



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**O acolhimento da pessoa doente e família no serviço de urgência**

**Patrícia Isabel Castelo Perdigão**

Orientação: Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**O acolhimento da pessoa doente e família no serviço de urgência**

**Patrícia Isabel Castelo Perdigão**

Orientação: Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

*Seja um estudante enquanto você tiver algo para aprender,  
ou seja, por toda a sua vida.*

Henry L. Doherty

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família e namorado pelo paciência, compreensão e apoio incondicional.

Aos Professores envolvidos em todo o processo, nomeadamente a Professora Dulce Santiago pela orientação e acompanhamento ao longo deste trabalho.

À Enfermeira Ana Agostinho, pela partilha de conhecimentos, exigência e momentos de reflexão.

À Enfermeira Fernanda Guerreiro, pela compreensão demonstrada durante o meu percurso enquanto enfermeira.

À Enfermeira Ana Dora Veiga pela disponibilidade e partilha de conhecimentos.

A todos os colegas que se cruzaram no meu caminho e me proporcionaram experiências únicas.

Aos amigos de sempre e para sempre, por tudo...

## **RESUMO**

Pretende-se, através deste Relatório, a concretização de um trabalho reflexivo, crítico e fundamentado do percurso realizado no Estágio Final. Será destacado o processo de desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista, específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica – a pessoa em situação crítica, assim como das competências de mestre em enfermagem.

Sendo o Serviço de Urgência o local onde a pessoa que aí recorre se encontra, habitualmente, a vivenciar uma alteração no seu estado de saúde, por vezes, numa situação grave e com risco de vida, torna-se importante que o acolhimento que o enfermeiro realiza seja um momento fundamentado e oportuno.

O recurso a estratégias para a melhoria da qualidade do acolhimento da pessoa doente/família, realizado pelos enfermeiros no Serviço de Urgência, contribui para o aumento da satisfação de todos os intervenientes no processo. Assim sendo, foi desenvolvido um Projeto de Intervenção centrado nesta temática, apresentado neste relatório.

### **Palavras-chave:**

Acolhimento, Satisfação do Paciente, Serviço Hospitalar de Emergência, Enfermagem Médico-Cirúrgica.

## **ABSTRACT**

Through this Report, we intend to carry out a reflective, critical and informed work during the Final Stage. Here we will highlight the process of developing the common skills of specialist nurse, the specific nurse specialist in medical and surgical nursing in the branch of the critical situation, as well as the nursing master's skills.

Since the Emergency Service is the place where the person who is appearing here is habitually experiencing a change in his/her state of health and is sometimes in a serious and life-threatening situation, it is important that the nurse performs a reasoned and timely moment.

The use of strategies to improve the quality of the nurses' reception in the Emergency Service contributes to increase the satisfaction of all those involved in the process. Therefore, an Intervention Project was developed that had as main intervention this theme, presenting the activities and strategies in this report.

### **Keywords:**

User Embracement, Patient Satisfaction, Emergency Service, Medical-Surgical Nursing.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

Enf. – Enfermeiro

Enf.<sup>a</sup> – Enfermeira

n.º – Número

p. – Página

Sr. – Senhor

Sr.<sup>a</sup> – Senhora

## **LISTA DE SIGLAS**

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AO – Assistente Operacional

APA – *American Psychological Association*

ARS – Administração Regional do Sul.

A3AES – Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior

BMC1 – Balcão Médico-Cirúrgico 1

BMC2 – Balcão Médico-Cirúrgico 2

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CFIC – Centro de Formação, Investigação e Conhecimento

CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMFRS - Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CT – Centro de Trauma

DGS – Direção-Geral da Saúde

EVN – Escala Visual Numérica

FPDR – *Family Presence During Resuscitation*

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OBS – Sala de Observação

OE – Ordem dos Enfermeiros

PI – Projeto de Intervenção

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos

RCP – Reanimação Cardiopulmonar

REPE – Regulamento do Exercício Profissional em Enfermagem

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCINT – Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	17
1. APRECIACÃO DO CONTEXTO .....	22
1.1. Centro hospitalar universitário do algarve .....	22
1.2. Serviço de urgência polivalente .....	26
1.2.1. Recursos físicos e materiais .....	28
1.2.2. Recursos humanos .....	32
1.2.3. Análise da população.....	35
1.2.4. Análise da produção de cuidados .....	36
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	38
2.1. Enquadramento concetual e teórico .....	39
2.1.1. Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa de Joyce Travelbee .....	40
2.1.2. A pessoa doente e a sua família no contexto do serviço de urgência.....	43
2.1.3. A presença da família durante a reanimação cardiopulmonar.....	46
2.1.4. O acolhimento de enfermagem no serviço de urgência.....	48
2.1.5. A satisfação das pessoas com os cuidados de enfermagem.....	50
2.2. Diagnóstico de situação.....	54
2.3. Objetivos .....	65
2.4. Planeamento e execução.....	66
2.5. Avaliação e resultados.....	71
3. ANÁLISE DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	73
3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista e competências de mestre em enfermagem .....	74
3.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica e competências de mestre em enfermagem.....	87
CONCLUSÃO .....	101
BIBLIOGRAFIA .....	103

## ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice A. Projeto de Estágio.....	CXVI
Apêndice B. Artigo – A presença da família durante a reanimação cardiopulmonar.....	CXXXVIII
Apêndice C. Consentimento informado, livre e esclarecido .....	CXLV
Apêndice D. Formulário SUCEH <sub>21</sub> modificado.....	CXLIX
Apêndice E. Formulário online.....	CLII
Apêndice F. Norma de procedimento de enfermagem – acolhimento da pessoa doente e família no serviço de urgência da Unidade de Faro.....	CLVI
Apêndice G. Guia de acolhimento à pessoa doente e família no serviço de urgência da Unidade de Faro .....	CLXIX
Apêndice H. Cartaz – circuito habitual das pessoas doentes no serviço de urgência da Unidade de Faro .....	CLXXII
Apêndice I. Cronograma final .....	CLXXIV
Apêndice J. Pedido de parecer à comissão de ética para a saúde do CHUA .....	CLXXVII
Apêndice L. Póster – Abordagem ABCDE na pessoa com cetoacidose diabética – intervenção de enfermagem .....	CXCIX
Apêndice M. Póster – A comunicação com a pessoa submetida a ventilação invasiva.. .....	CCI
Apêndice N. Artigo – A comunicação com a pessoa submetida a ventilação invasiva.....	CCIII

Apêndice O. Póster – Controlo da colonização crítica na úlcera por pressão com recurso a compressa de cloreto de diaquilcarbamilo – um estudo de caso.....	CCVIII
Apêndice P. Artigo – A satisfação das pessoas doentes e família com os cuidados de enfermagem no serviço de urgência.....	CCX
Apêndice Q. Orientações sobre o plano de catástrofe do CHUA para o serviço de Medicina 2B .....	CCXVII
Apêndice R. Norma de procedimento de enfermagem para a preparação da pessoa para intervenção cirúrgica e/ou imobilização gessada no serviço.....	CCXXIII

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A. Autorização para utilização do formulário SUCEH <sub>21</sub> .....	CCXLII
Anexo B. Formulário SUCEH <sub>21</sub> .....	CCXLIV
Anexo C. Certificado de coautoria na elaboração de Pósteres.....	CCXLVII
Anexo D. Certificado de participação no Congresso desenvolvido pela Associação Portuguesa de Tratamentos de Feridas 2018.....	CCL
Anexo E. Certificado do curso de Suporte Avançado de Vida.....	CCLII
Anexo F. Certificado do curso <i>International Trauma Life Support</i> .....	CCLIV
Anexo G. Auditoria ao Cumprimento das Precauções Básicas e Controlo de Infecção .....	CCLVI

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1. Cartografia de localização no território dos serviços do CHUA.....	22
Figura n.º 2. Relações entre os diversos elementos do conhecimento.....	40
Figura n.º 3. Conceptualização do Modelo da Relação Pessoa-a-Pessoa.....	43

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro n.º 1. Conceitos definidores do Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa.....	41
---	----

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1. Número de pessoas admitidas nos serviços de urgência da Administração Regional de Saúde do Algarve de acordo com a triagem de Manchester atribuída.....	36
Tabela n.º 2. Opinião relativa ao domínio da Eficácia na Comunicação.....	61
Tabela n.º 3. Opinião relativa ao domínio da Utilidade da Informação.....	62
Tabela n.º 4. Opinião relativa ao domínio da Qualidade no Atendimento.....	62
Tabela n.º 5. Opinião relativa ao domínio da Prontidão na Assistência.....	63
Tabela n.º 6. Opinião relativa ao domínio da Manutenção do Ambiente Terapêutico.....	64
Tabela n.º 7. Opinião relativa ao domínio da Promoção da Continuidade de Cuidados....	64

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1. Caraterização da amostra quanto ao género.....	57
Gráfico n.º 2. Caraterização da amostra quanto à idade.....	58
Gráfico n.º 3. Caraterização da amostra quanto ao estado civil.....	58
Gráfico n.º 4. Caraterização da amostra quanto às habilitações literárias.....	59
Gráfico n.º 5. Caraterização da amostra quanto à profissão.....	60
Gráfico n.º 6. Caraterização da amostra quanto ao grau de prioridade atribuído pela triagem de Manchester.....	60

## INTRODUÇÃO

O ensino em enfermagem no mundo e, em particular, em Portugal, tem sofrido alterações significativas nas últimas décadas (Gato e Nunes, 2013). Este progresso surge em relação com os resultados da investigação científica e dos próprios avanços da profissão de acordo com as necessidades reais e atuais das pessoas.

Tendo a noção do desenvolvimento da profissão, do ensino da enfermagem e da consciência de que as pessoas que necessitam de cuidados dos enfermeiros têm o direito a tê-los com qualidade, torna-se importante que cada profissional recorra a um processo de formação contínua. Desta forma, o presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório, refletindo-se como um trabalho de descrição, reflexão e análise do Estágio realizado no âmbito da UC Estágio Final do curso de Mestrado em Enfermagem - área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica — A Pessoa em Situação Crítica, publicado em Diário da República no Aviso nº5622/16 de 2 de maio, no seu terceiro semestre, do ano letivo 2018/2019.

O Estágio desenvolveu-se, maioritariamente, no Serviço de Urgência Polivalente (SUP) do Cento Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), Unidade de Faro. Foram realizados quatro turnos no âmbito da enfermagem em contexto pré-hospitalar, nomeadamente um turno na equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de Faro e três na equipa da Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) de Loulé; no período de 19 de setembro de 2018 a 25 de janeiro de 2019.

No início do Estágio Final foi realizado um documento orientador do mesmo, denominado de Projeto de Estágio (Apêndice A), onde foram delineados os principais objetivos e atividades a serem concretizadas de forma a potencializar o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, assim como de mestre em enfermagem. Desta forma, os documentos norteadores do Estágio Final, assim como do presente Relatório, são o Regulamento nº 122/11 e nº 124/11 da Ordem dos Enfermeiros (OE) e o Decreto-Lei nº 63/16 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior; assim como o documento que rege

a criação do presente curso de mestrado em enfermagem apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES) (Universidade de Évora, 2015).

Após a análise e reflexão acerca do contexto em que o Estágio Final decorria, local onde a pessoa doente pode estar numa situação crítica, pela procura da melhoria da prestação de cuidados e satisfação das pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem de qualidade, determinou-se a implementação de um Projeto de Intervenção (PI) relativo ao Acolhimento da Pessoa Doente e Família no Serviço de Urgência. Desta forma, pretendia-se a promoção de boas práticas no Acolhimento realizado pelos enfermeiros no SUP do CHUA, potencializando a Segurança e Qualidade de Vida, linhas de investigação definidas para o curso de mestrado em enfermagem na área da enfermagem médico-cirúrgica – a pessoa em situação crítica, e em que o projeto se enquadra.

O CHUA enuncia que “os cuidados de enfermagem são influenciados pelo modelo de enfermagem baseado no modelo de vida, onde o Homem é considerado como um sistema aberto em permanente interação com o meio que o rodeia” (CHUA, sd, p.30). A pessoa quando recorre ou é transportada ao SUP encontra-se a vivenciar uma alteração no seu estado de saúde, evento inesperado e que, por vezes, é grave e a coloca em risco de vida. A família que acompanha a pessoa doente está, similarmente, numa situação de fragilidade, necessitando, também, de ser alvo de cuidados por parte dos enfermeiros. Desta forma, a intervenção do enfermeiro é bastante complexa, uma vez que

os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa 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 em vista a sua recuperação total. (Regulamento nº429/18 de 16 de julho, p.19362).

O enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica é responsável pela prestação de cuidados à pessoa doente e, também, à sua família, uma vez que “assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica” (Regulamento nº 124/11 de 18 de fevereiro, p.8656). Assim sendo, “a enfermagem tem o compromisso e obrigação de incluir as famílias, nos cuidados de saúde” (Wright e Leahey, 2009, p.13). Da mesma forma que o estabelecimento de uma relação terapêutica é fulcral para a gestão das

emoções vividas no SUP, iniciado desde o primeiro contacto entre enfermeiro, pessoa doente e família, torna-se fundamental a utilização de ferramentas para uma comunicação eficaz.

Ao longo deste Relatório é utilizado o conceito de família enquanto “unidade social ou todo coletivo, composta por pessoas ligadas através da consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo, considerado como um sistema, que é maior do que a soma das partes” (CIPE, 2011, p.115).

O processo de acolhimento “visa a escuta, a valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades, o respeito às diferenças” (Schneider, Manschein, Ausen, Martins e Albuquerque, 2008, p. 82). Desta forma, o acolhimento é fundamental para todos os intervenientes e torna-se extremamente importante em diversas situações, entre elas quando é necessário transmitir uma má notícia, podendo “facilitar” este processo na medida em que já existe uma relação interpessoal de confiança. Assim, é importante que o enfermeiro esteja disponível para escutar e esclarecer as dúvidas das pessoas, evitando níveis de ansiedade elevados e permitir que estas informações sejam dadas em momentos e espaços que propiciem a confidencialidade e segurança para as mesmas.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 122/11 de 18 de fevereiro) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº 124/11 de 18 de fevereiro), assim como do Regulamento do Exercício Profissional em Enfermagem (REPE) (Lei nº156/15, de 16 de setembro), são documentos que definem legalmente, nos seus artigos específicos, a importância e a responsabilidade do enfermeiro no processo de transmissão de informação, do estabelecimento de uma relação terapêutica e na segurança nos cuidados prestados à pessoa doente e pessoas significativas para a mesma - familiares.

De acordo com a particularidade do acolhimento realizado pelos enfermeiros no serviço de urgência, onde são prestados cuidados à pessoa em situação crítica e à sua família, considerou-se importante o desenvolvimento do Estágio Final e, consequentemente, do PI, à luz do Modelo da Relação Pessoa-a-Pessoa, de Joyce

Travelbee. Segundo esta teórica, a enfermagem é “um processo interpessoal através do qual o profissional de enfermagem auxilia um indivíduo, família ou comunidade na prevenção e a lidar com a experiência da doença e do sofrimento e, se necessário, a encontrar sentido nestas experiências” (Travelbee, 1979, citado em Tomey e Alligood, 2002, p. 467).

Perante o exposto, este Relatório tem como objetivo geral refletir criticamente de forma pormenorizada e fundamentada sobre o processo formativo realizado. Acrescenta-se que os objetivos específicos deste documento são:

- apresentar o contexto em que o Estágio Final foi desenvolvido;
- descrever as fases de desenvolvimento do PI;
- analisar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências;
- analisar crítica e fundamentadamente as intervenções e estratégias realizadas durante o Estágio Final.

Este trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos, na primeira parte será apreciado o local onde decorreu o Estágio Final. Seguidamente é realizada uma análise reflexiva acerca do desenvolvimento do PI, onde é apresentado um enquadramento concetual e teórico da temática abordada assim como as fases do desenvolvimento do PI tendo por base a Metodologia de Projeto. A utilização desta metodologia permite a execução de um plano de trabalho que leva à resolução de um problema identificado, baseado num método reflexivo e apoiado na investigação científica (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010). Na terceira parte, tem lugar uma análise reflexiva fundamentada e crítica do processo de desenvolvimento de competências. E por fim, na conclusão, é realizada uma apreciação global e tecidas as considerações finais acerca do processo formativo, bem como dos objetivos delineados para a para a UC Estágio Final e as competências desenvolvidas durante o mesmo assim como na realização deste Relatório.

O presente Relatório de Estágio é apresentado em concordância com o Acordo Ortográfico que entrou em vigor em Portugal a 13 de maio de 2008, respeita as indicações

apresentadas no Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem (Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, sd) e a norma de referência bibliográfica da *American Psychological Association (APA)* (APA, 2016), na sua 6ª edição.

## 1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

O Estágio Final decorreu em contexto de SUP, sendo que também existiu a oportunidade da realização de quatro turnos no âmbito da enfermagem pré-hospitalar. Neste capítulo, é concretizada uma apreciação do contexto do Estágio Final.

### 1.1. CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

O Serviço de Urgência (SU) onde o Estágio decorreu pertence ao CHUA, nova designação atribuída ao antigo Centro Hospitalar do Algarve, ao abrigo do Decreto-Lei nº 101/17 de 23 de agosto. Trata-se de um centro hospitalar integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, composto pelas unidades de Faro, Portimão e Lagos, assim como pelo Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul (CMFRS) e Serviços de Urgência Básica do Algarve (SUB) em Loulé, Albufeira e Vila Real de Santo António, como evidenciado na Figura n.º 1.

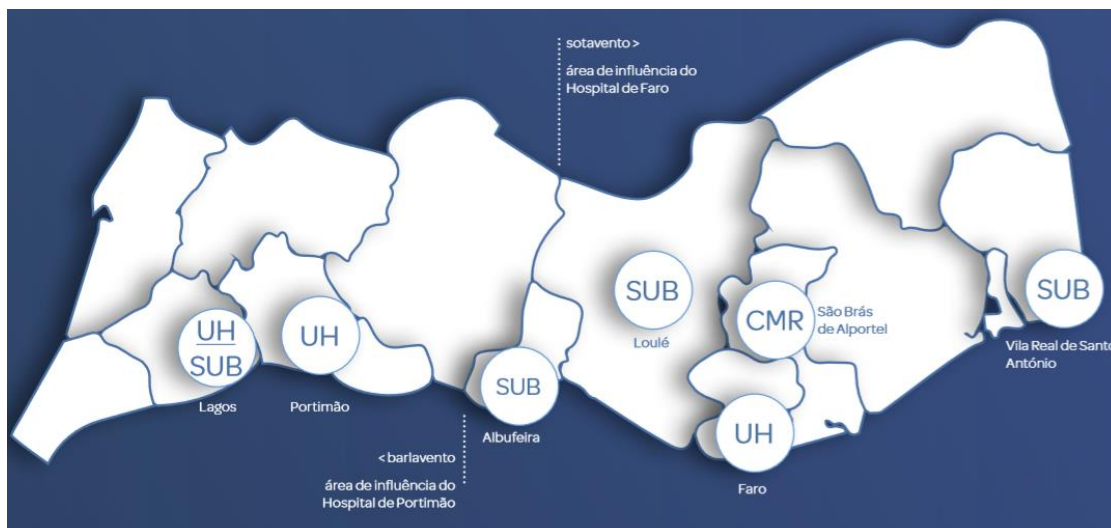


Figura n.º 1. Cartografia de localização no território dos serviços do CHUA.

Fonte. CHUA – Gabinete de Comunicação e Relações Externas, 2018, p. 17

O CHUA funciona em articulação com as restantes unidades de saúde do SNS, sendo responsável pela prestação direta de cuidados de saúde aos concelhos do Algarve, nomeadamente às pessoas que habitam ou visitam a região algarvia, e também parte do

Alentejo. O CMRS do CHUA, serve aproximadamente 600 mil residentes “(...) Algarve, Baixo Alentejo e no concelho de Odemira, do Alentejo Litoral” (CHUA, 2018a, p18).

Este Centro Hospitalar apresenta como missão, além da prestação de cuidados de saúde diferenciados; a investigação e ensino médico e em saúde, sendo uma instituição de referência no Serviço Nacional de Saúde, com estatuto de hospital universitário (CHUA, 2018a). O CHUA tem uma lotação de internamento de 901 pessoas, sendo 574 na Unidade de Faro, 287 na Unidade de Portimão e 40 na Unidade de Lagos (Circular Normativa n.º 172/17 de 28 de agosto). Os valores que regem esta instituição são o “trabalho em prol do utente, o trabalho em equipa, aposta na inovação, gestão participativa e orientação para os resultados” (CHUA, 2018b), tendo em vista a satisfação dos doentes assim como dos seus profissionais. Da mesma forma, o CHUA tem como objetivo proporcionar equidade e universalidade do acesso aos cuidados de saúde (Ibidem), como enunciado na Lei de Bases da Saúde, onde é referido que o SNS é caracterizado por “ser universal quanto à população abrangida” e “garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados” (Lei n.º 48/90 de 24 de agosto).

No Despacho nº 10319/14 de 11 de agosto são identificados os níveis de responsabilidade dos serviços de urgência, os padrões mínimos relativos à estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade; sendo, também, definido o processo de monitorização e avaliação. Os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Referência de Urgência/Emergência, que foi formalizada a 14 de fevereiro de 2009, são definidos no Despacho n.º 13427/15 de 20 de novembro, onde é apresentado que a Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve dispõe de quatro SUB, um SU Médico-Cirúrgico (SUMC) e um SUP. Especificamente, a Unidade Hospitalar de Lagos, além de outras valências, dispõe de um SUB servindo como o “(...) o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações, e constituem um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência” (Despacho n.º 10319/14 de 11 de agosto, p. 20673). Os restantes SUB encontram-se fisicamente nos Centros de Saúde de Albufeira, Loulé e Vila Real de Santo António. Existem recursos mínimos obrigatórios que a Rede de Referência de Urgência/Emergência deve garantir, nomeadamente em termos de

recursos humanos como de equipamentos. Assim, os SUB deverão ter dois médicos e dois enfermeiros em presença física, técnicos de diagnóstico e terapêutica de áreas profissionais adequadas, um Assistente Operacional (AO) e um Assistente técnico. Relativamente ao equipamento, os SUB deverão ter disponível todo o equipamento referido no Artigo 3º do Despacho n.º 10319/14 de 11 de agosto. Para além deste equipamento, os SUB dispõem de uma ambulância de SIV, ativável apenas pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

A Unidade Hospitalar de Portimão dispõe do segundo nível de acolhimento das situações de urgência, na medida em que apresenta um SUMC, dispondo de apoio diferenciado à rede de SUB e referencia para o SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC. Nos SUMC, deverão existir equipas de profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica assim como outros profissionais especializados necessários à prestação de cuidados à população da sua área de influência, tendo como valências médicas obrigatórias: medicina interna, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, imuno-hemoterapia, bloco operatório em permanência, imagiologia e patologia clínica (Despacho n.º 10319/14 de 11 de agosto).

O SU da Unidade de Faro do CHUA é considerado um SUP na medida em que corresponde ao “(...) nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área” (Despacho n.º 10319/14 de 11 de agosto, p. 20674).

De acordo com o Despacho n.º 5561/14 de 23 de abril, “a atividade de emergência médica tem uma vasta abrangência, desde a pré-hospitalar aos cuidados intensivos, passando pela prestação de cuidados em serviços de urgência e pelo transporte inter-hospitalar de doentes críticos” (p. 1123-1124). A rede de referenciação de urgência/emergência define-se como

(...) mapa de estruturas, dos recursos e das valências, das relações de complementaridade, hierarquização e de apoio técnico, dos circuitos, e das condições de articulação e de referenciação entre unidades do sistema Pré-Hospitalar e Hospitalar de Urgência, constituindo estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da

responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar. (Despacho n.º 10319/14 de 11 de agosto, p. 20676).

No Algarve, a rede integra os SU já mencionados e completa-se com os meios de emergência pré-hospitalares existente no mesmo. Assim sendo, é imprescindível que toda a rede de comunicação funcione assim como todos os profissionais envolvidos apresentem conhecimentos e competências neste domínio. O INEM é a entidade responsável por definir, organizar, coordenar e avaliar as atividades do SIEM; dispendo de VMER, de SIV, de motociclo de emergência médica e de helicóptero de emergência médica. No Algarve, os meios de atuação pré-hospitalares são compostos por: três VMER, uma no SUMC da unidade de Portimão, uma no SUP da unidade de Faro e uma no SUB de Albufeira; quatro SIV, sedeadas em Lagos (SUB Lagos), Loulé (SUB Loulé), Tavira (CS Tavira) e Vila Real de Santo António (SUB de VRSA); uma moto sedeadada em Faro e um Helicóptero, sendo que o heliporto é em Loulé. Uma vez que o estágio foi realizado na VMER e na ambulância SIV, seguidamente são ambos caracterizados de forma sintética.

A equipa que integra a VMER é constituída por um médico e um enfermeiro,

(...) concebida para o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente/sinistrado, tem como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida. (Despacho nº5561/14 de 23 de abril, p. 11124).

A equipa que integra a SIV é formada por um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência “(...) concebida para o transporte com acompanhamento de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência, tem como objetivos a estabilização pré-hospitalar, o transporte de doente crítico e dispõe de equipamento de Suporte Imediato de Vida” (Ibidem).

Segundo a legislação em vigor, os SUP e os SUMC devem integrar uma VMER e os SUB devem integrar uma ambulância SIV; e as equipas devem exercer a sua atividade profissional nos SU em que as mesmas estão instaladas (Ibidem). No CHUA é

registado este facto, com a exceção que o SUB de Albufeira dispõe de uma VMER e não de uma SIV como preconizado, devido à extensão da abrangência geográfica e ao facto da população aumentar bastante em algumas alturas do ano, nomeadamente nas épocas festivas e no Verão e ser necessário ter os meios adequados para responder a questões de saúde mais complexas. No verão do passado ano, o INEM reforçou com 14 meios de emergência na região algarve os meios já existentes, de forma a dar resposta às necessidades da população que escolhe a região do Algarve para passar as suas férias (INEM, 2018a).

Segundo o Relatório Anual 2017 VMER e SIV do INEM, “a integração dos meios de emergência pré-hospitalar – VMER e Ambulâncias SIV - veio potenciar sinergias, possibilitou a gestão otimizada dos recursos, contribuindo, inequivocamente, para a sustentabilidade desta importante rede de meios de emergência médica” (INEM, 2018b, p. 13).

Um aspeto constatado durante o estágio é que o enfermeiro que integra a equipa da VMER apenas está destacado para este trabalho; enquanto que o enfermeiro que integra a equipa da SIV dá apoio ao SUB ao qual pertence, durante o período em que não está a prestar cuidados no contexto SIV, à exceção do turno da noite, no qual também só se encontra destacado para o pré-hospitalar, indo ao encontro do preconizado no Despacho n.º 10319/14. Enquanto que os enfermeiros da VMER são escalados em horário extra ao horário que têm no seu local de trabalho, os enfermeiros da SIV são escalados integrando o seu horário normal de trabalho.

## **1.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE**

O SUP do CHUA dispõe das valências médicas de medicina interna, cirurgia geral, cirurgia plástica, ortopedia, anestesiologia, bloco operatório (24 horas por dia), gastroenterologia, cardiologia de intervenção, neurocirurgia, nefrologia (com diálise para

situações agudas), medicina intensiva, imagiologia, patologia clínica com toxicologia, apoio das especialidades de cirurgia plástica e reconstrutiva, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e urologia (CHUA, sd). De acordo com o Despacho já referido (Despacho n.º 10319/14 de 11 de agosto), deveria também dispor das valências de cirurgia cardiotorácica, cirurgia maxilo-facial e cirurgia vascular; no entanto o hospital não apresenta, o que exige colaboração e articulação com os Hospitais de referência nestas especialidades, recorrendo-se quando necessário à transferência inter-hospitalar.

No SUP do CHUA são prestados cuidados de saúde em situação de urgência/emergência à pessoa doente e família todos os dias do ano e 24 horas por dia (CHUA, sd). Relativamente ao Movimento Assistencial do SUP do CHUA, os últimos indicadores disponibilizados, segundo a Circular Normativa n.º172/17, referem-se ao período de janeiro a junho de 2017. Segundo estes dados, o SUP recebeu um total de 37.779 episódios de urgência hospitalar, nos quais 27.629 tiveram alta direta, 5.435 resultaram em internamento hospitalar, 821 altas para outro hospital (transferências) e 223 pessoas faleceram ainda no SUP.

O circuito dos doentes inicia-se com a inscrição na admissão de doentes do SUP. Posteriormente é realizada a classificação do grau de prioridade de atendimento, por um enfermeiro, com recurso à Triagem de *Manchester* – “(...) metodologia de triagem, a análise do doente pode ser executada rapidamente e com segurança, para se atribuir uma prioridade clínica apropriada a guiar a tomada de decisão” (Grupo Português de triagem, sd). No Artigo 12º do Despacho n.º 10319/14 de 11 de agosto, é referida a obrigatoriedade da implementação de sistemas de triagem de prioridades nos serviços de urgência. Após a realização da classificação do risco,

o doente deve ser encaminhado no serviço de acordo com as normas previamente definidas e padronizadas, respeitando e privilegiando a seriação feita na triagem de prioridades, de modo a garantir que o doente seja observado no local, com a logísticas e pela equipa mais adequada, em tempo clinicamente aceitável. (Despacho n.º 10319/14 de 11 de agosto, p. 20675).

O enfermeiro que realizou a triagem é responsável pelo encaminhamento da pessoa para o local adequado à sua situação clínica. As mulheres grávidas têm um

atendimento preferencial e são transferidas para a urgência de obstetrícia (pertencente ao Departamento de Saúde da Mulher e da Criança). Posteriormente, o doente é encaminhado para a área de cuidados designada e são continuados os cuidados necessários (CHUA, sd).

Após a avaliação e a prestação de cuidados no SUP, a pessoa poderá ter alta, ser internada num serviço do próprio hospital ou ficar internada no próprio SUP à espera de vaga nos serviços de internamento, ou até, se for necessário, ser transferida para outro hospital que atenda às suas necessidades em cuidados de saúde. No entanto, também existem pessoas que, devido à sua situação familiar e/ou social, são encaminhadas para o serviço social do hospital de forma a ser resolvida a sua situação aquando da alta hospitalar.

O SUP tem implementadas Vias Verdes, de forma a dar resposta imediata às situações que carecem da mesma. Neste momento, encontram-se operacionais as Vias Verdes de Acidente Vascular Cerebral, Coronária e Sepsis. Embora devam constituir-se Centros de Trauma (CT) nos SUP, como enunciado no Artigo 17º do Despacho n.º 10319/14 de 11 de agosto, a Via Verde Trauma ainda não está em funcionamento. No entanto, como referido no mesmo artigo, o SUP responsabiliza-se e tem procedimentos padronizados na abordagem e tratamento dos doentes traumatizados. Quando o SUP do CHUA não consegue dar resposta a alguma situação, procede-se à transferência inter-hospitalar dos doentes, em articulação com os hospitais de referência e, maioritariamente quando se tratam de situações urgentes/emergentes, com recurso à equipa do helicóptero do INEM.

### **1.2.1. RECURSOS FÍSICOS E MATERIAIS**

O SUP encontra-se no piso 2 do edifício principal do CHUA, permitindo um acesso rápido e fácil a quem vem do exterior e, também, aos restantes serviços do hospital.

Este serviço está dividido por três áreas de intervenção: área administrativa, área de prestação de cuidados e área de apoio (CHUA, sd).

A área administrativa integra o posto de atendimento, secretariado, gabinete do Enfermeiro Chefe, gabinete do Diretor Clínico, sala de reuniões/ pausa, núcleo de transporte. Relativamente à área de apoio, esta é constituída pela copa, armazém clínico, sala de despejos, casas de banho para as pessoas doentes e profissionais, sala de arrumo de espólios e sala técnica (Ibidem).

A área de prestação de cuidados engloba:

- Salas de espera.

- Gabinete de triagem onde a pessoa é recebida pelo enfermeiro que questiona o motivo do recurso ao serviço à pessoa ou ao seu acompanhante (familiar e/ou profissional de saúde) e procede à definição do grau de prioridade de acordo com o protocolo de triagem de *Manchester*. Este protocolo apresenta um fluxograma com várias questões – discriminadores – que indicam a situação clínica da pessoa, identificando a sua prioridade que corresponde ao tempo de segurança até à primeira observação médica e atribuindo uma cor (vermelho-emergente, laranja-muito emergente, amarelo-urgente, verde-pouco urgente e azul-não urgente). No entanto, a triagem não é um procedimento estanque, devendo ser reavaliado pelo enfermeiro sempre que for necessário. Se o estado clínico da pessoa não permitir que a triagem seja realizada neste gabinete, a mesma poderá ser realizada na sala de emergência enquanto se procedem as intervenções necessárias (Ibidem). O CHUA aprovou em janeiro do presente ano um protocolo de atuação que tem como objetivo “(...) a auscultação da opinião de utentes e profissionais acerca do Sistema de Triagem de Manchester (...)” (CHUA, 2019, p.1) decorrente do protocolo estabelecido entre o Grupo Português de Triagem e as unidades hospitalares que integram o CHUA de forma a serem identificadas áreas de melhoria neste âmbito. A avaliação da satisfação por parte das pessoas que recorrem ao serviço de urgência com o sistema de triagem implementado é realizado em cada biénio, enquanto que a avaliação da satisfação por parte dos profissionais acerca da utilização do mesmo é realizada com uma periodicidade anual (CHUA, 2019).

- Balcão Médico-Cirúrgico 1 (BMC1) onde são prestados cuidados a pessoas que conseguem deambular ou estar na posição de sentado (CHUA, sd).

- Sala de otorrinolaringologia e oftalmologia, aqui são encaminhadas pessoas com diminuição da acuidade auditiva, otalgia ou otorragia não traumática e pessoas com suspeita de corpo estranho ocular, hiperemia ocular com alterações da acuidade visual, presença de conteúdo hemático ocular e traumatismo evidente do globo ocular (Ibidem).

- Sala de pequena cirurgia onde são prestados cuidados a pessoas com patologia cirúrgica, feridas com necessidade de sutura, queimaduras (à exceção de doente crítico que deverá ser encaminhado para a sala de emergência) (Ibidem).

- Sala de ortopedia que dá resposta a pessoas com lesões osteoarticulares traumáticas ou outra patologia ortopédica (Ibidem).

- Sala de decisão clínica que engloba uma unidade de observação (OBS) em que são prestados cuidados a pessoas com necessidade de vigilância permanente com monitorização hemodinâmica contínua com lotação de quatro camas, internamento (designado como SO) em que ficam internadas pessoas ao cuidado da respetiva especialidade médica a aguarda vaga em serviços de internamento e Balcão Médico-Cirúrgico 2 (BMC2) onde são prestados cuidados a pessoas que necessitam de permanecer em maca quer pela sua situação clínica aguda ou pela sua situação crónica (pessoas já previamente confinadas ao leito) e uma unidade de reanimação para dar apoio a situações emergentes nesta sala (Ibidem).

- Sala de Emergência que corresponde ao local destinado a receber pessoas que necessitam de atendimento imediato. Esta sala está localizada estrategicamente junto à sala de triagem e junto à entrada principal de pessoas que entram no SU em maca. Tem capacidade máxima de prestar cuidados a três pessoas em simultâneo. Neste setor está permanentemente um enfermeiro, um médico e um assistente operacional, mas sempre que seja necessário reforçar a equipa, há apoio dos restantes profissionais do SUP e das restantes especialidades médicas envolvidas, de acordo com o quadro clínico da pessoa doente. Relativamente aos equipamentos particulares para uma sala de emergência, a sala de emergência do SUP dispõe de dois carros de emergência, um sistema de fornecimento

e gestão automatizado de medicação (Pyxis), um monitor cardíaco de transporte, um aparelho de avaliação de gasometria, dois ventiladores que realizam ventilação invasiva e não invasiva (Servo i e Engstrom) e cada box dispõe de uma cama hidráulica em que em duas delas é possível o acesso ao doente em 360° e numa delas é necessário afastar a cama, uma vez que se encontra junto a uma parede num dos seus lados; um monitor multifunções e um monitor desfibrilhador. Para além destes equipamentos, a sala dispõe de todos os materiais necessários à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

- Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT), considerada como parte integrante do SUP uma vez que a equipa de enfermagem e de Assistentes Operacionais (AO) desta unidade integram a equipa do SU, embora a equipa médica pertença ao departamento de Medicina Intensiva. A UCINT é classificada como uma unidade de cuidados intermédios, caracterizada por possuir camas de nível II, segundo a Classificação da Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, uma vez que se destinam a receber pessoas que necessitam de monitorização multiorgânica, e de suporte de apenas uma função orgânica, idealmente sem necessidade de ventilação mecânica invasiva (República Portuguesa, 2017). No CHUA existem um total de 14 camas de nível II, 10 na Unidade de Faro e 4 na Unidade de Portimão (República Portuguesa, 2017).

Relativamente às camas de nível III, que correspondem às camas da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), existem 14 na Unidade de Faro e 8 na Unidade de Portimão (República Portuguesa, 2017). Torna-se importante a articulação e colaboração dos profissionais, tanto da UCINT, UCI como do SUP. Na UCINT, relativamente aos recursos humanos de enfermagem, encontram-se idealmente 3 enfermeiros durante as 24 horas (ajustado de acordo com as vagas disponíveis, isto é, se existirem menos que seis doentes internados, um dos enfermeiros poderá passar a prestar cuidados noutra dos setores do SUP); pelo menos um médico presente e no mínimo um assistente operacional (CHUA, sd).

