANADIANAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.5-OXIGÉNIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.6-OUTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8-TIPOS DE APOIO	C. SAUDE DOMIC	C. SAUDE DOMIC	
8.1-CUIDADOS MÉDICOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.2-CUIDADOS DE ENFERMAGEM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.3-CUIDADOS DE FISIOTERAPIA	INTERN. AMBUL.	INTERN. AMBUL.	
8.4-CUIDADOS DOMÉSTICOS TEMPO PARCIAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.4.1-ALIMENTARES	S.D. FAM. OUT.	S.D. FAM. OUT.	
8.4.2-HIGIENE PESSOAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.4.3-ARRUMAÇÃO DA CASA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.5-CUIDADOS DOMÉSTICOS TEMPO INTEIRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.6-APOIO ECONÓMICO/SEG. SOCIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.7-OUTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9-ENSINO ESPECIFICO AO DOENTE E/OU FAMILIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10-CONSULTA			
10.1-PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.2-FISIATRIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.3-OUTRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CAUSAS DA NÃO IMPLEMENTAÇÃO DA SOLUÇÃO ADEQUADA

1-INEXISTÊNCIA DE ESTRUTURAS	<input type="checkbox"/>	4-OUTRAS	<input type="checkbox"/>	_____
2-ESTRUTURAS SATURADAS	<input type="checkbox"/>			_____
3-FALTA ACEITAÇÃO DOENTE E/OU FAMÍLIA	<input type="checkbox"/>			_____



**HOSPITAL
DE
PULIDO VALENTE**

SERVIÇO: _____

SALA: _____ CAMA: _____

COLHEITA DE DADOS - ENFERMAGEM

NOME: _____ IDADE _____

GOSTA DE SER CHAMADO POR: _____

DATA: ____/____/____ URGÊNCIA CONSULTA TRANSF.

MOTIVO DE INTERNAMENTO: _____

INDICADORES SOCIAIS

ADMISSÕES FREQUENTES	<input type="checkbox"/>	VIVE SÓ	<input type="checkbox"/>
SITUAÇÕES QUE PRESPECTIVAM	<input type="checkbox"/>	SITUAÇÃO PROFISSIONAL INDICADORA	<input type="checkbox"/>
INCAPACIDADE FÍSICA E/OU MENTAL	<input type="checkbox"/>	DE PROBLEMAS	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS	<input type="checkbox"/>	AMBIENTE FAMILIAR PROBLEMÁTICO	<input type="checkbox"/>
ESTADO TERMINAL	<input type="checkbox"/>	SINAIS DE REJEIÇÃO	<input type="checkbox"/>
ERA DEPENDENTE/INCAPACITADO	<input type="checkbox"/>	FAMILIAR / ABANDONO	<input type="checkbox"/>
ANTES DO INTERNAMENTO	<input type="checkbox"/>	RESPONSÁVEL PELA PRESTAÇÃO DE	<input type="checkbox"/>
SEM VISITAS/VISITAS ESPORÁDICAS	<input type="checkbox"/>	CUIDADOS A TERCEIROS	<input type="checkbox"/>

OBS.: _____

COMUNICAÇÃO

AUDIÇÃO:	NORMAL <input type="checkbox"/>	DIMINUÍDA <input type="checkbox"/>	NULA <input type="checkbox"/>	PRÓTESE: _____
VISÃO:	NORMAL <input type="checkbox"/>	DIMINUÍDA <input type="checkbox"/>	NULA <input type="checkbox"/>	PRÓTESE: _____
FALA:	NORMAL <input type="checkbox"/>	DISARTRIA <input type="checkbox"/>	AFASIA <input type="checkbox"/>	

ESTADO EMOCIONAL

CALMO ANSIOSO AGRESSIVO APÁTICO DEPRIMIDO

AGITADO LABILIDADE EMOCIONAL OBS.: _____

GRAU INSTRUÇÃO: _____ SABE: LER ESCREVER

DESEJA ASSISTÊNCIA RELIGIOSA: S N QUAL: _____

ESTADO CONSCIÊNCIA

CONSCIENTE	<input type="checkbox"/>	ORIENTAÇÃO:	
OBNUBILADO	<input type="checkbox"/>	ORIENTAÇÃO ESPACIAL	<input type="checkbox"/>
SONOLENTO	<input type="checkbox"/>	ORIENTAÇÃO TEMPORAL	<input type="checkbox"/>
INCONSCIENTE	<input type="checkbox"/>		

MOBILIZAÇÃO / LOCOMOÇÃO

SEM ALTERAÇÕES ACAMADO DESDE: _____

LIMITAÇÃO: MOBILIZAÇÃO NO LEITO LEVANTAR-SE

ANDAR DEITAR-SE

OBS.: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

DOENÇAS _____

MEDICAÇÃO QUE TOMAVA _____

ALERGIAS _____

INTERNAMENTO ANTERIOR

 S N**PELE / MUCOSAS**ROSADA HIDRATADA ICTÉRICA PÁLIDA SECA CIANOSADA _____

ALTERAÇÕES DA INTEGRIDADE CUTÂNEA

 S N

QUAIS/LOCALIZAÇÃO: _____

RESPIRAÇÃOEUPNEICO DIFICULDADE RESPIRATÓRIA DISPNEIA NECESSITA APOIO RESPIRATÓRIO

QUAL? _____

TOSSE EXPECTORAÇÃO

CARACTERÍSTICAS _____

CIANOSE

LOCALIZAÇÃO _____

FUMADOR

CIG/DIA _____

DESDE HÁ _____

ANOS

CIRCULAÇÃO

PULSO _____/min.

CARACTERÍSTICAS _____

TA _____/_____

mmHg

EDEMAS

LOCALIZAÇÃO _____

VARIZES

LOCALIZAÇÃO _____

NUTRIÇÃO

PESO _____

Kg

ALTURA _____

cm

HÁBITOS ALCOÓLICOS S

 N

QUAIS _____

Nº REFEIÇÕES/DIA _____

NECESSITA AJUDA

TIPO _____

VIA ORAL SNG

ALIMENTOS QUE NÃO GOSTA/INTOLERÂNCIA _____

ELIMINAÇÃO

VESICAL: CARACTERÍSTICAS DA URINA _____

CONTINENTE INCONTINENTE ESFORÇO PERMANENTE ALGALIADO

DESDE ____/____/____

DERIVAÇÃO URINÁRIA

OBS.: _____

INTESTINAL:

Nº. DEJEÇÕES/DIA _____

CARACTERÍSTICAS: _____

CONTINENTE INCONTINENTE

DESDE _____

OBS.: _____

ANEXO X

**Documentos utilizados pela Unidade de Cuidados Continuados
do Montepio Rainha D. Leonor**



ADMISSÃO

PROCESSO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Nome Preferencial: _____

Idade: _____ Data de Nascimento ____/____/____ (dd/mm/aaaa) Estado Civil _____

Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____ Entidade Financeira: _____

Nome da Pessoa Significativa: _____

Parentesco: _____ Contacto Telefónico: _____

DADOS DE ADMISSÃO

Data Admissão: ____/____/____/ Hora ____:____ Médico Responsável _____

Proveniência: _____

Diagnóstico Clínico/Motivo Internamento: _____

Antecedentes Pessoais: _____

Medicação Habitual: _____

OBJECTIVOS DO INTERNAMENTO: _____

SINAIS VITAIS

Temperatura: _____ T.A.: _____ F.C.: _____ Frequência Respiratória: _____

Dor: Sim Não Intensidade (assinalar): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localização: _____

ENQUADRAMENTO/SUPORTE SOCIAL E FAMILIAR (Resumido): _____

ACTIVIDADES DE VIDA - OBSERVAÇÃO/CUIDADOS/TIPOS DE AJUDA

<p>Estado de Consciência e Expressão</p>	<p><input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Hipoactivo</p> <p><input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora <input type="checkbox"/> Desorientado Tipo Desorientação: _____</p> <p>Outro (especificar): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Disártico <input type="checkbox"/> Afásico Tipo Afasia: _____ Outro(especificar): _____</p> <p>Alteração Visão: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Especifique: _____</p> <p>Alteração Audição: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Especifique: _____</p>
<p>Alimentação</p>	<p><input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Ajuda Total <input type="checkbox"/> Ajuda Parcial</p> <p><input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Sonda Naso-gástrica n.º _____ Data: __/__/____</p> <p><input type="checkbox"/> PEG Data: __/__/____ <input type="checkbox"/> Gastrostomia</p> <p>Dieta: _____</p>
<p>Higiene e Vestuário</p>	<p>Banho: <input type="checkbox"/> Na cama c/ ajuda total <input type="checkbox"/> Na cama c/ ajuda parcial</p> <p><input type="checkbox"/> No WC c/ total <input type="checkbox"/> No WC c/ ajuda parcial</p> <p><input type="checkbox"/> Independente</p> <p>Vestuário: <input type="checkbox"/> Ajuda Total <input type="checkbox"/> Ajuda Parcial <input type="checkbox"/> Independente</p>
<p>Locomoção e Mobilidade</p>	<p>Independente <input type="checkbox"/></p> <p>Ajuda Total <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Mobilização no leito</p> <p>Ajuda Parcial <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Mobilização no leito</p>
<p>Eliminação</p>	<p>Vesical</p> <p>Alterada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> Drenagem Supra-Púbica <input type="checkbox"/></p> <p>Sonda vesical <input type="checkbox"/> n.º _____ Data __/__/____</p> <p>Urostomia <input type="checkbox"/> Nefrostomia <input type="checkbox"/> Obs. _____</p> <p>Intestinal</p> <p>Alterada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Obstipação <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/></p> <p>Colostomia <input type="checkbox"/> Ileostomia <input type="checkbox"/></p> <p>Obs. _____</p>
<p>Respiração</p>	<p><input type="checkbox"/> Eupneia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Ortopneia <input type="checkbox"/> Polípneia</p> <p><input type="checkbox"/> Oxigenioterapia Quant. _____</p> <p><input type="checkbox"/> Secreções Brônquicas Caract.: _____</p> <p>Obs. _____</p>

Sono e Repouso	Alterado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs. _____
Sistema Tegumentar	Mucosas <input type="checkbox"/> Sem Alterações <input type="checkbox"/> Com Alterações Especificar: _____ _____
	Pele <input type="checkbox"/> Sem Alterações <input type="checkbox"/> Com Alterações Especificar: _____ _____ _____

AUTONOMIA FÍSICA	0	1	2	3
Lavar-se/tomar banho (entrar/sair, lavar-se)				
Vestir-se/despir-se (escolher, preparar, vestir)				
Usar a sanita e/ou bacio/urinol (usar, limpar-se, roupa, despejar)				
Deitar-se/levantar-se da cama (mover-se, transferir-se, andar)				
Sentar-se/levantar-se de cadeiras (mover-se transferir-se, andar)				
Controlar a urina				
Controlar as fezes				
Alimentar-se/comer (servir-se, preparar alimentos, comer)				
Autonomia Física e meios para visão e audição				
Pontuação (Valor Inferior)				

Incapaz (0):
- Necessita, indispensavelmente e com regularidade, de pessoas e/ou meios de apoio, para substituição funcional, na qual não colabora.

Dependente (1):
- Necessita, indispensavelmente e com regularidade, de pessoas e/ou meios de apoio, para substituição funcional, na qual colabora.

Autônomo (2):
- Necessita indispensavelmente e com regularidade, de meios de apoio, para substituição funcional, na qual colabora.
- Necessita indispensavelmente e sem regularidade, de pessoas e/ou meios de apoio, para substituição funcional, na qual colabora.
- Necessita dispensavelmente e com regularidade, de pessoas e/ou meios de apoio, para substituição funcional, na qual colabora.
- Necessita dispensavelmente e sem regularidade, de pessoas e/ou meios de apoio, para substituição funcional, na qual colabora.