Segundo a OE (2019), recomenda-se o rácio de 1 enfermeiro para cada 3 camas de internamento deste nível. Na eventualidade de existir a necessidade de cuidados de enfermagem de maior complexidade, deverá ser utilizado o rácio aplicado nas UCI – um enfermeiro para um doente internado (OE, 2019). Na UCINT está recomendado que 50% dos enfermeiros sejam enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica (OE,

2019); no entanto, na UCINT do CHUA este aspeto não é concretizado devido às características da equipa (apenas 4 enfermeiros são especialistas nesta área de intervenção). Relativamente à recomendação de existirem enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação integrados na equipa, garantindo a prestação de cuidados na totalidade dos dias da semana, intervindo em complementaridade, também não é cumprido.

A UCINT trata-se de uma unidade com área aberta, em que as camas das pessoas doentes são separadas por cortinas. O posto de vigilância e trabalho de enfermagem permite o contacto visual permanente entre cada doente e o enfermeiro por ele responsável. A unidade dispõe de um sistema Pyxis, um aparelho de gasometria, um ventilador invasivo Oxylog 1000, um carro de emergência e por cada cama existem duas bombas e duas seringas infusoras e um monitor multifunções. Esta unidade dispõe de áreas que permite o acesso ao doente em 360°, possui espaço para o equipamento necessário e, também, permite a presença de um acompanhante do doente, encontrando-se conforme as Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013).

Como é verificado, no SUP não existe nenhum local específico para que os profissionais e as pessoas doentes e/ou a sua família consigam comunicar de uma forma mais privada, num ambiente mais propício à partilha de informações e sentimentos. Devido à falta de espaço no SUP, à exceção da UCINT, apenas é possível que o familiar permaneça de pé junto da pessoa doente, salvo situações específicas que justifiquem a colocação de uma cadeira ou outro material.

## **1.2.2. RECURSOS HUMANOS**

No SUP trabalham profissionais de saúde de diversas áreas como enfermeiros, médicos, assistentes sociais, assistentes operacionais, farmacêuticos, entre outros,

colaborando e trabalhando em equipa com vista a uma prestação de cuidados adequada e especializada.

Relativamente aos recursos de enfermagem, a equipa é constituída por 92 enfermeiros, em que 4 são enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, 2 em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, 3 em enfermagem de reabilitação e 6 em enfermagem comunitária. A distribuição dos enfermeiros pelos diferentes turnos é normalmente de 16 enfermeiros no turno da manhã e no turno da tarde e 13 no turno da noite. Relativamente à distribuição dos enfermeiros pelas diferentes áreas de prestação de cuidados, habitualmente designadas de “setores”, é normalmente de 1 enfermeiro no gabinete de triagem (existem dois gabinetes mas apenas funcionam em simultâneo se a afluência de pessoas assim exija a mobilização de mais 1 enfermeiro para este setor), reanimação, cirurgia e otorrinolaringologia, ortopedia e OBS; 2 enfermeiros no balcão MC1, balcão MC2 e SO (dependendo do número de pessoas internadas), 3 enfermeiros na UCINT e 1 enfermeiro chefe de equipa que tem a responsabilidade de gestão, organização e dinâmica dos recursos humanos e materiais durante o respetivo turno, isto é, função de coordenação funcional do turno; assim como na promoção do trabalho em equipa. No turno da noite, o enfermeiro chefe de equipa também assume a prestação de cuidados num determinado setor.

De acordo com o apresentado em cima, é visível que não corresponde aos cálculos de dotações seguras preconizado pela OE no Regulamento nº533/14 de 2 de dezembro, que representa a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos cuidados de Enfermagem, nomeadamente no que diz respeito ao serviço de urgência, em que é referido que deverá seguir a fórmula *standart* “(...) “Posto de Trabalho” adaptado ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, semana e mês de cada Serviço de Urgência” (Regulamento nº533/14 de 2 de dezembro p. 30250). Cabe ao enfermeiro chefe do serviço quando está presente gerir os recursos humanos de enfermagem e de assistentes operacionais, assim como os recursos físicos e materiais, de forma a dar resposta às necessidades do serviço durante o turno e antecipar as necessidades para o turno seguinte. Na ausência do enfermeiro chefe, esta responsabilidade é do enfermeiro chefe de equipa. Por norma, o enfermeiro chefe de equipa é um enfermeiro especialista, integrando as competências comuns e específicas na área de especialização com a experiência profissional e perícia necessária para assumir o

papel de líder e gerir o contexto no qual está inserido; o que vai ao encontro do parecer emitido pelo Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017).

Relativamente à equipa de enfermagem, a maioria dos enfermeiros é enfermeiro de cuidados gerais, regendo-se pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001) e pelo Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2012); enquanto os 15 enfermeiros especialistas se regem cumulativamente pelos Padrões de Qualidades dos Cuidados Especializados e Regulamento das Competências Específicas de acordo com a área de especialização; assim como o regulamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas (Regulamento n.º122/11 de 18 de fevereiro).

O conceito de Dotações Seguras é complexo na medida em que deveriam estar sempre disponíveis enfermeiros em número e com as competências necessárias de forma a garantir a satisfação das pessoas e a qualidade dos cuidados. A OE refere que “a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e o perfil de competências, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde (...)” (Regulamento n.º533/14, p. 30247). No Artigo 21.º do Despacho n.º 10319/14, é mencionado que os enfermeiros que trabalham em SU devem ter, obrigatoriamente, formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) e pelo menos 50% destes profissionais devem ter formação em ventilação e controlo hemodinâmico, formação em transporte de doentes críticos, formação em Vias Verdes, formação em comunicação e relacionamento em equipa, gestão de stress e de conflitos, comunicação do risco e transmissão de más notícias. É referido no mesmo artigo que os enfermeiros deveriam apresentar competências de enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, atribuída pela OE. Quanto ao posto de triagem, este deve ser assegurado por um enfermeiro com formação em sistema de triagem de prioridades e é o que efetivamente acontece no SUP.

Os enfermeiros alocados à sala de emergência assim como os enfermeiros que têm a função de coordenação funcional do turno – chefes de equipa – deverão ser enfermeiros especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica (Regulamento n.º533/14). No entanto, como foi referido, apenas 4 enfermeiros são especialistas em

enfermagem médico-cirúrgica. No SUP, é fomentada a necessidade de formação nestas áreas, com base no diagnóstico de necessidades realizado pelo Enfermeiro Chefe e Enfermeira responsável pela formação em serviço. Assim, são realizadas ações de formação em serviço de acordo com as necessidades diagnosticadas; assim como são disponibilizados cursos pelo centro de formação do CHUA de forma a ir ao encontro do preconizado no Despacho em cima mencionado, isto é, formação em SAV e Sistema de Triagem de Prioridades, entre outros.

Em suma, cabe às instituições, além dos próprios profissionais, promover a sua formação e é importante, sobretudo, realizar uma apreciação da realidade à luz das várias orientações existentes com o objetivo de responder às necessidades das pessoas com a prestação de cuidados de qualidade.

### **1.2.3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO**

O CHUA é a instituição hospitalar pública de referência no algarve, abrangendo uma área de 4 997 km<sup>2</sup> e uma população residente de cerca de 439 617 habitantes (Instituto Nacional de Estatística, 2019). No entanto, tratando-se de uma área turística, é indispensável a menção às variações populacionais, nomeadamente, nos meses de verão e nas alturas festivas, acrescentando “(...) no pico sazonal turístico, largas centenas de milhares de pessoas” (CHUA, 2018a). É, também, importante referir que “(...) o Algarve é uma região tendencialmente envelhecida, cujo índice de envelhecimento aumentou (...)” (Plano Operacional de Respostas Integradas, 2017, p. 11) e “(...) as taxas de crescimento populacional do Algarve são sistematicamente bem superiores ao dobro do verificado na segunda região com maior taxa de crescimento (Lisboa) e é quase oito vezes superior ao crescimento médio nacional” (CHUA, 2018a, p.18).

Através dos dados fornecidos pelo *site* do SNS que realiza a monitorização dos serviços do SNS, foi realizado um levantamento de dados, resultando numa comparação entre o número de pessoas admitidas nos SU da ARS do Algarve nos meses de agosto de

2018 e janeiro de 2019, através da Tabela n.º 1. Aqui é evidenciado o aumento do número de admissões nos SU da ARS do Algarve, em que o SUP do CHUA é serviço integrante, no mês de agosto, ou seja, onde existe um pico de turismo, comparativamente ao mês de janeiro do presente ano.

Tabela n.º 1. Número de pessoas admitidas nos serviços de urgência da Administração Regional de Saúde do Algarve de acordo com a triagem de *Manchester* atribuída.

Cor de triagem	Agosto de 2018	Janeiro de 2019
Vermelha	64	77
Laranja	2 345	1 736
Amarela	8 801	6 179
Verde	8 060	6 805
Azul	109	157
Branca	480	487
<b>Total</b>	<b>19 859</b>	<b>15 441</b>

Fonte. Serviço Nacional de Saúde, 2019

A análise da população a que o CHUA deve dar resposta permite identificar as necessidades em termos de recursos materiais e de recursos humanos, assim como na gestão dos mesmos e no planeamento de respostas institucionais e individuais que promovam a qualidade em cuidados de saúde.

#### 1.2.4. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

De acordo com os dados disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2019), o CHUA foi a unidade hospitalar com maior número de atendimentos comparativamente aos restantes hospitais do grupo a que pertence (grupo D<sup>1</sup>), apresentando 321 531 atendimentos, sendo que a média correspondeu a 183 350 atendimentos (dados referentes ao período de janeiro a novembro de 2018).

O SUP apresenta uma afluência média diária superior a 200 pessoas, sendo que esta afluência não é constante ao longo dia, sendo que no período da manhã e tarde a afluência é significativamente superior em relação ao período da noite (CHUA, 2018a). Desta forma, o número de enfermeiros que prestam cuidados nos turnos da manhã e tarde

<sup>1</sup>Grupo D é composto pelo CHUA, Hospital Fernando Fonseca, Hospital de Braga, CH Vila Nova Gaia/Espinho, CH Trás-os-Montes e Alto Douro, Hospital Garcia da Orta, CH Tondela-Viseu e Hospital Espírito Santo – Évora. Segundo a ACSS (2017), “os grupos de hospitais foram determinados com recurso a *clustering* hierárquico após standardização de variáveis com capacidade explicativa dos custos e de análise de componentes principais (ACSS, 2017).

é superior ao turno da noite; no entanto, devido à imprevisibilidade do número de admissões, por vezes, a capacidade de resposta do SUP é afetada na medida em que o número de enfermeiros, assistentes operacionais, médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, entre outros, por vezes não é proporcional às necessidades.

Embora seja promovido e desejado o trabalho em equipa, o método de trabalho utilizado no SUP é o Método Individual, ou seja, cada enfermeiro é responsável por um ou mais do que um doente durante a sua permanência no setor em que está alocado, no seu turno de trabalho (Costa, sd). No entanto, quando é necessário, quer devido a situações de emergência, à sobrelotação do serviço, entre outros fatores, existe interajuda entre os enfermeiros que prestam cuidados no mesmo setor ou até entre enfermeiros que estão alocados a diferentes setores.

Durante a prestação de cuidados, os enfermeiros tentam envolver a pessoa doente e a sua família neste processo (CHUA, sd). Embora os enfermeiros tenham como objetivo a satisfação tanto da pessoa doente como da sua família, muitas vezes, o que se observa nos serviços de urgência é a escassez de tempo por parte dos profissionais para dar resposta às necessidades destas pessoas. Desta forma, torna-se importante o desenvolvimento de estratégias que facilitem e otimizem o processo de cuidar e de ser cuidado, no serviço de urgência.

## 2. PROJETO DE INTERVENÇÃO

Tendo em conta que o contexto atual dos serviços de saúde tem como um dos seus principais objetivos a satisfação por parte de quem recebe os cuidados, considerou-se pertinente que a elaboração do PI fosse ao encontro das necessidades detetadas no SUP do CHUA, nesta área. Desta forma, delineou-se um plano de trabalho organizado com vista a resolver ou estudar um problema identificado (Ruivo, et al., 2010, p. 4).

Para a concretização do PI foi necessário realizar um planeamento de todas as etapas e procedimentos necessários, surgindo, assim, a necessidade de definir Planeamento em Saúde que, segundo Imperatori e Giraldes (1993, p. 21) é a “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos”. O Planeamento em Saúde e a Metodologia de Projeto partilham de ideias essenciais como a necessidade de resolução de problemas identificados, sendo entendido como um processo contínuo, dinâmico e flexível (Imperatori e Giraldes, 1993; Ruivo, et al., 2010). Desta forma, para a elaboração do PI foi necessário conhecer o serviço no qual o Estágio decorria e, posteriormente, identificar possíveis áreas de oportunidade e que fossem ao encontro da linha de investigação do Mestrado Segurança e Qualidade de Vida. Efetuada a apreciação do contexto de Estágio e após entrevistas não estruturadas com a Enf.<sup>a</sup> Tutora, assim como com a Professora Orientadora, e realizado um diagnóstico de situação, foi definido que o tema do Projeto de Intervenção seria O Acolhimento da Pessoa Doente e Família no Serviço de Urgência. A partir desse momento, delineou-se um plano de execução, sendo suscetível de alterações no decorrer da implementação PI.

Desta forma, o PI foi desenvolvido seguindo a Metodologia de Projeto de acordo com as suas cinco etapas: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento e execução, avaliação e divulgação dos resultados.

Considerou-se, também, importante a realização de um enquadramento concetual e teórico dos conceitos basilares assim como do modelo de enfermagem que sustentam o PI e, também, a descrição e reflexão crítica pormenorizada e fundamentada do mesmo, sendo que

a reflexão é sempre propositada, para saber sobre si e o mundo, e, ao mesmo tempo, uma forma de estar no mundo. Admite a tentativa e erro, requer habilidades de analisar e sintetizar o conhecimento, de se relacionar e expandir a transação com os outros. (Nunes, 2017, p. 131).

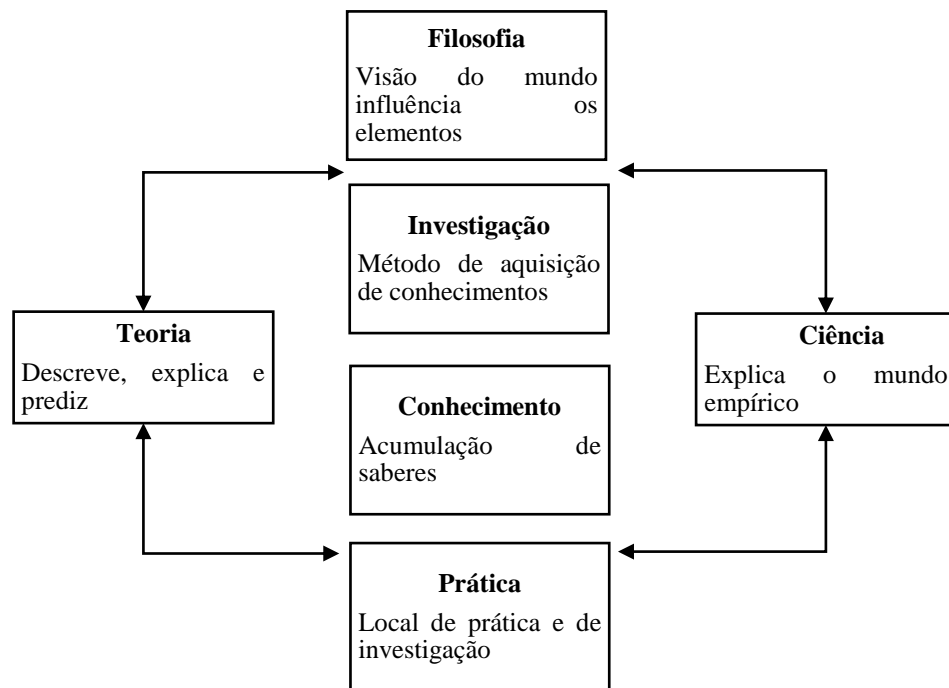
Em seguida é apresentado o enquadramento concetual e teórico e, posteriormente, são apresentadas as fases do PI de acordo com a Metodologia de Projeto, como mencionado.

## **2.1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL E TÉORICO**

A investigação científica consiste num processo sistemático que pretende descrever, explicar, prever e comprovar factos, acontecimentos ou fenómenos; e está intimamente ligada a um conjunto de elementos como a filosofia, conhecimento, ciência, teoria, prática, entre outros, que sustentam o seu processo (Figura n.º 2). Desta forma, criam-se ligações entre a conceptualização, os métodos utilizados durante a investigação e a sua aplicabilidade no mundo empírico (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2009), “no plano teórico, encontramos os conceitos, os modelos e as teorias específicas de cada disciplina, as quais têm influência sobre a forma de conceber a investigação e a prática” (p. 10), sendo que “uma teoria é um conjunto coerente de conceitos, de proposições e de definições, visando descrever, explicar ou prever fenómenos” (p. 15). Assim, possibilita-se a explicação dos resultados da investigação e é demonstrada a sua utilidade na prática. De forma sucinta, as teorias orientam a investigação, enquanto que a investigação possibilita desenvolver a teoria e verificá-la.

Figura n.º 2. Relações entre os diversos elementos do conhecimento



Fonte. Fortin, 2009, p. 9

A união da teoria e da investigação fornece a base à prática profissional. É neste sentido que, durante a prática de enfermagem e, neste caso, em contexto de Estágio, se tornou importante recorrer a um referencial teórico de forma a sustentar o projeto desenvolvido. A utilização de um referencial teórico é imprescindível para a existência da enfermagem enquanto disciplina académica assim como para a própria profissão (Tomey e Alligood, 2002). Assim, o modelo de enfermagem tido em consideração foi o Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa de Joyce Travellbee.

### 2.1.1. MODELO DE RELAÇÃO PESSOA-A-PESSOA DE JOYCE TRAVELBEE

A Teórica de enfermagem Joyce Travellbee foi uma enfermeira que trabalhou em contexto de psiquiatria, tendo também sido educadora e escritora. É descrito que o seu modelo foi influenciado neste sentido por Ida Jean Orlando, uma das suas orientadoras durante o percurso académico (Tomey e Alligood, 2002).

Segundo Travelbee, a enfermagem é “um processo interpessoal através do qual o profissional de enfermagem auxilia um indivíduo, família ou comunidade na prevenção e a lidar com a experiência da doença e do sofrimento e, se necessário, a encontrar sentido nestas experiências” (Travelbee, 1979 citado em Tomey e Alligood, 2002, p. 467). Embora o seu estudo se tenha desenvolvido na área da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica é aplicável à enfermagem à pessoa em situação crítica, uma vez que a relação entre enfermeiro, a pessoa doente e/ou a sua família também aqui se torna de máxima importância. Existem vários conceitos que definem o seu Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa, estando evidenciados no Quadro n.º 1.

Quadro n.º 1. Conceitos definidores do Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa

Conceito	Definição
Ser Humano	indivíduo único e insubstituível.
Doente	termo estereotipado útil à comunicação. Existem apenas seres humanos individuais que necessitam de ajuda, serviços e assistência de outros seres humanos.
Enfermeira	ser humano com conhecimento especializado e com capacidade de ajudar.
Doença	experiência humana de doença.
Sofrimento	sentimento de desprazer (desconforto mental, físico e/ou espiritual)
Dor	experiência única em cada pessoa.
Esperança	estado mental de desejo de obter um fim/objetivo
Comunicação	processo que permite estabelecer uma relação pessoa-a-pessoa
Interação	qualquer contacto entre dois indivíduos
Interação enfermeira-doente	contacto enfermeira-doente.
Necessidade de enfermagem	necessidade a ser satisfeita pela enfermeira, no seu âmbito legal.
Uso terapêutico do Self	capacidade de usar a sua personalidade conscientemente e com total conhecimento.
Empatia	capacidade de compreender o estado psicológico do outro
Simpatia	desejo de ajudar um indivíduo que necessita.
Harmonia	Processo, acontecimentos, experiências que a enfermeira e o doente passam, sentimentos inter-relacionados.
Relação pessoa-a-pessoa	experiência entre a enfermeira e o doente. As necessidades de enfermagem do doente são satisfeitas. Ocorre quando ambos atingem harmonia.

Fonte: Tomey e Alligood, 2002.

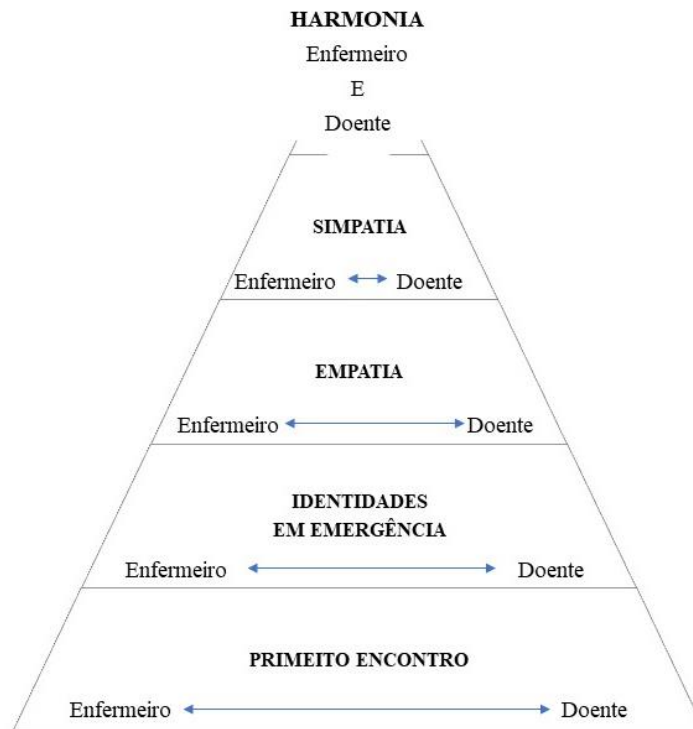
Joyce Travelbee valoriza o relacionamento estabelecido entre o enfermeiro e a pessoa doente/família através da comunicação, da escuta, da percepção e do cuidado; assim como os sentimentos perante uma situação *stressante* como medo, dúvidas e alterações emocionais (Tomey e Alligood, 2002). Os pressupostos teóricos de Joyce Travelbee sugerem que o objetivo do cuidado de enfermagem é obtido através do estabelecimento

de uma relação pessoa-a-pessoa, em que os seres humanos são pessoas únicas, mas similares, concretizando-se numa natureza dicotômica. A Teórica acredita que a maioria das pessoas experimentará a alegria, a felicidade e o amor a diversos níveis, pelo menos uma vez na vida; e que todos os seres humanos, num dado momento, vivenciarão a doença e a dor e morrerão (Ibidem). A percepção do enfermeiro e da pessoa doente no seu primeiro encontro influencia a qualidade do cuidado prestado. As palavras doente e enfermeiro são apenas estereótipos, úteis para a comunicação, continuando a serem duas pessoas únicas (Ibidem).

A relação terapêutica é estabelecida indo mais além dos papéis de enfermeiro e doente. A doença e o sofrer são consideradas como experiências espirituais, físicas e emocionais. O objetivo dos cuidados é alcançado através do processo de comunicação que o enfermeiro utiliza no relacionamento. O enfermeiro ajuda as pessoas a descobrir um significado na doença, ajudando-as a lidar com ela. Acredita que as crenças filosóficas e valores éticos e espirituais da enfermeira permitem ajudar o doente e a sua família a encontrar um significado na experiência de doença. É dever do enfermeiro ajudar a pessoa doente e a sua família a compreender o significado do sofrimento e da doença. Aqui, é enaltecida a importância da consciencialização relativamente à valorização do cuidado e da relação interpessoal estabelecida. Neste modelo é ainda defendida a importância da preparação do enfermeiro, de forma a humanizar os cuidados (Chistóforo, Zagonel e Carvalho, 2006).

Através da Figura n.º 3 é visível que, no Modelo defendido por Joyce Travelbee, o primeiro encontro entre duas pessoas, neste caso entre o enfermeiro e a pessoa doente, é o início de uma relação que tem como objetivo a Harmonia na relação. Esta primeira interação entre enfermeiro-doente, isto é, este primeiro contato através do processo comunicacional, faz com que cada interveniente faça jus à sua capacidade de utilizar a sua personalidade conscientemente, criando uma relação de empatia, ou seja, uma compreensão mútua do estado psicológico e emotivo do outro. A partir desta empatia criada, nasce o desejo de ajudar quem neste processo precisa de ajuda, ou seja, é promovida uma relação de simpatia de ajuda ao doente. Estabelece-se, assim uma Harmonia que consiste no processo estabelecido até se chegar a este ponto, existindo sentimentos inter-relacionados, isto é, uma relação em que se respeita o Outro enquanto ser único e insubstituível (Tomey e Alligood, 2002).

Figura n.º 3. Conceptualização do Modelo da Relação Pessoa-a-Pessoa



Fonte: Tomey e Alligood, 2002, p. 471. Elaboração própria

### 2.1.2. A PESSOA DOENTE E A SUA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O metaparadigma de enfermagem, perspectiva global da disciplina de enfermagem, enunciado no *Enquadramento Conceptual* emitido pela OE nos *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*, em 2001, é constituído por quatro conceitos: a pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem. Estes quatro conceitos encontram-se intimamente relacionados na medida em que a formam num processo dinâmico e o enfermeiro surge como o profissional que “(...) se distingue pela sua formação e pela abordagem holística, num contexto multiprofissional de atuação, bem como pela orientação ética e deontológica do seu agir” (Nunes, 2017, p. 13). Na mesma linha de pensamento, o CHUA enuncia que “os cuidados de enfermagem são influenciados pelo modelo de enfermagem baseado no modelo de vida, onde o Homem é considerado como

um sistema aberto em permanente interação com o meio que o rodeia” (CHUA, sd, p. 30).

Segundo Deodato (2014), “o cuidado consiste numa intervenção do enfermeiro, enquanto ação humana capaz de alterar o meio externo” (p. 20); enquanto que a intervenção de enfermagem “(...) corresponde à prática de um cuidado, que é concretizado numa pessoa e com uma pessoa, na dupla perspetiva de que se materializa no ser humano verificando-se nele a produção de resultados, e que se desenvolve numa relação pessoa-enfermeiro” (Ibidem). Desta forma, o cuidado de enfermagem consiste numa ação voluntária, realizada de acordo com uma decisão prévia, “pela decisão e pela ação o enfermeiro responde, no âmbito da responsabilidade profissional em enfermagem” (Ibidem).

De acordo com Renaud (2010), os cuidados de enfermagem não se dedicam exclusivamente ao cuidado ao corpo, mas ao cuidado da pessoa no seu todo, ou seja, sendo uma resposta à complexidade da individualidade de cada ser. Por outras palavras,

(...) o que se deve tratar e cuidar, não é apenas um corpo que tem uma avaria no seu funcionamento objetivo, mas um corpo que reage interiormente e pessoalmente à sua avaria. No fim de contas, é o que o conceito de cuidado «holístico» significa: tratando uma parte objetiva do corpo, trata-se da totalidade da pessoa. (Renaud, 2010, p. 3).

Assim sendo, o cuidado holístico à pessoa doente assenta num compromisso de cuidado às pessoas, no domínio do agir profissional, da fundamentação ética e na deontologia profissional em enfermagem (Nunes, 2017).

No Enquadramento Conceptual dos Padrões de Qualidade da OE (2001), é enaltecida a importância do envolvimento das “(...) pessoas significativas para o cliente individual (...)” (p. 10), ou seja, o envolvimento dos familiares no processo do cuidar. Deste modo, os familiares encontram-se incluídos nos cuidados de enfermagem, sendo chamados a participar nas decisões para a procura do melhor cuidado.

A pessoa pode considerar como seu suporte social não só os familiares, mas também amigos, nomeando-os como pessoas significativas para si, independentemente da sua relação sanguínea (Deodato, 2014). Segundo Vieira (2007), “os outros, nos quais a pessoa se revê e com os quais se relaciona, são também objeto de cuidado, pela

solicitude, pelo zelo, pela dedicação, pelo interesse, pela preocupação sentida e, por vezes, demonstrada” (p. 82). No entanto, este envolvimento da família deverá ter em conta o respeito pela autonomia da pessoa doente, na medida em que deverá ser respeitada a sua vontade acima da inclusão de um terceiro elemento - a família - e manter o exercício do dever de sigilo em enfermagem. O envolvimento da família e, sobretudo, da própria pessoa doente, apresenta como finalidade major a promoção da defesa da vida e da dignidade da pessoa, assim como a promoção do cumprimento do princípio da autonomia (Deodato, 2014, p. 64).

De acordo com a legislação em vigor, nomeadamente na Lei nº15/14 de 21 de março, o cidadão admitido num SU tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada ou no caso em que a pessoa doente não consiga escolher o seu acompanhante devido à sua situação clínica, pode acompanhá-lo uma pessoa que proceda à demonstração do seu parentesco ou da relação com a pessoa doente.

Nos serviços de saúde onde se prestam cuidados à pessoa em situação crítica a presença do limiar entre a vida e a morte é constante, ou seja, há a consciencialização e/ou confronto com a finitude da vida o que, habitualmente, gera ansiedade nas pessoas doentes, nos seus familiares e também nos próprios enfermeiros (Galinha de Sá, Botelho e Henriques, 2015, p. 32). Nestes serviços, a experiência é vivenciada de diferentes formas entre os intervenientes. Enquanto, por vezes, a pessoa doente se encontra inconsciente e, pensa-se, que só compreende a gravidade quando recupera o estado de consciência; a família encontra-se a vivenciar a experiência de forma intensa, manifestando frequentemente ansiedade, incertezas e instabilidade emocional. Também Batista, et al (2017), referem que “a prestação de cuidados de enfermagem no serviço de urgência deve ser centrada no utente e família” (p. 84). Desta forma, a envolvência da família em contexto de urgência e emergência, é um desafio para os enfermeiros na satisfação das suas necessidades perante o contexto em que se encontra, sendo estas necessidades “(...) muitas vezes colocadas em segundo plano já que num contexto de urgência e emergência, os enfermeiros tendem a valorizar as necessidades da pessoa que cuidam” (Ibidem).

Segundo Galinha de Sá, et al. (2015), “a comunicação eficaz é a base da relação entre a família e os enfermeiros, devendo ser honesta mas também portadora de

esperança” (p. 42) e “cuidar a família da pessoa em situação crítica exige do enfermeiro competências especializadas pelas particularidades do próprio contexto de urgência e emergência” (p. 31).

Assim sendo, torna-se importante, que o acolhimento inclua a família, de forma a englobá-lo no plano de cuidados de enfermagem, com o objetivo de também satisfazer as suas necessidades, requerendo do enfermeiro uma “(...) conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar” (Galinha de Sá, et al., 2015, p. 33).

### **2.1.3. A PRESENÇA DA FAMÍLIA DURANTE A REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR**

Os profissionais que cuidam da pessoa em situação crítica, ou seja, “aquela cuja vida está ameaçada pela falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 124/11, de 18 de fevereiro, p. 8656), vêm-se confrontados com diversas situações, nomeadamente a necessidade de reanimação cardiopulmonar (RCP) na pessoa doente.

Na opinião de Batista, et al. (2017), quando o enfermeiro cuida da pessoa em situação crítica tem como principal objetivo “(...) salvar a pessoa, recuperando e mantendo as suas funções vitais, ficando em segundo plano o apoio à família dessa mesma pessoa” (p. 84). No entanto, têm surgido estudos que abordam o conceito da presença da família durante a reanimação cardiopulmonar; sendo que a análise desta temática surgiu no ano de 1982, num Hospital em Jackson, Estados Unidos da América (EUA), após o pedido de uma família para permanecer junto do seu ente querido durante o processo de reanimação (Gutysz-Wojnicka, et al., 2018).

Nos recentes estudos é adotada a abreviatura FPDR que surge da expressão inglesa *Family Presence During Resuscitation*; em português a Presença da Família

Durante a Reanimação Cardiopulmonar. A FPDR é entendida “(...) quando os membros da família estão presentes na sala durante a ressuscitação cardiopulmonar ativa de um ente querido, geralmente incluindo compressões torácicas e/ou manutenção das vias aéreas manutenção para fins de oxigenação”<sup>2</sup> (Twibell, Siela, Riwitis, Neal e Waters, 2018, p. 321). Esta temática tem sido alvo de discussão das suas vantagens e desvantagens em várias regiões do mundo, entre profissionais de saúde, famílias e pessoas doentes, sendo um tema atual e em constante reflexão (Powers, 2017). Em Portugal, o direito ao acompanhamento das pessoas doentes nos serviços do Sistema Nacional de Saúde está contemplado na Lei nº15/14 de 21 de março, como já referido; na qual também é afirmado que existem situações em que “não é permitido acompanhar ou assistir a intervenções cirúrgicas e a outros exames ou tratamentos que, pela sua natureza, possam ver a sua eficácia e correção prejudicadas pela presença do acompanhante (...)” (artigo 14º, p. 2129). Até ao momento, não existe legislação específica sobre a FPDR.

A FPDR é um tema controverso, sendo ponderados benefícios e desvantagens, tendo em conta os fatores relacionados com a vontade da pessoa doente, a vontade da família e, também, os fatores que influenciam a tomada de decisão dos profissionais envolvidos. Os enfermeiros, enquanto parte da equipa de reanimação e cuidadores da pessoa doente assim como da sua família, têm sido objeto de estudo nos últimos anos de forma a analisar as suas opiniões acerca do assunto.

Sumariamente, através da revisão integrativa da literatura realizada sobre a temática (Apêndice B), os fatores que influenciam a tomada de decisão, na opinião dos enfermeiros, sobre a presença da família durante a reanimação do doente são inúmeros, nomeadamente no que diz respeito a: benefícios para a família, trauma para a família, risco de a família interromper o procedimento, resposta emocional negativa por parte da família, falta de recursos, características demográficas, autoconfiança e experiência profissional e políticas institucionais. Acredita-se que a formação, a construção de autoconfiança, a criação de condições que assegurem a qualidade dos cuidados prestados como a disponibilidade de um elemento para acompanhar a família durante o todo o processo sugerem serem princípios fundamentais.

---

<sup>2</sup> Tradução livre de: *Family presence during resuscitation occurs when family members are present in the room during active cardiopulmonary resuscitation of a loved one, typically including chest compressions and/or airway maintenance for the purposes of oxygenation.*

#### **2.1.4. O ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

De acordo com Maestri, Pereira do Nascimento, Bertocello e Martins (2012), “acolher significa receber, recepcionar e também aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos e como responsável pela produção da saúde, tanta na perspectiva individual como do ponto de vista coletivo” (p. 76).

Segundo Renaud (2010), é do enfermeiro que se espera o primeiro passo de aproximação para proporcionar o encontro que implica a compreensão do Outro superando o conhecimento da presença física indo ao encontro intersubjetivo, uma vez que

a ética mostra que o verdadeiro encontro é o encontro intersubjetivo; (...) não se limita à face ou faceta instrumental da pessoa, mas que descobre um permanente excedente relativo àquilo que se vê e que se apresenta ao olhar imediato. (Renaud, 2010, p.4).

O objetivo do acolhimento passa por ajudar a pessoa doente a ultrapassar sentimentos de ansiedade e angústia e envolver a família nos cuidados. Desta forma, o “acolhimento deverá ser considerado um momento crucial e importante para todos os elementos da equipa de enfermagem” (Reveles, et al., 2012, p. 32) e “visa a escuta, a valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades, o respeito às diferenças” (Medeiros, Araújo-Souza, Albuquerque-Barcosa e Clara-Costa, 2008, p.82).

A enfermagem é a profissão do cuidar e que valoriza as relações estabelecidas entre os enfermeiros e as pessoas doentes. A relação terapêutica estabelecida no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem “(...) caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valoração do seu papel” (Nunes, 2017, p.12).

No SU é fundamental que o acolhimento à pessoa doente e à sua família seja realizado de forma fundamentada e oportuna, permitindo o estabelecimento de uma relação terapêutica desde o primeiro encontro.

Segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) o acolhimento é uma

estratégia fundamental, que consiste na reorganização do processo de trabalho de maneira a atender a todos que procuram os serviços de saúde, fortalecendo o princípio da universalidade e a busca da integralidade e da equidade. Tem como eixo estimular e promover reflexões e ações de Humanização dos Serviços de Saúde, fundamentadas na ética e na cidadania. (DeCS, 2018).

Desta forma, o acolhimento é fundamental para todos os intervenientes e torna-se extremamente importante durante a prestação de cuidados e, também, quando se torna necessário transmitir uma má notícia, podendo “facilitar” este processo na medida em que já existe uma relação terapêutica estabelecida. Assim, é importante que o enfermeiro esteja disponível para escutar e esclarecer as dúvidas das pessoas intervenientes, evitando níveis de ansiedade elevados e permitir que estas informações sejam dadas em momentos e espaços que propiciem a confidencialidade e segurança para as mesmas.

No mesmo sentido, Renaud (2010) evidencia a possibilidade dos enfermeiros ficarem na memória das pessoas, não pelo tempo em que estão em contacto mas com a união da duração quantitativa e a sua intensidade qualitativa, sendo um incentivo à ética no cuidado de enfermagem uma vez que vai além da dimensão profissional para a visualização de uma presença autêntica. A mesma autora reitera que “(...) no meio da sua vulnerabilidade e na percepção aguda da sua fragilidade, os doentes estão mais recetivos aos sinais de atenção, são carentes de um cuidado técnico através do qual se manifesta uma presença autêntica” (p. 6-7). Os enfermeiros quando estão presentes de forma autêntica permanecem na memória das pessoas doentes, o que contribui para a satisfação em relação aos cuidados de enfermagem. O enfermeiro ao prestar cuidados de qualidade, iniciado pela realização de um acolhimento adequado, pratica uma enfermagem holística que, segundo os DeCS, se define como a

filosofia da prática de enfermagem que leva em conta o cuidado total com o paciente, considerando as necessidades físicas, emocionais, sociais, económicas e espirituais dos pacientes, a sua resposta à enfermidade, e o efeito da enfermidade sobre a capacidade do paciente para satisfazer a sua necessidade de cuidado próprio. (DeCS, 2018).

A Deontologia Profissional em Enfermagem (OE, 2015) enuncia em vários dos seus artigos a importância do estabelecimento de uma relação terapêutica e o dever do enfermeiro no processo desta concretização, nomeadamente no dever de sigilo profissional “(...) em consequência da relação terapêutica próxima que estabelece com as pessoas de quem cuida, sedimentada na confiança” (p. 143) assim como “(...) no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel (...)” (p. 233). Desta forma, a realização do acolhimento de qualidade pelo enfermeiro proporciona o estabelecimento de uma relação sustentada na confiança, parceria e respeito entre os intervenientes.

#### **2.1.5. A SATISFAÇÃO DAS PESSOAS COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

A satisfação da pessoa doente é um parâmetro que está cada vez mais a ser valorizado nos Serviços de Saúde, sendo um importante indicador de qualidade em saúde (Freitas, Parreira e Domingues, 2016; Griffin e McDevitt, 2016). Os seus resultados têm efeito direto sobre os doentes, profissionais e organizações/instituições (Delaney, et al., 2015).

O conceito de satisfação é multifatorial, podendo entender-se pelo “grau em que os cuidados de enfermagem atendem as suas expectativas, em termos de arte de cuidado, qualidade técnica, ambiente físico, disponibilidade, continuidade e eficácia/resultados dos cuidados” (Nunes e Gaspar, 2016, p. 2). De forma sintetizada, a satisfação da pessoa é o balancear entre as expectativas da pessoa doente face aos cuidados e a perceção dos cuidados que foram obtidos (Freitas, et al., 2016).

A satisfação da pessoa doente e família com os cuidados prestados pelos enfermeiros deverá ser um objetivo por parte destes profissionais de saúde, na medida em que

a enfermagem como atividade profissional valoriza as relações que se estabelecem entre os enfermeiros e os clientes/família no processo de cuidar, sendo este um dos aspetos

mais valorizados e reconhecidos pelo cliente. Assim é determinante que os enfermeiros tenham uma preocupação constante com a qualidade das relações que estabelecem com os seus clientes, na forma como comunicam e transmitem informação, na disponibilidade que demonstram, sem, contudo, se alhearem de outras questões inerentes ao ambiente em que prestam cuidados. (Freitas, et al., 2016, p.10).

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001) é referido que os componentes mais importantes para a satisfação das pessoas relacionada com os cuidados de enfermagem são

o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente; a procura constante da empatia nas interações com o cliente; o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados; o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados; o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde. (OE, 2001, p. 14).

Segundo Renaud (2010), os valores culturais, estéticos e espirituais contribuem para tornar a experiência mais humana, referindo que “(...) julga-los supérfluos seria um erro, porque são inerentes à própria vida humana” (p. 6). Desta forma, a satisfação das pessoas que recorrem aos serviços de saúde “(...) é um indicador valioso da qualidade em saúde e em particular da qualidade dos cuidados de enfermagem” (Freitas, et al., 2016, p.10).

Já em 2017, a satisfação das pessoas continua a ser evidenciada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, publicado pela OE, em 2017, onde é referido que

na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica persegue os mais elevados níveis de satisfação da pessoa e família/cuidador a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, nos diversos contextos de atuação. (OE, 2017, p. 6).

Desta forma, é importante que os enfermeiros tenham como objetivo a satisfação da pessoa de quem cuidam, prestando cuidados de qualidade, uma vez que

a avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem assume, assim, duas importantes funções: por um lado, dar voz ao utente, dando a possibilidade de manifestação das suas opiniões sobre os cuidados e, por outro, funciona como indicador da qualidade dos cuidados. (Ribeiro, 2005, p. 9).

No entanto, “é consensual a ideia de que o conceito de satisfação é de difícil operacionalização, dada a sua natureza multidimensional” (Ribeiro, 2005, p.1), mesmo assim, é necessário que existam ferramentas que a consigam avaliar. Desta forma, é atribuída às pessoas “(...) a responsabilidade de emitir juízos de acordo com as suas perceções, sobre os cuidados que lhe foram prestados (...)” (Freitas, et al., 2016, p.10). Segundo os mesmos autores, as dimensões integradas no conceito de satisfação têm sido alvo de estudo por diversos investigadores, continuando a apresentar algumas divergências, mas acabam por ser encontrados alguns pontos comuns.

Em Portugal, esta necessidade também é identificada e estudada, sendo que existem poucos instrumentos de avaliação da satisfação das pessoas em relação aos cuidados de enfermagem validados e aferidos para a população portuguesa (Fernandes de Carvalho, 2012, p. 46). Neste sentido, o formulário de avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Hospital – SUCEH<sub>21</sub>, em contextos dos serviços de medicina e cirurgia, e o formulário de avaliação da Satisfação dos utentes nos Centros de Saúde - SUCECS<sub>26</sub>, foram desenvolvidos pela Sra. Professora e Enfermeira Ana Leonor Ribeiro, em 2003, tendo em consideração na conceptualização dos formulários fatores de estrutura e de processo. Assim, estes formulários contemplam as seguintes dimensões do conceito de Satisfação:

- eficácia na comunicação – diz respeito à forma como as pessoas percecionaram o processo de comunicação que o enfermeiro estabeleceu com eles;

- utilidade da informação – relaciona-se com o facto de ser mais importante o modo como o indivíduo rentabiliza a informação do que o conteúdo que é transmitida;

- qualidade no atendimento – considera que a pessoa está satisfeita sentindo que o enfermeiro desenvolve o trabalho centrado nas necessidades e características individuais de cada pessoa;

- prontidão na assistência – diz respeito à ligação entre a disponibilidade e a capacidade de resposta às situações, em tempo útil;

- manutenção do ambiente terapêutico – relaciona-se com a atitude do enfermeiro no processo de relação e de comunicação;

- promoção da continuidade de cuidados – considera a preocupação de envolvimento da família para que compreendam e colaborem com os serviços e com o doente no processo de cuidados. (Ribeiro, 2003)

Em contexto hospitalar, o formulário SUCEH<sub>21</sub> pode ser adaptado ao contexto de cuidados ou área geográfica de Portugal (Ribeiro, 2003), tendo sido já aplicado em vários contextos, nomeadamente, num hospital no Norte do país (Martins e Fernandes, 2009) no Serviço de Urgência Central do Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte (Fernandes de Carvalho, 2012), no Centro Hospitalar de Lisboa Central (Varandas da Costa, 2011), na Unidade Local de Saúde do Nordeste (Ferreira, 2014), entre outros.

A investigação na área da satisfação das pessoas que recorrem aos serviços de saúde devem refletir a prática de enfermagem e, sobretudo, servir para a implementação de mudanças com o objetivo da melhoria da prestação de cuidados. A Direção-Geral da Saúde (DGS) nomeadamente na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, determinou “a implementação de sistemas de monitorização periódica do grau de satisfação dos utilizadores do sistema de saúde” (DGS, 2015a, p. 6), assim como a OE (2017) refere a importância da “avaliação da satisfação da pessoa, família e cuidador relativamente aos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica.” (p. 52). Desta forma, através da realização do presente PI, em contexto de estágio, pretende-se ir ao encontro destas orientações assim como das necessidades identificadas no SUP do CHUA.

## 2.2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A primeira etapa da Metodologia de Projeto, assim como do Planeamento em Saúde, é o diagnóstico de situação, onde se projeta “a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada” ((Ruivo, et al., 2010, p. 10) e este mapa deverá ser “ (...) sucinto e claro para ser facilmente lido e apreendido por todos” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 28). Desta forma, os primeiros dias de Estágio permitiram a observação e apreciação do contexto e da prestação de cuidados de enfermagem, através da integração na equipa multiprofissional assim como de consulta de normas de procedimento de enfermagem, de protocolos existentes no serviço e de entrevistas não estruturadas com a Enf.<sup>a</sup> Tutora, Enf. Chefe do SUP assim como com a Professora Orientadora. Neste período, foi verificado a ausência de uma uniformização das intervenções de enfermagem a serem realizadas no acolhimento às pessoas que recorrem ao SUP, na medida em que não existia uma Norma de Procedimento de Enfermagem nesta área específica para o SUP. Assim, foi delineado o Tema principal do PI: Acolhimento da Pessoa Doente e Família no Serviço de Urgência. Esta temática integra as linhas de investigação propostas – Segurança e Qualidade de Vida – para o Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica.

Uma vez que a satisfação das pessoas a quem o enfermeiro presta cuidados é um indicador de qualidade (Ribeiro, 2005), optou-se pela aplicação do formulário SUCEH<sub>21</sub> que avalia a satisfação das pessoas com os cuidados de enfermagem. Neste formulário, a maioria das questões evidencia a forma como se sentem em relação à forma como são recebidos pelos enfermeiros, ou seja, como são acolhidos. Segundo Travelbee, a experiência do primeiro encontro entre enfermeiro e a pessoa doente influencia a perceção sobre a qualidade dos cuidados (Tomey e Alligood, 2002). Assim, torna-se importante analisar e refletir sobre as intervenções de enfermagem realizadas no Acolhimento da pessoa doente e família.

A autorização para utilização do formulário SUCEH<sub>21</sub>, foi solicitada e, posteriormente, concedida pela autora a 29 de outubro de 2018 (Anexo A). Seguidamente, são apresentados os dados obtidos através da aplicação do formulário.

## **Amostra**

A amostra corresponde à “(...) fração de uma população sobre a qual se faz o estudo” (Fortin, 2009, p. 312). A seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios: Pessoa admitida no SUP do CHUA-Unidade de Faro ou familiar desta que (i) tenha mais de 18 anos de idade; (ii) esteja orientada alo e autopsiquicamente; (iii) recebeu cuidados de enfermagem; (iv) assinou o consentimento livre e informado.

Assim sendo, tratou-se de uma amostra acidental ou de conveniência uma vez que “(...) é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que responde a critérios de inclusão precisos” e “(...) consiste em escolher indivíduos, pelo facto da sua presença, num local determinado e num preciso momento” (Ibidem). No entanto, é sabido que as pessoas integrantes desta amostra “(...) não possam ser representativas da população” (Ibidem).

## **Instrumento de recolha de dados e método de aplicação**

Os formulários, bem como o documento do consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice C), foram entregues pessoalmente às pessoas doentes às quais já tinham sido prestados cuidados de enfermagem ou ao familiar que a acompanhavam e que aceitaram responder (amostra acidental). O anonimato, privacidade e confidencialidade foram salvaguardados, sendo posteriormente realizada codificação das respostas apresentadas através do recurso à ferramenta *online Spreadsheets*.

De forma a caraterizar a amostra, o formulário aplicado é constituído pelos seguintes dados sociodemográficos: sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão e cor de pulseira atribuída à pessoa doente (triagem de *Manchester*).

Seguidamente o formulário apresenta informações referentes à frequência das intervenções de enfermagem e o sentimento de satisfação/insatisfação sobre as intervenções realizadas pelos enfermeiros.

A cada uma das questões está associada uma escala aditiva, também denominada escala de *Likert*, “(...) consiste numa série de enunciados que exprimem um ponto de vista sobre um tema” (Fortin, 2009, p. 389). Desta forma, as pessoas especificam o nível de concordância com uma afirmação.

De acordo com a ocorrência dos factos, a escala está graduada de zero a três: o valor 0 corresponde a *Não se aplica/Sem opinião*, o valor 1 corresponde a *Nunca*, o valor 2 corresponde a *Às vezes* e o valor 3 corresponde a *Sempre*. Relativamente ao nível de satisfação, a escala está também graduada de zero a três em que o valor 0 corresponde a *Não se aplica/Sem opinião*, o valor 1 corresponde a *Insatisfeito*, o valor 2 corresponde a *Nem satisfeito/Nem insatisfeito* e o valor 3 corresponde a *Satisfeito*.

O formulário SUCEH<sub>21</sub> (Anexo B), apresenta boa fidelidade, com consistência interna com um *Alpha* de *Cronbach* 0,825 (Ribeiro, 2005). O formulário supracitado foi adaptado ao contexto do SU, tendo sido necessário realizar as seguintes alterações:

- Os itens relacionados com os dados Internamento Hospitalar foram substituídos pela Prioridade Clínica atribuída de acordo com a triagem de *Manchester*. Assim como os dados referentes ao Centro de Saúde de apoio e ao Local de Residência foram eliminados por não se considerarem pertinentes para a caracterização da amostra neste âmbito formativo.

- A forma verbal das questões foi alterada de forma a poderem ser respondidas por pessoas doentes e/ou pela sua família.

- a questão nº 15 “Quando esteve internado, e necessitou de apoio era fácil obter ajuda dos enfermeiros?” foi substituída por “Quando necessitou de apoio era fácil obter ajuda dos enfermeiros?”.

De resto, foi mantida toda a estrutura e conteúdo da SUCEH<sub>21</sub> (Apêndice D).

O período do estudo decorreu durante um mês, de 19 de novembro a 19 de dezembro de 2018, tendo sido aplicados em dias e horas de forma aleatória, de acordo com a disponibilidade de estar presente no SUP.

## Análise dos dados

De forma a analisar os dados obtidos, numa primeira fase foi necessário criar um formulário *online* (Apêndice E) através da transcrição das questões do formulário SUCEH<sub>21</sub> para ferramenta *online Spreadsheet*. Desta forma, as respostas dadas nos formulários em formato papel foram transferidos para uma base de dados informática de forma a serem trabalhados. Desta forma, deu-se início à análise descritiva dos dados, ou seja, ao “processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes estatísticos” (Fortin, 2009, p. 410).

Assim sendo, recorreu-se à organização dos dados através de gráficos e tabelas.

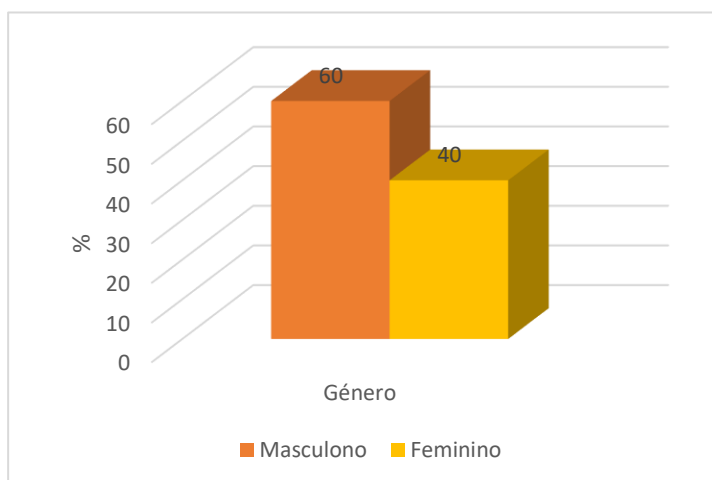
## Resultados

### - Caraterização da amostra

A amostra é constituída por 96 pessoas. De referir que foi necessário excluir alguns formulários devido ao seu preenchimento de forma inadequada não permitindo a avaliação da resposta pretendida de forma evidente.

Quanto ao género, a amostra constituiu-se por 60% indivíduos do género masculino e 40% do género feminino (Gráfico n.º 1).

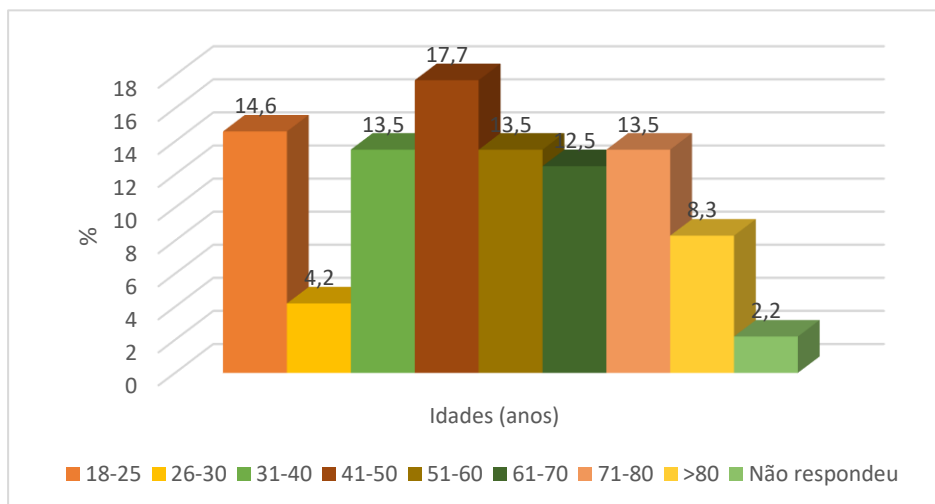
Gráfico n.º 1. Caraterização da amostra quanto ao género



Fonte. Elaboração própria

Relativamente às idades dos indivíduos, apresentam grande dispersão, com uma média de 49,76 anos, um desvio padrão de 5,97 anos e uma mediana de 37,03 anos (Gráfico n.º 2).

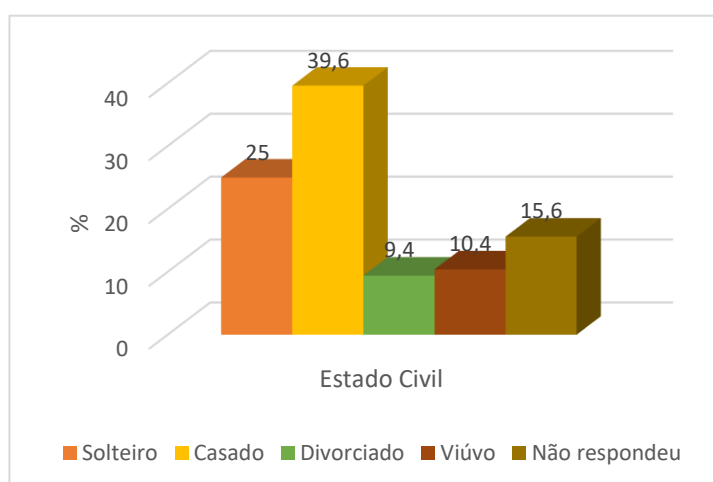
Gráfico n.º 2. Caracterização da amostra quanto à idade



Fonte. Elaboração própria

Em relação ao estado civil, 39,6% são casados, 25,0% são solteiros, 10,4% são viúvos, 9,4% são divorciados e 15,6% não responderam a esta questão (Gráfico n.º 3).

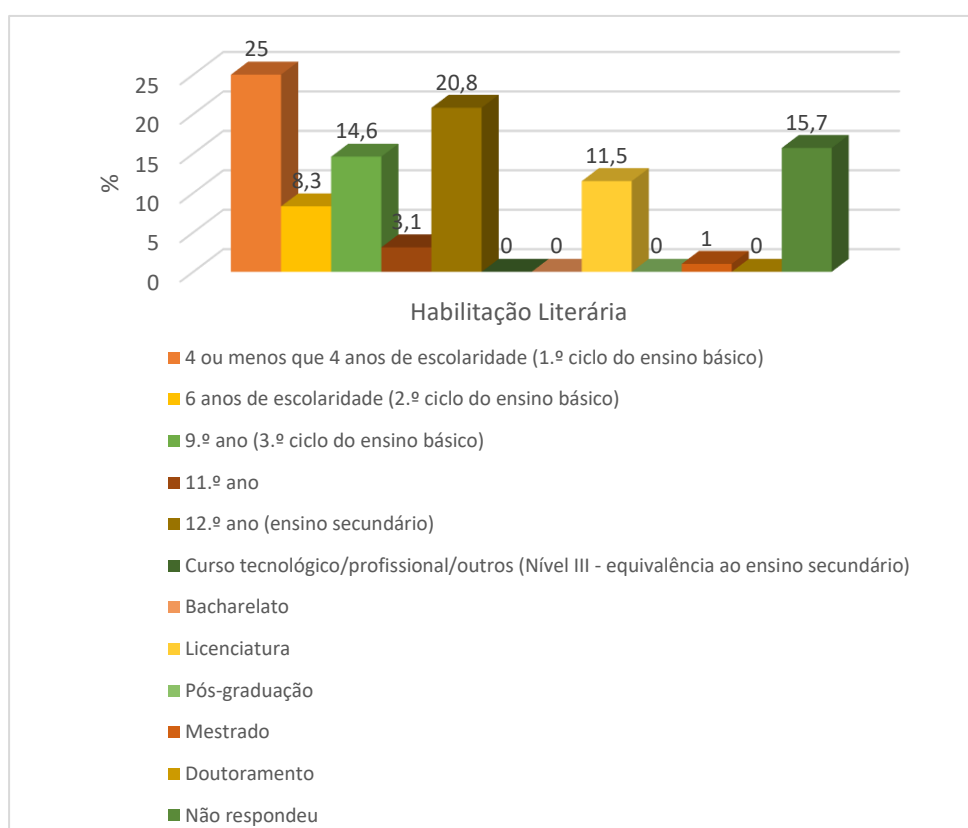
Gráfico n.º 3. Caracterização da amostra quanto ao estado civil



Fonte. Elaboração própria

Relativamente às habilitações literárias, 25% têm 4 ou menos de 4 anos de escolaridade, 8,3% têm 6 anos de escolaridade (2.º ciclo do ensino básico), 14,6% possuem o 9.º ano (3.º ciclo do ensino básico), 3,1% têm o 11.º ano, 20,8% têm o 12.º ano, 11,5% possuem Licenciatura e 1% tem Mestrado, enquanto que 15,7% das pessoas não responderam a este item (Gráfico n.º 4).

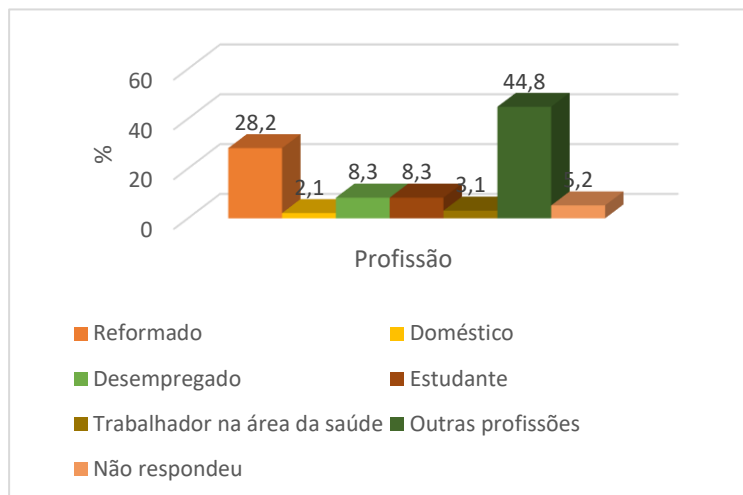
Gráfico n.º 4. Caracterização da amostra quanto às habilitações literárias



Fonte. Elaboração própria

No que diz respeito à profissão, 28,2% dos inquiridos estão reformados, 2,1% são domésticos, 8,3% estão desempregados, 8,3% são estudantes, 3,1% trabalham na área da saúde, 44,8% referem trabalhar noutras profissões e 5,2% não responderam (Gráfico n.º 5).

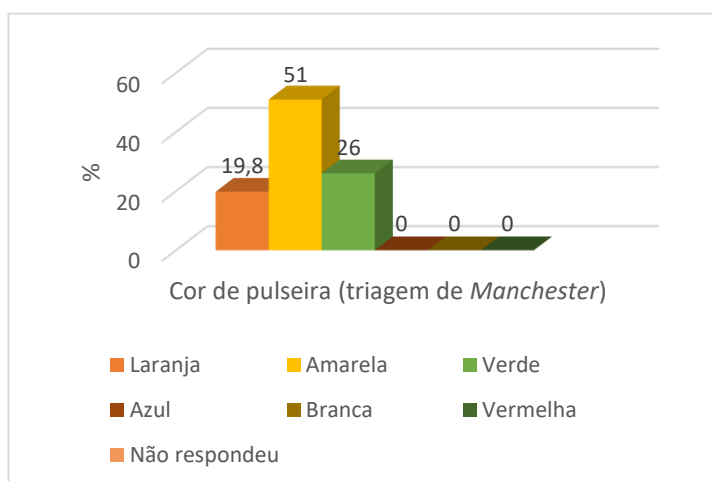
Gráfico n.º 5. Caraterização da amostra quanto à profissão



Fonte. Elaboração própria

Relativamente ao grau de prioridade atribuído ao doente pela triagem de Manchester, 51,0% correspondeu a pulseira amarela, 19,9% a pulseira laranja, 26,0% a pulseira verde e 3,1% não responderam. Esta questão é relativa à cor da pulseira atribuída à pessoa doente, sendo que os familiares foram informados que deveriam identificar a cor da pulseira que a pessoa que estavam a acompanhar apresentava (Gráfico n.º 6).

Gráfico 6. Caraterização da amostra quanto ao grau de prioridade atribuído pela triagem de *Manchester*



Fonte. Elaboração própria

## - Resultados das dimensões da satisfação

Relativamente aos dados avaliados pelo recurso às escalas aditivas, estes encontram-se seguidamente agrupados de acordo com as dimensões da Satisfação.

Nas questões que dizem respeito à forma como as pessoas perceberam o processo de comunicação que o enfermeiro estabeleceu com eles, as respostas são positivas, sendo que 74% das pessoas referem estar satisfeitas relativamente à forma como os enfermeiros explicavam a informação (Tabela n.º 2).

Tabela n.º 2. Opinião relativa ao domínio da Eficácia na Comunicação

<b>Eficácia na Comunicação</b>	Sempre	Às vezes	Nunca	NA/SO
Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	72%	24%	3%	1%
Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem (e se necessário voltavam a repetir a informação)?	64%	26%	5%	5%
	Satisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Insatisfeito	NA/SO
Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido), como está?	<b>74%</b>	19%	5%	2%

Fonte. Elaboração própria

No que diz respeito à forma como a pessoa utiliza, ou seja, rentabiliza a informação mais do que o conteúdo da informação que foi transmitida, é de realçar que apenas 31% das pessoas referem que os enfermeiros se preocupavam em transmitir informação sobre a forma como podem utilizar os serviços de saúde disponíveis; e 32% das pessoas referem que os enfermeiros nunca se preocuparam em dar informação escrita sobre os assuntos que informavam (Tabela n.º 3).

Tabela n.º 3. Opinião relativa ao domínio da Utilidade da Informação

<b>Utilidade da Informação</b>	Sempre	Às vezes	Nunca	NA/SO
Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe (toda, alguma, nenhuma) informação?	69%	26%	3%	2%
Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?	65%	25%	8%	2%
Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?	<b>31%</b>	24%	<b>16%</b>	<b>29%</b>
Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informavam ou explicavam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para a si)?	<b>18%</b>	28%	<b>32%</b>	<b>22%</b>
Os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam (e porque era necessário fazê-los)?	58%	30%	7%	5%

Fonte. Elaboração própria

De acordo com a opinião dos participantes no estudo, realça-se que 83% destes estão satisfeitos com a forma como foram recebidos pelos enfermeiros e que 80% referem que os enfermeiros possuíam conhecimento sobre os cuidados que necessitavam. Em suma, considera-se que as pessoas sentem que os enfermeiros desenvolvem o trabalho centrado nas necessidades e características individuais (Tabela n.º 4).

Tabela n.º 4. Opinião relativa ao domínio da Qualidade no Atendimento

<b>Qualidade no Atendimento</b>	Sempre	Às vezes	Nunca	NA/SO
Os enfermeiros preocupavam-se em manter a privacidade quando prestavam cuidados?	66%	21%	4%	9%
Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?	64%	33%	2%	1%
	Satisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Insatisfeito	NA/SO
Relativamente à forma como foi recebido pelos enfermeiros no hospital, como está?	<b>83%</b>	14%	3%	0%
Relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a intimidade quando prestam cuidados (não o destapar, ou quando é necessário colocar biombo...) como está?	71%	18%	3%	8%
Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava, como está?	<b>80%</b>	17%	2%	1%

Fonte. Elaboração própria

Relativamente à relação entre a disponibilidade e a capacidade de resposta às situações, em tempo útil, as respostas foram mais dispersas, sendo que pouco mais de metade das pessoas referiram que quando necessitaram de apoio foi fácil obter ajuda dos enfermeiros, e 12% das pessoas revelam-se insatisfeitas com o tempo que os enfermeiros demoraram a dar resposta às suas solicitações/pedidos (Tabela n.º 5).

Tabela 5. Opinião relativa ao domínio da Prontidão na Assistência

<b>Prontidão na Assistência</b>	<b>Sempre</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Nunca</b>	<b>NA/SO</b>
Quando necessitou de apoio era fácil obter ajuda dos enfermeiros?	54%	38%	4%	4%
	Satisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Insatisfeito	NA/SO
Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoram a dar resposta às suas solicitações/pedidos, como está?	53%	35%	<b>12%</b>	0%

Fonte. Elaboração própria

De acordo com a opinião das pessoas relativamente à atitude do enfermeiro no processo de estabelecimento de relação terapêutica e de comunicação interpessoal, é de salientar que 78% das pessoas responderam que os enfermeiros o atenderam sempre com simpatia e 74% das pessoas sentiram que os enfermeiros demonstraram ter paciência na prestação de cuidados às pessoas. Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros 64% referiu estar satisfeito, enquanto que 29% não se sentiu nem satisfeito nem insatisfeito (Tabela n.º 6).

Tabela n.º 6. Opinião relativa ao domínio da Manutenção do Ambiente terapêutico

<b>Manutenção do Ambiente Terapêutico</b>	Sempre	Às vezes	Nunca	NA/SO
Quando os enfermeiros prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)?	65%	25%	6%	4%
Sentiu que os enfermeiros o atenderam com simpatia?	<b>78%</b>	20%	2%	0%
Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos utentes?	<b>74%</b>	22%	3%	1%
	Satisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Insatisfeito	NA/SO
Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço), como está?	64%	29%	5%	2%

Fonte. Elaboração própria

No que diz respeito à preocupação dos enfermeiros no envolvimento da família para que compreendam e colaborem com os serviços e com o doente no processo de cuidados, apenas pouco mais de metade das pessoas (54%) sentiram que os enfermeiros tinham essa preocupação e 16% referiu que os enfermeiros nunca se preocuparam em dar informação sobre serviços que poderiam recorrer (Tabela n.º 7).

Tabela n.º 7. Opinião relativa ao domínio da Promoção da Continuidade de Cuidados

<b>Promoção da Continuidade de Cuidados</b>	Sempre	Às vezes	Nunca	NA/SO
Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a situação e como o podiam ajudar quando necessitava)?	<b>54%</b>	21%	8%	17%
Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais...)?	<b>22%</b>	22%	<b>16%</b>	<b>40%</b>

Fonte. Elaboração própria

Em suma, através da análise dos resultados obtidos, é possível obter informação que caracteriza a amostra e avaliar a satisfação das pessoas doentes e familiares que acompanham as pessoas doentes no SUP. Desta forma, é demonstrado objetivamente o valor do trabalho e empenho destes profissionais para a instituição que representam.

É de realçar que segundo Travelbee, a Simpatia é alcançada quando o enfermeiro estabelece uma relação interpessoal de ajuda com a pessoa doente. Este processo foi subjetivamente avaliado através da questão: *Sentiu que os enfermeiros o atenderam com simpatia?* onde a maioria das pessoas (78%), respondeu de forma positiva, o que sugere que os enfermeiros se preocupam com o estabelecimento de uma relação interpessoal, onde é mantido um ambiente terapêutico.

No entanto, é evidenciada a necessidade da adequação de algumas estratégias de forma a aumentar a satisfação das pessoas. Segundo os dados recolhidos, estas estratégias passam pelo fornecimento de informação escrita pelos enfermeiros, na sua preocupação em informar sobre os recursos de saúde disponíveis e na preocupação em envolver os familiares em todo o processo, promovendo, a satisfação das pessoas e a continuidade dos cuidados. Foi, então, também neste sentido que o PI foi desenvolvido.

### **2.3. OBJETIVOS**

Tendo em conta que “os objetivos apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico” (Ruivo, et al., 2010, p. 8) e são um ”ponto fulcral da planificação e do desenvolvimento” (p. 18), no presente PI foi definido como objetivo geral: promover a qualidade do acolhimento às pessoas doentes e familiares no serviço de urgência.

Relativamente aos objetivos específicos, delinearam-se os seguintes:

- Apresentar os dados obtidos através da aplicação do formulário SUCEH<sub>21</sub> aos profissionais do SUP;
- Elaborar uma proposta de Norma de Procedimento de Enfermagem de Acolhimento da pessoa doente e família no SUP do CHUA (Apêndice F);
- Realizar um Guia de Acolhimento à pessoa doente e família no SUP do CHUA (Apêndice G);
- Elaborar um cartaz informativo para as pessoas que recorrem ao SUP com o circuito habitual das pessoas doentes, de forma a dar a conhecer o serviço de forma breve (Apêndice H).
- Elaborar um *dossier* informativo para os profissionais do SUP com a consolidação de todos os documentos realizados.

## **2.4. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO**

A terceira fase da metodologia de projeto consiste no planeamento, isto é, no plano detalhado do projeto em que é realizado o levantamento dos recursos necessários, assim como das limitações do mesmo. Aqui são definidas as atividades a serem realizadas de forma a dar resposta aos objetivos propostos, assim como os métodos a utilizar, com o recurso à calendarização de todo o processo. Assim sendo, foi elaborado um cronograma referente à calendarização das atividades planeadas para o PI e, posteriormente, foi necessário atualizar à medida que o projeto avançou devido à sua natureza flexível e dinâmica. No Apêndice I encontra-se o cronograma final das atividades realizadas.

Enquanto que na fase do planeamento se perspectiva o que se vai realizar, na quarta fase – a fase da execução – concretiza-se a realização de tudo o que foi planeado (Ruivo, et al., 2010).

Embora estas duas fases possam surgir de forma separada, devido à sua interdependência na implementação do PI, decide-se apresentá-las neste subcapítulo em conjunto.

Tratando-se de um PI no âmbito académico a ser implementado num serviço que pertence a uma instituição de saúde, foi necessário apresentá-lo ao Enf. Chefe e ao Diretor Clínico do SUP, que deram o seu parecer positivo, assim como à Professora Orientadora. Posteriormente, após a obtenção dos pareceres positivos referidos, foi formalizado o pedido de autorização à Comissão de Ética do CHUA, através do seu Centro de Formação, Investigação e Conhecimento (CFIC), com recurso a um documento que apresenta o PI de forma sintética e objetiva (Apêndice J), tendo, também, uma resposta favorável. É de enaltecer que durante todo o processo do PI foi mantido o anonimato e confidencialidade dos intervenientes e, nomeadamente durante a aplicação do formulário SUCEH<sub>21</sub> e no tratamento dos dados obtidos através deste, foi utilizado um documento de consentimento informado, livre e esclarecido.

De seguida, para cada objetivo específico identificado, são apresentadas as respetivas atividades realizadas de modo aos mesmos serem atingidos com sucesso.

**Objetivo:** Apresentar os dados obtidos através da aplicação do formulário SUCEH<sub>21</sub> aos profissionais do SUP.

**Atividades desenvolvidas:**

- Pesquisa bibliográfica sobre o acolhimento das pessoas doentes e família realizado pelos enfermeiros no serviço de urgência.

- Exploração de ferramentas informáticas para apresentação de dados de formulários.

- Realização de contacto com a Professora Orientadora para esclarecimento acerca das formas possíveis de tratamento dos dados.

- Utilização da ferramenta *online Spreadsheets* no tratamento estatístico dos dados recolhidos.

- Entrevista não estruturada com a Enf.<sup>a</sup> Tutora.

- Elaboração de um documento com os dados já aqui apresentados no Diagnóstico de Situação.

- Disponibilização do documento em *dossier* para consulta dos profissionais do SUP.

**Objetivo:** Elaborar uma Norma de Procedimento de Enfermagem de Acolhimento da pessoa doente e família no SUP do CHUA.

**Atividades desenvolvidas:**

- Pesquisa bibliográfica sobre o acolhimento das pessoas doentes e família realizado pelos enfermeiros no serviço de urgência;

- Observação das intervenções realizadas pelos enfermeiros no acolhimento da pessoa doente e família no SUP.

- Análise das Normas de Procedimento de Enfermagem sobre o acolhimento existentes nos serviços de internamento do CHUA.

- Realização da proposta de norma de uniformização do procedimento de enfermagem no acolhimento da pessoa doente e família no serviço de urgência.

- Elaboração da lista de auditoria ao cumprimento da norma de procedimento realizada.