Independente (3):
- Não necessita de pessoas e/ou meios para substituição funcional.

OBSERVAÇÕES (exames complementares, consultas agendadas) : _____

O ENFERMEIRO: _____ Data: ____/____/____

PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

Nome utente:

Coordenador do PII:

Cama:

Data(s) de revisão do PII:

N.º	DATA	PROBLEMAS/NECESSIDADES/ PONTOS FORTES	OBJECTIVOS/METAS	PRAZO (em dias)	DATA INICIO	INTERVENÇÕES	DATA TÉRMINO	RESPONSÁVEL	CUMPRIMENTO DA META (TA, PA, NA)

APÊNDICES

APÊNDICE I

**Sessão de Formação em Serviço, subordinada ao tema
“Ostomias de Eliminação Intestinal”**

Formação em Serviço

Ostomias de Eliminação Intestinal



**Formadores: Ana Isabel Marques e
Natália Santos**

Destinatários: Enfermeiros

**Local: Sala de reuniões da UCI do Hospital de
Santarém**

Data: 02 de Novembro de 2011, às 15h

Alunas do Mestrado Profissional em Enfermagem
Médico-Cirúrgica – Universidade Católica Portuguesa



PLANO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO “OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO”

ETAPAS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	TEMPO
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do tema; - Apresentação dos objectivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositiva 	3 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de Ostomia de Eliminação; - Classificação das Ostomias em relação ao tempo de permanência; - Tipos de Ostomias de Eliminação Intestinal; - Construção da Ostomia; - Tipo de efluente consoante a localização; - Cuidados ao Estoma pós cirurgia; - Higiene do Estoma e Pele Periestomal; - Complicações pós operatórias mais frequentes; - Causas e tratamento das complicações; - Complicações da Pele Periestomal; - Medidas para prevenir complicações cutâneas; - Bague e pontos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositiva - Participativa 	30 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão de conceitos; - Contactos úteis; - Bibliografia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositiva 	7 min.
Demonstração Prática	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração prática de aparelhamento de dispositivos em manequim. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstrativa 	15 min.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Preenchimento de grelha de avaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participativa 	5 min.

The cover slide features a blue background with a white wave-like graphic at the top. It includes the logos of the University of Coimbra (Universidade Católica Portuguesa) and the UCI (Unidade de Cuidados Intensivos). The title 'OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL' is prominently displayed in yellow and white. Below the title, the authors 'Ana Isabel Marques e Natália Santos' are listed, along with their affiliation: 'Alunas do Mestrado Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa'. The slide also mentions the supervisors 'Orientadoras: Ana Lucia Gonçalves e Jorge Martins' and the tutor 'Tutora: Isabel Pabral'. The date and location 'UCI do Hospital de Santarém, Novembro de 2011' are noted at the bottom.

DEFINIÇÃO DE OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO

- **Ostomia de eliminação** é uma abertura externa criada artificialmente por técnica cirúrgica. Tem como função ser uma passagem de produtos de excreção (fezes e urina), através da parede abdominal ou outra. Esta abertura é designada por estoma e realiza-se quando é necessário interromper o trajecto natural de excreção.

OBJECTIVOS

- Transmitir conhecimentos teóricos e práticos mais específicos, inerentes à nossa prática profissional, sobre ostomias de eliminação intestinal;
- Optimizar as intervenções de enfermagem nos doentes com ostomias de eliminação intestinal.

CLASSIFICAÇÃO DAS OSTOMIAS EM RELAÇÃO AO TEMPO DE PERMANÊNCIA

- **Temporárias** – Sempre que é possível o restabelecimento do trânsito intestinal;
- **Definitivas** – Impossibilidade de restabelecer o trânsito intestinal, pois o segmento distal foi retirado.

OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

- **Colostomia** – Executada no Cólon: Ascendente
Transverso
Descendente
Sigmoideia
- **Ileostomia** – Executada na porção terminal do íleon

CONSTRUÇÃO DA OSTOMIA

- **Colostomia** pode ser confeccionada em:
 - Ansa
 - Terminal
 - Cano de Espingarda
- **Ileostomia** pode ser confeccionada em:
 - Ansa
 - Terminal

CONSTRUÇÃO DA OSTOMIA

- **Colostomia em ansa** – Consiste na exteriorização de um segmento do cólon, geralmente do transverso, que se vai apoiar sobre a pele através de uma baguete;



CONSTRUÇÃO DA OSTOMIA

- **Colostomia em cano de espingarda** – Há a exteriorização da parte proximal e distal do cólon, mais habitual no cólon descendente. Tem os dois topos, um sobre o outro;



Construção da Ostomia

- **Colostomia terminal** - ex: AAP e Operação de Hartmann, em que se constrói com a extremidade do segmento proximal do intestino;



Construção da Ostomia

- **Ileostomia em ansa** – Há a exteriorização do segmento do ileón e que se apoia sobre a pele através de uma baguete;



Construção da Ostomia

- **Ileostomia terminal** - Remoção de todo o cólon e recto.



TIPO DE EFLUENTE CONSOANTE A LOCALIZAÇÃO

- **Colostomia do cólon ascendente** - fezes semi-líquidas a pastosas, de frequência variável;
- **Colostomia do cólon transverso** – fezes semi-líquidas e por vezes quase sólidas, de frequência variável;
- **Colostomia do cólon descendente** – fezes pastosas de frequência variável;
- **Colostomia do cólon sigmóide** – fezes pastosas a sólidas, 1 a 2 descargas importantes/dia;
- **Ileostomia** – fezes líquidas a semi-líquidas. É contínua, com pequenos períodos de pausa.

CUIDADOS AO ESTOMA PÓS CIRURGIA

- Descrever as características do estoma
- ✓ Cor – avermelhado, rosado, cianosado;
- ✓ Protusão – proeminente, plano, invaginado, retraído;
- ✓ Tipo de construção – Ansa sobre baguete, cano de espingarda, terminal;
- ✓ Forma – redondo, oval, ...
- ✓ Avaliar o tamanho do estoma;
- ✓ Vigiar complicações – edema, hemorragia, necrose, deiscência da sutura muco-cutânea.

CUIDADOS AO ESTOMA PÓS CIRURGIA

- Características do conteúdo drenado pelo estoma;
- Descrever o estado da pele periestomal;
- Tipo de dispositivo colocado (1 peça ou 2 peças, drenável ou fechado);
- Recorte ajustado ao tamanho do estoma;
- O dispositivo deve ser transparente (permite avaliar características do estoma e do efluente).

Higiene do Estoma e Pele Periestomal

- Lavar o estoma e pele periestomal com água morna e sabão PH neutro, sempre que muda o dispositivo de 1 peça; se for de 2 peças, sempre que troca o saco;
- Secar bem a pele periestomal antes de aplicar o dispositivo;
- Se existirem pregas ou irregularidades na pele periestomal, aplicar pasta niveladora;

COMPLICAÇÕES PÓS OPERATÓRIAS MAIS FREQUENTES NO ESTOMAS

- Hemorragia;
- Edema;
- Deiscência da sutura muco-cutânea;
- Isquemia/necrose;
- Afundamento/retração.

CAUSAS E TRATAMENTOS DAS COMPLICAÇÕES

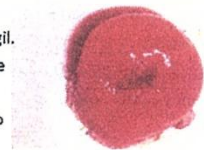
- **Hemorragia** – Perda de sangue pelo estoma, proveniente de 1 vaso subcutâneo ou submucoso, a nível da sutura do intestino com a parede abdominal, por inadequada hemostase durante a construção do mesmo.



Tratamento: Compressão local, se não for eficaz chamar cirurgião.

CAUSAS E TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES

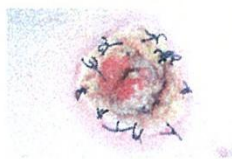
- **Edema** – Aumento de volume da mucosa e submucosa, por acumulação de líquido, adquirindo um aspecto pálido, translúcido e frágil. Normalmente devido á mobilização e manipulação do intestino, tracção excessiva dos pontos ou pela pressão exercida pela baguete.



Tratamento : Soro Fisiológico frio e/ou solução de glicose hipertônica.

CAUSAS E TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES

- **Deiscência Muco-cutânea** - Separação, parcial ou total, da mucosa intestinal da pele periestomal. A causa mais frequente é a contaminação da área cirúrgica durante a intervenção, por deficiente preparação intestinal no pré-operatório. Secundariamente, por retração, necrose e tamanho da abertura abdominal, maior que o diâmetro do intestino.
- Tratamento:** Depende das dimensões da lesão. Esta pode ter de ser ressuturada ou ter que se isolar a zona e deixar cicatrizar por 2ª intenção.



CAUSAS E TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES

- **Isquémia e Necrose** – Acontece quando o fluxo de sangue é interrompido ou insuficiente, resultante da deficiente vascularização do intestino. Observa-se alteração da coloração da mucosa que vai do vermelho escuro até ao castanho necrótico ou preto. O estoma pode apresentar-se flácido, duro e seco.
- Incidência maior em doentes obesos e cirurgias de urgência.
- Tratamento:** Vigilância do estoma. Geralmente a regeneração da mucosa acontece naturalmente .



CAUSAS E TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES

- **Afundamento/Retração** –

É o deslize do intestino abaixo do nível da pele. Retração é um defeito côncavo no abdómen.

As causas são uma fixação inadequada à parede abdominal.

Pode também ser secundário a distensão abdominal, obesidade, isquemia e necrose do estoma.

Tratamento: Depende da gravidade, geralmente conservador com dispositivo convexo.



COMPLICAÇÕES DA PELE PERIESTOMAL

- **Maceração** – Provocada na maioria das vezes pelo contacto do efluente ou trocas muito frequentes de dispositivo de 1 peça;



COMPLICAÇÕES DA PELE PERIESTOMAL

- **Irritação** – Provocada por aplicação de produtos inadequados na pele, ou alergia ao dispositivo;



MEDIDAS PARA PREVENIR COMPLICAÇÕES CUTÂNEAS

- Prevenir a passagem do efluente para debaixo do hidrocoloide do dispositivo usando uma pasta barreira;
- Recortar o orifício do dispositivo à medida do estoma;
- Não usar produtos que possam secar muito a pele ou causar alergias (ex. desinfetantes, éter, tintura de benjoim, etc.);
- Não aplicar substâncias gordas na pele, pois impedem a adesividade correcta do dispositivo;
- Proteger a pele íntegra com Cavilon, Película Corveen, e outros.

BAGUETE E PONTOS

- A baguete está fixa com pontos que se retiram após 48 h ou, se necessário, no dia seguinte. Retiram-se numa das extremidades para melhor se poder aparelhar o estoma - mas cuidado para a baguete não sair;
- A baguete deve ser retirada entre o 7º e o 10º dia de acordo com o aspecto do estoma;
- Os pontos da sutura muco-cutânea retiram-se ao 10º dia alternados. Se o estoma se mantiver bem retirar restantes ao 13º dia;
- Nos casos de complicações do estoma deve protelar-se a retirada dos pontos da sutura muco-cutânea.

CONTACTOS ÚTEIS

- Gabinete de estomaterapia do IPO de Coimbra
estomaterapia@croc.min-saude.pt
- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia
<http://www.apecce.eu>
- secretariado@apecce.eu

Bibliografia

- BRECKMAN, Brigid - *Enfermeria del estoma*. Madrid: Emalsa, Interamericana, 1990. ISBN 84-7242-354-9.
- CARVALHO, Fábria Aparecida de; WATANABE, Luis Massaro; MENDELSSONH, Paulo - Colostomias. In POHL, Frederico Filgueiras; PETROIANU, Andy - *Tubos, Sondas e Drenos*. Rio: Guanabara Koogan S.A., 2000. ISBN85-277-0595-8. p. 164-175
- MAZA, Rosa Caribias et al - *Enseñando a cuidar*. Madrid: Hollister Ibérica SA, 2000. D.P.L. M. 43244-2000.
- SAURA, Mª del Carmen Terrón; BERDONÉS, Raúl Heredia; RIVILLA, Mª Dolores Enciso - Complicaciones mas frecuentes de los estomas. In RIVILLA, Mª Dolores Enciso - *Conceptos Básicos en Estomaterapia*. Andalucía: Formacion Alcalá, 2008. ISBN978-84-96804-48-7. p. 35-43.
- RAGUÉ, J. Marti; VALENTI, M. Tegido - *Estomas. Valoracion, tratamiento y seguimiento*. Barcelona: Ediciones Doyma, SA, 1999. ISBN 84-7592-614-2.

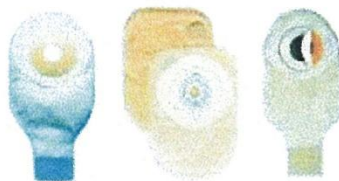
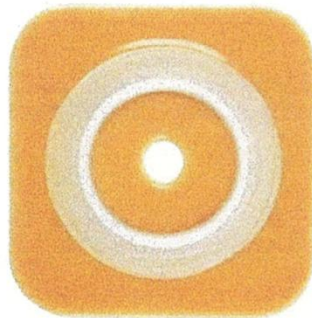
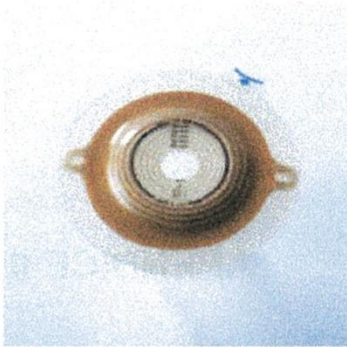
"Não é pelas coisas serem difíceis que não temos ousadia. É por não termos ousadia que as coisas são difíceis."

Séneca

Obrigada



DEMONSTRAÇÃO



APÊNDICE II

**Guia Orientador de Enfermeiros e Alunos para as
Rotinas e Procedimentos da UCI**

GUIA ORIENTADOR DE ENFERMEIROS E ALUNOS PARA AS ROTINAS E PROCEDIMENTOS DA UCI



Novembro de 2011



**Curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico-
Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa**

**GUIA ORIENTADOR DE ENFERMEIROS
E ALUNOS PARA AS ROTINAS E
PROCEDIMENTOS DA UCI DO
HOSPITAL DE SANTARÉM**

ELABORADO POR:

Ana Isabel Marques

Natália Santos

COM A COLABORAÇÃO:

Enf.^a. Ana Lúcia Gonçalves

Enf.^o Jorge Martins

Novembro 2011

SIGLAS

BIS – Monitor de Índice Bispectral

ECG – Electrocardiografia

FC – Frequência Cardíaca

GNR – Guarda Nacional Republicana

Hbs –Vírus da Hepatite B

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

SAD – Serviço de Admissão de Doentes

SNG – Sonda nasogástrica

SOS – Sempre que necessário

SPO2 – Saturação de Oxigénio

TA – Tensão Arterial

TISS–*Therapeutic Intervention Scoring System*

TOT – Tubo Orotraqueal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

SUMÁRIO

	Pág.
NOTA INTRODUTÓRIA.....	5
1. ESTRUTURA FÍSICA.....	7
2. RECURSOS HUMANOS.....	9
3. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA UCI.....	11
3.1. ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA, ALTA E ÓBITO.....	11
3.2. VISITAS/ACOLHIMENTO.....	16
3.3. ALIMENTAÇÃO.....	18
3.4. REPOSIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO CLÍNICO, FARMACÊUTICO E ESTERILIZAÇÃO.....	20
3.5. APOIO DE OUTROS SERVIÇOS.....	21
4. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM.....	22
4.1. ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS.....	22
4.2. ROTINAS DA UCI.....	23
4.3. MANUTENÇÃO/UTILIZAÇÃO DO CARRO DE URGÊNCIA.....	25
4.4. REGISTOS DE ENFERMAGEM/PASSAGEM DE TURNO.....	26
4.5. CLASSIFICAÇÃO DA CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM.....	28
5. PROTOCOLOS E NORMAS DE PROCEDIMENTOS EM VIGOR NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	29

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente Manual tem como propósito ser um instrumento facilitador da integração tanto de novos profissionais, como de alunos que irão efectuar estágio na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Santarém, transmitindo algumas orientações, normas, rotinas e procedimentos considerados úteis e necessários para uma normal actividade profissional.

Ao longo dos últimos anos, todo o trabalho desenvolvido por esta unidade, teve e tem como objectivo fundamental a certificação pela qualidade e para tal definiu:

- ❖ **Missão** – Promover a assistência multidisciplinar, diferenciada e de elevado nível de qualidade ao doente crítico, com disfunção de órgãos e/ou risco de falência de funções vitais, articulando as ciências médicas, a tecnologia e a ética tendo como objectivo final a recuperação do doente e o regresso ao seu universo social;
- ❖ **Valores:**
 - Respeito pela dignidade e direitos da pessoa;
 - Respeito pela Lei;
 - Respeito pelos ideais e filosofia dos doentes;
 - Uso da tecnologia de acordo com as necessidades do doente;
 - Todos os elementos da equipa têm a mesma importância, embora com funções definidas.
- ❖ **Objetivos:**
 - Prestar assistência multidisciplinar a doentes de alto risco, com elevado nível de qualidade;
 - Prestar cuidados personalizados, individualizados e dirigidos às necessidades dos utentes e seus familiares;
 - Acompanhar a evolução tecnológica e científica;
 - Melhorar continuamente a qualidade;
 - Ser uma referência na formação e qualidade na Instituição;

- Promover a satisfação dos utentes;
- Promover a racionalização dos recursos/custos;
- Eleger como elemento primordial, o desenvolvimento científico dos elementos da equipa.

Pretende-se que este documento seja considerado uma mais-valia pela Unidade e, como tal, seja sujeito a actualizações periódicas consideradas relevantes.

1. ESTRUTURA FÍSICA

A UCI situa-se no piso 1 do Hospital, junto ao Bloco Operatório e Cirurgia de Ambulatório.

Possui um acesso único, com campainha de chamada exterior, junto do gabinete do Secretariado Clínico e do espaço onde as visitas aguardam a entrada na unidade.

A unidade principal é constituída por 6 camas, encontrando-se 2 delas em área de isolamento, protegida por um vidro. Todas as camas podem ser visualizadas a partir de um balcão de enfermagem centralizado na unidade, o qual é portador de uma central de monitorização que permite não só a visualização contínua de todos os doentes, como também realizar todos os registos informáticos.

A unidade de cada doente é constituída por uma cama hidráulica/eléctrica, uma estrutura metálica dividida em dois compartimentos, um sistema de monitorização cardíaca e hemodinâmica, sistema de gases e aspiração por vácuo, bombas e seringas perfusoras, diversas tomadas de corrente e um ventilador (Servo 300, 900C e i).

O material a colocar em cada unidade do doente está protocolado.

Estruturas de apoio dentro da área de circulação:

- Sala de reuniões onde decorrem as passagens de turno de enfermagem e médicas, e formação em serviço;
- Gabinete da Enfermeira Chefe e Coordenador do Serviço;
- Stock de material de consumo clínico;
- Sala de preparação de medicação, onde se encontra o analisador de gases/electrólitos e hemoglobina;
- Stock de terapêutica do serviço;
- Rampa de acesso laboratorial;
- Copa acessível a ambas as áreas (dentro e fora).

Estruturas de apoio fora da área de circulação:

- Vestiários;
- Corredor anexo;
- Gabinete médico (Director do Serviço);
- Casa de banho (com chuveiro);
- Arrumação de material/equipamentos de reserva;
- Rouparia;
- Sala de sujos e despejos;

2. RECURSOS HUMANOS

Para o normal funcionamento de uma UCI é exigido um conjunto de recursos humanos de diferentes sectores profissionais, os quais deverão constituir uma equipa multidisciplinar de vigilância e cuidados permanentes.

A equipa multidisciplinar é constituída por:

- ▶ Equipa Médica – 5
 - 3 Médicos com a sub-especialidade de Medicina Intensiva,
 - 2 Médicos de Medicina Interna, em regime de turnos (Urgência);
- ▶ Equipa de Enfermagem – 21
 - 1 Enfermeira Chefe (Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica),
 - 1 Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
 - 1 Enfermeira com a Especialidade em Enfermagem de Reabilitação,
 - 18 Enfermeiros Gerais (incluindo o Enfermeiro Coordenador);
- ▶ Equipa de Assistentes Operacionais – 11;
- ▶ Secretária Clínica – 1.

Equipa de Enfermagem

O horário de enfermagem é realizado da seguinte forma:

- ⇒ 08-16,30h – Prestam cuidados 3-4 enfermeiros e estão presentes a Enfermeira Chefe e o Enfermeiro Coordenador;
- ⇒ 16-23,30h – 3 enfermeiros;
- ⇒ 23-08,30h – 3 enfermeiros.

O rácio é de um enfermeiro para dois doentes.

O método de trabalho de Enfermagem é o individual, ou seja a responsabilidade de todos os cuidados são pertença de um enfermeiro em particular, o qual os avalia e coordena. Em cada turno é nomeado, pelo Enfermeiro Chefe, um Responsável de Turno.

O Enfermeiro Chefe:

- Prepara os planos de trabalho diários;
- Promove a divulgação de informação com interesse à prática;
- Programa actividades que visam a melhoria dos cuidados prestados no serviço, através da adequação dos recursos humanos e materiais às necessidades e motivações dos enfermeiros e assistentes operacionais a fim de optimizarem os cuidados e em simultâneo avaliá-los. Desta forma, é conseguida uma boa relação interpessoal com todos os membros da equipa.

O **Enfermeiro Coordenador** de serviço colabora com o Enfermeiro Chefe, substituindo-o na sua ausência.

O **Responsável de Turno**, na ausência do Enfermeiro Chefe e Coordenador, são-lhe delegadas as seguintes funções:

- Gestão da Unidade a nível de recursos humanos, materiais e de cuidados de enfermagem;
- Coordenação, orientação e supervisão da integração de novos elementos na equipa;
- Garantir a utilização correcta dos recursos e a sua provisão em situações de emergência, mantendo uma postura de cooperação e articulação com a equipa no sentido de uma prestação de cuidados de qualidade ao doente.

No turno da manhã, geralmente existe um **Enfermeiro de Reforço** que tem como funções:

- Apoiar a equipa na prestação directa de cuidados, sem distribuição de doentes;
- Verificar equipamentos, faltas de material e fármacos;
- Acompanhamento de doentes ao exterior para realização de exames auxiliares de diagnóstico.

3. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA UCI

O planeamento de uma UCI deverá ser efectuado por uma equipa multidisciplinar, com uma ampla visão da sua funcionalidade, bastante motivada e coerente com o objectivo comum e único – **Cuidados de elevado nível de qualidade.**

Todos os profissionais devem desenvolver a sua actividade de acordo com uma filosofia de cuidados, tendo a pessoa doente como o centro de toda a actuação, e a sua recuperação ser o objecto determinante de toda a metodologia de trabalho.