- Entrevista não estruturada com a Enf.<sup>a</sup> Tutora.

- Apresentação ao Enf. Chefe do SUP.

- Adaptação da norma de procedimento e do documento de auditoria de acordo com as sugestões da Enf.<sup>a</sup> Tutora.

**Objetivo:** Realizar um Guia de acolhimento à pessoa doente e família no SUP do CHUA.

**Atividades desenvolvidas:**

- Pesquisa bibliográfica sobre o acolhimento das pessoas doentes e família realizado pelos enfermeiros no serviço de urgência;
- Análise dos dados obtidos através da aplicação do formulário SUCEH<sub>21</sub>, de forma a verificar as dimensões da satisfação que careciam de melhoramento a nível de informação escrita que as pessoas identificaram.
- Elaboração do Guia de acolhimento à pessoa doente e família no SUP do CHUA.
- Entrevista não estruturada com a Enf.<sup>a</sup> Tutora.
- Adaptação do Guia de acordo com as sugestões da Enf.<sup>a</sup> Tutora.
- Apresentação ao Enf. Chefe do SUP.
- Impressão de exemplares do Guia para disponibilização às pessoas que recorrem ao SUP.

**Objetivo:** Elaborar um cartaz informativo para as pessoas que recorrem ao SUP com o circuito habitual das pessoas doentes, de forma a dar a conhecer o serviço de forma breve.

**Atividades desenvolvidas:**

- Estudo das normas e protocolos existentes no SUP sobre o circuito das pessoas doentes no SUP.
- Observação direta da realização da triagem de Manchester e posterior orientação das pessoas de acordo com os sinais, sintomas e discriminadores do protocolo da triagem.
- Prestação de cuidados de enfermagem em todos os setores do SUP.
- Entrevistas não estruturadas com as pessoas doentes ao longo do período de Estágio sobre as necessidades de informação nesta área.
- Elaboração do Cartaz informativo sobre o circuito habitual das pessoas doentes no SUP.
- Entrevista não estruturada com a Enf.<sup>a</sup> Tutora.
- Adaptação do Cartaz de acordo com as sugestões da Enf.<sup>a</sup> Tutora.
- Apresentação ao Enf. Chefe do SUP.
- Adaptação do Cartaz de acordo com as sugestões do Enf. Chefe.

- Impressão do Cartaz em formato 1,20m x 0,90m, colocado ao lado do setor de admissão no SUP.

- Impressão do Cartaz em formato A3 para colocação dispersa no SUP.

**Objetivo:** Elaborar um dossier informativo para os profissionais do SUP com a consolidação de todos os documentos realizados.

**Atividades desenvolvidas:**

- Compilação de todos os documentos realizados durante o estágio num *dossier* de acesso e leitura fácil, de forma a partilhar a informação com a equipa do SUP.

Para o cumprimento dos objetivos específicos do PI, foi fundamental o recurso aos profissionais mencionadas nas atividades desenvolvidas para cada um dos objetivos. A reunião com a Sra. Professora Dulce Santiago a 26/10/2018 foi fundamental para o delineamento das estratégias a utilizar.

Relativamente aos recursos materiais e equipamentos utilizados nas atividades descritas, foi essencial a utilização das bases de dados científicas, nomeadamente, EBSCO e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal; e o recurso a material bibliográfico diverso. O acesso à Intranet do CHUA permitiu conhecer e explorar as normas de procedimentos já implementadas, assim como a outras informações importantes para o desenvolvimento do PI. Para além dos recursos já referidos, também foi necessário explorar ferramentas informáticas de tratamento de dados estatísticos, dando-se preferência à ferramenta *online Spreadsheets*, uma vez que permitiu converter o formulário existente em formato papel para formato online e posteriormente, realizar o tratamento estatístico dos dados recolhidos.

Inicialmente existia a intenção de realização de formação em serviço aos enfermeiros sobre a temática do PI, no entanto, devido às particularidades do SUP, nomeadamente à sobrecarga de trabalho que os mesmos apresentam, foi decidido, em concordância com a Enf.<sup>a</sup> Tutora, reunir todo o material necessário à aquisição de conhecimento que seria transmitido em sessão de formação presencial, em formato papel em *dossier* que está facilmente disponível por todos e de consulta rápida. Posteriormente,

no caso de a proposta de Norma de Procedimento de Enfermagem ser aprovada pelo Conselho de Administração, ai será pensado novamente a necessidade de formação em serviço de forma presencial.

## **2.5. AVALIAÇÃO E RESULTADOS**

A última fase da Metodologia de Projeto corresponde à fase da avaliação, sendo que esta “(...) deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados)”. Assim sendo, a avaliação do PI foi realizada continuamente ao longo de todo o processo. No entanto, realizando uma retrospectiva da implementação do PI, considera-se que:

- as estratégias utilizadas foram adequadas;
- os objetivos delineados concretizaram-se.

É de realçar que a equipa de enfermagem se mostrou disponível para a aplicação do PI. Devido ao período de Estágio não ter permitido a implementação da Norma de Procedimento de Enfermagem elaborada, sugere-se, após a aprovação da mesma pelo Conselho de Administração e após formação dos enfermeiros neste sentido, a realização de Auditoria à aplicação da mesma (conforme evidenciado na Norma) e, posteriormente, a aplicação do formulário SUCEH<sub>21</sub> utilizado no Diagnóstico de Situação do PI. Assim, será possível realizar uma avaliação pormenorizada aos resultados das estratégias implementadas com o PI.

Torna-se, também, importante referir que o Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa de Travelbee evoca-nos para a importância da temática do PI no serviço de urgência e, sobretudo, das atividades realizadas, na medida em que quando as pessoas recorrem a este serviço podem experimentar situações de stress, dúvidas e medo. Esta teórica de enfermagem refere que o estabelecimento de uma relação interpessoal em que é valorizada a comunicação, a escuta e a perceção por parte da pessoa doente em relação aos cuidados que lhe são prestados consciencializa os enfermeiros sobre a importância da

preparação profissional do enfermeiro, com a finalidade de humanizar os cuidados (Chistóforo, et al., 2006), promovendo a satisfação das pessoas face aos cuidados de enfermagem.

### **3. ANÁLISE DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

O presente curso de Mestrado em Enfermagem teve o seu início em setembro de 2017, pelo que o seu plano de estudos se apresenta norteado pelos regulamentos em vigor à data, emitidos pela OE. Assim sendo, embora tenham sido aprovados novos regulamentos em 2017 e 2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista assim como das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, respetivamente; os documentos que orientaram este curso assim como o desenvolvimento do Estágio Final são os documentos emitidos no ano de 2011, em Diário da República.

Relativamente às competências associadas ao grau de mestre em enfermagem, estas estão enquadradas no Decreto-lei n.º 115/13 que regula os regimes jurídicos dos graus académicos do Ensino Superior, e de acordo com o documento apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior que deu parecer positivo ao mesmo (Universidade de Évora, 2015).

Embora o PI tenha sido sobre a temática Acolhimento da pessoa doente e família no SU foram, também, desenvolvidas outras intervenções de forma a serem atingidos os objetivos do Estágio como o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista, gerias e específicas em enfermagem médico-cirúrgica em enfermagem à pessoa em situação crítica, assim como a aquisição de competências do grau académico de mestre em enfermagem.

Neste capítulo do Relatório é apresentada uma descrição e reflexão crítica pormenorizada e fundamentada acerca do percurso e intervenções realizadas no desenvolvimento das competências referidas em cima.

### **3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM**

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as competências comuns

são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. (Regulamento n.º 122/11 de 18 de fevereiro, p. 8649).

As competências comuns apresentam quatro esferas de ação – domínio de competência – que corresponde ao “(...) conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados” (Ibidem) que são:

- Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
- Melhoria contínua da qualidade (B);
- Gestão dos cuidados (C);
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

A cada domínio de competência estão associadas unidades de competências – “(...) que representam uma realização concreta, revestindo -se de um significado claro e de valor reconhecido no processo” (Ibidem).

As competências de mestre em enfermagem encontram-se redigidas de acordo com o referido no documento de apresentação do pedido de acreditação à A3ES (Universidade de Évora, 2015, p. 26).

## **Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

---

A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética e legal no seu campo de intervenção.

A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Competências de mestre em enfermagem:

3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

7 – Evidencia competência comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

---

A enfermagem, enquanto profissão que cuida de pessoas, tem como princípios basilares os pressupostos éticos e morais assim como os deveres, princípios e regras da profissão, mencionados na Deontologia Profissional. Segundo Nunes (2008) a deontologia profissional “visa disciplinar uma atividade profissional, estabelecer regras direcionadas para a vivência profissional (...)” (p. 36).

Estes princípios são a chave fundamental nos cuidados ao Outro, na medida em que a preocupação com o bem-estar e a proteção dos seus direitos são conceitos morais básicos. O Estatuto da OE, especificamente no artigo 99º, enuncia que “as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa e da dignidade da pessoa humana e do Enfermeiro” (2015, p. 8078). A promoção e a defesa da dignidade da pessoa, traduz-se pelo respeito pela própria manifestando a capacidade de tomar o Outro ao seu cuidado, numa atitude de prestação de cuidados holísticos (Deodato, 2014, p.91).

Durante o processo de cuidar, “os enfermeiros são constantemente confrontados com a tomada de decisão ética” (Nora, Deodato, Vieira e Zoboli, 2016, p. 2) sendo, em grande parte das vezes, difícil uma vez que envolve as diversas dimensões do ser humano e requer uma análise pormenorizada e, quando se fala em pessoa em situação crítica, ao mesmo tempo esta decisão exige rapidez de resposta. Desta forma, torna-se essencial

desenvolver habilidades para a tomada de decisão, “(...) essencial para a excelência da prática profissional e para a qualidade dos serviços de saúde” (Ibidem), na medida em que esta tomada de decisão, “sensibilidade moral acentuada, saber ético, experiência de vida, virtude, informação e um grande compromisso pessoal para fazer o que “está certo”” (Nora, et al., p. 6)

A pessoa quando recorre ao SU espera dos profissionais humanismo, que reconheçam as suas preocupações e que tentem responder às suas solicitações. Assim como, quando a pessoa se encontra numa situação de risco eminente de vida, como quando dá entrada na sala de emergência, espera que os enfermeiros hajam de acordo com o conhecimento científico que possuem mas, também e sobretudo, tendo em conta as dimensões éticas, legais, deontológicas assim como que seja tido em conta a própria vontade da pessoa. Da mesma forma, é esperada “(...) uma interação entre Enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade” (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, p. 3); e que seja estabelecida “(...) uma relação de ajuda com o utente” (Ibidem), como enunciado no artigo 5º do REPE. Neste âmbito, importa referir que o Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa de Travelbee, indica que o propósito da enfermagem é “(...) assistir os indivíduos e as famílias na prevenção e lidar com a experiência da doença e do sofrimento e, se necessário, ajudá-los a encontrar sentido nestas experiências” (Travelbee citado em Tomey e Aligood, 2004, 469).

O Estágio realizado no SUP assim como nos meios pré-hospitalares contribuiu para a reflexão acerca das práticas, um conhecimento do próprio enquanto pessoa com valores e princípios particulares, mas acima de tudo enquanto enfermeira.

Quando se prestam cuidados num SUP em que o rácio enfermeiro/doente é visivelmente insuficiente e existe falta de recursos materiais, muitas vezes, são colocadas dúvidas pelos próprios enfermeiros na medida em que o respeito pela privacidade é de difícil cumprimento, por exemplo, durante a realização de um reposicionamento; notado até na simples necessidade de no turno da noite ser baixada a intensidade das luzes para permitir um descanso porque sono eficaz é difícil de proporcionar, até pelo facto de que

podem então partilhar o mesmo espaço, utentes com diferentes graus de gravidade, desde o utente que aguarda um simples resultado analítico, uma situação de doença terminal, ao doente agitado que perdeu a noção da realidade e de pudor tentando

despir-se e levantar-se da maca. Transparece uma certa promiscuidade aliada a este universo complexo onde se verifica a acumulação de utentes pelos mais variados motivos. (Ferreira da Silva, 2007, p. 206).

A realidade dos SUP em Portugal, faz com que a imagem que as pessoas que a estes serviços têm necessidade de recorrer seja “(...) percecionado por muitos como um cenário intimidador” (Ibidem, p.205).

A satisfação das pessoas em relação aos cuidados de enfermagem está diretamente relacionada com as expetativas que trazem sobretudo devido ao pré-conceito estabelecido e, posteriormente, ao confronto com a realidade encontrada. Foi, também, devido a este facto que foi aplicado o formulário SUCEH<sub>21</sub> neste Estágio, isto é, de forma a avaliar a satisfação das pessoas mesmo quando os enfermeiros exercem as suas funções no considerado limite daquilo que seria desejável em termos de recursos humanos (rácio enfermeiro/pessoa doente), recursos materiais e recursos físicos, e mesmo assim prestam cuidados com respeito pela dignidade humana e, segundo Nora, et al. (2016), o enfermeiro, “ao respeitar o princípio da dignidade humana, todos os demais valores, por consequência, também serão considerados, ou seja, as crenças do usuário serão respeitadas, existirá privacidade durante o atendimento, efetiva comunicação e serão atendidas as necessidades do usuário” (p. 6).

O desenvolvimento deste projeto correu riscos, na medida em que poderiam ser obtidos resultados menos positivos o que poderia causar algum mal-estar entre a equipa, mas com o conhecimento de causa, ou seja, após alguns turnos realizados no contexto de Estágio, era evidente o esforço de todos os profissionais e, em particular, dos enfermeiros para satisfazer as pessoas nas suas necessidades de cuidados. Posteriormente, o reconhecimento foi evidente nos resultados obtidos através da aplicação do formulário.

Assim sendo, de forma a ser desenvolvida a capacidade de tomada de decisão, durante o Estágio recorreu-se à reflexão e discussão com a Enf.<sup>a</sup> Tutora, como estratégias facilitadora da mesma. A integração na equipa multidisciplinar dos locais de estágio permitiu, também, uma abertura à reflexão conjunta. A prestação de cuidados, maioritariamente, na sala de emergência, possibilitou o desenvolvimento de estratégias de tomada de decisão através da mobilização de conhecimentos de forma rigorosa e em

tempo útil; assim como a discussão com os restantes membros da equipa, assumindo a vontade da própria pessoa doente assim como da sua família.

A prestação de cuidados no pré-hospitalar também promoveu a reflexão acerca de questões éticas, deontológicas e legais, nomeadamente na realização de manobras de reanimação cardiopulmonar em pessoas idosas e com grande vulnerabilidade, que nos faz refletir acerca da dignidade da vida e a dignidade na morte; assim como na presença dos familiares nestas situações.

Da mesma forma que as UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem e a pesquisa bibliográfica acerca da temática, contribuíram para o desenvolvimento desta competência.

Também é de referir que durante a realização do estudo com a aplicação do formulário SUCEH<sub>21</sub>, foram sempre respeitados os princípios éticos, profissionais e sociais, no cumprimento pelo direito à privacidade e confidencialidade dos dados.

De acordo com o exposto, conclui-se que durante o Estágio foram prestados cuidados de enfermagem, respeitando a deontologia profissional e o REPE, nomeadamente na preocupação com a liberdade e da dignidade humana (artigo 99.º), dos valores humanos (artigo 102.º) e dos direitos à vida e à qualidade de vida (artigo 103.º), tendo em consideração, também, os restantes artigos e orientações dos mesmos (OE, 2016).

## **Domínio da melhoria da qualidade**

---

B 1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B 2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua.

B 3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

Competências de mestre em enfermagem:

5 – Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

7 – Evidencia competência comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

---

O enfermeiro apresenta uma abordagem holística na sua prestação de cuidados, envolvido num contexto multiprofissional, sendo orientado pela atuação de acordo com a ética e a deontologia profissional. Desta forma, enuncia-se que Boas Práticas na profissão de enfermagem representa o conjunto das “(...) dimensões científica, técnica e humana, suportando as respostas humanas e as necessidades da pessoa ou grupo concreto, procurando a máxima satisfação do cliente” (Nunes, 2017, p.13).

Segundo a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, qualidade em saúde é definida como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão” (Despacho nº5613/15 de 27 de maio, p. 13550).

Qualidade em saúde e segurança em saúde são dois conceitos indissociáveis e que todos os profissionais de saúde procuram alcançar. Neste sentido, integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020

visa, principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de

cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades. (Despacho nº1400-A/15 de 10 de fevereiro, p. 3882).

A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde é uma responsabilidade coletiva, mas passa, sobretudo, pelo comprometimento individual de cada profissional.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica deve ser uma referência nesta área, na medida em que os objetivos estratégicos deste Plano são:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno. 2. Aumentar a segurança da comunicação. 3. Aumentar a segurança cirúrgica. 4. Aumentar a segurança na utilização da medicação. 5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes. 6. Prevenir a ocorrência de quedas. 7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão. 8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes. 9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. (Despacho nº1400-A/15 de 10 de fevereiro, p.3882-3883).

Segundo a OE (2017), os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica têm como finalidade serem “(...) um referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade”. Desta forma, é mais uma vez enaltecida a importância de os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica desenvolverem projetos vão ao encontro dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

Assim sendo, integrado no Estágio e de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no SUP, foram realizadas várias iniciativas, nomeadamente a proposta de Norma de Procedimento de Enfermagem para Preparação da pessoa para intervenção cirúrgica e/ou imobilização gessada, de forma a prevenir a Infeção do Local Cirúrgico (ILC); a proposta de Norma de Procedimento de Enfermagem acerca do Acolhimento da Pessoa Doente e Família, que proporciona também a segurança da comunicação entre enfermeiro e a pessoa doente e/ou família; a pesquisa constante de forma a aumentar conhecimentos acerca da terapêutica administrada em contexto de doença crítica garantindo que a terapêutica fosse administrada “(...) na dose e vias corretas e à hora certa, e que os efeitos que se

verifiquem sejam os previstos, devendo o doente receber a informação adequada e necessária sobre o medicamento e tratamento a efetuar” (Despacho nº1400-A/15 de 10 de fevereiro, p. 3882-3885); a participação no *Tabletop exercise* (explicado mais à frente no Relatório), assim como na Auditoria às Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) e reflexão constante sobre a existência de pessoas com necessidade de medidas adicionais de prevenção de infecção no serviço de urgência, sendo imprescindível a articulação com a enfermeira responsável pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) no hospital e a comunicação com segurança com os colegas dos serviços que pudessem receber as pessoas e/ou capacitar as pessoas e famílias em caso de alta hospitalar.

Desta forma, durante o estágio foi realizada a promoção de um ambiente seguro e terapêutico, assim como, incentivados os restantes profissionais para o mesmo, de forma a contribuir para a qualidade em saúde na medida em que a enfermagem, sendo uma profissão da área da saúde que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, requer ensino de forma a preparar os profissionais, requer investigação de forma a concretizar melhores práticas de cuidados, requer formação e aprendizagem ao longo da vida e no contexto de trabalho; contribuindo no seu todo para a melhoria e desenvolvimento da prestação dos cuidados de enfermagem (Nunes, 2017, p.7).

## **Domínio da gestão dos cuidados**

---

C 1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

C 2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

### **Competência de mestre em enfermagem**

1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

7 – Evidencia competência comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

---

A gestão dos cuidados de enfermagem desenvolveu-se gradualmente durante o estágio, muito devido ao facto de a Enf.<sup>a</sup> Tutora desempenhar o papel de Enf.<sup>a</sup> Chefe de equipa durante o turno, isto é, liderando a equipa. Segundo Costa,

o líder da equipa tem a responsabilidade dos cuidados, assumindo primordial importância o desenvolvimento das suas capacidades de liderança, controlo e técnicas de supervisão, de forma a ajudar a equipa a conhecer as suas obrigações e a executá-las com o melhor da sua capacidade. (Costa, sd, p. 238).

Desta forma, ao longo do tempo foi observado o seu trabalho, a forma de gerir a equipa, gerir os recursos materiais assim como gerir as prioridades, desenvolvendo esta capacidade. Aos poucos, foi desenvolvida autonomia, sempre com a supervisão da Enf.<sup>a</sup> Tutora, para a concretização de algumas das intervenções do Enf. Chefe de equipa, passando por disponibilizar o telemóvel de serviço, que acompanha sempre o chefe de equipa, de forma a organizar as altas e transferências dos doentes, assim como a articulação com as equipas do pré-hospitalar do INEM na chegada de doentes ao hospital ou até mesmo para a abertura do heliporto para receber o helicóptero do INEM para transferir doentes, entre outras intervenções. A preocupação em garantir que os recursos materiais estavam de acordo com as necessidades do serviço, realizando pedidos de materiais quando necessário, assim como em priorizar a prestação de cuidados num SUP

e, principalmente, na prestação de cuidados a pessoas em situação crítica exige uma grande capacidade de gestão de cuidados de enfermagem e de tomada de decisão, com o objetivo da qualidade dos cuidados.

De forma a ser observado diretamente o trabalho realizado pelo Enf. Chefe, foram realizados dois turnos neste sentido, um turno com o Enf. Chefe e outro turno com a Enf.<sup>a</sup> com função de substituta do Chefe na sua ausência. Segundo Hesbeen (1998, p. 87) “a missão principal do chefe é a de dar atenção ao pessoal do seu serviço, a fim de lhe oferecer as melhores condições possíveis para exercer a profissão, desenvolvê-la e nela encontrar satisfação”. O Enf. Chefe gere, para além dos recursos materiais e a articulação com os restantes serviços do hospital, uma equipa composta por pessoas com necessidades e vontades individuais, sendo assim, tal como nos cuidados às pessoas doentes, é necessário ir ao encontro do Outro, através de uma relação de confiança entre ambas as partes. É um papel complexo, na medida, em que exige o desenvolvimento de muitas capacidades específicas na gestão em saúde, nomeadamente a capacidade de organização, comunicar, deliberar, formar, coordenar e, sobretudo valorizar as competências da equipa (Hesbeen, 1998, p. 87).

Embora o método de trabalho regente no SUP seja o método individual – “(...) conceito de cuidado global e implicam afetação de um enfermeiro a um único cliente ou mais do que um, se a “carga de trabalho” o permitir” (Costa, sd, p. 237), o trabalho em equipa é privilegiado na medida em que se trabalha em colaboração de forma a proporcionar às pessoas que recorrem ao SUP a melhor prestação de cuidados possíveis, sendo que existe um sentido de responsabilidade compartilhado. Até mesmo, porque o horário dos profissionais é realizado por equipas, ou seja, todos os elementos da equipa têm o mesmo horário. No entanto, há abertura para eventuais trocas e os profissionais trabalham em qualquer uma das equipas, na medida em que todas elas fazem parte da equipa de profissionais do SUP. Desta forma, cabe ao Enf. Chefe e ao Enf. Chefe de equipa a promoção do trabalho em equipa e a gestão de eventuais conflitos durante o trabalho. A prestação de cuidados a pessoas em situação crítica requer a existência de materiais e tecnologia avançada, sendo necessário que os mesmos se encontrem operacionais e que os seus elementos os saibam utilizar. Desta forma, cabe também ao enfermeiro especialista ter este conhecimento e promova a formação aos seus pares.

## **Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

---

D 1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

D 2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Competências de mestre em enfermagem

2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

7 – Evidencia competência comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

---

As experiências vivenciadas tornaram possível um processo de autoconhecimento na medida em que produziam reflexões diárias acerca dos sentimentos desenvolvimentos e, também, das necessidades de aprofundamento de conhecimentos de forma a melhorar a prestação de cuidados. Tal como refere Hesbeen (1998), “tudo aquilo que é vivido, no dia a dia, por quem presta cuidados, contribui para enriquecer as suas qualidades” (p. 64), no entanto, esse enriquecimento por si só não basta, ele requer reflexão, discussão e conceptualização (Ibidem).

A segurança e assertividade na prestação de cuidados às pessoas em situação crítica e às suas famílias foram elementos trabalhos ao longo do Estágio, na medida em que a experiência profissional prévia nesta área era pouca, o que provocou numa fase inicial um sentimento de insegurança, mas que não foi demonstrado à pessoa a quem eram prestados os cuidados. Esta fase foi superada através do investimento pessoal no estudo intensivo, objetivo de aprender e aprofundar conhecimentos previamente adquiridos tendo em conta as situações e com o conhecimento atual existente sobre o mesmo, assim como com a integração na equipa multiprofissional, a gestão de sentimentos no confronto

com situações de stress e através do desenvolvimento da capacidade comunicacional com a pessoa doente e a sua família. Também Hesbeen (1998) afirma que “os conhecimentos técnicos e científicos decorrem, em grande parte de saberes estabelecidos e da sua atualização” (p. 65).

Durante o período de Estágio, a OE realizou em Faro, o III Congresso da Secção Regional Sul, subordinado ao tema *Enfermagem em Urgência e Emergência*. Aproveitando este evento da OE e pelo facto de existirem trabalhos realizados em UC do presente curso que abordavam a temática do Congresso, elaboraram-se dois Pósteres que foram apresentados no Congresso (Anexo C). Os temas dos Pósteres apresentados foram: a Abordagem ABCDE na Pessoa com Cetoacidose Diabética – Caso Fictício; e Comunicação com a Pessoa Submetida a Ventilação Invasiva (Apêndice L e Apêndice M, respetivamente). Desta forma, deu-se a conhecer ao público deste Congresso, o resultado do estudo e investigação realizada durante o curso. Importa acrescentar que o artigo de revisão integrativa da literatura realizado na UC de Investigação com o tema Comunicação com a Pessoa Submetida a Ventilação Invasiva, do qual resultou posteriormente o Póster referido, encontra-se a aguardar publicação como capítulo de um livro de enfermagem (Apêndice N). Torna-se, assim, evidente o contributo das UC de Investigação e de Enfermagem Médico-Cirúrgica 2.

A participação neste Congresso da OE, proporcionou o despertar para várias questões da enfermagem em contexto de urgência e emergência. Desta forma, e uma vez que o PI apresentava como tema principal Acolhimento da Pessoa Doente e Família no SU, após a comunicação oral de uma das senhoras enfermeiras palestrantes, foi considerado pertinente abordar a questão da presença da família durante o procedimento de reanimação cardiopulmonar. Assim sendo, após reflexão e pesquisa intensiva, foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre a temática, dando origem a um artigo (Apêndice B, já referido no Relatório). A realização deste artigo proporcionou momentos de autorreflexão acerca do enfermeiro enquanto profissional, mas, também, enquanto possível pessoa doente ou enquanto familiar de uma pessoa em paragem cardiorrespiratória.

É de referir, também, que houve a oportunidade de participação no Congresso desenvolvido pela Associação Portuguesa de Tratamentos de Feridas, que decorreu em

Gondomar nos dias 15 e 16 de novembro de 2018 (Anexo D). Esta participação proporcionou o desenvolvimento de competências na área do tratamento a feridas, sendo uma oportunidade para esclarecimento de dúvidas e aplicar os conhecimentos obtidos na realização da proposta de Norma de Procedimento de Enfermagem acerca da prevenção da ILC. Acrescenta-se que neste Congresso foi apresentado um Póster que resultou de um Estudo de Caso realizado em contexto profissional (Apêndice O).

As Normas de Procedimentos de Enfermagem elaboradas no estágio envolveram pesquisa intensiva das evidências científicas acerca das matérias em questão, assim como das recomendações da DGS, e a articulação do conhecimento do próprio serviço de forma a ser possível a sua implementação.

A investigação em enfermagem tem apresentado um grande crescimento nas últimas décadas, orientando as práticas e, também, a formação dos enfermeiros, contribuindo, sobretudo para a procura contínua da qualidade em enfermagem. Desta forma e segundo Hesbeen (1998), “apesar de não ser aconselhável transformar as equipas em grupos de investigadores é, contudo, primordial que seja estimulado o gosto pela curiosidade intelectual que, pouco a pouco, irá alimentar um saber estruturado, mas não dogmático (...)” (p. 65).

É de referir, também, que a elaboração do PI permitiu o desenvolvimento de conhecimentos acerca do processo de investigação de forma autónoma, nomeadamente através da compreensão das etapas deste processo e a forma como são possíveis de colocar em prática tendo em conta o contexto onde é realizado o Estágio. Após a aplicação do formulário SUCEH<sub>21</sub>, surgiram dúvidas na forma de analisar os dados, no entanto, através de pesquisa persistente, estes dados foram trabalhados, resultando no Artigo Original (Apêndice P), uma vez que “a informação sobre a prática de cuidados e a sua avaliação constituem, também, um dos elementos determinantes da qualidade”. (Hesbeen, 1998, p.76).

Após o descrito, consideram-se desenvolvidas as competências pretendidas.

### **3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM**

Neste capítulo são tecidas observações e elaborada uma reflexão sobre o percurso realizado no desenvolvimento e aquisição das competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica; e realizada a articulação com as competências desenvolvidas na vertente de mestre em enfermagem.

---

K.1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Competências de mestre em enfermagem

7 – Evidencia competência comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

---

K.1.1 - Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como destinatário de cuidados a pessoa “(...) cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº124/11 de 18 de fevereiro, p. 8656). Os enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica necessitam ter uma bagagem de conhecimentos qualificados em todas as áreas do mesmo, nomeadamente na sua componente científica, relacional e técnica, de forma a que estes cuidados sejam os mais adequados àquela pessoa e, paralelamente, à sua família, e prestados de forma imediata. Estes cuidados obrigam

(...) observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de

assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. (Regulamento nº124/11 de 18 de fevereiro, p. 8656).

Com a realização do Estágio no SUP, precisamente, na sala de emergência, é notável o contexto complexo e o ritmo vertiginoso a que os profissionais que ali trabalham exercem as suas funções, apresentado uma capacidade de raciocínio e análise admirável.

Após a admissão de um doente na sala de emergência, de imediato é necessário que sejam identificados os focos de instabilidade hemodinâmica da pessoa para que de forma rápida e, preferencialmente, de forma antecipada se prestem cuidados neste sentido. Para o desenvolvimento desta capacidade, é necessário muito trabalho e investimento pessoal, com o objetivo de prestar cuidados de qualidade mesmo perante cenários de elevada complexidade.

No decorrer do estágio existiu a oportunidade de prestar cuidados a pessoas em situação crítica, desde a admissão na sala de emergência, a realização da avaliação primária através da abordagem ABCDE, avaliação secundária, a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem sistematizado de acordo com os focos de instabilidade identificados, a monitorização e vigilância contínuas, o acompanhamento da pessoa e prestação de cuidados durante a realização de exames complementares de diagnóstico, assim como a colaboração com restantes membros da equipa na execução de técnicas invasivas de diagnóstico e/ou tratamento como reanimação cardiopulmonar, ventilação invasiva, punção lombar, cateterismo central, entre outras, transferência da pessoa para outra unidade de cuidados e, também, prestação de cuidados à pessoa em fase final de vida e à sua família.

O acompanhamento da pessoa em situação crítica durante a realização de exames complementares de diagnóstico assim como na sua transferência intra-hospitalar (para outro serviço dentro do hospital) requer por parte do enfermeiro uma capacidade de antecipação de possíveis focos de instabilidade, necessitando de um planeamento rápido e sistematizado dos materiais necessários para o transporte da pessoa, a articulação minuciosa com as equipas dos serviços recetores, assim como a comunicação das necessidades específicas do mesmo. Assim, pretende-se minimizar a ocorrência de possíveis eventos adversos e/ou complicações assim como, e sobretudo, sendo assegurada a segurança do doente. Também foi possível acompanhar pessoas que iriam ser

transferidas através de helicóptero com a equipa do INEM, acompanhando-os até mesmo ao helicóptero de forma a observar o método de trabalho daqueles profissionais, sujeitos às condicionantes do meio de transporte mas que tentam transferir a pessoa para o local de referência garantindo a estabilização durante todo o percurso, tendo de antever possíveis complicações e atuar de acordo. Todo este planeamento foi desenvolvido ao longo do Estágio, em todos os locais onde foi realizado.

#### K.1.2 - Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos

A realização de turnos na UCINT, permitiu desenvolver esta competência uma vez que esta unidade é destinada a “(...) a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva” (República Portuguesa, 2017, p.7), no entanto, enquanto não é possível a transferência de pessoas com necessidade VMI para a UCIP, é nesta unidade que permanecem. Durante os dias de Estágio na UCINT prestaram-se cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica. Aqui houve a oportunidade de gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos, como por exemplo na administração por via endovenosa de drogas vasoativas, colaborar durante a execução de técnicas invasivas como toracocentese, colocação de cateter arterial para monitorização invasiva, e prestar cuidados a pessoas com estas necessidades especiais.

O Estágio nesta unidade permitiu desenvolver competências de avaliação, monitorização, vigilância e identificação precoce de possíveis complicações.

Na sala de emergência existem vários protocolos terapêuticos de acordo com as situações mais habituais. A existência das Vias Verdes acrescentam agilidade na atuação dos profissionais para com estas pessoas doentes, na medida em que o seu diagnóstico e tratamento são executados de forma rápida e segura. Aqui, mais uma vez, é visível a articulação entre os meios do pré-hospitalar e hospitalar, assim como no meio intra-hospitalar, com a disponibilização dos recursos necessários para garantir a prestação de cuidados de qualidade à pessoa.

De referir, também, que a realização do póster científico para o Congresso da OE, com o tema Abordagem ABCDE na Pessoa com Cetoacidose Diabética teve como objetivo partilhar o trabalho desenvolvido na UC Enfermagem Médico-Cirúrgica 2 e com ele demonstrar a importância do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica na prestação de cuidados à pessoa com o diagnóstico médico de cetoacidose diabética, em que os diagnósticos de enfermagem realizados, assim como as intervenções de acordo com os mesmos exigem uma gestão minuciosa de todo o protocolo terapêutico, tendo em vista a recuperação do estado de saúde da pessoa.

K.1.3 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando respostas.

A dor na pessoa em situação crítica é comum, tanto devido à situação de doença em que se encontram como à sua vulnerabilidade durante os procedimentos dolorosos a que são submetidos. Segundo a CIPE (2011), a dor é definida como

Aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento. (p. 50).

Desde 2003 que a DGS indica que a dor é o 5º sinal vital, na Circular Normativa nº9/DGCG de 14 de junho, “(...) sendo a sua gestão um direito do doente, um dever profissional e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde” (SPCI, sd, p.6). A avaliação da dor é realizada de acordo com as escalas validadas e implementadas nos serviços.

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o enfermeiro especialista deve gerir de forma diferenciada e eficaz a dor da pessoa implementando instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos para o alívio da dor, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas (OE, 2017).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos,

o uso da EVN (Escala Visual Numérica) é recomendado para avaliar a dor em doentes que comunicam; A dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a Behavioral Pain Scale (BPS). (SPCI, sd, p.40).

O enfermeiro especialista deverá incrementar na sua prática e também alertar os seus pares que “o nível de dor relatada pelo doente deve ser considerado o “*gold standard*” para a avaliação da dor e resposta à analgesia” (Ibidem).

Ver alguém com dor, seja física, emocional ou psicológica, preocupa quem presta cuidados a essa pessoa, pois trata-se de uma evidência de mal-estar. Num dos dias de Estágio em contexto pré-hospitalar, houve uma situação em que a vítima estava encarcerada numa máquina agrícola, no seu próprio terreno, que ficará na memória dos intervenientes. Aquela pessoa apresentava dor física evidente, mas sobretudo, aquela pessoa, certamente apresentava uma dor emocional indescritível. Ali, o importante era tentar aliviar a dor daquela pessoa. Por mais medidas farmacológicas que fossem executadas, o facto de estar presente, tentar posicionar de forma melhor tolerada e dar a mão certamente foi importante.

K.1.4 - Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica.

K.1.5 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;

K.1.6 - Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.

Travelbee enuncia que, desde o primeiro encontro entre enfermeiro e a pessoa doente, neste caso a pessoa em situação crítica, a interação entre ambos, seja através da comunicação verbal ou não verbal é importante para o desenvolvimento da relação terapêutica (Tomey e Alligood, 2002). A comunicação é definida pela CIPE (2011) como um “comportamento interativo com as características específicas: dar ou trocar

informações, utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (p. 45). Para a Teórica Joyce Travelbee

a comunicação é um processo que pode permitir à enfermeira estabelecer uma relação pessoa-a-pessoa e, conseqüentemente, satisfazer o propósito da enfermagem, nomeadamente, assistir os indivíduos e as famílias na prevenção e lidar com a experiência da doença e sofrimento e, se necessário, ajudá-los a encontrar sentidos nestas experiências. (Tomey e Alligood, 2002, p. 469).

O acolhimento, preferencialmente realizado no primeiro contato entre enfermeiro e pessoa doente e/ou família, tem relevância de forma a permitir o estabelecimento de uma relação de confiança com a família, o que facilita a colheita de dados e a avaliação das necessidades dos seus membros em relação à informação (Mendes, 2018). Em todos os contextos de atuação do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, a utilização de técnicas comunicacionais que permitam o encontro com o Outro são fundamentais para o estabelecimento de uma relação terapêutica.

O SUP devido a toda a sua dinâmica é potenciador de causar sentimentos de medo e ansiedade às pessoas que a ele recorrem. Desta forma, cabe aos enfermeiros desde o acolhimento tentarem estabelecer uma relação terapêutica com as pessoas doentes e os seus familiares de forma a amenizar estes sentimentos e gerar uma relação de confiança.