A UCI é uma unidade polivalente de nível III porque é caracterizada por ter um quadro de pessoal próprio, assistência médica qualificada por intensivistas e, em presença física 24 horas, pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo da qualidade e ter programas de ensino e de treino em cuidados intensivos.

3.1. ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA, ALTA E ÓBITO

Admissão

Os critérios de admissão na UCI estão determinados e abrangem doentes de médio e alto risco que necessitam de cuidados especializados e diferenciados, com potencial de recuperação – Critérios clínicos.

Os critérios clínicos de admissão estão relacionados com:

- ✓ Diagnóstico,
- ✓ Gravidade da doença,
- ✓ Prognóstico (esperança e qualidade de vida previsíveis),
- ✓ Idade,

- ✓ Doenças coexistentes,
- ✓ Reserva fisiológica,
- ✓ Existência de tratamento adequado,
- ✓ Resposta ao tratamento até ao momento,
- ✓ Paragem cardiorespiratória recente,
- ✓ Desejo do doente.

A decisão de internar é difícil porque o **Momento de Admissão** deve ser o mais precoce possível, isto é, antes da patologia atingir um ponto no qual já não há recuperação. O objectivo é aumentar a possibilidade de recuperação e reduzir o potencial de disfunção orgânica, o tempo de internamento e os custos.

São admitidos doentes com patologias e situações diversas, tais como:

- ✓ Politraumatizado,
- ✓ Doenças respiratórias agudas e crónicas,
- ✓ Intoxicação por organofosforados, paraquat e outras,
- ✓ Pós operatório de cirurgias complicadas e/ou prolongadas,
- ✓ Enfarte agudo do miocárdio,
- ✓ Insuficiência renal aguda e crónica,
- ✓ Manutenção de dadores de órgãos.

A proveniência dos doentes é feita fundamentalmente através do Serviço de Urgência e Bloco Operatório, embora também receba doentes de outras unidades da Instituição. Com menos frequência poderão ser admitidos doentes de outras instituições, dentro e fora da área de abrangência.

A admissão do doente é sempre da responsabilidade do médico de serviço à UCI, o qual deve transmitir a ocorrência facto à equipa de enfermagem.

É da responsabilidade do enfermeiro que ficará com o doente, a verificação e preparação da unidade, de acordo com a condição clínica do doente. (ver protocolo do serviço).

Quando o doente é transferido para a UCI de um dos serviços do hospital, será acompanhado pelo enfermeiro, médico e assistente operacional do serviço de origem. Pelo contrário, quando o doente provém do Bloco Operatório ou Recobro é então o enfermeiro e médico da UCI que se deslocam ao serviço de origem com a respectiva cama, ventilador e monitor portáteis e mala de transporte, de forma a não haver descontinuidade no nível de cuidados durante a transferência.

A recepção do doente e respectiva transferência para a cama da UCI é efectuada junto à cama da unidade. No caso de o doente estar consciente deve ser apresentado de imediato à equipa e ir sendo progressivamente informado do funcionamento básico da unidade e dos procedimentos que estão a ser efectuados.

Durante a admissão do doente deverão ser realizados os seguintes procedimentos:

- ▶ Tomar conhecimento do motivo de internamento e reavaliar o doente;
- ▶ Monitorizar o doente – ECG, FC, TA e SPO₂;
- ▶ Permeabilização da via aérea e estabelecer uma ventilação eficaz. Se necessário colocação de TOT com cuff de baixa pressão;
- ▶ Colocação de linha arterial (LA) e cateter venoso central (CVC);
- ▶ Iniciar terapêutica prescrita;
- ▶ Identificar o nível ou mudar as perfusões em curso e todas as drenagens, a fim de otimizar o balanço hídrico;
- ▶ Efectuar a mudança de todos os sistemas de soros e do saco colector de urina, ou *Urimeter (caso exista)*;
- ▶ Colaborar com o médico na execução de procedimentos técnicos;
- ▶ Efectuar exame físico detalhado do doente. Registrar o estado da integridade cutânea;
- ▶ Iniciar registos de enfermagem, se possível com a elaboração do Plano de Cuidados no turno em que se recebe o doente;
- ▶ Realizar a avaliação inicial nas primeiras 24 horas. São obrigatórios os registos da referida avaliação, tais como: integridade cutânea, antecedentes pessoais, terapêutica ambulatoria, familiar de referência e seu contacto. Esta informação geralmente é completada com a visita dos familiares.

Se o doente é admitido durante o horário de expediente da secretária clínica, deve esta proceder ao internamento do doente na unidade, com a impressão das respectivas etiquetas identificativas e organizar o processo clínico. Na sua ausência, este processo é transferido para o secretariado do Serviço de Urgência, a pedido do enfermeiro responsável do doente.

No momento da admissão do doente não é permitida a entrada de objectos pessoais ou valores na unidade, devendo os mesmos permanecerem no serviço de origem. Posteriormente, durante a primeira visita, a família será elucidada dos objectos pessoais que são permitidos estarem na unidade do doente.

Está instituído que qualquer doente que entre na unidade está potencialmente contaminado/infectado, pelo que é sempre efectuado um isolamento provisório até resultados bacteriológicos resultantes da zangaratoa das fossas nasais, colheita de secreções orofaríngeas e/ou orotraqueais, hemocultura e urocultura. Também é colhido sangue para marcadores HIV e Hbs, assim como rotinas que incluem hemograma, bioquímica e estudo da coagulação.

Se existirem camas vagas no Isolamento, doentes provenientes do Serviço de Urgência ou de outras instituições, são de imediato aí internados.

Transferência

Sempre que possível as transferências são sempre efectuadas no turno da manhã. Os procedimentos burocráticos ficam a cargo da Secretária Clínica ou, na sua ausência, pelo enfermeiro responsável do doente.

A transferência do doente para a cama/maca do serviço destinatário é sempre feita na unidade do doente.

Quando a transferência do doente é dentro da instituição, há uma transmissão verbal da situação clínica do doente, visto já todos os serviços do hospital terem disponíveis a nível informático, a partir da intranet, sistemas de informação nomeadamente o SAM (Sistema de Apoio Médico) onde são registadas todas as avaliações clínicas e realizadas as prescrições e que tem interface com o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) o qual tem por base a ferramenta CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), enquanto linguagem científica uniformizada em enfermagem a nível internacional.

Se o doente é transferido para outra instituição recorre-se ao sistema informático para imprimir o histórico do doente, a nota de alta médica e de enfermagem.

Conforme já referenciado, se o doente é transferido para um serviço da Instituição, será sempre acompanhado pelo enfermeiro do serviço para onde irá ser transferido. No caso de transferências e retornos do Bloco Operatório são da responsabilidade do enfermeiro responsável pelo doente na UCI e têm de ter sempre acompanhamento médico.

Também no caso do doente ter de sair da unidade para efectuar exames auxiliares de diagnóstico deverá ter sempre acompanhamento do médico, enfermeiro responsável e assistente operacional.

As transferências dos doentes para outros serviços da instituição, ou outras instituições deverão ser registadas em livro próprio existente para esse efeito.

Óbito

Zelar pela comunicação do óbito à família o mais breve possível.

- ⇒ Compete ao director ou chefe de equipa comunicar o óbito, podendo esta competência ser delegada no enfermeiro responsável ou chefe de turno;
- ⇒ Não sendo possível a comunicação pessoal, será efectuada através de telefone; contacto com a GNR, tendo o cuidado de registar a identificação do agente que recebe a chamada; telegrama ou outro meio;
- ⇒ Todos os contactos telefónicos devem ser efectuados através da telefonista para que fiquem registados na central telefónica.

Com o acordo do chefe de equipa e responsável de turno, os familiares poderão estar presentes nos momentos finais, ou pós morte, se for seu desejo.

Os familiares serão informados de que se deverão dirigir ao SAD para as formalidades necessárias.

O contacto com os familiares não deve ser feito entre as 22h e as 07h, excepto se os familiares o tiverem solicitado.

A preparação do cadáver é da responsabilidade do enfermeiro ao qual o doente estava atribuído.

Identificar o cadáver com ficha de identificação (Mod 129) junto ao corpo e no exterior do saco de cadáver.

Registar o falecimento nos registos de enfermagem.

Anotar o óbito no livro de registo de doentes internados.

Zelar pelo preenchimento do certificado de óbito, da participação de óbito e do boletim de informação clínica e/ou circunstancial.

Sempre que surjam telefonemas de companhias de seguros ou entidades policiais para obter informações sobre o óbito de um doente, deverão ser encaminhados os esclarecimentos para os Serviços Administrativos.

3.2. VISITAS/ACOLHIMENTO

O horário das visitas é das 13.00 às 14 horas e das 18.30 às 19.00 horas, sendo permitido duas visitas, só podendo, no entanto, permanecer uma pessoa de cada vez junto ao doente.

Não é autorizada a entrada a menores, excepto em casos extraordinários depois de avaliada a situação clínica e familiar, e com a permissão do Director do Serviço.

O controlo da entrada/saída das visitas é realizado por um assistente operacional que fornece os equipamentos de protecção individual: bata de protecção, touca, máscara e luvas. Também são instruídos sobre a necessidade de desinfectar as mãos, antes e após cada período com o doente.

No momento da primeira visita o acolhimento é essencial para se estabelecer uma boa relação entre a equipa de enfermagem e a família do utente, facto que facilitará uma melhor comunicação com o doente, determinando uma relação no cuidar mais personalizada e individualizada. Nunca devemos esquecer que o doente faz parte integrante de uma família, e como tal não deve ser descartado, mas sim tido como um elo interligado com ela.

Para além de outros factores, a doença e o próprio internamento numa UCI, de um doente próximo, são sempre elementos de stress no círculo de amigos e especialmente no seu seio familiar, tornando-o frágil e necessitando por isso de todo o apoio afectivo, moral e ético.

Assim, o acolhimento, como já foi acima descrito, surge como um cuidado dentro de todo o contexto relacional com a família; facilitador da adaptação desta à nova situação, tendo em conta não se tratar de um acto pontual, mas evoluindo no tempo, já que se inicia no momento de admissão e prossegue no dia a dia.

A preparação para a primeira visita deve ser feita pela equipa multidisciplinar, que inclui médico, enfermeiro e psicólogo, não esquecendo que a visita hospitalar da família a um doente é sem dúvida um momento privilegiado para uma frutuosa comunicação entre Enfermeiro/Família.

A preparação da família deve incidir:

- Identificação da equipa;
- Estado do doente e como o vai encontrar;
- Prognóstico;
- Equipamento (qual, porquê e para quê, alarmes...);
- Capacidade de o doente comunicar;
- Como comunicar com o doente;
- Horários das visitas e informações;
- Contacto do serviço;
- O que pode fazer e o que não deve fazer;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Apoio;
- Recolha de informação;
- Encaminhamento para o Serviço Social.

Também deverão ser pedidos os objectos pessoais de forma a que o doente não sinta a sua falta e desta forma reconheça que lhe é familiar, minimizando ao máximo os efeitos da hospitalização. Este facto dá à família uma certa serenidade, pois sente que o seu familiar é cuidado com muita preocupação e profissionalismo por parte de quem dele cuida.

Para os doentes que se encontram impossibilitados de comunicar oralmente existem na Unidade meios auxiliares de comunicação, como por exemplo: cartões com desenhos ou o alfabeto e um quadro para a escrita.

Há, também, um guia orientador para o acolhimento da família durante a primeira visita.

Informações a transmitir aos familiares

Todas as informações sobre o estado clínico do doente e seu prognóstico são transmitidas diariamente pelo médico durante o período das visitas.

O enfermeiro responsável pelo doente tem a incumbência de transmitir as informações relativas a todos os cuidados por ele efectuadas, assim como a identificação de problemas que considere ser necessário e importante partilhar com a família, visando a optimização do planeamento de cuidados.

De acordo com a gravidade da situação do doente, o enfermeiro ao partilhar esta informação, nunca deve esquecer o nível sociocultural e o estado emocional dos familiares, e também ter o cuidado de utilizar uma linguagem acessível.

Por regra não são transmitidas informações telefónicas aos familiares dos utentes, só em casos excepcionais, e devidamente autorizado pela Enfermeira Chefe e/ou Director de Serviço.

3.3. ALIMENTAÇÃO

Na Unidade a alimentação usada pode ser fornecida pelos Serviços Farmacêuticos ou pelo Serviço de Alimentação.

No primeiro caso incluem-se as alimentações parentéricas e entéricas por gavagem.

A alimentação parentérica utilizada é do laboratório "Baxter" e existem três tipos, estando codificadas da seguinte forma:

- Bolsa nº1 – N4 2000cc;
- Bolsa nº2 – N9 1000cc;
- Bolsa nº3 – N7 1500cc.

Relativamente à alimentação entérica ela pode ser administrada continuamente ou com horário, segundo prescrição médica. Ela pode ser:

- Normalizada;
- Normalizada diabética;
- Hiperproteica;
- Calórica;
- Hepática.

Nestes casos, é obrigatório verificar a existência, ou não, de estase gástrica; caso se verifique registrar as características e quantidade encontrada. Se o doente estiver com alimentação contínua esta verificação faz-se às 7 – 12 – 15:45 – 20 – 0h.

A alimentação fornecida pelo Serviço de Alimentação está codificada consoante o tipo de dieta requerida. Diariamente, no turno da manhã, é preenchido um impresso informativo sobre o número e tipo de dietas, assim como o pedido de reforço, tal como: água, iogurte, leite, bolachas, etc. Neste impresso, também se pode referir o desagrado de um qualquer doente por um determinado tipo de alimento.

Sempre que houver uma admissão, alta ou alteração da dieta prescrita será necessário preencher um pedido extemporâneo ou dar baixa da dieta.

Se se justificar, é contactado o Serviço de Nutrição e Dietética para a elaboração de dietas personalizadas.

O horário das refeições é o seguinte: 7 – 12 – 15:45 – 20 – 0h.

Poderão existir outros horários nas dietas personalizadas.

3.4. REPOSIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO CLÍNICO, FARMACÊUTICO E ESTERILIZAÇÃO

Material de Consumo Clínico

O material de consumo clínico é fornecido por sistema de reposição de níveis, através de pedido efectuado informaticamente pelo Enfermeiro Chefe, ou Enfermeiro Coordenador. Este pedido será efectuado ao Serviço de Aprovisionamento, à 2ª feira, e repostos no mesmo dia.

Medicamentos e Produtos Farmacêuticos

A reposição da terapêutica é realizada diariamente pelos Serviços Farmacêuticos na 2ª feira, e posteriormente na 5ª ou 6ª feira, consoante a previsão de consumo, no final do turno da manhã. Os medicamentos que não existam na Unidade, são repostos em sistema de unidose, para 24 horas, durante a prescrição médica.

Os produtos farmacêuticos de uso corrente (solutos), são fornecidos semanalmente à 3ª feira, mediante pedido informático do Enfermeiro Chefe.

Existem medicamentos que necessitam de justificação médica, como é o caso de alguns antibióticos, hemoderivados e estupefacientes, devendo a mesma ser preenchida pelo médico responsável pela prescrição, no circuito electrónico.

Os Serviços Farmacêuticos funcionam das 9 às 17 horas.

Esterilização

O envio do material à Central de Esterilização é da responsabilidade do assistente operacional, que deve cumprir os seguintes horários:

- **Dias úteis:** Manhã – até às 14 horas; Tarde – até às 20 horas;
- **Fins-de-semana:** até às 20 horas.

Quando o material chega à Unidade é obrigatoriamente conferido e arrumado pelo assistente operacional.

Deve ser procedimento comum a todos os utilizadores de material esterilizado, a observação e cumprimento das normas de manutenção do mesmo, tendo o cuidado de utilizar o material com a data de esterilização mais antiga.

3.5. APOIO DE OUTROS SERVIÇOS

A Unidade necessita do apoio de vários serviços, tais como: Imagiologia, Serviço de Sangue, Laboratório, Bloco Operatório, Serviço de Nutrição e Dietética, Fisioterapia e outros.

Conforme já referido, a realização de exames auxiliares de diagnóstico para os quais o doente tem de sair da Unidade, é sempre acompanhado por médico, enfermeiro e assistente operacional, quer seja efectuado no hospital ou no exterior.

No caso de exames que podem ser realizados na Unidade, como alguns radiológicos e ecográficos, são os técnicos que se deslocam para a execução dos mesmos.

As colheitas de espécimes são enviadas para o Laboratório através de uma rampa de vácuo existente no serviço.

4. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

4.1. ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS

As colheitas de sangue para rotinas e gasimetria arterial, efectuam-se entre as 06.30-07.00h do turno da noite e são da responsabilidade do enfermeiro. As análises urgentes serão efectuadas em estreita colaboração com a equipa médica e de enfermagem.

As análises de outros produtos são realizadas a qualquer hora, não havendo discriminação em relação à recepção de algum espécimen quanto à hora da sua colheita.

Os produtos a serem analisados no exterior, deverão ser colhidos no início do turno da manhã.

Sempre que um doente necessite de ser submetido a exames auxiliares de diagnóstico, técnicas médicas ou tratamentos, é o enfermeiro responsável pelo mesmo que tem o cuidado de explicar o procedimento, preparar todo o material necessário, assim como colaborar durante a sua realização.

A preparação da unidade do doente, conforme já referido e segundo protocolo, é da responsabilidade do assistente operacional, excepto no que diz respeito ao ventilador que está a cargo do enfermeiro responsável pela sua montagem e testagem.

Na Unidade é obrigatória a manutenção de um ambiente calmo e isento de ruído, pelo que cada funcionário deve adoptar um comportamento que cumpra este requisito.

A prestação de cuidados será efectuada com o máximo de exigência qualitativa, sendo obrigatório o cumprimento dos protocolos e normas de procedimento.

4.2. ROTINAS DA UCI

Turno das 08.00-16.00h

- 2^{as} feiras são realizadas zaragatoas nasais a todos os doentes;
- Peso diário;
- Lavagem da cabeça segundo o esquema e em SOS:

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Camas	1	2	3	1	2	3
Camas	4	5	6	4	6	6

- Higiene oral da manhã e após as refeições, com solução de clorhexidina diluída em água;
- Higiene traqueobrônquica durante os cuidados de higiene e em SOS;
- Filtro bacteriano, filtro humidificador e swivel são trocados diariamente;
- Mudança de ambú é feita de 5/5 dias;
- Mudança de traqueias do ventilador é efectuada de 5/5 dias;
- Substituição diária das máscaras de venturi e cânulas nasais;
- Mudança da fixação do TOT e SNG é diária;
- Mudança do reservatório de humificação de oxigénio é diária;
- Mudança do reservatório do aspirador é diária;
- A SNG é mudada de 7/7 dias;
- A seringa de 60 ml utilizada para gavagem é substituída diariamente;
- A mudança do saco e sistema de alimentação entérica é diária (às 12 horas);
- Mudança de algálias de látex é de 7/7 dias e de silicone de 30/30 dias;
- O *urimeter* é mudado quando se verifique que o filtro ou o reservatório já contenham muitos resíduos, ou na altura da mudança da algália;
- Substituição dos eléctrodos diariamente após a higiene, alternando de posições;
- Pensos dos cateteres arteriais e venosos centrais são efectuados 48 horas após a colocação e depois de 6/6 dias;
- Pensos cirúrgicos são realizados 48 horas após cirurgia e depois de 5/5 dias.

Turno das 16.00-23.00h

- Higiene traqueobrônquica na altura dos posicionamentos e em SOS;
- Substituição dos sistemas de perfusão, prolongamentos, rampas de soros, torneiras de 3 vias e seus protectores, de 72/72 horas;
- Mudança do soro heparinizado das linhas arteriais diariamente às 18 horas;
- Nos lúmens do cateter venoso central que não estejam a ser utilizados, é feita a heparinização diária às 18 horas;
- Mudança dos sistemas de nutrição parentérica/filtro para lípidos (ou sempre que é mudada a bolsa);
- Heparinização diária dos cateteres de hemodiálise às 18 horas.

Turno das 23.00-08.00h

- Higiene traqueobrônquica na altura dos posicionamentos e em SOS;
- Às 7 horas são feitas as colheitas para as análises de rotina e gasimetria arterial a todos os doentes da unidade;
- É avaliado o TISS 28 a todos os doentes da unidade.

UNIFORMIZAÇÃO DE HORÁRIOS SAPE

INTERVENÇÕES	HORÁRIOS
Monitorizar temperatura corporal	1-7-10-14-17-21h
Horário das refeições	7-12-15:45-20-0h
Posicionar doente – Forte Alto Risco	10-12-14-17-19-21-0-3-7h
Posicionar doente – Alto Risco	10-14-17-21-0-7h
Posicionar doente – Algum Risco	10-17-0h
Aplicar creme hidratante – Forte Alto	10-12-14-17-19-21-0-3-7h
Aplicar creme hidratante – Alto Risco	10-14-17-21-0-7h
Aplicar creme hidratante – Algum Risco	10-17-0h
Monitorizar entrada e saída de líquidos	Hora/hora
Gerir, otimizar	Todos os turnos
Monitorizar e vigiar	Todos os turnos e/ou hora/hora

4.3. MANUTENÇÃO/UTILIZAÇÃO DO CARRO DE URGÊNCIA

O carro de urgência deverá manter-se sempre preparado e repostado de acordo com a listagem correspondente ao material/medicação que o mesmo deverá conter, existindo para o efeito uma *check list* no carro de urgência, com toda a sua composição e localização.

Sempre que o carro de urgência é aberto tem de ser justificada a sua abertura e respectiva utilização.

Está determinado um enfermeiro responsável pelo carro de urgência que tem como funções atribuídas:

- ▶ Monitorização mensal do carro;
- ▶ Manter a operacionalidade;
- ▶ Optimizar o carro.

Orientações Gerais:

- Nunca o utilizar indiscriminadamente;
- Deve estar sempre selado;
- Deve conter a assinatura e o número mecanográfico do enfermeiro que o verifica;
- O material existente no carro é estandardizado, não devendo, por isso, existir nele mais do que consta na *check list*;
- Após cada utilização, a reposição do material é da responsabilidade do enfermeiro responsável pelo doente e deve ser repostado o mais breve possível;
- A localização do carro deve ser mantida;
- Manter o carro operacional quanto à limpeza e arrumação;
- O desfibrilhador deve estar sempre ligado à corrente.

Sempre que utilizar o Carro de Urgência deve:

- Repor todo o material e medicação utilizados, o mais breve possível;
- Selar o carro, após a sua reposição (assinatura e nº mecanográfico);
- Registrar em impresso próprio o porquê da abertura do carro, a data e a hora (assinatura e nº mecanográfico);
- Colocar o carro no seu local habitual;
- Manter o desfibrilhador ligado à corrente;
- Supervisionar a sua limpeza.

As situações de elevado risco exigem profissionais familiarizados com o material que manuseiam; assim como a importância de estarem conscientes da importância dos recursos que o serviço dispõe.