Quanto à sala de emergência já pelo seu nome, é para as pessoas, tanto doentes como familiares, um local causador muitas vezes de pânico e incertezas quanto ao futuro. Os enfermeiros devem gerir estas emoções perante as pessoas a quem prestam cuidados, doentes e familiares, de forma a promover o melhor dentro das dificuldades em que se encontram. Foi, também, por todas estas questões que o PI se desenrolou com o tema Acolhimento da Pessoa Doente e Família no SU.

Durante o Estágio, trabalhou-se a comunicação interpessoal, de forma a gerar uma relação de confiança com os intervenientes envolvidos, sendo adequada ao meio e à situação vivenciada. Esta competência é sem dúvida bastante complexa, na medida em que a Deontologia Profissional em Enfermagem tem vários princípios norteadores da mesma como já referido anteriormente.

A elaboração do Póster *Comunicação com a pessoa submetida a ventilação invasiva* permitiu não só dar a conhecer as intervenções de enfermagem especializadas na abordagem à pessoa como também servir como orientador no processo de cuidado à pessoa com esta necessidade, em contexto de Estágio.

A transmissão de más notícias é um procedimento complexo, sendo más notícias – “(...) qualquer informação que envolva uma mudança drástica no indivíduo que a recebe, tendo um impacto negativo na sua perspetiva de futuro, afetando, assim, os domínios cognitivo, emocional, espiritual e comportamental, com eventuais repercussões na dinâmica pessoal, familiar e social” (Sequeira, 2016, p.215). A forma de transmissão de uma má notícia é essencial para a aceitação ou não da mesma, tornando-se numa situação complexa e, por vezes, difícil para os profissionais de saúde. Uma vez que a má notícia provoca um forte impacto psicológico na pessoa que a recebe, acaba por ficar na sua memória esse momento, assim como, quem a comunicou, onde e a forma como foi comunicada (Ibidem).

Durante o Estágio existiram várias situações em que foi necessário transmitir más notícias. No entanto, existem sempre situações que ficam marcadas devido aos sentimentos que desenvolvem nos próprios enfermeiros. Os enfermeiros e todos os profissionais de saúde são pessoas, pessoas que cuidam de pessoas, e pessoas que também têm sentimentos e acabam por sentir estas perdas como fossem suas também. De forma a ajudar todos os intervenientes durante o processo de transmissão de más notícias, Pereira, et al. (2013), referem que a existência de protocolos ou guias orientadoras são fundamentais uma vez que identificam estratégias para ajudar a aliviar a angústia para todos os envolvidos no processo, as pessoas doentes e os próprios profissionais.

Deve referir-se que as UC lecionadas durante o curso foram importantes para o desenvolvimento desta competência (K. 1), na medida em que é uma competência complexa, que exige uma articulação profunda entre todas as áreas da enfermagem. Também é de referir que os cursos frequentados durante o período letivo, de Suporte Avançado de Vida (Anexo E) e do *International Trauma Life Support* (ITLS) (Anexo F) foram ferramentas muito importantes e até imprescindíveis para o sucesso durante o Estágio, dando sobretudo ferramentas de autoconfiança na medida em que foram simuladas várias situações durante os mesmos que acabaram por surgir, com as suas

particularidades e individualidades da pessoa real, para a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

O desenvolvimento do Estágio, com as suas experiências, assim como com a mobilização de conhecimentos previamente adquiridos e outros conseguidos através de estudo e pesquisas, permitiu desenvolver esta competência que está diariamente a ser construída.

---

K. 2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.

#### Competências de Mestre em enfermagem

7 – Evidencia competência comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

---

A prestação de cuidados de saúde em situação de catástrofe – “(...) acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, (...), vítimas, afetando intensamente as condições de vida (...)” (Lei nº27/06 de 3 de julho), têm como objetivo principal minimizar o impacto destas situações de exceção em termos de mortalidade e morbilidade das pessoas envolvidas (CHUA, 2018c, p.1).

O CHUA divulgou o seu Plano de Catástrofe para a Unidade de Faro em 31 de janeiro de 2018, estando ainda neste momento a ser trabalhado de forma a que todos os profissionais, diretamente e indiretamente, envolvidos saibam o seu conteúdo e compreendam o seu papel em caso da sua ativação. Segundo este plano, o CHUA

com um Serviço de Urgência Polivalente em funcionamento, tem a responsabilidade institucional de prever um plano para resposta a situações em que as solicitações ultrapassam a capacidade instalada, ou seja, situações definidas como de multi-vítimas ou catástrofe, dependendo da dimensão. (CHUA, 2018c, p. 1).

No caso de existir uma situação de catástrofe poderá ser necessária alteração no funcionamento do hospital assim como mobilização de profissionais, tanto os que estão a trabalhar no momento, como aqueles que entram ao serviço e aqueles que poderão ser chamados para reforçar as equipas garantindo a prestação de cuidados às pessoas admitidas no SUP assim como às pessoas já internadas no hospital, torna-se imprescindível que todos saibam atuar e como proceder em caso de ativação.

Desta forma, durante o Estágio, conjuntamente com as colegas que também estavam a realizar estágio no SUP do CHUA, decidiu-se retirar os fundamentos mais importantes do plano para o Serviço de Medicina 2B e para os profissionais que exercem funções no mesmo, uma vez que duas das enfermeiras exercemos funções nesse serviço. Assim, possibilita-se uma consulta rápida em caso de ativação do mesmo, assim como através da realização de cartões de ação que explicitam o que os profissionais devem executar em caso de ativação (Apêndice Q). Neste mesmo dossier informativo, é anexado o Plano de Catástrofe do CHUA-Unidade de Faro. Após disponibilização do dossier no serviço, foram realizadas várias sessões de informação aos profissionais do serviço com esclarecimento de dúvidas existentes, maioritariamente antes dos momentos de passagem de turno, onde todos os enfermeiros e AO assinaram como leram e compreenderam o plano. Embora o plano de catástrofe já ter sido aprovado há um ano, o facto de existir pouca experiência por parte das equipas a estas situações, que são situações de exceção, é necessário que esta formação e educação seja fomentada e difundida a todos os serviços para chegar a todos os profissionais de saúde. Este procedimento foi realizado após discussão com a Enf.<sup>a</sup> Tutora, enquanto elemento da Comissão de Catástrofe do CHUA e com a Enf.<sup>a</sup> Coordenadora do serviço de medicina 2B.

Relativamente à prestação de cuidados no SUP do CHUA, aquando de uma situação de catástrofe, o objetivo primordial é “(...) salvar a vida através da estabilização do ABCDE (A - via aérea com controlo cervical, B - ventilação, C - circulação com controlo de hemorragia, D - disfunção neurológica, E - exposição com controlo da temperatura). Após esta estabilização inicial tudo passa por controlar danos e gerir o risco (...)” (CHUA, 2018c, p.1).

Durante o Estágio no SUP, houve a oportunidade de acompanhar o Enf. Chefe, e a Enf. Sub-chefe numa atividade realizada promovida pela Comissão de Catástrofe do

hospital, denominada de *tabletop exercise*. O propósito desta atividade é simular, numa mesa (*table*), numa sala, uma situação de catástrofe, de forma a que se desenvolva as intervenções necessárias para lidar com a situação apresentada. Este tipo de exercício permite uma análise e discussão dos procedimentos, sendo recomendados para treinar, praticar, avaliar as intervenções, recursos e possíveis transtornos, de forma a serem desenvolvidos planos e procedimentos, com a análise dos vários grupos profissionais envolvidos (Edzen, 2014). O *tabletop exercise* permite uma menor utilização de recursos, isto é, são mais económicos e, sobretudo, menor constrangimento para as pessoas doentes que já se encontram no hospital assim como para os restantes profissionais, em comparação com os simulacros. No entanto, este exercício apresenta desvantagens como não sendo muito rigoroso, permitir o pensar sem a condicionamento do *stress*, não traduz totalmente em tempo real a situação, assim como não contempla possíveis problemas (Ibidem). Este exercício é, então, “(...) concebido para proporcionar uma discussão construtiva ao mesmo tempo que os participantes examinam e resolvem problemas baseados no plano de emergência existente e identificam quais as ações que necessitam de ser aperfeiçoadas” (Autoridade Nacional de Proteção Civil, 2011, p. 11-12).

Na existência de uma situação de catástrofe é essencial que a articulação entre o pré-hospitalar e o hospital seja realizado da forma mais eficaz possível. Com a realização de turnos na SIV Loulé e VMER de Faro, assim como os turnos realizados na SIV Lisboa e VMER do Hospital de Santa Maria no Estágio I, permitiu compreender a forma como o pré-hospitalar atua e a importância do seu papel. A prestação de cuidados em situação de catástrofe implica, maioritariamente, estar preparado para trabalhar em ambientes caóticos e, certamente, deparando-se com situações de extrema fragilidade para as vítimas.

Como o presente Relatório é um trabalho de descrição e de análise crítica reflexiva do Estágio realizado, seguidamente é apresentada uma partilha de um dia de estágio num meio pré-hospitalar.

O CODU ativou a equipa em questão para uma situação de encarceramento de uma vítima. À chegada, a vítima estava consciente, mas numa situação de vulnerabilidade extrema, com evisceração de órgãos, já com auxílio da equipa de bombeiros de desencarceramento. Todas as intervenções realizadas pelas equipas presentes permitiram

a estabilização da vítima, com necessidade de ventilação invasiva ainda no local, e transporte para o SU de referência. À entrada na sala de emergência deste mesmo hospital, foi pedido reforço da equipa da sala e avaliação pelas especialidades médicas adequadas. Tratou-se de uma situação incomum devido à sua complexidade, mas que no final permitiu a todos os elementos envolvidos diretamente, como equipa do pré-hospitalar e equipa da sala de emergência realizar um *debriefing*, analisando a situação ocorrida, o que correu bem e aspetos que podem ser melhorados. Esta situação permitiu refletir sobre as intervenções a realizar de forma imediata quando se trata de uma situação de exceção, embora aqui só se tratasse de uma vítima, envolveu muitos profissionais de diversas áreas, tanto do pré-hospitalar como hospitalar.

Pelas atividades realizadas durante o estágio, a pesquisa bibliográfica realizada e a análise e reflexão sobre o conjunto, considera-se que foram atingidos os objetivos propostos para o desenvolvimento desta competência específica.

---

K. 3 – Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.

Competências de Mestre em enfermagem

7 – Evidencia competência comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

---

Segundo a DGS, a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é “uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (DGS, 2007, p.4). Em 2013, a DGS definiu como programa de saúde prioritário, o PPCIRA, de forma a dar resposta à necessidade de prevenir as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), promovendo a segurança dos doentes e a

melhoria da qualidade dos cuidados (DGS, 2015b, p.9). Existem diversos agentes patogênicos que podem causar infecções nas unidades de cuidados de saúde e a Resistência dos Microorganismos aos Antibióticos (RMA) é causada pelo uso considerado excessivo da antibioterapia nos últimos anos, podendo trazer o reverso da moeda, ou seja, dificultando a utilização do antibiótico eficaz para determinada infecção, uma vez que os microrganismos apresentam multirresistências (DGS, 2017).

Em 2014, iniciou-se a promoção a nível mundial das Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) inerentes ao PPCIRA (DGS, 2017). As PBCI são regras de boas práticas que devem ser adotadas por todos os profissionais intervenientes no processo de cuidar, de modo a reduzir e/ou minimizar o risco de transmitir microrganismos de um portador para outro, de forma direta ou indireta. Estas medidas são aplicadas na prestação de cuidados a todas as pessoas doentes e deverão ser incentivados a que os próprios doentes as cumpram assim como as suas visitas (DGS, 2017).

Durante o percurso profissional, a problemática das IACS sempre foi alvo de interesse devido às consequências que a intervenção dos profissionais de saúde pode ter na vida das pessoas, na medida em que mesmo em procedimentos mais simples, nada pode ser descuidado, pois poderá ser potenciador de causar dano à pessoa doente e, sobretudo, à importância que “simples” medidas têm na diminuição do risco de transmissão de infecção. Desta forma, neste Estágio e uma vez que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica tem uma intervenção de extrema importância nesta área, foram observadas no SUP as intervenções e medidas adotadas de forma a prevenir as IACS, embora todas as condicionantes do serviço como a sobrelotação em determinados dias, baixo rácio enfermeiro/doente e disposição das áreas de prestação de cuidados. Assim sendo, após a permanência em alguns turnos no setor cirúrgico, no setor ortopédico e na sala de emergência em que por vezes é necessário recorrer a cirurgia imediata, e após conversa com a Enf.<sup>a</sup> Tutora, foi verificado que não existia nenhuma norma de procedimentos de enfermagem a realizar na preparação da pessoa para cirurgia. No SUP existe um grande número de admissões pela especialidade cirúrgica que acabam por necessitar de cirurgia de urgência, ou seja, estas pessoas são transferidas diretamente do SUP para o bloco operatório.

Sabe-se que a infeção do local cirúrgico é uma das infeções associadas aos cuidados de saúde mais frequentes, estando diretamente relacionadas com o aumento da morbilidade, mortalidade e custos em saúde (DGS, 2013, p. 5), assim como a pneumonia associada à intubação, de infeção relacionada com cateter venoso central, de da infeção urinária associada a cateter vesical. Desta forma, em dezembro de 2015, a DGS divulga a implementação dos feixes de intervenções – *Bundles* - do PPCIRA de prevenção das quatro infeções referidas.

A ILC é definida como a infeção que ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (incisional ou órgão/espaco), durante os primeiros trinta dias após o procedimento cirúrgico, ou até um ano se se tratar da colocação de uma prótese ou implante/transplante (DGS, 2015c).

Segundo a DGS (2015c), cada ILC acresce entre 7 a 11 dias de internamento e aumenta o risco de morte de 2 a 11 vezes e o cumprimento da *Bundles* estima que 60% das ILC sejam evitadas.

A ILC está diretamente relacionada com o procedimento cirúrgico. No entanto, o risco de ocorrer depende de fatores intrínsecos ao doente (idade, antecedentes pessoais de doença como obesidade, diabetes, entre outros), assim como de fatores cirúrgicos, nomeadamente na preparação pré-cirúrgica, na duração do ato cirúrgico e na assepsia durante o procedimento (DGS, 2013, p. 6). Desta forma, após duas reuniões com a Enf.<sup>a</sup> responsável pelo PPCIRA no Hospital e discussão com a Enf.<sup>a</sup> Tutora, foi elaborada uma proposta de Norma de Procedimento de Enfermagem para a Preparação da pessoa para intervenção cirúrgica, incluindo na mesma norma, a pessoa com necessidade de imobilização gessada no SUP (Apêndice R) uma vez que a higiene do membro imobilizado é de extrema importância na prevenção de infeção assim como se, posteriormente, for necessário recorrer a cirurgia. A Vigilância Epidemiológica da ILC (VE ILC) é realizada em Portugal em 54 das suas unidades hospitalares (com tutela do Estado, Setor Privado ou Social), sendo acompanhados sete grupos de procedimentos: colecistectomias, cirurgias de cólon e reto, cesarianas, artroplastias da anca e do joelho, laminectomias e as associadas a bypass coronário. No Relatório Anual do Programa Prioritário 2018 da DGS, é referido que “a incidência cumulativa de ILC por 100 cidadãos submetidos a cirurgia reduziu 12,76% face a 2013” (DGS, 2018, p.4).

É importante continuar a reduzir estes indicadores e adotar estratégias, tanto nacionais como foi a criação do PPCIRA, como locais, nomeadamente em cada serviço articulando com os organismos competentes. Assim sendo a avaliação da implementação da presente proposta de Norma de Procedimentos de Enfermagem, planeia-se que seja contínua e realizada de forma direta através de processos de auditoria interna, com a aplicação de Instrumentos de Auditorias Clínicas, referentes à preparação pré-cirúrgica e à preparação da pessoa com necessidade de imobilização gessada. Posteriormente, a presente proposta de Norma poderá ser avaliada de forma secundária com a monitorização que é realizada no departamento cirúrgico do hospital, nomeadamente em cada serviço, com a avaliação da incidência de infeção do local cirúrgico.

A divulgação da proposta de Norma de Procedimento foi realizada através da disponibilidade da mesma em *dossier* próprio que ficou no gabinete do Enf. Chefe (juntamente com os restantes trabalhos realizados, como já referido), uma vez que a divulgação de normas de boas práticas baseadas nas recomendações mais recentes, assim como a verificação do seu cumprimento, têm o propósito de melhorar a prestação de cuidados de enfermagem, promover a qualidade de vida da pessoa e, conseqüentemente, diminuir os custos em saúde. A proposta de Norma em questão aguarda aprovação pelo Conselho de Administração do CHUA.

Durante o Estágio também existiu a oportunidade de participar, conjuntamente com a Enf.<sup>a</sup> Tutora, na Auditoria ao Cumprimento das PBCI por parte dos enfermeiros e assistentes operacionais no SUP. Posteriormente, estes documentos foram entregues à Enf.<sup>a</sup> do Grupo de Coordenação Local do PPCIRA (Anexo G).

As intervenções realizadas durante o estágio, assim como da pesquisa bibliográfica efetuada, os conhecimentos adquiridos durante a UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica 5, contribuíram para o desenvolvimento desta competência específica.

## CONCLUSÃO

A formação contínua em enfermagem é uma responsabilidade do enfermeiro de acordo com a deontologia da sua profissão. Assim sendo, o ingressar neste curso de Mestrado em Enfermagem foi uma aposta para o crescimento pessoal e profissional, possibilitando a aquisição e desenvolvimento de competências numa área de interesse próprio – enfermagem à pessoa em situação crítica. Este percurso culmina com a realização do presente Relatório, tendo permitido a reflexão do percurso realizado e que, posteriormente, será alvo de provas públicas. No início, existia ansiedade e medo muito por conta do desconhecido, nomeadamente em relação às competências necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com necessidades específicas, assim como à família que a acompanha. Neste contexto de prestação de cuidados, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica deverá ser detentor de aptidões e competências que lhe permitam intervir com segurança, tendo como fundamento basilar a humanização dos cuidados.

Desta forma, o processo formativo permitiu o desenvolvimento de conhecimentos e competências na dimensão da enfermagem especializada, particularmente na vertente médico-cirúrgica, assim como das competências de mestre em enfermagem.

A concretização do projeto de intervenção num serviço com as características específicas do serviço de urgência polivalente, contribuiu para o desenvolvimento de estratégias que permitem promover a melhoria da qualidade do acolhimento realizado pelos enfermeiros e, conseqüentemente, a satisfação por parte das pessoas doentes e dos seus familiares. Assim, enaltece-se o papel do enfermeiro especialista enquanto líder de projetos de melhoria contínua.

O ultrapassar do desconhecido transformou-se em satisfação, no entanto, permanecendo o sentimento do querer saber mais, para uma continuidade da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, com o pensamento reflexivo e crítico como ferramenta basilar.

As situações vivenciadas foram produto de possibilidades de aprendizagem, com o desenvolvimento do processo de decisão assim como a promoção da análise crítica que

merece a atualização de conhecimentos com recurso à evidência científica em enfermagem.

Em suma, através do percurso formativo desenvolvido e, particularmente, no Estágio Final, desde a elaboração do Projeto de Estágio ao culminar com a realização do presente Relatório com a descrição e reflexão crítica; considera-se que foram desenvolvidas as competências de mestre, as competências comuns de enfermeiro especialista e as competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica. Desta forma, conclui-se que foram atingidos os objetivos propostos na concretização deste documento, nomeadamente no que diz respeito ao objetivo geral e aos objetivos específicos.

Assim sendo, não fica encerrado um ciclo, mas sim abertos horizontes para a continuidade da procura de saberes para a promoção da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

## BIBLIOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde (2013). Recomendações técnicas para instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. Ministério da Saúde. Disponível em <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT%2009%202013%20DOC%20COMPLETO.PDF>

Administração Central do Sistema de Saúde (2019). Produção e rácios de eficiência. Disponível em [http://benchmarking.acss.min-saude.pt/MH\\_ProdRacioEficUrgenciaDashboard](http://benchmarking.acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficUrgenciaDashboard)

American Psychological Association (2016). *Manual de Estilo da APA: regras básicas*. Porto Alegre: Artmed.

Aviso n.º 5622/16 de 2 de maio. *Diário da República n.º 84/16 – II série*. Universidade de Évora.

Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (sd). *Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem*.

Autoridade Nacional de Proteção Civil (2011). *Guia para a elaboração de exercícios aos planos de emergência internos de barragens*. Autoridade Nacional de Proteção Civil. Disponível em <https://www.cm-evora.pt/pt/servicos/protecao-civil/documents/caderno17.pdf>

Batista, M.J., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldês, J., & Fernandes, A.P. (2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista de Enfermagem Referência*, 13, 83-92. <https://doi.org/10.12707/RIV16085>.

Bilro, S. (2018). *Efeito transformador do pensamento Lean na transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência*. (Relatório de Estágio), Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, Évora.

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (sd). *Plano de Integração no Serviço de Urgência Geral*. CHUA.

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018a). *Relatório de Gestão e Contas 2017*. CHUA. Disponível em [http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2018/08/CHUA\\_RC2017.pdf](http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2018/08/CHUA_RC2017.pdf)

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018b). *A instituição*. Intranet do CHUA.

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018c). *Norma Hospitalar: Plano de Catástrofe*. CHUA.

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2019). *Protocolo de atuação n.144 – avaliação da satisfação com o sistema de triagem de Manchester dos utentes e profissionais dos serviços de urgência*.

Cerqueira, A. (2017). *O acolhimento dos enfermeiros aos familiares da pessoa em situação crítica no serviço de urgência: estudo das perspetivas dos enfermeiros e dos familiares*. (Relatório de Estágio), Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem, Braga.

Chistóforo, B., Zagonel, I., & Carvalho, D. (2006). Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à teoria de Joyce Traelbee. *Cogitare Enfermagem* 11(1), 55-60.

CIPE (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 2. Edição Portuguesa. Ordem dos Enfermeiros.

Circular Normativa n.º 09/DGCG. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Ministério da Saúde.

Circular Normativa n.º 172/17 de 28 de agosto. Estatística do Movimento Assistencial – janeiro a junho 2017. Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica 2016-2019 (2017). Parecer conjunto n.º 01/2017: Atribuição de responsável de turno. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE\\_MCEEMC\\_01-2017\\_AtribuicaoResponsavelTurno\\_.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf)

Costa, J.S. (sd). Métodos de prestação de cuidados. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu*, 234-251.

Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de dezembro. *Diário da República n.º 295/88 – I série*. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro. *Diário da República n.º 205/96*. Ministério da Saúde.

Decreto-lei n.º 353/99 de 3 de setembro. *Diário da República n.º 206/99 – I série - A*. Ministério da Educação.

Decreto-Lei n.º 63/16 de 13 de setembro. *Diário da República n.º 176/16 – I série*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

Decreto-Lei n.º 101/17 de 23 de agosto. *Diário da República n.º 162/17 I série*. Ministério da Saúde.

Delaney, M., Page, D., Kunstadt, E., Ragan, M., Rodgers, J., & Wang, H. (2015). Inability of physicians and nurses to predict patient satisfaction in the emergency department. *Western Journal of Emergency Medicine*. DOI: 10.5811/westjem.2015.9.28177

Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: dos problemas aos fundamentos para o agir*. Almedina: Coimbra.

Descritores em Ciências da Saúde: DeCS (2018) São Paulo (SP): BIREME / OPAS / OMS. 2017. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.

Despacho n.º 5561/14 de 23 de abril. *Diário da República n.º79/14 – II série*. Ministério da Saúde.

Despacho n.º 10319/14 de 11 de agosto. *Diário da República n.º153/14 – II série*. Ministério da Saúde.

Despacho n.º 5613/15 de 27 de maio. *Diário da República n.º102/15 – II série*. Ministério da Saúde.

Despacho n.º 13427/15 de 20 de novembro. *Diário da República n.º228/15 – II série*. Ministério da Saúde.

Despacho n.º 1400-A/15 de 10 de fevereiro. *Diário da República n.º28/15 – II série*. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2013). Norma: Prevenção da infeção do local cirúrgico. Número: 024/2013. Data: 23/12/2013

Direção-Geral da Saúde (2015a). Estudo da Satisfação dos utentes do sistema de saúde português: departamento da qualidade na saúde.

Direção-Geral da Saúde (2015b). Portugal: Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos em números – 2015.

Direção-Geral da Saúde (2015c). Norma: “Feixe de Intervenções” de prevenção de infeção de local cirúrgico. Número: 020/2015. Data: 15/12/2015.

Direção-Geral da Saúde (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos.

Direção-Geral da Saúde (2018). Infeções e resistências aos antimicrobianos – Relatório anual do programa prioritário.

- Edzen, S. (2014). Table-Top Exercises for Emergency Management: Tame Solutions for Wicked Problems. *Hawaii International Conference on System Sciences*. <http://doi.org/10.1109/HICSS.2014.250>
- Eulália, L. (2014). A humanização dos cuidados de enfermagem – acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica. (Relatório de trabalho de projeto), Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Setúbal.
- Freitas, M.J., Parreira, P., & Domingues, J. (2016). Avaliação das propriedades psicométricas da Escala Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem no Hospital. *Revista de Enfermagem Referência*, 10(4), 9-17.
- Fernandes de Carvalho, T. (2012). *Relatório de estágio*. (Relatório de Mestrado), Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Ferreira, C.A. (2014). *Satisfação dos utentes da unidade local de saúde do nordeste face aos cuidados de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado), Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Ferreira da Silva, A. (2007). *O direito à privacidade do doente no serviço de urgência*. (Dissertação de Mestrado), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Lusodidacta. ISBN: 9789898075185.
- Galinha de Sá, F., Botelho, M.A., & Henriques, M.A. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: a experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 1(19), 31-46.
- Gato, A.P., & Nunes, L. (2013). Desafios da investigação da História da enfermagem: da sua visibilidade no ensino. *Pensar Enfermagem*, 2(17), 26-34.

Grupo Português de Triagem (s.d). *Sistema de Triagem de Manchester*. Disponível em [http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=110](http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110)

Gutysz-Wojnicka, A., Ozga, D., Dyk, D., Medrzycka-Dabrowska, W., Wojtaszek, M., & Albarran, J. (2018). Family presence during resuscitation: The experiences and views of Polish nurses. *Intensive & Critical Care Nursing*, 44-50. doi:10.1016/j.iccn.2018.02.002.

Hesbeen, W. (1998). *Qualidade em enfermagem: pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Lusociência: Loures.

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologias do planeamento em saúde*. Lisboa: Obras Avulsas.

Instituto Nacional de Emergência Médica (2018a). Notícias: INEM anuncia reforço de meios de emergência médica no algarve para o verão. Disponível em <https://www.inem.pt/2018/05/09/inem-anuncia-reforco-de-meios-de-emergencia-medica-no-algarve-para-o-verao/>

Instituto Nacional de Emergência Médica (2018b). *Relatório Anual 2017 VMER & SIV*. República Portuguesa. Disponível em [https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2018/05/Relat%C3%B3rio-Integra%C3%A7%C3%B5es-VMER-e-SIV-2017\\_vers%C3%A3o-corrigida-16-05-2018.pdf](https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2018/05/Relat%C3%B3rio-Integra%C3%A7%C3%B5es-VMER-e-SIV-2017_vers%C3%A3o-corrigida-16-05-2018.pdf)

Instituto Nacional de Estatística (2019). *Região Algarve em números – 2017*. Lisboa: INE. ISBN 978-989-25-0472-8. Disponível em [https://www.ine.pt/ine\\_novidades/RN2017/algarve/16/](https://www.ine.pt/ine_novidades/RN2017/algarve/16/)

Leal-Seabra, F., & Costa, M. (2015). Comunicação de más notícias pelos médicos no primeiro ano de internato: um estudo exploratório. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 18, nº6.

Lei nº48/90 de 24 de agosto. Contém as alterações decorrentes da Lei n.º 27/2002, de 08 de novembro. Assembleia da República.

Lei nº27/06 de 3 de julho. *Diário da República*, nº 126/06 – I série. Assembleia da República.

Lei nº15/14 de 21 de março. *Diário da República*, nº 57/15 – I série. Assembleia da República.

Lei nº 156/15 de 16 de setembro. *Diário da República*, nº 181/15 – I série. Assembleia da República.

Leite, L. (2018). *Segurança do doente crítico: transição de cuidados, na passagem de turno de enfermagem*. (Relatório de Estágio), Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, Évora.

Maestri, E., Pereira do Nascimento, R., Bertocello, K., & Martins, J. (2012). Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 46(1), 75-81.

Martins, M., & Fernandes, C. (2009). Percurso das necessidades em cuidados de enfermagem nos clientes submetidos a artroplastia da anca. *Revista de Enfermagem Referência*, 11(2), 79-92.

Medeiros, F., Araújo-Souza, G., Albuquerque-Barcosa, A., & Clara-Costa, I. (2010). Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Revista de Salud Pública*, 12(3), 402-413.

Mendes, A. (2018). Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família: estudo fenomenológico hermenêutico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 170-77. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>.

Nora, C., Deodato, S., Vieira, M., & Zoboli, E. (2016). Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 25(2), 1-9.

Nunes, E., & Gaspar, M. (2016). A liderança em enfermagem e a satisfação dos pacientes em contexto hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(II). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.55726>.

Nunes, L. (2008). Fundamentos éticos da deontologia profissional. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 31, 35-47. ISSN 1646-2629.

Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa (PT): Divulgar. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20%20regulamento%20do%20perfil\\_VF.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro\\_Norma\\_de\\_DotacoesSeguras\\_dos\\_Cuidados\\_de\\_Enfermagem\\_AG\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retirado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ\\_Deontologia\\_2015\\_Web.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros (2016). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE (Publicado no anexo da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). Retirado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5154/repe\\_estatuto2016\\_versao03-05-17.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5154/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica*. Padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem médico-cirúrgica. Leiria: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Proposta de regulamento – norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, A., Fortes, I. & Mendes, J. (2013). Comunicação de Más Notícias: revisão sistemática da literatura. *Revista de enfermagem UFPE online*, 7(1), 227-35.
- Pereira, J. (2017). *Performance dos enfermeiros em suporte básico de vida, como determinante na segurança do doente crítico*. (Relatório de Estágio), Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, Évora.
- Pereira, R. (2018). *Precauções baseadas na transmissão – para uma enfermagem promotora da segurança do doente crítico*. (Relatório de Estágio), Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, Évora.
- Plano Operacional de Respostas Integradas (2017). Diagnóstico do Território da Cidade de Faro. Disponível em [http://www.sicad.pt/BK/Concursos\\_v2/Documents/2017/Diagnostico%20Faro.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Concursos_v2/Documents/2017/Diagnostico%20Faro.pdf)
- Powers, K. A. (2017). Barriers to family presence during resuscitation and strategies for improving nurses' invitation to families. *Applied Nursing Research*, 38, pp. 2228. doi:10.1016/j.apnr.2017.08.007.

Serviço Nacional de Saúde (2019). Monitorização do SNS. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/servicos-de-urgencia/>

Regulamento nº122/11 de 18 de fevereiro. *Diário da República, nº35/11 – II série*. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento nº124/11 de 18 de fevereiro. *Diário da República, nº35/11 – II série*. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento nº533/14 de 2 de dezembro. *Diário da República, nº233/14 – II série*. Ordem dos Enfermeiros

Regulamento nº429/18 de 16 de julho. *Diário da República, nº135/18 – II série*. Ordem dos Enfermeiros

Regulamento nº140/19 de 6 de fevereiro. *Diário da República, nº26/19 – II série*. Ordem dos Enfermeiros.

Renaud, I. (2010). O cuidado em enfermagem. *Pensar Enfermagem, 1*(14), 2-8.

República Portuguesa (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação: Medicina intensiva.

RIBEIRO, Ana Leonor Alves - Satisfação dos Utentes com os cuidados de Enfermagem: Construção e validação de um instrumento de medida. Porto: [s.n.], 2003. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem S. João, para concurso de Provas Públicas para professor-coordenador na área Científica de Ciências de Enfermagem.

Ribeiro A. - O percurso de construção e validação de um instrumento para a avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem. *Revista da Ordem Enfermeiros*. 2005;(15):53-60.

- Ruivo, M.A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista de Enfermagem Percursos*, 15.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (sd). *Resultados: plano nacional de avaliação da dor*. Disponível em [https://spci.pt/files/2016/03/Relatorio\\_Final\\_GAD1.pdf](https://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD1.pdf)
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel: Lisboa.
- Schneider, D., Manschein, A., Ausen, M., Martins, J., & Albuquerque, G. (2008). Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(1), 81-89. Florianópolis. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000100009>
- Twibell, R., Siela, D., Riwitis, C., Neal, A., & Waters, N. (2018). A qualitative study of factores in nurses' and physicians' decision-making related to family presence during resuscitation. *Journal of Clinical Nursing*, 320-334. doi:10.1111/jocn.13948.
- Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*. Lusodidacta. ISBN 9789728383749
- Universidade de Évora (2015). NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido – Novo ciclo de estudos. Acedido em 20 de março de 2019. Retirado de [https://www.ipportalegre.pt/media/filer\\_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado\\_em\\_enfermagem.pdf](https://www.ipportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf).
- Varandas da Costa, M.L. (2011). *Mais saber, melhor enfermagem: A repercussão da formação na qualidade de cuidados*. (Tese de Doutoramento), Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, Lisboa
- Vieira, Margarida (2007). *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. ISBN 972-54-0146-8

Wright, I., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE A. PROJETO DE ESTÁGIO**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



## 2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

2018-2019

Unidade Curricular: **ESTÁGIO FINAL**

## PROJETO DE ESTÁGIO

**Docente:**

*Professora Doutora Dulce Santiago*

**Enfermeira Supervisora:**

*Enfermeira Especialista Ana Agostinho*

**Discente:**

*Patrícia Perdigão, nº 170531063*

Faro, 2018

# MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



## 2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

2018-2019

Unidade Curricular: **ESTÁGIO FINAL**

## PROJETO DE ESTÁGIO

**Docente:**

*Professora Doutora Dulce Santiago*

**Enfermeira Supervisora:**

*Enfermeira Especialista Ana Agostinho*

**Discente:**

*Patrícia Perdigão, nº 170531063*

Faro, 11 de outubro de 2018

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

PE – Projeto de Estágio

MC - Médico-Cirúrgico

SO – Sala de Observação

UC – Unidade Curricular

## **LISTA DE SIGLAS**

APA - *American Psychological Association*

CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

CMFRS - Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul

DGS – Direção Geral de Saúde

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

UCINT - Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	6
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	8
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	10
CRONOGRAMA.....	17
CONCLUSÃO.....	18
BIBLIOGRAFIA.....	19

## INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio Final, inserido no terceiro semestre do curso de Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no ano letivo 2018/2019, publicado em Diário da República no Aviso nº5622/16 de 2 de maio, surge a necessidade da realização de um Projeto de Estágio (PE). O PE tem como finalidade a definição de objetivos assim como o planeamento das atividades a realizar durante o Estágio para a sua concretização.

O Estágio decorre, maioritariamente, no Serviço de Urgência (SU) Polivalente do Cento Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) – Unidade de Faro, e serão realizados quatro turnos no âmbito do pré-hospitalar, dois turnos na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de Faro e dois na Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) de Loulé, no período de 19 de Setembro de 2018 a 25 de Janeiro de 2019. A Professora Dulce Santiago é a Professora Orientadora e a Enfermeira Tutora é a Enfermeira Ana Agostinho, especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

De acordo com os objetivos gerais do curso, como enunciados no documento do Planeamento da Unidade Curricular (UC) Estágio Final, nomeadamente, “Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem (...)”; “Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (...)”; “Capacitar para a governação clínica” e “ Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada”; o PE apresenta-se como um documento orientador de todo o Estágio para a concretização dos mesmos objetivos, indo ao encontro das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, assim como das competências referentes ao grau de mestre. Posteriormente, o PE será analisado, refletido e fundamentado pormenorizadamente na UC Relatório.

A linha de investigação proposta no Estágio é “segurança e qualidade de vida”, com as áreas “IACS no doente crítico” e “Autocuidado e gestão do regime terapêutico no doente crítico”. Estas áreas serão integradas e desenvolvidas no SU na medida em que aqui são prestados cuidados ao doente crítico e estes cuidados de enfermagem

(...) exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p. 8656).

Estando na fase inicial do Estágio, o levantamento das necessidades foi realizado através da consulta dos protocolos existentes no SU e conversa informal com a Enfermeira Tutora. Desta forma, constatei que seria importante realizar um projeto relacionado com o acolhimento à pessoa doente e à sua família. No entanto, como uma das minhas áreas de interesse são as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), pretendo realizar algumas atividades que me permitam integrar o plano existente no SU para a prevenção e controlo das mesmas que também será alvo de reflexão e integrar o projeto a desenvolver no SU, contribuindo também para o desenvolvimento da competência de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

A realização deste documento tem como objetivo geral desempenhar um papel de guia orientador do Estágio e como objetivos específicos apresentar o planeamento das atividades a serem desenvolvidas durante o mesmo para a concretização do projeto de intervenção, assim como as atividades a serem implementadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. O PE trata-se de um documento orientador, sendo flexível, susceptível de alterações e adaptações, de acordo com as necessidades identificadas.

O presente PE é apresentado de acordo com o novo acordo ortográfico português e rege-se pelas normas de referenciação da *American Psychological Association (APA)*, na sua 6ª edição.

## CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O SU onde o Estágio decorre pertence ao CHUA, nova designação atribuída ao antigo Centro Hospitalar do Algarve, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 101/2017 de 23 de agosto, é uma unidade hospitalar integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS) português que integra as unidades de Faro, Portimão e Lagos, assim como o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul (CMFRS) e os Serviços de Urgência Básica do Algarve. O CHUA é responsável pela prestação direta de cuidados de saúde aos concelhos do Algarve e funciona em articulação com as restantes unidades de saúde do SNS. Esta unidade de saúde algarvia apresenta como valores o “trabalho em prol do utente, o trabalho em equipa, aposta na inovação, gestão participativa e orientação para os resultados” (CHUA, 2018), tendo em vista a satisfação dos doentes assim como dos profissionais.

O SU da Unidade de Faro do CHUA é considerada uma Urgência Polivalente na medida em que dispõe de diversas valências, nomeadamente, Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Bloco operatório (24 horas por dia), Gastrenterologia, Cardiologia de Intervenção, Neurocirurgia, Nefrologia (com diálise para situações agudas), Medicina Intensiva, Imagiologia, Patologia Clínica com Toxicologia, apoio das especialidades de Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia (ORL), Urologia. Neste serviço são prestados cuidados de saúde em situação de urgência/emergência à pessoa doente e família/pessoas significativas todos os dias do ano e 24 horas por dia. No SU trabalham profissionais de saúde de diversas áreas como enfermeiros, médicos, assistentes sociais, assistentes operacionais, farmacêuticos, entre outros, colaborando e trabalhando em equipa com vista a uma prestação de cuidados adequada e especializada. O SU encontra-se dividido por três áreas: área de prestação de cuidados, área administrativa e área de apoio. A área de prestação de cuidados engloba salas de espera; gabinete de triagem; sala de emergência; balcão Médico-Cirúrgico 1 (MC) onde são prestados cuidados a pessoas que conseguem estar na posição de sentado; sala de otorrinolaringologia e oftalmologia; sala de pequena cirurgia; sala de ortopedia; sala de decisão clínica que engloba uma unidade de observação (OBS), internamento, balcão Médico-Cirúrgico 2 (MC2) onde são prestados cuidados a pessoas que necessitam de permanecer em maca, uma unidade/box de reanimação para dar apoio

a situações emergentes nesta sala; e a Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência (UCINT).

O circuito dos doentes inicia-se sempre com a inscrição na admissão de doentes do SU. Posteriormente é realizada a classificação do grau de prioridade de atendimento, por um enfermeiro, com recurso à Triagem de Manchester – “(...) metodologia de triagem, a análise do doente pode ser executada rapidamente e com segurança, para se atribuir uma prioridade clínica apropriada a guiar a tomada de decisão” (Grupo Português de triagem, sd). As mulheres grávidas têm um atendimento preferencial e são transferidas para a urgência de obstetrícia (pertencente ao Departamento de Saúde da Mulher e da Criança). Posteriormente, o doente é encaminhado para a área de cuidados designada e são continuados os cuidados necessários.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é constituída por 92 enfermeiros, em que 4 são enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, 2 em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, 3 em enfermagem de reabilitação e 6 em enfermagem comunitária. A distribuição dos enfermeiros pelos diferentes turnos é normalmente de 16 enfermeiros no turno da manhã e no turno da tarde e 13 no turno da noite. Relativamente à distribuição dos enfermeiros pelas diferentes áreas de prestação de cuidados, habitualmente designadas de “sectores”, é normalmente de 1 enfermeiros nas salas de triagem, reanimação, cirurgia e ORL, ortopedia e OBS; 2 enfermeiros no balcão MC1, balcão MC2 e SO (dependendo do número de pessoas internados), 3 enfermeiros na UCINT e 1 enfermeiro chefe de equipa que tem a responsabilidade de gestão, organização e dinâmica dos recursos humanos e materiais durante o respetivo turno; assim como na promoção do trabalho em equipa. No turno da noite, o enfermeiro chefe de equipa também assume a prestação de cuidados num determinado sector. Embora seja promovido e desejado o trabalho em equipa, o método de trabalho utilizado no SU é o Método Individual, ou seja, cada enfermeiro é responsável por um ou mais que um doente durante a sua permanência no serviço e nomeadamente no seu sector, no seu turno de trabalho. A família ou pessoas significativas são envolvidas nos cuidados, sendo consideradas fundamentais durante este processo de doença (CHUA, 2018).

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O metaparadigma de enfermagem, perspectiva global da disciplina de enfermagem, enunciado no *Enquadramento Conceptual* emitido pela Ordem dos Enfermeiros nos *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*, em 2001, é constituído por quatro conceitos: a pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem. Estes quatro conceitos encontram-se intimamente relacionados na medida em que a formam um processo dinâmico e o enfermeiro surge como o profissional que “(...) se distingue pela sua formação e pela abordagem holística, num contexto multiprofissional de atuação, bem como pela orientação ética e deontológica do seu agir” (Nunes, 2017, p. 13). Na mesma linha de pensamento, a Unidade de Faro enuncia que “os cuidados de enfermagem são influenciados pelo modelo de enfermagem baseado no modelo de vida, onde o Homem é considerado como um sistema aberto em permanente interação com o meio que o rodeia” (INET, 2018, p.30).

A pessoa quando recorre ou é transportada ao SU encontra-se a vivenciar uma alteração no seu estado de saúde, evento inesperado e que, por vezes, é grave e coloca-a em risco de vida. Desta forma, a intervenção do enfermeiro é bastante complexa, uma vez que “os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p.8656). O enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica é responsável pela prestação de cuidados à pessoa doente, mas também à sua família ou pessoas significativas para a mesma, uma vez que “assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p.8656). O estabelecimento de uma relação terapêutica é fulcral para a gestão das emoções vividas no SU, sendo fundamental a utilização de ferramentas para uma comunicação eficaz, na medida em que por vezes é necessário transmitir más notícias – “(...) qualquer informação que envolva uma mudança drástica no indivíduo que a recebe, tendo um impacto negativo na sua perspectiva de futuro, afetando, assim, os domínios cognitivo, emocional, espiritual e comportamental, com eventuais repercussões na dinâmica pessoal, familiar e social” (Sequeira, 2016, p.215).

A pessoa que recebe a notícia pode não se encontrar preparada para tal e pode resultar em stress e angústia quer no doente quer no profissional (Leal-Seabra & Costa, 2015), assim é necessário que o profissional utilize estratégias que tentem minimizar estes efeitos.

No SU é fundamental que o acolhimento à pessoa doente e à sua família seja realizado de forma fundamentada e oportuna, permitindo o estabelecimento de uma relação terapêutica desde a admissão no serviço. O processo de acolhimento “visa a escuta, a valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades, o respeito às diferenças” (Schneider, Manschein, Ausen, Martins, & Albuquerque, 2008, p.82). Desta forma, o acolhimento é fundamental para todos os intervenientes e torna-se extremamente importante quando se torna necessário transmitir uma má notícia, podendo “facilitar” este processo na medida em que já existe uma relação terapêutica estabelecida. Assim, é importante que o enfermeiro esteja disponível para escutar e esclarecer as dúvidas das pessoas intervenientes, evitando níveis de ansiedade elevados e permitir que estas informações sejam dadas em momentos e espaços que propiciem o sentimento de confidencialidade e segurança para as mesmas.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, assim como a Deontologia Profissional em Enfermagem, são documentos que definem legalmente, nos seus artigos específicos, a importância e a responsabilidade do enfermeiro no processo de transmissão de informação, do estabelecimento de uma relação terapêutica e na segurança nos cuidados prestados à pessoa doente e pessoas significativas para a mesma. Uma vez que a linha de investigação proposta para o Estágio Final é “segurança e qualidade de vida”, torna-se intimamente ligada ao processo de acolhimento realizado pelo enfermeiro à pessoa doente e aos seus familiares.

## DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Com a realização do Estágio Final, pretende-se que sejam adquiridas as competências comuns de enfermeiro especialista, competências específicas da área de especialidade – a pessoa em situação crítica - e as competências referentes ao grau de mestre em enfermagem. Todas estas competências estão ligadas e são interdependentes. Seguidamente, são apresentadas as atividades que irão ser desenvolvidas ao longo do Estágio para o desenvolvimento das respetivas competências.

### COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Competências	Objetivos	Atividades a desenvolver
<p><b>A1 — Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</b></p> <p><i>Descritivo</i>  <i>Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adquirir competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e família/pessoa significativa, com base nos princípios éticos e deontológicos da profissão.</li> <li>- Adquirir competências no processo de tomada de decisão face a situações de maior complexidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leitura e análise da Deontologia Profissional em Enfermagem.</li> <li>- Intervenção de acordo com os princípios éticos, legais e deontológicos de enfermagem.</li> <li>- Colaboração na toma de decisão em equipa.</li> </ul>
<p><b>A2 — Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</b></p> <p><i>Descritivo</i>  <i>Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a segurança, privacidade e proteção dos direitos humanos da pessoa doente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestação de cuidados de forma a manter a segurança e privacidade da pessoa doente e prevenir situações que coloquem em risco o cumprimento dos seus direitos.</li> <li>- Obtenção do consentimento informado.</li> <li>- Mostrar disponibilidade para escutar a pessoa doente.</li> <li>- Solicitação de esclarecimento, sempre, que existam dúvidas.</li> </ul>

<p><b>B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</b></p> <p><i>Descritivo</i>  <i>Colabora na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrar as iniciativas do serviço de urgência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreensão do funcionamento e organização do SU.</li> <li>- Esclarecimento acerca dos projetos a decorrer no serviço, junto da Enfermeira Tutora e Enfermeiro Chefe.</li> <li>- Participação nas formações em serviço que existirem.</li> <li>- Observação e colaboração com o Enfermeiro Chefe em dois turnos na sua intervenção de chefia do SU.</li> </ul>
<p><b>B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</b></p> <p><i>Descritivo</i>  <i>Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem relacionados à prevenção e controlo de IACS.</li> <li>- Realizar o projeto de acolhimento à pessoa doente e família/pessoas significativas e transmissão de más notícias no SU.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação dos aspetos mais importantes na organização quanto à gestão de pessoas e materiais.</li> <li>- Integração no plano de prevenção e controlo de IACS do Hospital, com possíveis estratégias de melhoramento na prestação de cuidados.</li> <li>- Realização de duas reuniões com a Enfermeira do GCL- do PPCIRA do Hospital.</li> <li>- Realização de uma norma de procedimento de enfermagem sobre o acolhimento à pessoa doente e família no SU.</li> </ul>
<p><b>B3 — Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</b></p> <p><i>Descritivo</i>  <i>Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver competências na envolvimento da pessoa e família na prestação de cuidados à mesma, de forma a garantir o seu bem-estar.</li> <li>- Promover um ambiente terapêutico e seguro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestão da comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa e família/pessoas significativas.</li> <li>- Estabelecimento de uma relação terapêutica perante a pessoa e família/pessoas significativas.</li> <li>- Promoção de um ambiente terapêutico e seguro, tendo em conta a pessoa e de acordo com as características do serviço.</li> <li>- Prestar cuidados de acordo com as boas práticas e a excelência do cuidado, de forma a minimizar os riscos.</li> </ul>

<p><b>C1 — Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</b></p> <p><i>Descritivo</i> Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.</p>	<p>- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos de enfermagem.</p>	<p>- Conhecer os vários elementos da equipa profissional.</p> <p>- Colaboração com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar.</p> <p>- Solicitação da realização de turnos nas diversas áreas de prestação de cuidados de forma a conhecer todo o possível circuito do doente.</p> <p>- Reflexão crítica sobre a prática.</p>
<p><b>C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</b></p> <p><i>Descritivo</i> Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.</p>	<p>- Desenvolver competências na gestão de recursos às necessidades de cuidados.</p>	<p>- Conhecer as várias áreas e equipamentos do SU e UCINT.</p> <p>- Identificar as situações mais frequentes que ocorrem no Serviço.</p> <p>- Planeamento das intervenções antecipadamente e perspicazmente de forma a dar resposta tendo em conta as necessidades de cuidados.</p>
<p><b>D1 — Desenvolve o auto - conhecimento e a assertividade.</b></p> <p><i>Descritivo</i> Demonstra, em situação, a capacidade de auto -conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo - se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.</p>	<p>- Desenvolver a capacidade de comunicar assertivamente, tendo consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira.</p>	<p>- Reconhecimento do limite do papel e aceitação a crítica.</p> <p>- Comunicação com conhecimento e segurança.</p> <p>- Pesquisa bibliográfica para fundamentação das intervenções realizadas.</p> <p>- Realização de uma pequena reunião informal no final de cada turno com a Enfermeira Tutora de forma a partilhar e refletir sobre sentimentos e dúvidas que surjam.</p>

<p><b>D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</b></p> <p><i>Descritivo</i>  <i>Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo -se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver competências de conhecimento, de diagnóstico e de intervenção à pessoa em situação crítica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionar sempre que existam dúvidas.</li> <li>- Estudo permanente, tendo por base a evidência científica mais recente.</li> <li>- Pensamento crítico sobre as intervenções a realizar ou realizadas.</li> <li>- Comunicar oralmente e por escrito de forma a promover a continuidade dos cuidados e o trabalho de equipa;</li> <li>- Identificação dos principais problemas ético-legais que se colocam em cuidados prestados em contexto de urgência.</li> <li>- Participação no III Congresso da Secção Regional do Sul a 5 e 6 de dezembro de 2018 com a submissão de dois pósteres: Abordagem ABCDE à pessoa com cetoacidose diabética e Comunicação com a pessoa submetida a ventilação invasiva.</li> </ul>

## COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Competências	Objetivos	Atividades a desenvolver
<p><b>K1 — Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.</b></p> <p><i>Descritivo</i>  <i>Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver competências nos cuidados especializados à pessoa em situação crítica.</li> <li>- Adquirir competências na avaliação e controlo da dor, assim como na gestão de medidas farmacológicas e administração de protocolos terapêuticos à pessoa em situação crítica.</li> <li>- Estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa e família ou pessoas significativas para a mesma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento das especificidades e procedimentos de Admissão, Avaliação Inicial, Processo de Enfermagem, Plano de Cuidados e registo dos mesmos.</li> <li>- Estudo da fisiopatologia da doença da pessoa a quem presto cuidados.</li> <li>- Realização de três turnos na UCINT.</li> <li>- Realização de quatro turnos em contexto pré-hospitalar.</li> <li>- Estudo e interpretação da monitorização invasiva da pessoa em situação crítica, dos mecanismos de ventilação invasiva e ventilação não invasiva.</li> <li>- Conhecimento dos protocolos terapêuticos existentes no serviço.</li> <li>- Identificação precoce e intervenção, em tempo útil, nos focos de instabilidade.</li> <li>- Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica de acordo com a evidência científica mais atual.</li> <li>- Avaliação das intervenções realizadas.</li> <li>- Identificação da importância da intervenção do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa com as especificidades da doença.</li> <li>- Desenvolvimento de comportamentos que previnam e minimizem o erro na administração de terapêutica.</li> <li>- Utilização da linguagem CIPE no aplicativo S-Clínico e Alert®.</li> <li>- Envolvimento da pessoa doente e família ou pessoas significativas nos cuidados.</li> </ul>

<p><b>K2 — Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.</b></p> <p><i>Descritivo</i>  <i>Intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta.</i></p>	<p>- Compreender os planos de catástrofe e emergência intra-hospitalar e do pré-Hospitalar (INEM).</p>	<p>- Compreensão do plano de catástrofe do CHUA e, pormenorizadamente, a responsabilidade e intervenção de cada elemento do SU perante uma situação de catástrofe ou emergência multi-vítima.</p> <p>- Identificação da intervenção do enfermeiro do pré-hospitalar, nomeadamente do enfermeiro que trabalha no INEM, na equipa de intervenção no cenário de uma situação de catástrofe ou emergência multi-vítimas.</p> <p>- Identificação da localização do Kit de Catástrofe e conhecer as indicações e especificidades para a sua utilização.</p> <p>- Realização de um documento para divulgação do plano de resposta à catástrofe para o serviço de Medicina 2B.</p>
<p><b>K3 — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.</b></p> <p><i>Descritivo</i>  <i>Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção.</i></p>	<p>- Adquirir competências na prevenção e controlo de IACS nos cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.</p> <p>- Integrar o plano de controlo e prevenção de IACS do SU</p>	<p>- Realização de duas reuniões com a Enfermeira do GCL-PPCIRA do Hospital.</p> <p>- Conhecimento do plano de controlo e prevenção de infeção do Hospital.</p> <p>- Cumprir as orientações do PPCIRA.</p> <p>- Ensino à pessoa doente com infeção/colonização nos cuidados após a alta.</p> <p>- Ensino às visitas das pessoas doentes face aos cuidados a ter para a prevenção e controlo de IACS.</p> <p>- Colaboração na aplicação da grelha de auditoria ao cumprimento interno da Precauções Básicas de Controlo de Infeção.</p>

## GRAU DE MESTRE

Os objetivos de aprendizagem do Mestrado em Enfermagem vão ao encontro aos requisitos de enfermeiro especialista, na sua área de intervenção, assim como aos requisitos do grau de mestre que são apresentados no Decreto-Lei n.º 63/16 de 13 de setembro. Com a realização do Estágio Final pretende-se a aquisição das competências para a aquisição de grau de mestre, materializando-se na produção de um relatório de estágio, produzido após a elaboração do projeto de intervenção no serviço em que o estágio é realizado, com o objetivo final do benefício para os intervenientes. A atividade a desenvolver para atingir os objetivos de aprendizagem em cima enunciados consiste na realização de um projeto que tem como tema *major* o Acolhimento da Pessoa Doente e Família no Serviço de Urgência.



## CONCLUSÃO

O SUP trata-se de um serviço muito dinâmico, sem rotinas, em que as pessoas a que a ele recorrem experienciam situações, muitas vezes, difíceis de gerir tanto a nível físico como a nível emocional. Desta forma, torna-se importante a intervenção especializada do enfermeiro no seu acolhimento e na transmissão de informações. A realização de turnos no contexto do pré-hospitalar surge também como uma oportunidade de tentar, também, gerir e desenvolver essas competências em circunstâncias especiais.

A realização do presente PE proporcionou a planificação de forma clara e sucinta das atividades a realizar durante o estágio para a implementação do projeto de intervenção assim como para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Este PE encontra-se disponível a possíveis alterações e adaptações, se assim for justificado.

## BIBLIOGRAFIA

American Psychological Association (2016). *Manual de Estilo da APA: regras básicas*. Porto Alegre: Artmed.

Aviso n.º 5622/16 de 2 de maio. *Diário da República n.º 84/16 – II série*. Universidade de Évora.

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018). A instituição. Intranet do CHUA.

Centro Hospitalar Universitário do Algarve. Plano de Integração no Serviço de Urgência Geral. CHUA.

Decreto-Lei n.º 63/16 de 13 de setembro. *Diário da República n.º 176/16 I série*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

Decreto-Lei n.º 101/17 de 23 de agosto. *Diário da República n.º 162/17 I série*. Ministério da Saúde.

Grupo Português de Triage (s.d). *Sistema de Triage de Manchester*. Disponível em [http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=110](http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110)

Leal-Seabra, F., & Costa, M. (2015). Comunicação de más notícias pelos médicos no primeiro ano de internato: um estudo exploratório. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 18, n.º6.

Lei n.º 156/15 de 16 de setembro. *Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. *Diário da República, I série — N.º 181*.

Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Regulamento n.º 124/2011. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Regulamento n.º 122/2011. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Regulamento n.º 361/2015. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel: Lisboa.

Schneider, D., Manschein, A., Ausen, M., Martins, J., & Albuquerque, G. (2008). Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(1), 81-89. Florianópolis.

**APÊNDICE B. ARTIGO – A PRESENÇA DA FAMÍLIA DURANTE A  
REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



### 2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

2018-2019

Unidade Curricular: **ESTÁGIO FINAL**

## A PRESENÇA DA FAMÍLIA DURANTE A REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR

**Docente:**

*Professora Doutora Dulce Santiago*

**Enf.<sup>a</sup> Tutora:**

Ana Agostinho

**Discente:**

*Patrícia Perdigão, n.º 170531063*

Faro, 2019

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



### 2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

2018-2019

Unidade Curricular: **ESTÁGIO FINAL**

## A PRESENÇA DA FAMÍLIA DURANTE A REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR

**Docente:**

*Professora Doutora Dulce Santiago*

**Enf.<sup>a</sup> Tutora:**

Ana Agostinho

**Discente:**

*Patrícia Perdigão, n.º 170531063*

Faro, 25 de janeiro de 2019

**A PRESENÇA DA FAMÍLIA DURANTE A REANIMAÇÃO  
CARDIOPULMONAR**

**THE FAMILY PRESENCE DURING CARDIOPULMONARY  
RESUSCITATION**

**LA PRESENCIA DE LA FAMILIAR DURANTE LA  
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR**

Patrícia Perdigão<sup>1</sup>

Dulce Santiago<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira no Serviço de Medicina Interna 2B do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro; Mestranda em Enfermagem no Instituto Politécnico de Setúbal.

<sup>2</sup> Docente na Escola Superior de Saúde de Beja – Instituto Politécnico de Beja; Doutora em Enfermagem; Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

## RESUMO

**Objetivo:** identificar os fatores que, para os enfermeiros, influenciam a tomada de decisão sobre a presença da família durante a reanimação cardiopulmonar do doente.

**Métodos:** revisão integrativa da literatura através de pesquisa em bases de dados científicas disponíveis nas plataformas online B-On, EBSCO e Pubmed. São incluídos artigos publicados nos últimos 5 anos, através da utilização de descritores em ciências da saúde (DeCS).

**Resultados:** os fatores identificados pelos enfermeiros com maior relevância para tomada de decisão sobre a presença da família durante a reanimação do doente, são: benefícios para a família, trauma para a família, risco de a família interromper o procedimento, resposta emocional negativa por parte da família, falta de recursos, características demográficas, autoconfiança e experiência profissional e políticas institucionais.

**Conclusões:** trata-se de um tema controverso, onde se ponderam as suas vantagens e desvantagens, tendo em conta os fatores relacionados com a vontade da pessoa doente, a vontade da família e, também, os fatores relacionados com profissionais envolvidos.

**Descritores:** Enfermeiro, família, reanimação cardiopulmonar

## ABSTRACT

**Objective:** Identify the factors that influence nurses' decision making about the presence of the family during the patient's cardiopulmonary resuscitation.

**Methods:** Integrative review of the literature through research in scientific databases available on online platforms B-On, EBSCO and Pubmed. Articles published in the last 5 years are included, through the use of descriptors in Health Sciences (DeCS).

**Results:** The factors identified by nurses with greater relevance to decision making about the presence of the family during patient's resuscitation are: family benefits, family trauma, family risk of interrupting the procedure, negative emotional response of the family, lack of resources, demographic characteristics, self-confidence and professional experience, and institutional policies.

**Conclusions:** It's a controversial theme, where its advantages and disadvantages are given, taking into account factors related to the patient's will, the will of the family's will, and also the factors related to the professionals involved.

**Descriptors:** *nurse, family* and cardiopulmonary resuscitation

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar los factores que, para las enfermeras, influyen en la toma de decisiones sobre la presencia de la familia durante la resucitación cardiopulmonar del paciente.

**Métodos:** revisión de la literatura Integrativa a través de la investigación en bases de datos científicas disponibles en las plataformas en línea B-on, EBSCO y PubMed. Los artículos publicados en los últimos 5 años están incluidos, mediante el uso de descriptores en Ciencias de la salud (DeCS).

**Resultados:** Los factores identificados por las enfermeras con mayor relevancia para la toma de decisiones sobre la presencia de la familia durante la resucitación del paciente son: beneficios familiares, trauma familiar, riesgo de la familia interrumpiendo el procedimiento, respuesta Emocional negativo por parte de la familia, falta de recursos, características demográficas, confianza en sí mismo y experiencia profesional y políticas institucionales.

**Conclusiones:** Es un tema controvertido, donde se dan sus ventajas y desventajas, teniendo en cuenta factores relacionados con la voluntad de la persona enferma, la voluntad de la familia y, también, los factores relacionados con los profesionales involucrados.

**Descriptores:** enfermera, familia y resucitación cardiopulmonar

**APÊNDICE C. CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E  
ESCLARECIDO**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO**



Centro  
Hospitalar  
Universitário  
do Algarve

## **Consentimento Informado, Livre e Esclarecido**

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento.

Não hesite em solicitar informações se não tiver completamente esclarecido/a.

### **TÍTULO DO ESTUDO**

Satisfação das pessoas doentes que recorrem ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Universitário do Algarve-Unidade de Faro face os cuidados de enfermagem.

### **ENQUADRAMENTO**

Serviço de urgência do Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Faro.

### **EXPLICAÇÃO DO ESTUDO**

No âmbito do Projeto de Intervenção em Serviço, inserido no Estágio Final do Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, pretende-se estudar a satisfação da pessoa doente com os cuidados de enfermagem, no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Universitário do Algarve-Unidade de Faro.

Desta forma, a finalidade do presente formulário é conhecer a sua opinião com o objetivo de melhorar os cuidados de enfermagem prestados.

### **CONDIÇÕES**

A duração prevista do estudo é de um mês.

Os benefícios decorrentes da participação no estudo estão relacionados com os processos de melhoria contínua dos cuidados prestados.

A participação no estudo é voluntária, pode recusar livremente a participação neste estudo e tem o direito de desistir em qualquer momento.

Este estudo mereceu o Parecer favorável da Comissão de Ética.

## CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO

Os procedimentos realizados para garantir a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos durante a investigação asseguram que:

- 1- os dados pessoais recolhidos, são utilizados exclusivamente para a condução deste estudo, designadamente para fins de investigação clínica;
- 2- não será realizada divulgação da sua identidade em relatórios ou publicações resultantes deste estudo;
- 3- não serão registados dados de identificação;
- 4- todas as pessoas e identidades com acesso aos seus dados têm o dever de sigilo profissional.

A Comissão de Ética responsável pode solicitar o acesso aos registos médicos para assegurar-se que o estudo está a ser realizado de acordo com o protocolo.

Os dados resultantes deste estudo poderão ser apresentados em congressos e/ou publicações. Em nenhum momento será facultada a sua identidade publicamente.

## IDENTIFICAÇÃO DOS INVESTIGADORES

Equipa de investigação

Patrícia Perdigão – Email: [pperdigao@chalgarve.min-saude.pt](mailto:pperdigao@chalgarve.min-saude.pt)

Ana Agostinho – Email: [anapigas@gmail.com](mailto:anapigas@gmail.com)

Dulce Santiago – Email: [dulce.santiago@ipbeja.pt](mailto:dulce.santiago@ipbeja.pt)

**MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO**



## Declaração de Consentimento Informado

Assinatura e número de cédula profissional de quem pede consentimento

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_/\_\_/\_\_

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas.

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem ter de dar qualquer tipo de justificação.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e de acordo com as garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Para qualquer esclarecimento, poderá contactar através do seguinte endereço electrónico: [pperdigao@ch Algarve.min-saude.pt](mailto:pperdigao@ch Algarve.min-saude.pt).

Nome do participante (nome completo legível)

\_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_/\_\_/\_\_

## APÊNDICE D. FORMULÁRIO SUCEH<sub>21</sub> MODIFICADO



## SUCEH<sub>21</sub> ~ Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem

As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente aos cuidados de enfermagem durante a sua estadia no hospital

Se estes factos aconteciam:

Faça um círculo no

Sempre 3

Às vezes 2

Nunca 1

Não se aplica/Sem opinião 0

1 Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe (toda, alguma, nenhuma) informação?	3	2	1	0
2 Sentiu que os enfermeiros se preocupavam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as necessidades em cuidados de enfermagem?	3	2	1	0
3 Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a situação e como podiam ajudar quando necessitava)?	3	2	1	0
4 Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais...)?	3	2	1	0
5 Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?	3	2	1	0
7 Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	3	2	1	0
8 Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem (e se necessário voltavam a repetir a informação)?	3	2	1	0
9 Os enfermeiros preocuparam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informavam ou explicavam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si)?	3	2	1	0
10 Os enfermeiros preocupavam-se em explicar-lhe os cuidados que prestavam (e porque era necessário fazê-los)?	3	2	1	0
15 Quando necessitou de apoio era fácil obter ajuda dos enfermeiros?	3	2	1	0
18 Os enfermeiros preocupavam-se em manter a privacidade quando prestavam cuidados?	3	2	1	0
19 Quando os enfermeiros prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)?	3	2	1	0
23 Sentiu que os enfermeiros o atenderam com simpatia?	3	2	1	0
24 Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?	3	2	1	0
25 Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos utentes?	3	2	1	0

Se está:

Faça um círculo no

Satisfeito 3

Nem satisfeito/ Nem insatisfeito 2

Insatisfeito 1

Não se aplica/ Sem opinião 0

6 Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido)	3	2	1	0
11 Relativamente à forma como foi recebido pelos enfermeiros no hospital	3	2	1	0
16 Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoram a dar resposta às suas solicitações/pedidos	3	2	1	0
17 Relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a intimidade quando prestam cuidados (não destapar, ou quando é necessário colocar biombos...)	3	2	1	0
20 Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)	3	2	1	0
28 Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava	3	2	1	0

**Muito Obrigado** pelo tempo dispensado ao responder a este inquérito.

## APÊNDICE E. FORMULÁRIO ONLINE

# Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Hospital

---

Descrição do formulário

---

## Sexo

- Masculino
- Feminino
- Não respondeu

## Idade em anos

- 18-25
- 26-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- 61-70
- 71-80
- >80
- Não respondeu

**Estado Civil**

- Solteiro
- Casado
- Separado
- Divorciado
- Viúvo
- Não respondeu

**Habitações Literárias (que estudos tem?)**

- Menos de 4 anos de escolaridade
- 4 anos de escolaridade (1.º ciclo do ensino básico)
- 6 anos de escolaridade (2.º ciclo do ensino básico)
- 9.º ano (3.º ciclo do ensino básico)
- 11.º ano
- 12.º ano (ensino secundário)
- Curso tecnológico/profissional/outros (Nível III - equivalência ao ensino secundário)
- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-graduação
- Mestrado
- Doutoramento
- Curso de Especialização Tecnológica
- Não respondeu

**Profissão**

- R - Reformado
- DO - Doméstico
- DE - Desempregado
- E - Estudante
- S - TW na área da saúde
- O - Outras profissões
- Não respondeu

**Cor de pulseira (triagem de Manchester):**

- V - Vermelho
- L - Laranja
- A - Amarela
- VD - Verde
- AZ - Azul
- B - Branca
- Não respondeu

As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente aos cuidados de enfermagem durante a sua estadia no hospital \*


Se estes factos aconteciam:

	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica/Sem o...
Relativamente à infor...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu que os enferm...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relativamente à infor...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros preoc...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros preoc...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros procu...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros procu...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros preoc...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros preoc...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando estive intern...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros preoc...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando os enfermeir...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu que os enferm...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu que os enferm...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acha que os enfermei...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se está: \*

	Satisfeito	Nem satisfeito/Nem i...	Insatisfeito	Não se aplica/Sem o...
Relativamente à form...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relativamente à form...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relativamente ao tem...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relativamente à preo...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relativamente à disp...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relativamente ao con...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**APÊNDICE F. NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM  
– ACOLHIMENTO DA PESSOA DOENTE E FAMÍLIA NO  
SERVIÇO DE URGÊNCIA DA UNIDADE DE FARO**

 <p>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</p>	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM</b>	<b>N.º</b> <b>DATA:</b>	<b>Página</b> <b>1/8</b>
<b>ASSUNTO:</b>  <b>ACOLHIMENTO DA PESSOA DOENTE E FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DA UNIDADE DE FARO</b>		<b>ELABORADO e REVISTO POR:</b>  <p style="text-align: right;">Em:</p>	
<b>DIVULGAÇÃO:</b>  <p style="text-align: center;">MANUAL HOSPITALAR</p> <p style="text-align: center;">MANUAL HOSPITALAR – Capítulo -</p>		<b>APROVADO POR:</b>  <p style="text-align: center;">Documento Aprovado</p> <p style="text-align: center;">Original Arquivado</p>	
<b>ENTRADA EM VIGOR:</b>		<b>A REVER EM:</b>	
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b> Enfermagem, Acolhimento, Serviço de Urgência			

## I – POLÍTICA E DEFINIÇÃO

A presente norma de procedimento de enfermagem consiste no conjunto de intervenções que deverão ser realizadas às pessoas admitidas e seus familiares no Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) – Unidade de Faro.

De acordo com Maestri, Pereira do Nascimento, Bertocello, & Martins (2012, p.76), “acolher significa receber, recepcionar e também aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos e como responsável pela produção da saúde, tanta na perspetiva individual como do ponto de vista coletivo”.

## II – OBJETIVOS

- Promover a integração da pessoa no SU.
- Colher informação necessária para a identificação de necessidades.
- Promover uma relação de confiança.

 <p>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</p>	<b>ACOLHIMENTO DA PESSOA DOENTE E FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DA UNIDADE DE FARO</b>	<b>N.º</b>  <b>DATA:</b>	<b>Página</b> 2/8
---	---	--------------------------------	----------------------

### III – ORIENTAÇÕES

#### A) Responsabilidade do cumprimento das intervenções

- Enfermeiro (a).

#### B) Horário

- No momento do primeiro contacto entre a pessoa doente e família e o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados à mesma, no SU.

#### C) Procedimento

PROCEDIMENTO	
Intervenções de Enfermagem	Justificação
Apresentar-se à pessoa doente e família.	Dar cumprimento à Orientação nº018/2011 da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2011).
Confirmar a identificação fidedigna da pessoa: primeiro e último nome, data de nascimento e o número de processo clínico na instituição (confirmar com a pessoa e na pulseira identificativa).	Dar cumprimento ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 no seu Objetivo Estratégico 5: “Assegurar a Identificação Inequívoca dos Doentes” (Despacho nº1400-A/15, de 10 de fevereiro).
Informar e solicitar consentimento à pessoa doente e/ou família das intervenções e procedimentos a realizar.	Garantir um ambiente seguro  Garantir o direito à informação e confidencialidade.
Esclarecer dúvidas.	Diminuir ansiedade.
Entregar o documento <i>Guia de Acolhimento</i> .	
Colher informação necessária para a identificação de necessidades.	Promover a individualização e personalização dos cuidados.

<p>Informar sobre os recursos disponíveis (serviço social, assistência religiosa, outras unidades de saúde, etc.).</p>	<p>Promover a continuidade dos cuidados.</p>
<p>Reforçar a importância do cumprimento das medidas básicas de controlo de infeção em ambiente hospitalar.</p>	<p>Promover o controlo e prevenção de infeção.</p>
<p>Informar que deverá deixar um contacto telefónico de um familiar no Posto de Atendimento do Serviço de Urgência.</p>	<p>Garantir a continuidade dos cuidados.</p>
<p>Identificar o cuidador de referência, se aplicável.</p>	
<p>Identificar eventual situação de risco (possível situação de vítima de crimes: maus tratos/abandono, agressão, violência sexual...).</p>	<p>Promover a segurança da pessoa doente.</p>
<p>Referenciar para o Serviço Social em caso de identificação de possível situação de risco.</p>	
<p>Retirar as roupas da pessoa doente se necessário à prestação de cuidados e/ou se estiverem conspurcadas.</p>	<p>Prevenir acidentes.  Promover a segurança e integridade dos bens.          Prevenir acidentes.          Promover a segurança e integridade dos bens.</p>
<p>Remover adornos e entregar aos familiares ou proceder ao acondicionamento no cofre.</p>	
<p>Em caso de ser necessário retirar as próteses dentárias/auditivas à pessoa doente (devido a estado de desorientação/inquietação ou necessidade de realização de procedimentos como entubação endotraqueal ou exames</p>	

complementares de diagnóstico), deverão ser entregues aos familiares ou proceder ao acondicionamento no cofre.	Dar cumprimento à Circular Normativa nº45/07 (CHUA, 2007).
Supervisionar a realização de espólio dos pertences da pessoa doente (sempre que o doente esteja desorientado ou confuso, em estado de sonolência ou tiver sido sedado, independentemente da causa).	
Confirmar o registo de espólio em notas.	
Entregar os pertences aos familiares, se não existir suspeita de crime e com consentimento da pessoa doente.	
Informar da situação da pessoa doente à família, com o seu consentimento, juntamente com o médico responsável.	Preparar a família para a situação do estado de saúde atual e prognóstico da pessoa doente.
Avaliar e registar a reação do familiar.	Garantir a continuidade dos cuidados.

 <p>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</p>	<b>ACOLHIMENTO DA PESSOA DOENTE E FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DA UNIDADE DE FARO</b>	<b>N.º</b>  <b>DATA:</b>	<b>Página</b> <b>5/8</b>
---	---	--------------------------------	-----------------------------

#### **D) Orientações Práticas**

Após a realização da triagem, a pessoa é encaminhada para um dos setores do SU. É nesse setor que será realizado o acolhimento por parte do enfermeiro responsável pela pessoa doente.

O enfermeiro deverá informar que está disponível o documento *Guia de Acolhimento* e entregá-lo se a pessoa doente se encontrar orientada na pessoa, tempo e espaço e sabe ler. Se a pessoa doente se encontrar com períodos de confusão e está acompanhada por familiar, o *Guia de Acolhimento* deverá ser entregue a esta e esclarecidas as dúvidas existentes.