4.4. REGISTOS DE ENFERMAGEM/PASSAGEM DE TURNO

Os registos de enfermagem são realizados a nível informático através da intranet da instituição, no sistema de informação SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) que tem por base a ferramenta CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), enquanto linguagem científica uniformizada em enfermagem a nível internacional.

ABREVIATURAS PARA O BALANÇO HÍDRICO

ENTRADAS	SAÍDAS
SORO	URINA
TERAP IV	FEZES
TERAP PO	DRENO (numerar qdo + que 1)
TERAP SNG	COLOSTOMIA
PERF	ILEOSTOMIA
SANGUE	UROSTOMIA
PLASMA	HD
PLAQUETAS	ASP GÁSTRICO
ALB	DTORAX (numerar qdo + que 1)
AP	PENSO
AO	NEFROSTOMIA
AE	
LAV SNG	
LAV VESICAL	
CHÁ/ÁGUA	

O momento da passagem de turno decorre na sala de reuniões do serviço, estando presentes os enfermeiros que vão iniciar a jornada de trabalho e só o enfermeiro responsável por cada doente, de forma a assegurar a continuidade da vigilância e cuidados na Unidade. Estão também presentes a Enfermeira Chefe e o Enfermeiro Coordenador que proporcionam a troca de informações de natureza funcional e de gestão.

Durante a passagem de turno o enfermeiro responsável segue o plano de cuidados informático de cada doente, transmitindo informação pertinente sobre a condição do mesmo, planeando alterações aos cuidados ou favorecendo a continuidade dos mesmos.

Existe no serviço um guia sobre a metodologia de organização da informação na passagem de turno para consulta.

4.5. CLASSIFICAÇÃO DA CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM

A classificação da carga de trabalho de enfermagem é efectuada com base no TISS 28 adaptado para sistema informático. A sua execução é diária, no turno da noite, e da responsabilidade do enfermeiro que tem o doente a seu cargo, com base nos cuidados e procedimentos efectuados nas últimas 24 horas.

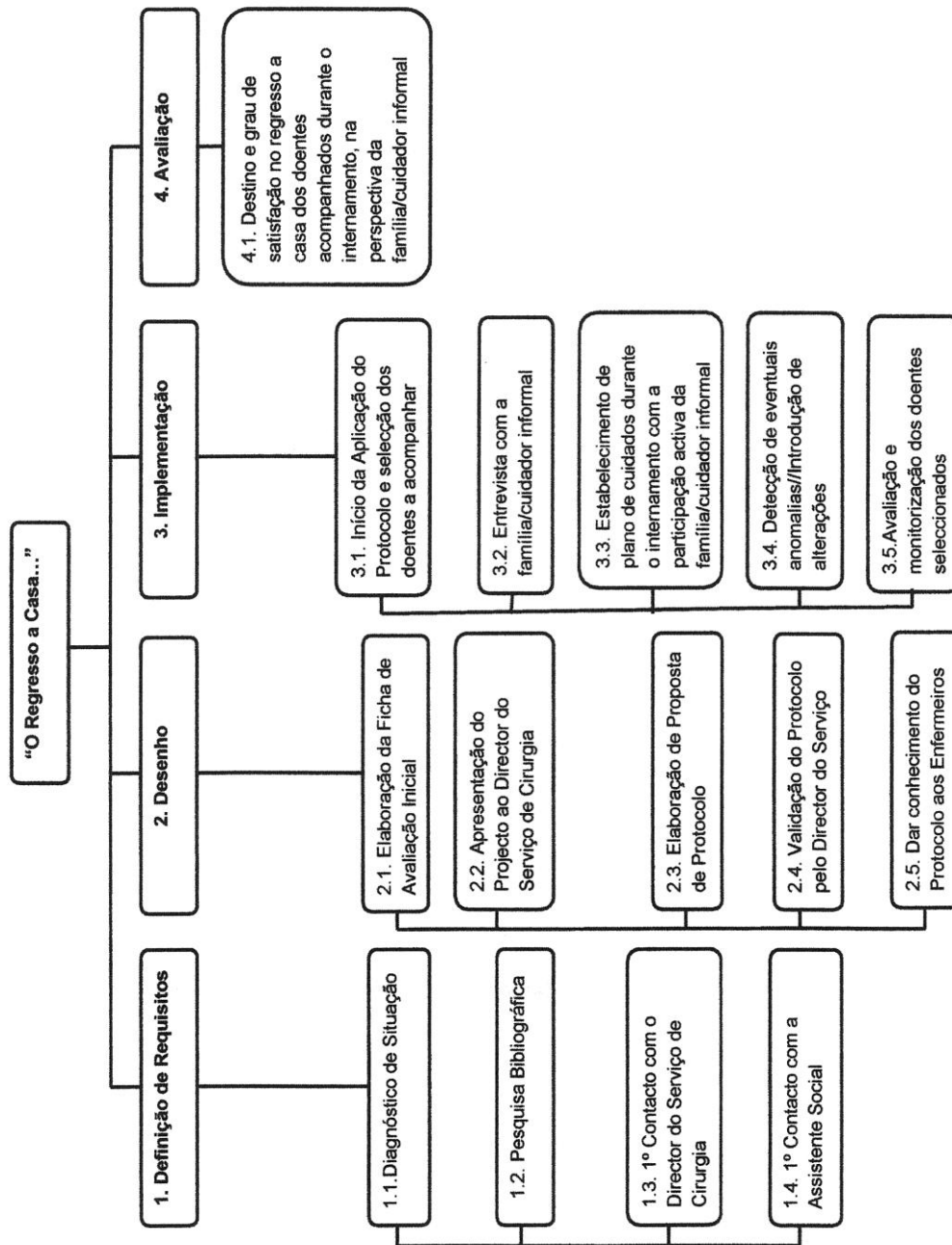
Também é sempre realizada quando o doente tem alta da Unidade.

5. PROTOCOLOS E NORMAS DE PROCEDIMENTOS EM VIGOR NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

- ✓ Entubação Orotraqueal;
- ✓ Prevenção da Pneumonia associada à Ventilação;
- ✓ Traqueotomia;
- ✓ Desinfecção e Manutenção do Broncofibroscópio;
- ✓ Colocação e Manutenção do Cateter Venoso Central;
- ✓ Colocação e Manutenção do Cateter Arterial;
- ✓ Monitorização Hemodinâmica Invasiva do Débito Cardíaco (PiCCO2);
- ✓ Administração de Sangue e Hemoderivados;
- ✓ Administração de Terapêutica Trombolítica;
- ✓ Drenagens Torácicas;
- ✓ Alimentação Parentérica;
- ✓ Alimentação Entérica;
- ✓ Posicionamentos e Cuidados de Enfermagem na Cirurgia Ortopédica;
- ✓ Monitorização da Dor;
- ✓ Colocação e Manutenção do Sistema de Monitorização BIS;
- ✓ Utilização e Manutenção do Carro de Urgência;
- ✓ Suporte Básico e Avançado de Vida;
- ✓ Hemoperfusão;
- ✓ Hemodiafiltração (PrismaFlex2);
- ✓ Higienização das mãos;
- ✓ Procedimentos de Prevenção de Infecção que estão interligados aos procedimentos técnicos reportados ao Manual da Comissão de Infecção do Hospital;
- ✓ Protocolos de Cuidados de Enfermagem segundo o Grau de Risco de Úlcera de Pressão;
- ✓ Admissão do Doente;

- ✓ Guia Orientador da Entrevista de Acolhimento aos Familiares do Doente Internado na Unidade de Cuidados Intensivos;
- ✓ Normas dos Focos e Atitudes da UCI (Registos);
- ✓ Guia sobre a Metodologia de Organização da Informação na Passagem de Turno;
- ✓ Óbito;
- ✓ Comunicação de Más Notícias e o Luto;
- ✓ Procedimentos em caso de Potencial Dador.

APÊNDICE III
Matriz Work Breakdown Structure (WBS)



APÊNDICE IV

Cronogramas

"O Regresso a Casa..."					Actualizado em: 06-12-2011											
CRONOGRAMA 1					ACTIVIDADE				21-11-11			28-11-11			05-12-11	
CÓD	DESCRIÇÃO	INÍCIO	FIM	% OK												
Definição de Requisitos																
1	Diagnóstico de Situação	21-11-11	05-12-11	100	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2	Pesquisa Bibliográfica	21-11-11	05-12-11	100	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3	1º Contacto Director Serviço Cirurgia	28-11-11	28-11-11	100												
4	1º Contacto Assistente Social	07-12-11	07-12-11	100												x

LEGENDA
% OK = % realizada
"x" = parte realizada "-" = parte a realizar/completar

"O Regresso a casa..."					Actualizado:06-12-11													
CRONOGRAMA 2					ACTIVIDADE				05-12-11		12-12-11		19-12-11		26-12-11		02-01-12	
CÓD	DESCRIÇÃO	INÍCIO	FIM	% OK														
Desenho																		
1	Elaboração da Ficha de Avaliação Inicial	06-12-11	12-12-11	100	x	x	x	x	x	x								
2	Apresentação do Projecto ao Director	14-12-11	14-12-11	100							x							
8	Elaboração de Proposta de Protocolo	14-12-11	18-12-11	100							x	x	x	x				
9	Aprovação do Protocolo pelo Director do Serviço	19-12-11	19-12-11	100													x	
10	Conhecimento do Protocolo aos Enfermeiros	21-12-11	21-12-11	100													x	

LEGENDA
% OK = % realizada
"x" = parte realizada "-" = parte a realizar/completar

"O Regresso a Casa..."					Actualizado em: 06-12-2011																		
CRONOGRAMA 3					ACTIVIDADE				02-01-12			09-01-12			16-01-12			23-01-12			30-01-12		
CÓD	DESCRIÇÃO	INÍCIO	FIM	% OK																			
Implementação																							
1	Aplicação Protocolo/Seleção dos Doentes	06-01-12	16-01-12	100							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
2	Entrevista Família/Cuidador Informal	06-01-12	16-01-12	0																			
3	Estabelecer Plano de Cuidados	06-01-12	16-01-12	0																			
5	Deteção de anomalias/introdução de alterações	06-01-12	16-01-12	100							x	x	x	x	x	x	x	x	x				
6	Avaliação/Monitorização dos Registos	06-01-12	30-01-12	100							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

LEGENDA
% OK = % realizada
"x" = parte realizada "-" = parte a realizar/completar

"O Regresso a casa..."					Actualizado em: 06-12-2011																		
CRONOGRAMA 4					ACTIVIDADE				02-01-12			09-01-12			16-01-12			23-01-12			30-01-12		
CÓD	DESCRIÇÃO	INÍCIO	FIM	% OK																			
Avaliação																							
1	Destino e Grau de Satisfação	06-01-12	30-01-12	100							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

LEGENDA
% OK = % realizada
"x" = parte realizada "-" = parte a realizar/completar

APÊNDICE V

**Sessão de Formação em Serviço
Apresentação do Projeto “O Regresso a Casa...”**



Ana Marques <ana.animar@gmail.com>

Formação

João Domingos <chcr.cirurgia@gmail.com>
Para: Ana Isabel <ana.animar@gmail.com>

17 de dezembro de 2011 19:04

Em anexo segue divulgação da apresentação do Projecto "O Regresso a Casa..." pela Enf^ª Ana Isabel, o qual terá lugar dia 21/12 às 15h na Cirurgia de Ambulatório.

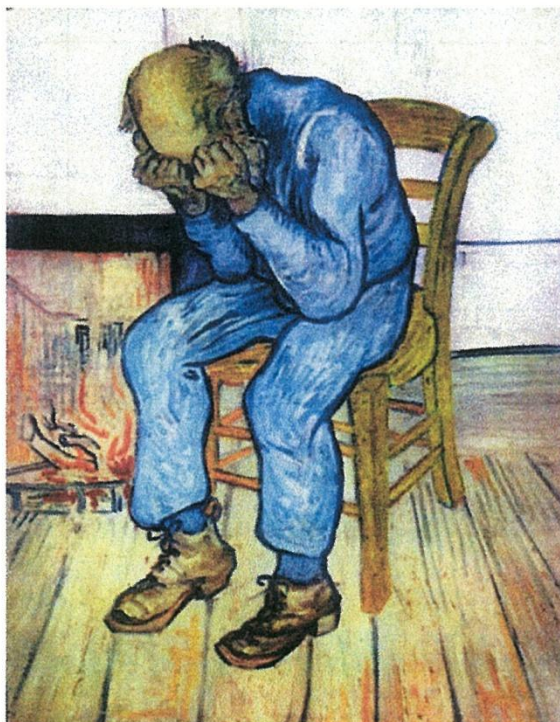
É importante estarem presentes e chamo a atenção para a hora de inicio, uma vez que a sessão terá que se iniciar às 15h de forma a terminar pelas 15h45.

João Domingos

 **Informação da Apresentação.docx**
276K



“O Regresso a Casa...”



Pela aluna do Mestrado Profissional em Enfermagem Médico-cirúrgica da
Universidade Católica Portuguesa

Ana Isabel Rodrigues Marques

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do Serviço de Cirurgia da
Unidade hospitalar de Caldas da Rainha



LOCAL: Ex-Serviço de Cirurgia do Ambulatório da Unidade de
Caldas da Rainha

DATA: 21 de Dezembro de 2011 às 15 horas.

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO – Apresentação do Projecto “O Regresso a Casa...”

ETAPAS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	TEMPO
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do tema; - Apresentação dos objetivos da Sessão. 	- Expositiva	3 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Projecto; - Missão; - Visão; - Valores; - Identificação do problema; - Âmbito; - Objectivos; - Período de execução; - Stakeholders; - Matriz WBS (Work Breakdown Structure); - Cronogramas; - Gestão do risco; - Outras actividades realizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositiva - Participativa 	30 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão de conceitos; - Bibliografia. 	- Expositiva	7 min.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Preenchimento de grelha de avaliação. 	- Participativa	5 min.

CHON
Centro Hospitalar do Oeste Norte



APRESENTAÇÃO DO PROJECTO

“O REGRESSO A CASA...”

SERVIÇO DE CIRURGIA - UNIDADE HOSPITALAR DE CALDAS RAINHA
DO CENTRO HOSPITALAR DO OESTE NORTE

Ana Isabel Rodrigues Marques

Aluna do Mestrado Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica
da Universidade Católica Portuguesa

Orientador: João Domingos
Tutora: Isabel Rebelas

PROJECTO

- ❖ O início da elaboração de um projecto, começa na fundamentação da sua pertinência e importância para todos nele envolvidos.

OBJECTIVOS DA SESSÃO

- ❑ Apresentar as linhas gerais estruturantes do Projecto;
- ❑ Transmitir a importância e pertinência do problema identificado;
- ❑ Apresentar a matriz WBS;
- ❑ Promover o envolvimento da equipa de enfermagem no projecto.

MISSÃO

- Prestar cuidados de saúde com qualidade à população, assegurando em simultâneo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de eficiência e eficácia.

VISÃO

- A minha visão assenta fundamentalmente na inovação, esperando conseguir num futuro próximo, a motivação da equipa de enfermagem, para pesquisar problemas emergentes quanto às necessidades do doente/família, com o intuito de os tentar detectar com a maior precocidade, se possível, logo no momento da admissão ou nas primeiras 24 horas de internamento, a fim de assegurar a continuidade de cuidados no domicílio, numa unidade da RNCCI ou outras instituições.

VALORES

- Deverá ser mantida uma atitude focada no doente, não esquecendo os valores pelos quais se rege a instituição, nomeadamente:
 - Atitude e respeito focados no utente/família;
 - Prestação de cuidados de saúde com qualidade;
 - Disponibilidade e eficácia na prestação de serviços;
 - Cultura pelo trabalho de equipa;
 - Primar pelo bom relacionamento entre os profissionais de saúde e os utentes.

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

- As altas clínicas, para alguns doentes, não proporcionam um regresso a casa esclarecido e adequado às suas necessidades e da família, ou prestador informal de cuidados.

ÂMBITO

- O âmbito deste projecto abrange a preparação para o regresso a casa do doente, o qual deverá ser iniciado no momento de admissão, mediante a aplicação de uma ficha de avaliação inicial para triagem dos doentes que poderão necessitar de apoio familiar ou de um cuidador informal após a alta hospitalar.

OBJECTIVOS

- Visando o sucesso da sua realização considere os seguintes objectivos:
 - Elaborar Ficha de Avaliação Inicial para triagem de situações potencialmente problemáticas, ou problemáticas, no regresso a casa;
 - Aprovação da Ficha de Avaliação;
 - Estabelecer um Plano de Cuidados, durante o internamento, que permita a participação activa dos futuros cuidadores informais;
 - Implementar a metodologia de trabalho.

PERÍODO DE EXECUÇÃO

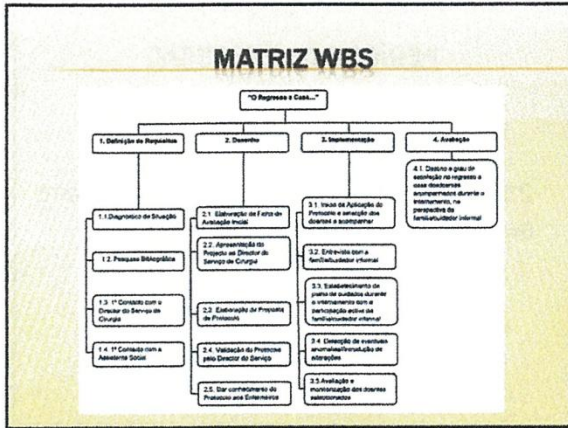
- 21 de Novembro de 2011 a 27 de Janeiro de 2012.

STAKEHOLDERS

- Identifiquei os seguintes:
 - Administração;
 - Direcção de Enfermagem;
 - Director do Serviço de Cirurgia;
 - Médicos;
 - Enfermeiro Chefe do Serviço de Cirurgia;
 - Enfermeiros;
 - Assistente Social;
 - Psicóloga;
 - Assistentes Operacionais (AO);
 - Utentes.

MATRIZ WBS (WORK BREAKDOWN STRUCTURE)

- As etapas identificam-se com:
 - Início;
 - Especificação;
 - Desenho;
 - Construção;
 - Implementação;
 - Operação e revisão.



CRONOGRAMAS

"O Retorno a Casa..." Atualizado em: 05-12-2011

CRONOGRAMA 1

ATIVIDADE		INÍCIO	FIM	% OK	05-11-11	12-11-11	19-11-11	26-11-11	03-12-11	10-12-11	17-12-11	24-12-11	31-12-11
Definição de Requisitos													
1	Diagnóstico de Situação	21-11-11	05-12-11	100	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Pesquisa Bibliográfica	21-11-11	05-12-11	100	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	1º Contato com o Diretor de Serviço de Cirurgia	28-11-11	28-11-11	100	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	1º Contato com o Assistente Social	07-12-11	07-12-11	100							X	X	X

LEGENDA
 % OK = % realizado
 "X" = parte realizada " " = parte a realizar/completar

CRONOGRAMAS

"O Retorno a Casa..." Atualizado em: 06-12-11

CRONOGRAMA 2

ATIVIDADE		INÍCIO	FIM	% OK	06-12-11	13-12-11	20-12-11	27-12-11	03-01-12	10-01-12	17-01-12	24-01-12	31-01-12
Desenho													
1	Elaboração da Ficha de Análise Inicial	06-12-11	12-12-11	0									
2	Apresentação do Projeto ao Diretor	14-12-11	14-12-11	0									
3	Elaboração de Proposta de Protocolo	14-12-11	18-12-11	0									
4	Validação da Proposta pelo Diretor de Serviço	18-12-11	18-12-11	0									
5	Encaminhamento da Proposta aos Enfermeiros	21-12-11	21-12-11	0									

LEGENDA
 % OK = % realizado
 "X" = parte realizada " " = parte a realizar/completar

CRONOGRAMAS

"O Retorno a Casa..." Atualizado em: 05-12-2011

CRONOGRAMA 3

ATIVIDADE		INÍCIO	FIM	% OK	05-12-11	12-12-11	19-12-11	26-12-11	02-01-12	09-01-12	16-01-12	23-01-12	30-01-12
Implementação													
1	Agendamento Profissional/Coordenador dos Diretores	02-01-12	02-01-12	0									
2	Entrega de Cartas de Encaminhamento	02-01-12	02-01-12	0									
3	Estabelecimento de Parcerias	02-01-12	02-01-12	0									
4	Criação de Reuniões de Acompanhamento de Atividades	02-01-12	02-01-12	0									
5	Avaliação e Monitoração dos Demais Profissionais	02-01-12	02-01-12	0									

LEGENDA
 % OK = % realizado
 "X" = parte realizada " " = parte a realizar/completar

CRONOGRAMAS

Actualizado em: 06-12-2011

"O Regresso a casa..."
CRONOGRAMA 4

ACTIVIDADE	05-01-12	12-01-12	19-01-12	26-01-12	02-02-12
AVALIACAO					
1 - Definir o Grau de Risco					
2 - Definir					

Legend: * = para unidade ** = para o administrador

GESTÃO DO RISCO



OUTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS

- Revisão Bibliográfica
- Apresentação do Projecto ao Director do Serviço para obtenção do seu apoio e colaboração;
- Elaboração da Ficha de Avaliação Inicial - Avaliações efectuados por outras unidades de saúde; Visita à Unidade de Cuidados Continuados (Convalescença) do Montepio Rainha D. Leonor.