No caso de a pessoa doente dar entrada na sala de emergência, serão realizados os cuidados imediatos necessários à pessoa doente e, posteriormente, será permitida a entrada a familiares.

#### **IV – REGISTOS**

- Procedimentos realizados.
- Quando não for possível realizar as intervenções apresentadas nesta norma, é necessário que sejam justificadas em notas.

#### **V – AVALIAÇÃO**

A avaliação da implementação da presente Norma de Procedimentos de Enfermagem é contínua e realizada de forma direta através de processos de auditoria interna, com a aplicação de Instrumentos de Auditoria Clínica (Apêndice 1).

 <p>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</p>	<p><b>ACOLHIMENTO DA PESSOA DOENTE E FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DA UNIDADE DE FARO</b></p>	<p>N.º  DATA:</p>	<p>Página 6/8</p>
---	--	---------------------------	-----------------------

## VI – FUNDAMENTAÇÃO

O objetivo do acolhimento passa por ajudar a pessoa doente a ultrapassar sentimentos de ansiedade e angústia e envolver a família nos cuidados. Desta forma, o “acolhimento deverá ser considerado um momento crucial e importante para todos os elementos da equipa de enfermagem” (Reveles, Silva, Silva, Martins & Duarte, 2012, p. 32) e “visa a escuta, a valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades, o respeito às diferenças” (Medeiros, Araújo-Souza, Albuquerque-Barcosa, & Clara-Costa, 2008, p.82).

De acordo com a legislação em vigor, nomeadamente na Lei nº15/14 de 21 de março, todo o cidadão admitido num SU tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada ou no caso em que a pessoa doente não consiga escolher o seu acompanhante devido à sua situação clínica, pode acompanhá-lo uma pessoa que proceda à demonstração do seu parentesco ou da relação com a pessoa doente. Assim sendo, o acolhimento deverá incluir o familiar de forma a englobá-lo no plano de cuidados de enfermagem.

A família é definida como “unidade social ou todo coletivo, composta por pessoas ligados através da consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo, considerado como um sistema, que é maior do que a soma das partes” (CIPE, 2011, p.115).

A satisfação da pessoa doente e família com os cuidados prestados pelos enfermeiros deverá ser um objetivo por parte destes profissionais de saúde, na medida em que

A enfermagem como atividade profissional valoriza as relações que se estabelecem entre os enfermeiros e os clientes/família no processo de cuidar, sendo este um dos aspetos mais valorizados e reconhecidos pelo cliente. Assim é determinante que os enfermeiros tenham uma preocupação constante com a qualidade das relações que estabelecem com os seus clientes, na forma como comunicam e transmitem informação, na disponibilidade que demonstram, sem contudo se alhearem de outras questões inerentes ao ambiente em que prestam cuidados. (Freitas, Parreira, & Domingues, 2016, p.10).

 <p>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</p>	<b>ACOLHIMENTO DA PESSOA DOENTE E FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DA UNIDADE DE FARO</b>	<b>N.º</b>  <b>DATA:</b>	<b>Página</b> 7/8
---	---	--------------------------------	----------------------

## BIBLIOGRAFIA

American Psychological Association (2016). *Manual de estilo da APA: regras básicas*. Porto Alegre: Artmed.

Freitas, M.J., Parreira, P., & Domingues, J. (2016). Avaliação das propriedades psicométricas da Escala Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem no Hospital. *Revista de Enfermagem Referência*, 10(IV), pp. 9-17.

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018). *Norma de Acesso de Visitas*. Disponível em <http://www.chualgarve.min-saude.pt/normas-acesso-visitass/>

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2007). Circular Normativa – Espólio de Doentes. Número: 45/07. Data: 24/07/2007.

CIPE (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 2. Edição Portuguesa. Ordem dos Enfermeiros.

Despacho nº1400-A/15 de 10 de fevereiro. *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. *Diário da República, II série – N.º 28*.

Direção-Geral da Saúde (2011). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Número: 018/2011. Data: 23/05/2011.

Lei n.º 15/14 de 21 de março. *Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde*. *Diário da República, I série — N.º 57*.

Maestri, E., Pereira do Nascimento, R., Bertocello, K., Martins, J. (2012). Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da*

 <p>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</p>	<p><b>ACOLHIMENTO DA PESSOA DOENTE E FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DA UNIDADE DE FARO</b></p>	<p>N.º  DATA:</p>	<p><b>Página</b> <b>8/8</b></p>
---	--	---------------------------	-------------------------------------

*Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 46(1), 75-81. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v46n1/v46n1a10.pdf>*

Medeiros, F., Araújo-Souza, G., Albuquerque-Barcosa, A., & Clara-Costa, I. (2010). Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Revista de Salud Pública*. Universidade Nacional da Colômbia. 12(3), 402-413. Disponível em <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf>.

Reveles, A., Silva, L., Silva, P., Martins, R., & Duarte, S. (2012). Acolhimento do doente e família no serviço de urgência. *Revista Sinais Vitais*, 104, pp. 32-42.

 <p>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</p>	<p><b>ACOLHIMENTO DA PESSOA DOENTE E FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DA UNIDADE DE FARO</b></p>	<p>N.º</p> <p>DATA:</p>	
---	--	-------------------------	--

## APÊNDICE 1

## AUDITORIA À NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

### ACOLHIMENTO DA PESSOA DOENTE E FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DA UNIDADE DE FARO

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

Observador: \_\_\_\_\_

Critérios	Observação	Doente 1	Doente 2	Doente 3	Doente 4	Doente 5
1. A apresentação à pessoa doente e família foi realizada.	Sim					
	Não					
	N/A					
2. A identificação da pessoa doente foi confirmada.	Sim					
	Não					
	N/A					
3. Foi solicitado consentimento sobre as intervenções e procedimentos a realizar foi dada à pessoa e/ou família	Sim					
	Não					
	N/A					
4. Foram esclarecidas as dúvidas.	Sim					
	Não					
	N/A					
5. Foi entregue o <i>Guia de Acolhimento</i> .	Sim					
	Não					
	N/A					
6. Foi colhida informação junto da pessoa doente e/ou família.	Sim					
	Não					
	N/A					
7. A pessoa doente e/ou família foram informados sobre os recursos disponíveis.	Sim					
	Não					
	N/A					

8. Foi referida a importância do cumprimento das medidas básicas de controlo de infeção em ambiente hospitalar.	Sim					
	Não					
	N/A					
9. A pessoa doente foi informada que deverá deixar um contacto telefónico de um familiar no Posto de Atendimento do Serviço de Urgência.	Sim					
	Não					
	N/A					
10. Foi identificado o cuidador de referência.	Sim					
	Não					
	N/A					
11. Foi identificada eventual situação de risco (possível situação de vítima de crimes: maus tratos/abandono, agressão, violência sexual...).	Sim					
	Não					
	N/A					
12. Em caso de identificação de possível situação de risco, o Serviço Social foi informado.	Sim					
	Não					
	N/A					
	N/A					
13. O enfermeiro supervisionou a realização do espólio dos pertences da pessoa doente pelo Assistente Operacional e/ou o acondicionamento de bens no cofre.	Sim					
	Não					
	N/A					
14. Foram entregues os pertences da pessoa doente aos familiares, se não existir suspeita de crime e com consentimento da pessoa doente.	Sim					
	Não					
	N/A					
15. Foi registado em notas a entrega dos pertences aos familiares.	Sim					
	Não					
	N/A					

16. O enfermeiro informou da situação da pessoa doente à família, com o seu consentimento, juntamente com o médico responsável	Sim					
	Não					
	N/A					
17. O enfermeiro registou em notas de enfermagem a reação do familiar.	Sim					
	Não					
	N/A					

Legenda:

Sim = Intervenção Realizada.

Não= Intervenção Não Realizada.

N/A= Não Aplicável.

**APÊNDICE G. GUIA DE ACOLHIMENTO À PESSOA DOENTE E  
FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DA UNIDADE DE FARO**

## INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Pode solicitar informações clínicas junto dos profissionais de saúde, tanto enquanto pessoa doente como familiar/pessoa significativa se a mesma permitir. As informações clínicas são dadas presencialmente, dependendo da disponibilidade da equipa. Solicitamos que respeite os horários das passagens de turno, uma vez que são momentos muito importantes para a continuidade dos cuidados; assim como a compreensão para aguardar se o profissional estiver a prestar cuidados a uma outra pessoa. Desta forma, promove-se uma prestação de cuidados de qualidade.

## ALIMENTAÇÃO

As pessoas doentes que estejam no SU têm direito a alimentação. Ao pequeno-almoço (09:00horas) são fornecidas papas doces, papas diabéticas, papo seco e leite simples, café e chá. Ao almoço (13:00horas) e jantar (19:00horas) é fornecida sopa, a qual pode ser passada ou canja e sobremesa, sendo as opções papa de fruta, gelatina, pudim ou banana. Se estiver internado no SU, é fornecido um tabuleiro com refeição completa de acordo com a dieta prescrita. Se lhe for dito para permanecer sem comer, solicitamos que cumpra esta indicação.

## CRENÇAS ESPIRITUAIS E RELIGIOSAS

De acordo com a legislação em vigor, as pessoas internadas nas instituições hospitalares têm direito a assistência espiritual e religiosa, qualquer que seja a sua confissão religiosa.

Nesta matéria as unidades que compõe o CHUA têm regulamento para a assistência espiritual e religiosa, dispondo do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa (SAER).

O acesso de qualquer assistente espiritual não vinculado ao CHUA para o exercício das suas funções, processa-se através da Portaria Principal, onde tem de apresentar a sua identificação legal que ateste ser ministro de culto. Após esta identificação é registado no sistema informático e recebe um cartão do Hospital com a designação de *Assistente Espiritual e Religioso – Visitante*.

## INTERNAMENTO

Se for transferido para um serviço de internamento no próprio hospital, será acompanhado pelo Sr.(a) Assistente Operacional e/ou enfermeiro, dependendo das situações. Aqui poderá levar consigo um familiar/pessoa significativa. Na chegada ao serviço de destino, será realizado o acolhimento por um(a) enfermeiro(a). Se o internamento for no serviço de psiquiatria, será necessário ser transportado através de ambulância ou com familiares/pessoas significativas assinando um termo de responsabilidade.

Em caso de transferência inter-hospitalar, ou seja, para outro hospital, será transportado de ambulância ou helicóptero (dependendo da avaliação médica realizada).

## ALTA

Em caso de alta clínica, verifique se:

- esclareceu todas as suas dúvidas junto dos profissionais de saúde;
- leva consigo toda a informação clínica fornecida (carta de alta, receitas de medicamentos...);
- reuniu todos os seus objetos pessoais;

Se for dada indicação para marcação de consulta, deverá dirigir-se ao Posto de Atendimento do Serviço de Urgência (PASU).

## BIBLIOGRAFIA

Lei n.º 15/14 de 21 de março. *Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República, 1ª série — N.º 57.*

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (2018). *Norma de Acesso de Visitas*. Disponível em <http://www.chualgarve.min-saude.pt/normas-acesso-visitais/>

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (sd). *Plano de Integração do Serviço de Urgência*.

Grupo Português de Triagem (s.d). *Sistema de Triagem de Manchester*. Disponível em [http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=110](http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110)

Atendimento do Gabinete de Apoio ao Serviço de Urgência (GASU): 08:00 às 24:00horas.

Morada: Rua Leão Penedo, 8000-386 Faro  
Email – administração@ch Algarve.min-saude.pt  
Contacto: 289 891 100 (Geral)



Enf.ª Patrícia Perdigão  
Enf.ª Ana Agostinho  
Prof. Dulce Santiago



## SERVIÇO DE URGÊNCIA

Unidade de Faro

## GUIA DE ACOLHIMENTO À PESSOA DOENTE E FAMÍLIA

## MISSÃO

No Serviço de Urgência (SU) da Unidade de Faro do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (CHUA) trabalham profissionais de saúde de diversas áreas, tendo como missão prestar cuidados de saúde em situação de urgência/emergência à pessoa e família 365/6 dias por ano, 24 horas por dia, satisfazendo as necessidades e expectativas das pessoas.

## TRIAGEM DE MANCHESTER

Após a admissão no SU, aguarda na sala de espera a chamada para a sala de triagem. Aqui, é concretizada a classificação do grau de prioridade de atendimento, após a avaliação realizada pelo enfermeiro(a), de acordo com o protocolo de *Triagem de Manchester*. É-lhe atribuída uma pulseira com a cor Vermelha, Laranja, Amarela, Verde ou Azul, de acordo com o grau de prioridade.

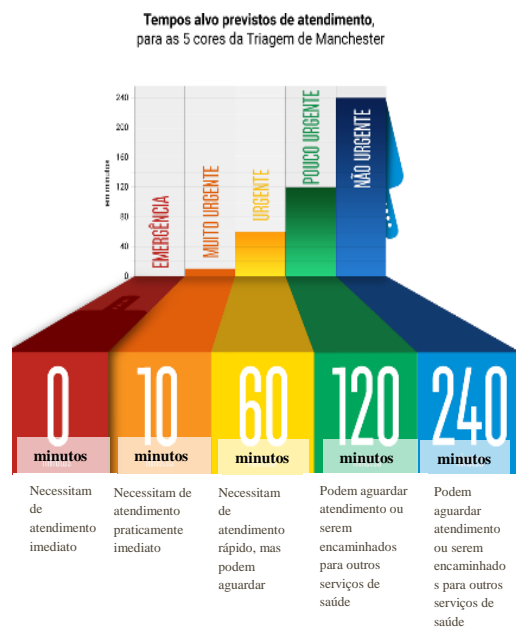


Figura 1 – Tempos alvo previsto na triagem de Manchester

## ESPECIALIDADES

O SU da Unidade de Faro do CHUA é considerado um SU Polivalente na medida em que dispõe de diversas valências, nomeadamente: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Bloco operatório (24 horas por dia), Gastrenterologia, Cardiologia de Intervenção, Neurocirurgia, Nefrologia (com diálise para situações agudas), Medicina Intensiva, Imagiologia, Patologia Clínica com Toxicologia, apoio das especialidades de Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia (ORL), Urologia e Pneumologia

*Sinta-se como membro da equipa.*

## OBJETOS PESSOAIS

Solicita-se que, sempre que possível, peça aos seus familiares/pessoas significativas que levem os seus valores para casa. Se pretender permanecer com os seus objetos pessoais, o Hospital não se responsabilizará pelo seu eventual desaparecimento.

Se necessário, será realizado espólio dos bens que traz. Posteriormente, poderá solicitar o levantamento dos pertences, após identificação e confirmação da mesma.

## ACOMPANHANTES E VISITAS

De acordo com a legislação em vigor, todo o cidadão admitido num SU tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada. No entanto, quando o acompanhante designado não cumprir o seu dever de urbanidade, ou revelar desobediência ou desrespeito pelos profissionais de serviço, pode ser impedida a permanência do acompanhante junto da pessoa, podendo, no entanto, ser indicado outro acompanhante nos termos da lei.

De forma a manter um ambiente calmo e respeitando a privacidade das restantes pessoas, pede-se a colaboração e compreensão dos acompanhantes no caso de ser solicitada a sua permanência na sala de espera principal, até ser oportuno o seu regresso.

*O acompanhamento e a visita são muito importantes para a recuperação de quem está doente.*

*Pequenos gestos podem fazer a diferença na recuperação*

Cumpra as seguintes indicações:

- Lavar as mãos antes e após a visita, utilizando água e sabão ou o desinfetante que lhe for fornecido;
- Sentar-se nas cadeiras e nunca nas macas;
- Não colocar objetos em cima das macas, ou outro mobiliário;
- Não partilhar objetos com as outras pessoas doentes;
- Se o local onde o seu familiar/amigo está, tiver uma placa identificativa, leia as explicações e pergunte ao enfermeiro em caso de dúvida. Cumpra rigorosamente as instruções;
- Permaneça apenas junto do seu familiar/amigo;
- Evite visitar se tiver sintomas de doença respiratória e/ou doença gastrointestinal.

## Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

**Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!**

Duração de todo o procedimento: **20 a 30 seg**

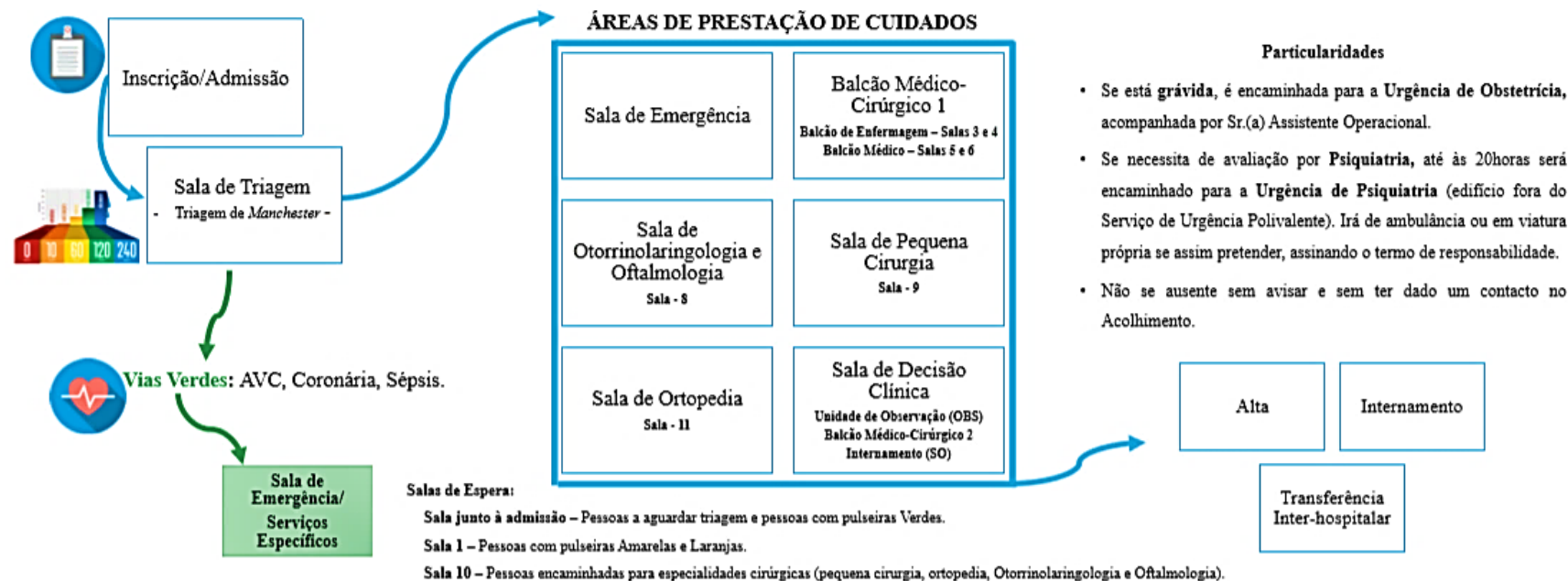


Figura 2 – Técnica de desinfecção das mãos

**APÊNDICE H. CARTAZ – CIRCUITO HABITUAL DAS PESSOAS  
DOENTES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DA UNIDADE DE FARO**

## SERVIÇO DE URGÊNCIA DA UNIDADE DE FARO

### - Circuito Habitual das Pessoas Doentes -



#### Acompanhantes/ Visitas:

- Todas as pessoas doentes podem ter 1 acompanhante consigo.
- Pedem-se a colaboração e compreensão dos acompanhantes no caso de ser solicitada a sua permanência na sala de espera principal, até ser oportuno o seu regresso.

#### Bens e Valores:

- Solicita-se que, sempre que possível, deve pedir aos seus familiares/pessoas significativas que levem os seus valores para casa.
- Se pretender permanecer com os seus objetos pessoais, o Hospital não se responsabiliza pelo seu eventual desaparecimento, tornando-se necessário que assine o termo de responsabilidade.



#### Tempo previsto de obtenção dos resultados dos exames complementares de diagnóstico:

- Radiografia: Imediato\*
- Eletrocardiograma: Imediato\*
- Análises Clínicas: 1hora\*
- TAC: 3 horas\*
- Ecografia: 1hora\*
- Ressonância Magnética: 8-10 dias\* (realizado entre as 09:00 e 21:00horas)

\*Poderá ser superior ou inferior. Todos os exames dependem do grau de prioridade e do local anatómico em estudo, assim como das condicionantes dos próprios serviços (análises clínicas, radiologia, etc.).

Após a saída dos resultados, serão ainda analisados pelo médico responsável



## APÊNDICE I. CRONOGRAMA FINAL





**APÊNDICE J. PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA  
PARA A SAÚDE DO CHUA**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



# PROPOSTA DE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

- Projeto de Intervenção em Serviço –

Patrícia Isabel Castelo Perdigão

Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem

Enfermeira no Serviço de Medicina 3

Estágio a decorrer no Serviço de Urgência Polivalente

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Unidade de Faro

31 de outubro de 2018

## RESUMO

A pessoa admitida no Serviço de Urgência (SU) encontra-se a vivenciar uma alteração no seu estado de saúde, tratando-se de um evento inesperado que, por vezes, é grave e a pode colocar em risco de vida. O enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica é responsável pela prestação de cuidados à pessoa doente e, também, à sua família/pessoas significativas, uma vez que “assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8656). Desta forma, torna-se importante o estabelecimento de uma relação terapêutica; iniciando-se no momento do acolhimento. O presente projeto tem como tema *major* Acolhimento do doente e família/pessoa significativa no SU do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), na sua Unidade de Faro. De forma a ser avaliada a satisfação das pessoas que recorrem ao SU do CHUA – Faro face os cuidados de enfermagem, será realizado um estudo descritivo exploratório, sustentado numa abordagem quantitativa, através da aplicação do formulário de avaliação da Satisfação do Utente com os Cuidados de Enfermagem no Hospital – SUCEH <sup>21</sup>.

## INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio Final, inserido no terceiro semestre do curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, ano letivo 2018/2019, publicado em Diário da República no Aviso nº5622/16 de 2 de maio, é solicitada a realização de um Projeto de Intervenção em Serviço.

O Estágio decorre no SU Polivalente do CHUA – Faro, no período de 19 de Setembro de 2018 a 25 de Janeiro de 2019. A Professora Dulce Santiago é a Professora Orientadora e a Enfermeira Supervisora é a Enfermeira Ana Agostinho, especialista em enfermagem médico-cirúrgica. A linha de investigação proposta para o Estágio é “segurança e qualidade de vida”. Estes conceitos serão integrados e desenvolvidos no SU na medida em que aqui são prestados cuidados à pessoa em situação crítica e estes cuidados de enfermagem

(...) exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8656).

No SU é fundamental que o acolhimento à pessoa doente e à sua família/pessoas significativas seja realizado de forma fundamentada e oportuna, permitindo o estabelecimento de uma relação terapêutica desde a sua admissão no serviço. O processo de acolhimento “visa a escuta, a valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades, o respeito às diferenças” (Schneider, Manschein, Ausen, Martins, & Albuquerque, 2008, p.82). Assim, é importante que o enfermeiro esteja disponível para escutar e esclarecer as dúvidas das pessoas intervenientes, evitando níveis de ansiedade elevados e permitir que estas informações sejam dadas em momentos e espaços que propiciem o sentimento de confidencialidade e segurança para as mesmas, promovendo o sentimento de satisfação com os cuidados recebidos. Segundo Ribeiro (2005), “a avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem assume, assim, duas importantes funções: por um lado, “dar voz ao utente”, dando a possibilidade de manifestação das suas opiniões sobre os cuidados e, por outro, funciona como indicador da qualidade dos cuidados”. Desta forma, com o presente projeto pretende-se avaliar a satisfação das pessoas doentes que recorrem ao SU do CHUA – Faro face os cuidados de enfermagem, através da aplicação do Formulário de Avaliação da Satisfação do Utente com os Cuidados de Enfermagem no

Hospital – SUCEH<sup>21</sup>. O SUCEH<sup>21</sup> foi validado para a população portuguesa pela Professora Ana Leonor Alves Ribeiro em 2003, podendo ser adaptada a qualquer contexto de prestação de cuidados ou área geográfica, cuja autorização para avaliar a satisfação dos utentes em contexto hospitalar com os cuidados de enfermagem no CHUA-Faro foi concedida pela autora a 29 de outubro de 2018 (Apêndice 1).

Paralelamente à realização do estudo, também é pretendido implementar medidas que promovam o sentimento de satisfação das pessoas que recorrem ao SU com os cuidados de enfermagem. Desta forma, será realizado um Guia de Acolhimento ao Doente e à Família/Pessoas Significativas para estar à sua disposição à chegada ao SU e, também, será elaborada uma Norma de Procedimento de Enfermagem de Acolhimento no SU, com o objetivo de uniformizar as intervenções de enfermagem relativamente ao acolhimento, tendo em conta as especificidades de cada pessoa e de cada situação que a faz recorrer ao SU.

Posteriormente, após análise dos resultados obtidos com o estudo implementado, serão apreciados os mesmos tendo como objetivo promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e implementar medidas se assim for considerado.

## **METODOLOGIA**

A Metodologia utilizada será a Metodologia de Projeto, que apresenta como objetivo principal a resolução de problemas com a concretização de projetos em situações reais, "(...) através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência" (Ferrito et al, 2010, p.2). Para fundamentação do projeto será realizada uma revisão integrativa da literatura através de pesquisa em bases de dados científicas e eletrônicas (B-On, EBSCO e Pubmed), sendo incluídos artigos publicados nos últimos 7 anos, através da utilização de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Será realizado um estudo descritivo exploratório, baseado numa abordagem quantitativa, nomeadamente com a aplicação do SUCEH<sub>21</sub>

O objetivo geral do projeto é refletir acerca da perceção que as pessoas apresentam relativamente aos cuidados de enfermagem de acordo com as dimensões estudadas na SUCEH<sub>21</sub>

Durante todo o projeto, o anonimato será garantido e será solicitado e disponibilizado documento comprovativo do Consentimento Informado aos Intervenientes.



## **BIBLIOGRAFIA**

Aviso n.º 5622/16 de 2 de maio. *Diário da República n.º 84/16 – II série*. Universidade de Évora.

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018). A instituição. Intranet do CHUA.

Ferrito, C. et. al. (2010). Metodologia de projeto – Coletânea descritiva de etapas 15, p.37. *Revista Percursos [Em linha]*. Setúbal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Regulamento n.º 124/2011. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ribeiro A. - O percurso de construção e validação de um instrumento para a avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem. *Rev Ordem Enfermeiros*. 2005;(15):53-60.

Schneider, D., Manschein, A., Ausen, M., Martins, J., & Albuquerque, G. (2008). Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(1), 81-89. Florianópolis.

## APÊNDICE 1



Ana Leonor <[ana@esenf.pt](mailto:ana@esenf.pt)>

seg 29/10/2018, 20:05

Você ▾



**Assunto:** Autorização da aplicação do Formulário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem (SUCEH)

---

Ana Leonor Alves Ribeiro, professora coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto, autora do Formulário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem (SUCEH) vem por este meio, autorizar a utilização do referido formulário, desde que respeitados os passos para a sua correta utilização, para avaliar a satisfação dos utentes em contexto hospitalar com os cuidados de enfermagem no CHUA-Faro.

Porto, 29 de Outubro de 2018.

Ana Leonor Ribeiro, RN, MSc, PhD

Professora-Coordenadora da ESEP

UCP:GSS - Unidade Científico-Pedagógica: Gestão de Sinais e Sintomas

NursID; CINTESIS/ESEP

---

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 PORTO

Telefones: 225 073 500 - Fax: 225 096 337

Correio electrónico: [ana@esenf.pt](mailto:ana@esenf.pt)

Web: <http://portal.esenf.pt>





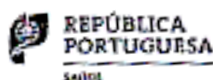
### ANEXO 1

#### PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

Nome: Patrícia Isabel Pinto Pereira  
na qualidade de estudante de licenciatura em Engenharia  
(utente, familiar/representante, profissional de saúde...), com o contato telefónico  
926254134, o email ppereira@ch.algarve.min-saude.pt  
e a morada Rua Filipe Ferrão nº 51, 3.ª H, Faro  
solicita que a Comissão de Ética para a Saúde emita parecer sobre o seguinte assunto:

#### DESCRIÇÃO:

Projeto de Intervenção em Serviço sobre  
o envelhecimento realitado pelo envelhecimento  
à família/pessoa significante do doente que  
ocorre no serviço de emergência.



SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



Centro  
Hospitalar  
Universitário  
do Algarve

QUESTÕES QUE PRETENDE COLOCAR À CES:

Solicitação de aprovação para executar o Trabalho Académico no âmbito do Hospital e Especialidades e Especialidade em Enfermagem e pessoa em situação ética, que existe na realização de esse projeto de intervenção em Serviço, no Serviço de Urgência do CHUA - Faro, com o tema Avaliação da Formação / pessoas vigiadas do doente, no Serviço de Urgência.

Patrícia Pereira

**Anexo 2**  
**Folha de rosto do estudo de investigação**



Centro  
Hospitalar  
Universitário  
do Algarve

**FOLHA DE ROSTO<sup>1</sup> - UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO**

**Título** Avaliação da formação da pessoa significante do doente no serviço de emergência

**Classificação**

Trabalho Académico de Investigação  Conferidor de Grau  Licenciatura   
 Mestrado   
 Doutoramento

Estudo de Investigação

Ensaio Clínico  Medicamentos  Dispositivos

**Versão** Novo   
Alteração

**Calendário** Início 09/11/2018 ou outra data  
Fim 09/11/2019 ou outra data

**INVESTIGADORES**

Investigador Principal | Depõe aqui para introduzir texto | |

Investigador Responsável CHUA | Depõe aqui para introduzir texto | |

Outros Investigadores | Depõe aqui para introduzir texto | |

**ALUNOS e ORIENTADORES**

Aluno | Patrícia Pereira | |

Orientador (Universidade) | Prof. Dulce Santiago | |

Orientador (CHUA) | Prof. Aires Agostinho | |

**PROMOTOR**

| Depõe aqui para introduzir texto | |

**INSTITUIÇÕES e SERVIÇOS**

Unidades/Serviços do CHUA | 1º Serviço de Urgência | |

Outros Serviços/Instituições | Depõe aqui para introduzir texto | |



#### CARACTERÍSTICAS do ESTUDO

Natureza do Estudo	Clinico	<input type="checkbox"/>	Alvo do Estudo	Animais	<input type="checkbox"/>
	Epidemiológico	<input type="checkbox"/>		Humanos	<input checked="" type="checkbox"/>
	Revisão Literária	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Revisão Casuística	<input type="checkbox"/>			
	Terapêutico	<input type="checkbox"/>			
Laboratorial	<input type="checkbox"/>				
Desenho do Estudo	Observacional	<input checked="" type="checkbox"/>	Retrospectivo	<input type="checkbox"/>	
	Experimental	<input type="checkbox"/>	Prospectivo	<input type="checkbox"/>	
Países/Instituições	Multinacional	<input type="checkbox"/>	Nacional	<input type="checkbox"/>	
	Multicêntrico	<input type="checkbox"/>	Institucional	<input checked="" type="checkbox"/>	
Participantes	Grupo Controlo	<input type="checkbox"/>	Seleção Aleatória	<input type="checkbox"/>	
			Seleção Não Aleatória	<input checked="" type="checkbox"/>	
Est. Experimentais	Aberto	<input type="checkbox"/>	Fase 2	<input type="checkbox"/>	
	Cego	<input type="checkbox"/>	Fase 3	<input type="checkbox"/>	
	Duplamente Cego	<input type="checkbox"/>	Fase 4	<input type="checkbox"/>	

#### OUTROS ASPECTOS RELEVANTES PARA ANÁLISE DO ESTUDO

Consentimento informado	<input checked="" type="checkbox"/>			
Participação de Grupos Vulneráveis	<input type="checkbox"/>	Crianças	<input type="checkbox"/>	
		Grávidas	<input type="checkbox"/>	
		Outros	<input type="checkbox"/>	
Realização de Inquéritos	<input checked="" type="checkbox"/>			
Realização de entrevistas	<input type="checkbox"/>			
Realização de exames/análises	<input type="checkbox"/>	No CHUA	<input type="checkbox"/>	
Realização de estudos genéticos	<input type="checkbox"/>			
Recolha de dados	<input checked="" type="checkbox"/>	Clinicos	<input type="checkbox"/>	
		Laboratoriais	<input type="checkbox"/>	
		Outros	<input type="checkbox"/>	
Criação de base de dados	<input type="checkbox"/>	Anonimizados	<input type="checkbox"/>	
Saída para outras instituições	<input type="checkbox"/>	Dados	<input type="checkbox"/>	
		Produtos biológicos	<input type="checkbox"/>	
Colheita de produtos biológicos	<input type="checkbox"/>	No CHUA	<input type="checkbox"/>	
		Anonimizados	<input type="checkbox"/>	
Armazenamento produtos biológicos	<input type="checkbox"/>	No CHUA	<input type="checkbox"/>	
Criação de bancos de produtos biológicos	<input type="checkbox"/>	No CHUA	<input type="checkbox"/>	
		No ABC	<input type="checkbox"/>	



## DOCUMENTOS

Cartas do Investigador	A/c Presidente CA	<input checked="" type="checkbox"/>
	A/c Presidente CES	<input checked="" type="checkbox"/>
Anexos	Proposta de Estudo/Ensaio	<input checked="" type="checkbox"/>
	CV do Investigador Principal	<input checked="" type="checkbox"/>
	CV do Investigador CHUA	<input type="checkbox"/>
	Inquéritos/Questionários	<input checked="" type="checkbox"/>
	Termo de Consentimento Informado	<input checked="" type="checkbox"/>
	Termo de Aceitação CNPD	<input type="checkbox"/>
	Termo de Aceitação CEIC	<input type="checkbox"/>
	Protocolo Financeiro	<input type="checkbox"/>
	Apólice de Seguro	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	

## AUTORIZAÇÕES

		Data
Directores de Serviço	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
CES	<input type="checkbox"/>	_____
CA	<input type="checkbox"/>	_____

## DATA da RECEPÇÃO

<sup>1</sup> V. de responsabilidade dos proponentes:

1. Verificar que o estudo cedece às normas aqui definidas.
2. Preencher a Folha de Rosto.
3. Obter o consentimento local.
4. Reunir os documentos necessários e entregá-los no Secretariado, com antecedência mínima de 90 dias em relação à data prevista para o início do estudo.
5. Comunicar os datas de início e conclusão do estudo, bem como eventuais períodos de suspensão.
6. Entregar o respetivo relatório de execução até 90 dias após o seu término.

Anexo 3

Modelo 2: Pedido de autorização institucional

Exmo(a). Senhor(a)  
Presidente do Conselho de Administração do  
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.

Assunto: Estudo de Investigação Assistência da família/pessoas suscetíveis (título)  
críticas de docite no serviço de urgência

Patrícia Isabel Costa Pereira (nome completo), na qualidade de Investigador Principal / Investigador Responsável / Aluno, vem, por este meio, solicitar a V. Ex.ª autorização para realizar no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 23/10/2018

Assinatura Patrícia Pereira

Modelo 3: Pedido de autorização institucional

Exmo(a). Senhor(a)  
Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do  
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.

Assunto: Estudo de Investigação Avaliação da prevalência de (título)  
significância do doente na Serviço de Urgência

Patrícia Isabel Antão Perdigão (nome completo), na qualidade de Investigador  
Principal / ~~Investigador Responsável~~ / Aluno, vem, por este meio, solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para realizar no  
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o  
programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 25/10/2018

Assinatura Patrícia Perdigão

Modelo 5: Termo de responsabilidade – Aluno

Trabalho académico de investigação Avaliação da funcionalidade / percepção subjetiva do doente no Serviço de Engenharia

(Nome) Patrícia Isabel Paula Perdigão, na qualidade de Aluno, comprometo-me a executar o Trabalho Académico de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, respeitando os princípios éticos e deontológicos e as normas internas da instituição.

Mais me comprometo a informar o Centro Hospitalar Universitário do Algarve de todas as comunicações, apresentações e publicações respeitantes ao Estudo supra identificado, através do endereço de correio eletrónico unidade.investigacao@ch Algarve.min-saude.pt e cfic.ptm@ch Algarve.min-saude.pt

Data 25/10/2018

Assinatura Patrícia Perdigão

Modelo 6: Termo de responsabilidade – Orientador / Orientador Supervisor

Trabalho académico de investigação Acolhimento de familiares/pessoas significativas do doente no Serviço de Emergência

(Nome) Maria Dulce Santiago, na qualidade de Professor Orientador / Orientador Supervisor no CHUA, comprometo-me a prestar a orientação necessária para uma boa execução do mesmo e a acompanhar o Aluno nas diferentes fases da sua realização, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, bem como por zelar pelo respeito dos princípios éticos e deontológicos e pelo cumprimento das normas internas da instituição.

Data 7/10/2018

Assinatura Maria Dulce Santiago

Modelo 6: Termo de responsabilidade – Orientador / Orientador Supervisor

Trabalho académico de investigação Ante o interesse da família / pessoa significante do doente na sessão de Urgência

(Nome) Luís Isabel Agostinho, na qualidade de ~~Professor Orientador~~ / Orientador Supervisor no CHUA, comprometo-me a prestar a orientação necessária para uma boa execução do mesmo e a acompanhar o Aluno nas diferentes fases da sua realização, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, bem como por zelar pelo respeito dos princípios éticos e deontológicos e pelo cumprimento das normas internas da instituição.