FICHA DE AVALIAÇÃO INICIAL

CHON
CENTRO HOSPITALAR DE OBRAS DE CARIDADE

PLANEAMENTO DO REGRESSO A CASA/CONTINUIDADE DE CUIDADOS
FICHA DE AVALIAÇÃO INICIAL DO DOENTE/FAMÍLIA

Escala Identificativa	DATA DE ADMISSÃO
	MÉDICO DE FAMÍLIA
	UNIDADE DE SAÚDE
	MOTIVO DE INTERNAMENTO
	NOME DA PESSOA SIGNIFICATIVA/CUIDADOR
	PARENTESCO
	TELEFONES

INDICAÇÕES CRÍTICAS - Preencher nos 1^{os} 48 horas

<input type="checkbox"/> Idade > 75 anos	<input type="checkbox"/> Estado terminal	<input type="checkbox"/> Vício de
<input type="checkbox"/> Situação que precipitem incapacidade física e/ou mental	<input type="checkbox"/> Sit. dependente/inestabilidade antes de internamento	<input type="checkbox"/> Ambiente familiar problemático
<input type="checkbox"/> Problemas comportamentais	<input type="checkbox"/> Sem visitas/visitas esporádicas	<input type="checkbox"/> Síntes de rejeição/abandono familiar
<input type="checkbox"/> Estado terminal		<input type="checkbox"/> Outros

APÊNDICE VI

Ficha de Avaliação Inicial do Doente/Família

PLANEAMENTO DO REGRESSO A CASA/CONTINUIDADE DE CUIDADOS
FICHA DE AVALIAÇÃO INICIAL DO DOENTE/FAMÍLIA

Etiqueta Identificativa	DATA DE ADMISSÃO ___/___/___ MÉDICO DE FAMÍLIA _____ UNIDADE DE SAÚDE _____ MOTIVO DE INTERNAMENTO _____ NOME DA PESSOA SIGNIFICATIVA/ CUIDADOR _____ PARENTESCO _____ TELEFONES _____
-------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

INDICADORES CRÍTICOS – Preencher nas 1^{as} 48 horas		
<input type="checkbox"/> Estado terminal <input type="checkbox"/> Situações que perspectivam Incapacidade física e/ou mental <input type="checkbox"/> Problemas comportamentais	<input type="checkbox"/> Vive só <input type="checkbox"/> Era dependente/incapacitado antes do internamento <input type="checkbox"/> Sem visitas/visitas esporádicas	<input type="checkbox"/> Ambiente familiar problemático <input type="checkbox"/> Sinais de rejeição/abandono familiar <input type="checkbox"/> Obs: _____ _____ _____

ANTECEDENTES PESSOAIS
DOENÇAS _____ _____ MEDICAÇÃO QUE TOMAVA _____ _____ ALERGIAS _____ _____

ESTADO DE CONSCIÊNCIA/EXPRESSÃO					
<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Calmo	<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Agitado
<input type="checkbox"/> Desorientado	Tipo Desorientação _____				
Outro (especificar): _____					
VISÃO:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diminuída	<input type="checkbox"/> Nula	Prótese: _____	
AUDIÇÃO:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diminuída	<input type="checkbox"/> Nula	Prótese: _____	
FALA:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Disartria	<input type="checkbox"/> Afasia	Tipo de Afasia _____	

MOBILIZAÇÃO/LOCOMOÇÃO			
<input type="checkbox"/> Independente	<input type="checkbox"/> Marcha	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Mobilização no leito
Ajuda Total	<input type="checkbox"/> Marcha	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Mobilização no leito
Ajuda Parcial	<input type="checkbox"/> Marcha	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Mobilização no leito
<input type="checkbox"/> Utiliza auxiliar de marcha	Qual? _____		

PELO ASSISTENTE SOCIAL

Contactada a família e/ou cuidadores _____ Data __/__/__/

O Utente Data __/__/__

Com que vive? _____

Quem o apoiará após a alta? _____

Diagnóstico social _____

Assegurada a continuidade de cuidados do ponto de vista social Data __/__/__

Quem o apoiará após a alta? _____

Onde? _____

OBSERVAÇÕES

O ASSISTENTE SOCIAL: _____

DATA: __/__/__

PELO PSICÓLOGO/OBSERVAÇÕES

O PSICÓLOGO: _____

DATA: __/__/__

Ficha elaborada por Ana Isabel Rodrigues Marques

Aluna do Mestrado Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa

Orientação: En^o João Domingos

Professora: Isabel Rabiais



APÊNDICE VII
Plano Individual de Intervenção

Nome do Utente:

Cama:

PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

DATA	PROBLEMAS/NECESSIDADES	OBJECTIVOS/METAS	DATA INÍCIO	INTERVENÇÕES	DATA TÉRMINO	ENFº

APÊNDICE VIII

Orientações para a Implementação do Projeto



- Todos os doentes admitidos no serviço deverão ser submetidos à Ficha de Avaliação Inicial do Doente/Família, o mais breve possível, até às 1^{as} 48 horas;
- Se se verificar um ou mais indicadores críticos proceder ao preenchimento da ficha de avaliação;
- Sempre que possível e considerar importante, mediante a situação clínica do doente, pedir o apoio do médico no preenchimento do quadro a ele respeitante;
- Depois deste procedimento a ficha deverá ser colocada no dossier que está identificado como *“Planeamento de Altas/Cuidados Continuados* para posteriormente poder ser consultada e preenchida pela equipa de enfermagem, assistente social, psicóloga e restante equipa multidisciplinar;
- No quadro da prestação de cuidados após avaliação, e se tem indicadores críticos, deverá ser assinalada na coluna identificada por PA/CC se houve ou não avaliação sequencial do doente/família. Se não houve colocar um traço, se houve colocar a data da respectiva avaliação;
- O melhor horário para se realizar a entrevista familiar será às 11 horas e poderá ser efectuada no ex-serviço da Cirurgia do Ambulatório. Se só for possível ser feita no turno da tarde, poder-se-á utilizar o gabinete médico do nosso serviço;
- No período da manhã, idealmente a entrevista deverá ser efectuada na presença do enfermeiro coordenador e enfermeiro prestador de cuidados. Indagar sempre se há disponibilidade médica.
- A assistente social poderá estar presente ou não consoante a sua disponibilidade, embora tenha referido que o primeiro contacto a ter com a família deverá ser sempre após esta ter falado com o enfermeiro ou médico, para estar melhor informada do ponto de vista clínico;
- Após a avaliação do doente/família deverá ser estabelecido um Plano Individual de Intervenção com vista a programar estratégias que venham a colmatar necessidades/problemas identificados visando a informação, participação activa da família para preparação do regresso a casa.
- Tanto a Ficha de Avaliação Inicial como o Plano Individual de Intervenção estão em duas gavetas no armário da sala de trabalho.

Estou ao vosso dispor para esclarecimentos de dúvidas que surjam ou qualquer outro tipo de informação ou apoio.

Ana Isabel Marques

APÊNDICE IX

Documento Informativo para a Equipa Médica



Eu, enfermeira Ana Isabel Marques, estou a frequentar o Mestrado Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa. Neste momento encontro-me a desenvolver, durante o meu estágio opcional, um Projecto que pretendo que traga benefícios para o Serviço e Instituição.

Estando inserida na Instituição cuja missão é prestar cuidados de saúde com qualidade à população da sua área de influência, assegurando em simultâneo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de eficiência e eficácia, considereei existir um problema relativamente às altas clínicas, que não proporcionavam um regresso a casa esclarecido e adequado às necessidades do doente e respectiva família.

A minha visão assenta fundamentalmente na inovação, esperando conseguir num futuro, o mais próximo possível, a motivação da equipa médica e de enfermagem, para a pesquisa de problemas emergentes quanto às necessidades do doente/família, com o objectivo de os detectar com a maior precocidade, se possível, logo no momento da admissão ou nas primeiras 24/48 horas de internamento, a fim de assegurar a continuidade de cuidados no domicílio, numa unidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ou outras instituições.

O âmbito deste Projecto tem como finalidade a preparação para o regresso a casa do doente, a qual deverá ser iniciada no momento da admissão, mediante a utilização de uma ficha de avaliação inicial, para triagem daqueles que poderão necessitar de apoio familiar/cuidador informal ou institucional, após a alta hospitalar.

Para tal, deverá ser estabelecido um plano de cuidados, durante o internamento, que vise a participação activa do doente/família/cuidador informal para que, quando chegado o momento do regresso a casa ou ingresso noutra instituição, sejam asseguradas as condições básicas necessárias ao autocuidado do doente, promovendo a saúde e bem-estar da família/cuidador informal, e que terá sempre como objectivo principal abreviar o tempo de internamento, não esquecendo a continuidade dos cuidados necessários.

O Projecto deverá ser cumprido pela equipa multidisciplinar, a qual deverá incluir a equipa médica e de enfermagem, assistente social, psicóloga, nutricionista, fisiatra, entre outros que se julguem necessários perante a situação clínica do doente.

Visando o sucesso da sua realização considereei os seguintes objectivos:

- ▶ Elaborar uma ficha de avaliação inicial para triagem de situações potencialmente problemáticas, ou problemáticas, no regresso a casa;
- ▶ Partilhar o Projecto com a equipa de enfermagem, em sessão de formação, com vista à sua futura adesão, assim como possíveis anotações para alterações que julguem pertinentes;
- ▶ Aprovação da Ficha de Avaliação pelo Director de Serviço, Assistente Social e Equipa de Enfermagem;

- ▶ Estabelecer um Plano de Cuidados, durante o internamento, que permita a participação activa dos futuros cuidadores;
- ▶ Diariamente envolver a equipa médica nos problemas dos doentes e famílias relativamente ao seu regresso a casa;
- ▶ Avaliar sumariamente se os cuidadores ficaram satisfeitos com os cuidados prestados, assim como o destino dos doentes problemáticos.

Era também necessário ter o apoio incondicional do Director do Serviço, visto ser impulsionador dos seus congéneres. O Projecto foi muito bem recebido e foi prometida a colaboração médica, quando para tal fosse solicitada, inclusivamente fora do horário normal de expediente, recorrendo, se necessário, aos médicos a cumprir horário de urgência.

Foi contactada a assistente social e a psicóloga que consideraram o referido Projecto uma mais-valia, por constituir um elo de ligação entre o doente/família durante o internamento e os seus serviços.

Iniciei a elaboração da Ficha de Avaliação Inicial considerando que seria muito positivo “beber” das experiências de outras instituições. Consultei algumas avaliações feitas por outras unidades de saúde do território nacional e visitei a Unidade de Cuidados Continuados (Convalescença), da Instituição Montepio Rainha D. Leonor, onde me apercebi que poderia aproveitar algo da sua experiência.

Após a sua elaboração, expus o meu Projecto em formação de serviço, de forma informal, esperando colher o máximo de adesão possível e também “dicas” para o otimizar.

A reunião decorreu como eu não esperava, sendo muito participativa e inclusivamente polémica. O seu resultado foi uma nova Ficha, com novas adendas relativamente aos elementos da equipa multidisciplinar, e também com o apoio da equipa presente relativamente à importância do Projecto.

Orientações para a implementação do Projecto:

- Todos os doentes admitidos no serviço deverão ser submetidos à Ficha de Avaliação Inicial do Doente/Família, o mais breve possível, até às 1^{as} 48 horas;
- Se se verificar um ou mais indicadores críticos proceder ao preenchimento da ficha de avaliação;
- Sempre que possível e considerar importante, mediante a situação clínica do doente, pedir o apoio do médico no preenchimento do quadro a ele respeitante;
- Depois deste procedimento a ficha deverá ser colocada no dossier que está identificado como “Planeamento de Altas/Cuidados Continuados” para posteriormente poder ser consultada e preenchida pela equipa de enfermagem, assistente social, psicóloga e restante equipa multidisciplinar;
- No quadro da prestação de cuidados após avaliação, e se tem indicadores críticos, deverá ser assinalada na coluna identificada por PA/CC se houve ou não avaliação sequencial do doente/família. Se não houve colocar um traço, se houve colocar a data da respectiva avaliação;

- O melhor horário para se realizar a entrevista familiar será às 11 horas e poderá ser efectuada no ex-serviço da Cirurgia do Ambulatório. Se só for possível ser feita no turno da tarde, poder-se-á utilizar o gabinete médico do nosso serviço;
- No período da manhã, idealmente a entrevista deverá ser efectuada na presença do enfermeiro coordenador e enfermeiro prestador de cuidados. Indagar sempre se há disponibilidade médica.
- A assistente social poderá estar presente ou não consoante a sua disponibilidade, embora tenha referido que o primeiro contacto a ter com a família deverá ser sempre após esta ter falado com o enfermeiro ou médico, para estar melhor informada do ponto de vista clínico;

Para terminar desejava expressar o meu desejo de sucesso nos primeiros passos a serem dados na implementação do Projecto, para que no futuro seja possível torna-lo mais arrojado e abrangente, envolvendo outras instituições como as Unidades de Saúde Familiares, RNCCI, Lares, Equipas de Apoio Domiciliário, entre outros.

Obrigada pela atenção dispensada