Data 25/11/2019

Assinatura

Luís Isabel Agostinho

Modelo 7: Termo de autorização local

Estudo de Investigação Acolhimento da família/pessoa significante do doente no Serviço de Urgência

(Nome) Jose Vieira dos Santos, na qualidade de Diretor do Serviço / Enfermeiro Chefe / Responsável de Serviço de Urgência declaro que autorizo / dou parecer favorável à execução do Estudo de Investigação acima mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 25/10/2017

Assinatura

  
72014

Modelo 7: Termo de autorização local

Estudo de Investigação Acolhimento da família / pessoa significante do  
doente no Serviço de Urgência

(Nome) José Manuel Almeida, na qualidade de Diretor  
do Serviço / Enfermeiro-Chefe / Responsável de Urgência, declaro que autorizo / dou parecer  
favorável à execução do Estudo de Investigação acima mencionado e comprometo-me a prestar as condições  
necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 25/10/2012

Assinatura

J. Almeida

Dr. José Manuel Almeida Faro

## Proposta Autorizada



Emanuel Jose Martins Mourao <morao@ch Algarve.min-saude.pt>

16/11/2018 09:53



Para: patricia\_cst\_pr@hotmail.com; Patrícia Isabel Castelo Perdigão Cc: Isabel Maria Pereira Jardim Ferreira Basilio; Enfermeiro Chefe Urgencia Geral; Director Urgencia Polivalente

Senhora Enfermeira Patrícia Perdigão, mestranda,

O CFIC-NFIE da Unidade de Faro do CHUA vem informar-lhe que a sua proposta de investigação no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica pelo Instituto Politécnico de Setúbal, intitulada *Acolhimento da Família/Pessoas Significativas do Doente no Serviço de Urgência* foi autorizada pelo Conselho de Administração do CHUA a 15-11-2018.

Neste sentido pode iniciar os procedimentos propostos em projecto, devendo informar-nos quando der por concluída a sua investigação. Obrigado.

Com os melhores cumprimentos,

**Emanuel Mourão**

Enfermeiro | **CFIC – Núcleo de Formação e Investigação de Enfermagem(NFIE)** | Unidade de Faro do **CHUA**, EPE;  
289891147 | Ext.: 11534.

[morao@ch Algarve.min-saude.pt](mailto:morao@ch Algarve.min-saude.pt)



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



Centro  
Hospitalar  
Universitário  
do Algarve



SNS +  
PROXIMIDADE

Os primeiros passos  
do SNS do futuro  
[www.sns.gov.pt](http://www.sns.gov.pt)

**APÊNDICE L. PÓSTER – ABORDAGEM ABCDE NA PESSOA  
COM CETOACIDOSE DIABÉTICA – INTERVENÇÃO DE  
ENFERMAGEM**

# ABORDAGEM ABCDE NA PESSOA COM CETOACIDOSE DIABÉTICA - INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM -

Carla Valente, Carlos Quitério, Débora Martins, Patrícia Perdigão, Maria do Céu Marques

Mestrado em Enfermagem em Associação  
Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica

## INTRODUÇÃO

A Diabetes é uma das áreas prioritárias do Serviço Nacional de Saúde e a Cetoacidose Diabética (CAD) é uma das suas complicações mais comuns e mais graves. A CAD é uma consequência grave da deficiência de insulina nos tecido adiposo, músculo estriado e fígado, podendo ser precipitada por doença ou por supressão de insulina (Monahan et al, 2010). Neste processo, o pH do sangue apresenta valor inferior a 7,3 e o bicarbonato sérico inferior a 18mEq, existindo concomitantemente presença de corpos cetónicos séricos no sangue e/ou na urina (Longo, Fauci, Kasper, Hauser, Jameson, & Loscalzo, 2013).

A abordagem ABCDE permite ao enfermeiro uma rápida avaliação da pessoa e priorização das intervenções a realizar.

## OBJETIVO

Aplicar a abordagem ABCDE à pessoa com CAD que recorre ao Serviço de Urgência (SU), tendo por base um caso fictício.

## METODOLOGIA

A revisão da literatura foi realizada através de pesquisa em bases de dados científicas e eletrónicas, sendo incluídos artigos publicados nos últimos 8 anos, através da utilização de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS); e documentos publicados pela Direção-Geral da Saúde, Ordem dos Enfermeiros e Instituto Nacional de Emergência Médica.

O caso clínico apresentado é fictício, tendo por base a experiência profissional dos autores.

Descritores: Diabetes Mellitus, Cetoacidose Diabética, Enfermeiros e Pacientes.

## RESULTADOS

O enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica apresenta competências diferenciadas que lhe permitem utilizar a abordagem ABCDE e intervir junto da pessoa com cetoacidose diabética, uma vez que "(...) a vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica" (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8656).

## CASO CLÍNICO - FICTÍCIO

Mulher 32 anos Raça caucasiana	Consciente Calma Orientada
Antecedentes pessoais: Diabetes Mellitus tipo 1 (diagnosticada aos 5 anos) e Dislipidemia.	Medicação habitual: Insulina glargina 20UI 1x/dia, Insulina actrapid em SOS e atorvastatina 20mg 1x/dia. Sem alergias conhecidas.

Triagem no SU:

Astenia, dor abdominal,  
vómitos, poliúria, polidipsia e  
halitose intensa.  
Hemodinamicamente estável.

ALTERAÇÃO SÚBITA DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA

SALA DE EMERGÊNCIA

ABORDAGEM ABCDE

Terminada a abordagem ABCDE, que deverá demorar o menor tempo possível (<90segundos), são continuados os cuidados de enfermagem à pessoa. As intervenções englobam: colheita de sangue para análise, correção do desequilíbrio ácido-base, avaliação da função renal e registo de diurese, reposição de volémia, administração de insulina inicialmente em perfusão endovenosa e posteriormente por via subcutânea, correção do potássio sérico, avaliação de glicemia capilar a cada 1 a 2 horas, monitorização eletrocardiográfica, avaliação de sinais vitais e realização do acolhimento ao familiar/pessoa significativa que acompanha a doente.

## CONCLUSÃO

A CAD exige uma intervenção precoce por parte do enfermeiro. Através da abordagem ABCDE o enfermeiro observa, avalia a situação e intervém. O tratamento da pessoa com CAD necessita de monitorização contínua, trabalho em equipa e envolvimento da pessoa e familiares/pessoas significativas. O enfermeiro deve conhecer o quadro clínico da CAD para que ao aplicar a presente abordagem, forneça o suporte necessário a fim de evitar complicações

## Airway

### PERMEABILIDADE DAS VIAS AÉREAS

- **Avaliação:** pessoa inconsciente que tinha apresentado náuseas e dor epigástrica previamente, possível relaxamento e perda de tônus do palato mole e epiglote, o que leva a risco de obstrução da via aérea.
- **Intervenção:** inspeção/observação de toda a cavidade oral.
- **Resultado:** via aérea permeável. Ausência de secreções na orofaringe ou corpos estranhos.

## Breathing

### VENTILAÇÃO E OXIGENAÇÃO

- **Avaliação:** inspiração rápida e profunda, seguida de uma pausa, uma expiração súbita, e de nova pausa - sugestivo de respiração de Kussmaul. Saturações de periféricas de oxigénio de 92%.
- **Intervenção:** colocação de oxigenoterapia a 2 litros por minuto através de sonda binasal. Ponderada colocação de sonda nasogástrica devido à diminuição do estado de consciência com risco de aspiração associada - sem necessidade.
- **Resultado:** otimização da ventilação e oxigenação, com objetivo de saturações periféricas de oxigénio > 96%.

## Circulation

### ASSEGURAR A CIRCULAÇÃO COM CONTROLO DA HEMORRAGIA

- **Avaliação:** pulsoz cutânea, acianótica e sudorética; mucosa oral desidratada e tempo de preenchimento capilar superior a 2 segundos. Pulso carotídeo palpável, amplo, simétrico e regular. Pulso radial pouco amplo, simétrico e regular.
- **Intervenção:** monitorização eletrocardiograficamente - taquicardia sinusual no monitor, sendo posteriormente confirmada por eletrocardiograma de 12 derivações. Sinais vitais - hipotensão (75/35mmHg) com Pressão Arterial Média (PAM) - 48,3mmHg e taquicardia de 116bpm.
- Algaliação para controlo de débito urinário.
- Administração de terapêutica conforme prescrição.
- **Resultado:** aumento da tensão arterial e promoção da circulação sanguínea eficaz.

## Disability

### DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA

- **Avaliação:** escala de coma de Glasgow = 10; pupilas encontravam-se isocóricas e foto-reativas. Glicemia capilar: >500mg/dl.
- **Intervenção:** avaliação da escala de coma de Glasgow e da glicemia capilar.
- **Resultado:** melhoria do estado de consciência (aumento da pontuação na Escala de Comas de Glasgow) e diminuição gradual da glicemia capilar.

## Expose/environment

### EXPOSIÇÃO COM CONTROLO DA TEMPERATURA

- **Avaliação:** integridade cutânea mantida. Sem outras alterações visíveis.
- **Intervenção:** garantir controlo da temperatura corporal.
- **Resultado:** normotermia.

## BIBLIOGRAFIA

- CIPE (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem de Conselho Internacional de Enfermeiros*. Versão 2015. Ibra: 9789295099357. Edição: Lusófona. Lisboa  
Direção-Geral do Saúde (2017). *Programa Nacional para a Diabetes*. Lisboa: Ministério do Saúde.  
Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Abordagem à vítima*. Versão 2.0. 1ª edição. Lisboa: INEM.  
Longo, D., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Jameson, J., Loscalzo, J. (2013). *Manual de Medicina de Harvard*, 10ª edição. Porto Alegre: Artmed.  
Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especializado em pessoa em situação crítica*. Regulamento n.º 124/2011. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

**APÊNDICE M. PÓSTER – A COMUNICAÇÃO COM A PESSOA  
SUBMETIDA A VENTILAÇÃO INVASIVA**

# A COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO INVASIVA

Carla Valente, Carlos Quitério, Débora Martins, Patrícia Perdigão, Maria de Lurdes Martins  
Mestrado em Enfermagem em Associação  
Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica

**Introdução:** A pessoa que necessita de ventilação mecânica invasiva (VMI) encontra-se sem capacidade para comunicar oralmente. Deste modo, o processo de comunicação entre doente e enfermeiro fica comprometido, sendo necessário utilizar estratégias que contribuam para a melhor prestação de cuidados (Alves, 2012).

A comunicação é considerada fundamental no processo de cuidar, sendo indispensável na relação terapêutica, pois é através desta que nos relacionamos, interagimos e compreendemos melhor o outro prestando um cuidado humanizado e holístico atendendo às necessidades de cada pessoa (Alves, 2012).

**Objetivo:** Identificar quais as intervenções do enfermeiro que contribuem para o estabelecimento da comunicação com a pessoa submetida a VMI.

**Metodologia:** Revisão sistemática da literatura através de pesquisa em bases de dados científicas e eletrónicas (B-On, EBSCO e Pubmed), em outubro de 2017, sendo incluídos artigos publicados nos últimos 5 anos, através da utilização de descritores em ciências da saúde (DeCs). Critérios de inclusão - estudos que incluíssem pessoas adultas (maiores de 18 anos) e que estivessem internadas em UCI sob VMI.

**Descritores:** Enfermeiros, Comunicação, Ventilação Artificial e Pacientes.

## Discussão dos Resultados

Rojas et al., 2014	Zhen et al., 2015	Happ et al., 2015	Martinho & Rodrigues, 2016	Dithole et al., 2016
<ul style="list-style-type: none"><li>Movimentos sim/não, abrir/fechar a mão, perguntas simples, folhas com abecedário ou imagens que correspondem a necessidades ou sintomas, uso da escrita e uso de dispositivos ou aplicações informáticas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Respostas de sim/não, palavras pronunciadas pelo movimento da boca, uso de papel e caneta, uso de vários tipos de quadros didáticos. Os doentes referiram como métodos preferenciais a linguagem corporal e a leitura de lábios.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>As consequências da VMI podem ser melhoradas através da utilização de estratégias de comunicação assistida, como a utilização de placas de comunicação, amplificadores de audição, ferramentas de escrita e eletrónicas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>A maioria dos doentes refere a comunicação durante a entubação como "muito difícil" ou "extremamente difícil" - com os médicos (71%), com os enfermeiros (70,9%) e com família e amigos (67,8%). Os doentes consideram que, comunicar com VMI, torna-se frustrante, difícil e causa insegurança.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Os doentes apresentam menor ansiedade e stress quando os enfermeiros explicam os procedimentos a realizar. A avaliação do uso de gestos/símbolos, como estratégia de comunicação pelos enfermeiros, foi identificada em 45,9% dos processos auditados.</li></ul>

**Conclusão:** O enfermeiro que presta cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), à pessoa submetida a VMI, deve saber reconhecer alterações clínicas para que possa atuar prontamente. O doente com VMI não é capaz de comunicar verbalmente, pelo que algumas alterações clínicas, podem ser observadas através de gestos, do olhar, da expressão facial, de toda a linguagem corporal, englobando toda a linguagem verbal e não-verbal. No processo de comunicação com a pessoa submetida a VMI podem ser utilizadas diversas estratégias, devendo estas serem escolhidas e adaptadas face às necessidades de cada doente. A Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA) surge como uma ferramenta de comunicação eficaz, referida em alguns estudos, no entanto, os doentes referem preferência pela utilização da linguagem corporal e leitura de lábios.

### Bibliografia:

- Alves A. A comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva - perspetiva do enfermeiro. [dissertação]. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo; 2012.
- Dithole K, Sibanda S, Moleki M, Thupayagale-Tshweneagae G. Nurses' communication with patients who are mechanically ventilated in intensive care: the Botswana experience. Geneva: International Nursing Review; 2016; 63(3):415-21.
- Happ M, Senzika S, Houze M, Seaman J, Tate J, Nilsen M, Parthuis J, Souli A, Paul B, George E, Angus D, Barnato A. Quality of care and resource use among mechanically ventilated patients before and after an intervention to assist nurse-nonverbal patient communication. Heart & Lung; 2015;44(8):408-15.
- Martinho C, Rodrigues I. A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. São Paulo: Revista Brasileira de Terapia Intensiva; 2016.
- Rojas N, Bustamante-Troncoso C, Dois-Castellón A. Comunicación entre equipo de enfermería y pacientes con ventilación mecánica invasiva en una unidad de paciente crítico. Aquichan; 2014; 14(2):184-95.
- Zhen S, McCulloch C, Swann D. Communication with ventilated patients in ICU: perceptions on existing communication methods and needs. Res Medica; 2015; 23(1):2-14.

**APÊNDICE N. ARTIGO – A COMUNICAÇÃO COM A PESSOA  
SUBMETIDA A VENTILAÇÃO INVASIVA**

**A COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A  
VENTILAÇÃO INVASIVA**

**THE COMMUNICATION WITH THE PERSON SUBMITTED  
INVASIVE VENTILATION**

**LA COMUNICACIÓN CON PERSONA SOMETIDA LA  
VENTILACIÓN INVASIVA**

Carla Valente<sup>1</sup>, Carlos Quitério<sup>2</sup>, Débora Martins<sup>3</sup>, Patrícia Perdigão<sup>4</sup>, Maria de Lurdes Martins<sup>5</sup>

1 - Enfermeira no Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro; Mestranda em Enfermagem no Instituto Politécnico de Setúbal;

2 – Enfermeiro no Serviço de Ortopedia do Hospital Ortopédico Sant’iago do Outão – Centro Hospitalar de Setúbal, EPE; Mestrando em Enfermagem no Instituto Politécnico de Setúbal;

3 - Enfermeira no Serviço de Medicina Interna 2B do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro; Mestranda em Enfermagem no Instituto Politécnico de Setúbal;

4 - Enfermeira no Serviço de Medicina Interna 2B do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro; Mestranda em Enfermagem no Instituto Politécnico de Setúbal;

5 – Professora na Escola Superior de Saúde de Setúbal – Instituto Politécnico de Setúbal; Doutora em Enfermagem.

## RESUMO

**Objetivo:** identificar quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em pessoa em situação crítica que contribuem para o estabelecimento da comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva. **Métodos:** revisão integrativa através de pesquisa em bases de dados científicas e eletrônicas (B-On, EBSCO e Pubmed), sendo incluídos artigos publicados nos últimos 5 anos, através da utilização de descritores em ciências da saúde (DeCs). **Resultados:** a adoção de estratégias de comunicação, pelos enfermeiros com a pessoa submetida a ventilação invasiva, surgem como facilitadoras pois promovem uma comunicação terapêutica, atendendo às necessidades específicas de cada doente e promovem um sentimento de satisfação por parte dos enfermeiros. **Conclusões:** A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em enfermagem em pessoa em situação crítica no processo de comunicação com a pessoa com necessidade de ventilação invasiva é realizada através de estratégias de comunicação como movimentos sim/não, perguntas simples, uso de dispositivos/aplicações informáticas, amplificadores de audição, utilização de quadros, gestos, linguagem corporal e leitura dos lábios.

**Descritores:** Enfermeiros, Comunicação, Ventilação Artificial e Pacientes.

## ABSTRACT

**Objective:** identify the interventions of nurse specialist in medical-surgical with person in critical situation that contribute to the establishment of communication with the person undergoing invasive ventilation. **Methods:** integrative review through research in scientific and electronic databases (B-On, EBSCO and Pubmed), also articles included are published in the last 5 years, using the descriptors in health sciences (DeCs). **Results:** the adoption of communication strategies, by nurses with the person submitted to invasive ventilation, appear as facilitators because they promote a therapeutic communication, attending to the specific needs of each patient and promote a feeling of satisfaction on the part of the nurses. **Conclusions:** The intervention of the specialist nurse in medical-surgical nursing in critical situations in the process of communication with the person in need of invasive ventilation is performed through communication strategies such as yes / no movements, simple questions, device / application use computer skills, amplifiers of hearing, use of pictures, gestures, body language and lip reading.

**Descriptors:** Nurses, Communication, Artificial Ventilation and Patients.

## RESUMEN

**Objetivo:** identificar cuáles son las intervenciones del enfermero especialista en enfermería médico-quirúrgica en persona en situación crítica que contribuyen al establecimiento de la comunicación con la persona sometida a ventilación mecánica invasiva. **Métodos:** revisión integrativa a través de investigación en bases de datos científicas y electrónicas (B-On, EBSCO y Pubmed), siendo incluidos artículos publicados en los últimos 5 años, a través de la utilización de descriptores en ciencias de la salud (DeCs). **Resultados:** la adopción de estrategias de comunicación, por los enfermeros con la persona sometida a la ventilación invasiva, surge como facilitadoras pues promueven una comunicación terapéutica, atendiendo a las necesidades específicas de cada paciente y promueven un sentimiento de satisfacción por parte de los enfermeros. **Conclusiones:** La intervención del enfermero especialista en enfermería médico-quirúrgica en persona en situación crítica en el proceso de comunicación con la persona con necesidad de ventilación invasiva es realizada a través de estrategias de comunicación como movimientos sí / no, preguntas simples, uso de dispositivos / aplicaciones informáticos, amplificadores de audición, utilización de cuadros, gestos, lenguaje corporal y lectura de los labios.

**Descriptores:** Enfermeros, Comunicación, Ventilación Artificial y Pacientes.

**APÊNDICE O. PÓSTER – CONTROLO DA COLONIZAÇÃO  
CRÍTICA NA ÚLCERA POR PRESSÃO COM RECURSO A  
COMPRESSA DE CLORETO DE DIAQUILCARBAMILO – UM  
ESTUDO DE CASO**

# Controlo da colonização crítica na úlcera por pressão com recurso a compressa de cloreto de diaquilcarbamilo - um estudo de caso

Perdigão, P<sup>a</sup>.; Fernandes, V.; Guerreiro, F.; Henriques, F.; Teixeira, H.; & Viegas, C.



## INTRODUÇÃO

Úlcera por Pressão é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção” (NPUAP/EPUAP, 2009). Este tipo de lesão é caracterizada por fatores de risco, extrínsecos e intrínsecos, que condicionam o seu aparecimento e a posterior cicatrização, sendo este conjunto multifactorial que tornam a abordagem a uma ferida deste tipo tão complexa e com resultados tão variáveis, sendo por isso imprescindível a melhor abordagem possível no seu tratamento. O objetivo deste trabalho é apresentar a evolução cicatricial de uma úlcera por pressão – estudo de caso - após aplicação de compressas de cloreto de diaquilcarbamilo.

Lavagem com água potável + aplicação de compressa de cloreto de diaquilcarbamilo + poliuretano superabsorvente



- Exsudado purulento em grande quantidade.
- Odor intenso.

14.07.2018 Úlcera por Pressão de categoria IV no trocânter esquerdo de dimensões 6cm x 6cm 13.11.2018

## CONTEXTUALIZAÇÃO

- Senhora de 81 anos, residente no domicílio, totalmente dependente nas atividades de vida diárias, confinada ao leito, desde maio após alta de internamento anterior.
- Recorre ao Serviço de Urgência a 15.05.2018 por prostração, recusa alimentar, disúria e piúria. Fica internada por **Lesão Renal Aguda e Cistite**.
- **Antecedentes Pessoais:** Diabetes *Mellitus* tipo 2, Hipertensão Arterial, Enfarte Agudo do Miocárdio em 2005, internamento em março de 2018 para Artroplastia parcial da anca direita com prótese onde apresentou anemia e trombocitopenia com necessidade de transfusão de sanguínea, Tromboembolia venosa profunda do membro inferior direito e cistite.
- À entrada apresentava várias feridas, incluindo a úlcera por pressão em estudo. Aplicada superfície dinâmica de células grandes de 18cc.
- Durante o internamento até à data (13.11.2018) teve várias intercorrências: infeções respiratórias, infeção por *Klebsiella pneumoniae* ESBL no sangue e infeção por *Escherichia coli* produtora de carbapenemases na urina.
- Necessidade de entubação nasogástrica por disfagia severa a 17.05.2018, para alimentação e hidratação. Realizadas tentativas de aumento do aporte nutricional, não tendo tolerado mais de 500 mililitros de alimentação normocalórica/normoproteica.

Diminuição de:

- Odor;
  - Quantidade de exsudado;
  - Frequência da realização do penso.
- Ausência de exsudado purulento.

Tabela 1 – Valores analíticos durante o internamento

Valores analíticos	15/05/2018	25/06/2018	28/08/2018	12/10/2018	08/11/2018
Hemoglobina (g/dL)	13,2	7,3	7,3	7,4	9,2
Leucócitos (x10 <sup>9</sup> /L)	11,7	5,1	6,5	5,1	6,3
Glicose (mg/dL)	287	111	119	110	149
Proteína C Reativa (mg/L)	282	15	125	58	84

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem multifatorial é fundamental no tratamento da úlcera por pressão. Com o caso descrito podemos observar um conjunto de fatores que dificultaram todo o processo de cicatrização. No entanto, tornou-se evidente que o uso do cloreto de diaquilcarbamilo foi uma ferramenta valiosa na redução da colonização crítica da úlcera em estudo, permitindo uma evolução favorável no processo de cicatrização embora em condições muito desfavoráveis. Com a realização do presente estudo de caso, concluiu-se a importância de recorrer a um tratamento adequado à pessoa doente com recurso a materiais que promovam o máximo de eficácia e eficiência possíveis.

## BIBLIOGRAFIA

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), 2009  
 Maia, R. A. (Setembro 2012). *Úlceras de Pressão: Prevalência e Caracterização em Hospitais na região Norte de Portugal*. Porto: Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde.

**APÊNDICE P. ARTIGO – A SATISFAÇÃO DAS PESSOAS  
DOENTES E FAMÍLIA COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM  
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



### 2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

2018-2019

Unidade Curricular: **ESTÁGIO FINAL**

# A SATISFAÇÃO DAS PESSOAS DOENTES E FAMILIARES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

**Docente:**

*Professora Doutora Dulce Santiago*

**Enf.<sup>a</sup> Tutora:**

Ana Agostinho

**Discente:**

*Patrícia Perdigão, nº 170531063*

Faro, 2019

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



### 2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

2018-2019

Unidade Curricular: **ESTÁGIO FINAL**

# A SATISFAÇÃO DAS PESSOAS DOENTES E FAMILIARES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

**Docente:**

*Professora Doutora Dulce Santiago*

**Enf.<sup>a</sup> Tutora:**

Ana Agostinho

**Discente:**

*Patrícia Perdigão, nº 170531063*

Faro, 25 de janeiro de 2019

**A SATISFAÇÃO DAS PESSOAS DOENTES E FAMILIARES  
COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE  
URGÊNCIA**

**SATISFACTION OF PATIENTS AND FAMILY WITH NURSING  
CARE IN THE EMERGENCY SERVICE**

**LA SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS ENFERMOS COM LOS  
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SERVIÇO DE URGENCIA**

Patrícia Perdigão<sup>1</sup>

Dulce Santiago<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira no Serviço de Medicina Interna 2B do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro; Mestranda em Enfermagem no Instituto Politécnico de Setúbal.

<sup>2</sup> Docente na Escola Superior de Saúde de Beja – Instituto Politécnico de Beja; Doutora em Enfermagem; Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a satisfação das pessoas doentes e dos seus familiares com os cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência (SU) de um Hospital do Sul de Portugal.

**Métodos:** Estudo exploratório e descritivo, sustentado quantitativa através da aplicação do formulário Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem – SUCEH<sub>21</sub>.

**Resultados:** A amostra é composta por 96 pessoas. Foram avaliadas as seis dimensões da SUCEH<sub>21</sub>. Em quatro das dimensões estudadas, as pessoas responderam positivamente em relação aos cuidados de enfermagem prestados (em todos os itens avaliados mais de 50% das pessoas responderam Sempre e Satisfeito).

**Conclusões:** A satisfação é um conceito multifatorial, que resulta do equilíbrio entre as expectativas e a perceção dos cuidados recebidos. As pessoas doentes e os seus familiares sentem-se satisfeitos com a forma como foram recebidos pelos enfermeiros no hospital, ou seja, com o acolhimento realizado, simpatia e paciência demonstrada pelos enfermeiros, assim como relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitavam e à forma como explicavam as coisas.

**Palavras-chave:** Satisfação, Cuidados de Enfermagem, Serviço de Urgência

## SUMMARY

**Objective:** To evaluate the patient and their family' satisfaction with nursing care in the emergency department of a Hospital in the south of Portugal.

**Methods:** Exploratory and descriptive study, sustained in a quantitative approach through the application of people satisfaction with nursing care form – SUCEH21.

**Results:** The sample consisted of 96 persons. The six dimensions of the SUCEH21 were evaluated. In four of the studied dimensions, people responded positively in relation to the nursing care provided (in all items evaluated more than 50% of the people answered always and satisfied).

**Conclusions:** Satisfaction is a multifactorial concept, which results from the balance between the expectations and the perception of the care received. The patient and their family are satisfied with the way they were received by the nurses in the hospital, that is, with the embracement performed, sympathy and patience shown by the nurses, as well as regarding the knowledge that the Nurses had about the care they needed and how they explained things.

**Keywords:** satisfaction, nursing care, urgency service

## RESUMEN

**Objetivo:** evaluar la satisfacción de las personas enfermas y sus familiares con cuidados de enfermería en el Departamento de emergencias de un hospital en el sur de Portugal.

**Métodos:** estudio exploratorio y descriptivo, sostenido en un enfoque cuantitativo a través de la aplicación de la satisfacción del usuario con el formulario de atención de enfermería – SUCEH21.

**Resultados:** la muestra consistió en 96 individuos. Se evaluaron las seis dimensiones del SUCEH21. En cuatro de las dimensiones estudiadas, las personas respondieron positivamente en relación con la atención de enfermería proporcionada (en todos los artículos evaluados más del 50% de las personas contestadas siempre y satisfechas).

**CONCLUSIONES:** la satisfacción es un concepto multifactorial, que resulta del equilibrio entre las expectativas y la percepción de la atención recibida. La gente enferma y sus parientes están satisfechos con la forma en que fueron recibidos por las enfermeras en el hospital, es decir, con la embriacación realizada, la simpatía y la paciencia demostrada por las enfermeras, así como en cuanto al conocimiento de que el Las enfermeras tenían sobre el cuidado que necesitaban y cómo explicaban las cosas.

**Palabras clave:** satisfacción, atención de enfermería, servicio de urgencia

**APÊNDICE Q. ORIENTAÇÕES SOBRE O PLANO DE  
CATÁSTROFE DO CHUA PARA O SERVIÇO DE MEDICINA 2B**

## Plano de Catástrofe – Serviço de Medicina 2B

# Orientações Gerais do Plano de Catástrofe do CHUA – Faro para o Serviço de Medicina 2B

### ELEMENTOS DA EQUIPA POR TURNO

No serviço de Medicina 2B, caso exista uma situação de catástrofe e seja ativado o respetivo Plano de Catástrofe do CHUA – Faro (Anexo 1), os elementos de serviço deverão seguir as indicações preconizadas nos cartões de ação (Apêndice 1).”

### MOBILIZAÇÃO DE PESSOAL

Para efetivar o desimpedimento do espaço do SU, o Serviço de Medicina 2B é um dos serviços que primeiramente receberá os doentes em maca da área médica.

O papel do telefonista deverá ser poupado para chamadas do exterior para o hospital.

### ÁREAS DE INTERVENÇÃO

**Zona das Famílias:** Localiza-se no átrio do edifício do serviço, havendo neste local profissionais para o fornecimento de informação e apoio.

**Zona para os filhos dos funcionários** – caso seja necessário que os profissionais com filhos se apresentem ao serviço, poderão deixar os seus filhos no serviço de pediatria onde estará uma educadora que tomará conta dos mesmos.

**Ponto de encontro dos profissionais** – na sala de estar da UCIP para os profissionais que se encontram de serviço e no auditório para os profissionais que se deslocam do exterior.

No final da situação deverá ser realizado um *Debriefing* com todos os elementos envolvidos.

Janeiro de 2019

Realizado por: Enf.<sup>a</sup> Carla Valente, Enf.<sup>a</sup> Débora Martins e Enf.<sup>a</sup> Patrícia Perdigão

---

# Enf. Chefe de Turno

Plano de Catástrofe

CHUA – FARO

Serviço de Medicina 2B

Realizado: janeiro 2019

---

## Cartão de Ação #1

### Prioridades

1. Articulação com o chefe de equipa de enfermagem do SU.
2. Articulação com os elementos da equipa do serviço.

### Ações

1. Toma conhecimento da ativação do Plano de Catástrofe.
2. Reúne com a equipa para distribuir os cartões de ação.
3. Reorganiza a equipa de forma a colaborar com o SU na evacuação de doentes.
4. Reorganiza o serviço de forma a receber os doentes evacuados.
5. Coordena os AO na reorganização de equipamentos e materiais de apoio.
6. Colabora com a equipa na prestação de cuidados aos doentes.

### Avaliação

1. Avaliar continuamente a resposta
2. Ajustar continuamente à realidade, com conhecimento do Enf. de Coordenação.

### INTERLOCUTORES

- Enf. Chefe de equipa do SU
- Enf. de Coordenação

### PERFIL

- Enf.<sup>a</sup> Chefe do serviço, na sua ausência Enfermeiro Chefe de turno.

---

# Enfermeiros

**Plano de Catástrofe**

**CHUA – FARO**

**Serviço de Medicina 2B**

Realizado: janeiro 2019

---

## Cartão de Ação #2

### Prioridades

1. Articulação com o chefe de turno.
2. Avaliação das necessidades dos doentes.
3. Prestação de cuidados

### Ações

1. Vigiar e avaliar possíveis sinais de agravamento do estado dos doentes.
2. Prestar cuidados de enfermagem.

### Avaliação

1. Avaliar continuamente a resposta.

### INTERLOCUTORES

- Enf. Chefe de turno do serviço.

### NÃO ESQUECER

- Avaliação ABCDE.

### PERFIL

- Qualquer enfermeiro.

---

# Assistentes Operacionais

**Plano de Catástrofe**

**CHUA – FARO**

**Serviço de Medicina 2B**

Realizado: janeiro 2019

---

## Cartão de Ação #3

### Prioridades

1. Mostrar disponibilidade para as intervenções necessárias.

### Ações

1. Prepara o serviço para receber os doentes evacuados.
2. Prepara equipamento e material de apoio.
3. Auxilia o enfermeiro.

### INTERLOCUTORES

- Enfermeiros.
- Enf. Chefe de turno do serviço.

### NÃO ESQUECER

- Manter a disponibilidade para ajustar o seu trabalho às necessidades do momento.

### PERFIL

- Qualquer assistente operacional.

---

# Médicos

## Cartão de Ação #4

---

### Plano de Catástrofe

#### CHUA – FARO

#### Serviço de Medicina 2B

Realizado: janeiro 2019

#### Prioridades

1. Tratamento dos doentes admitidos para tratamento.
2. Acautelar que todos os registos clínicos sejam feitos.

#### Ações

1. Dar alta clínica a todos os doentes que não necessitem de cuidados inadiáveis.
2. Verificar toda a documentação dos doentes.
3. Avaliar os doentes internados.

#### Avaliação

1. Avaliar continuamente a resposta.

#### INTERLOCUTORES

- Chefe de equipa do SU.
- Enf. Chefe de turno do serviço.
- Médico coordenador das enfermarias médicas


#### NÃO ESQUECER

- Avaliação ABCDE.
- Alta a todos os doentes que puderem sair.
- Requisição de transporte aos doentes com alta, se necessário.

#### PERFIL

- Qualquer médico (preferencialmente) do serviço.
- Qualquer interno (preferencialmente) do serviço.

**APÊNDICE R. NORMA DE PROCEDIMENTO DE  
ENFERMAGEM PARA A PREPARAÇÃO DA PESSOA PARA  
INTERVENÇÃO CIRÚRGICA E/OU IMOBILIZAÇÃO GESSADA  
NO SERVIÇO**

 <p>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</p>	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM</b>	<b>N.º</b> <b>DATA:</b>	<b>Página</b> <b>1/10</b>
<b>ASSUNTO:</b>  <b>PREPARAÇÃO DA PESSOA PARA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA E/OU IMOBILIZAÇÃO GESSADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CHUA – UNIDADE DE FARO</b>		<b>ELABORADO e REVISTO POR:</b>  <p style="text-align: right;">Em:</p>	
<b>DIVULGAÇÃO:</b>  <p style="text-align: center;">MANUAL HOSPITALAR</p> <p style="text-align: center;">MANUAL HOSPITALAR – Capítulo -</p>		<b>APROVADO POR:</b>  <p style="text-align: center;">Documento Aprovado</p> <p style="text-align: center;">Original Arquivado</p>	
<b>ENTRADA EM VIGOR:</b>		<b>A REVER EM:</b>	
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b> Enfermagem, Infecção do Local Cirúrgico, Serviço de Urgência			

## I – POLÍTICA E DEFINIÇÃO

A presente norma de procedimento de enfermagem consiste no conjunto de intervenções que deverão ser realizadas às pessoas às quais se planeia realização de cirurgia e/ou necessidade de imobilização gessada e que se encontram no Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) – Unidade de Faro.


## II – OBJETIVOS

- Otimizar os cuidados de enfermagem pré-operatórios, minimizando o risco de Infecção do Local Cirúrgico (ILC) e o risco de complicações pós-operatórias.
- Otimizar os cuidados de enfermagem prévios à imobilização gessada, minimizando o risco de complicações da colocação da mesma.

## III – ORIENTAÇÕES

### A) Responsabilidade do cumprimento das intervenções

- Enfermeiro (a).

 <p>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</p>	<b>PREPARAÇÃO DA PESSOA PARA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA E/OU IMOBILIZAÇÃO GESSADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CHUA</b>	<b>N.º</b>  <b>DATA:</b>	<b>Página</b> <b>2/10</b>
---	---	--------------------------------	------------------------------

**B) Material Necessário**


- Solução cutânea de clorhexidina a 2%.
- Esponja impregnada de clorhexidina a 2%.
- Solução oral de gluconato de clorhexidina a 0,2%.
- Máquina para tricotomia.
- Pentas descartáveis para máquina de tricotomia
- Acetona.
- Bata descartável.
- Touca descartável.
- Lençóis.
- Secador.

**C) Procedimento**

<b>PROCEDIMENTO GERAL</b>	
<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Justificação</b>
<p>Confirmar a identificação fidedigna da pessoa: primeiro e último nome, data de nascimento e o número de processo clínico na instituição (confirmar com a pessoa e na pulseira identificativa).</p>	<p>Dar cumprimento às Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009 (DGS, 2010).</p> <p>Dar cumprimento à Orientação nº018/2011 da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2011).</p> <p>Dar cumprimento ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 no seu Objetivo Estratégico 5: “Assegurar a Identificação Inequívoca dos Doentes” (Despacho nº1400-A/15, de 10 de fevereiro).</p>
<p>Informar e solicitar consentimento à pessoa doente e/ou família das intervenções e procedimentos a realizar.</p>	<p>Garantir o direito à informação.</p> <p>Diminuir ansiedade.</p>
<p>Remover roupas, adornos, próteses dentárias/auditivas da pessoa doente.</p>	<p>Prevenir acidentes.</p> <p>Promover a segurança e integridade dos bens.</p>
<p>Supervisionar a realização de espólio dos pertences da pessoa doente (sempre que o doente esteja desorientado ou confuso, em estado de sonolência ou tiver sido sedado, independentemente da causa).</p>	<p>Dar cumprimento à Circular Normativa nº45/07 (CHUA, 2007).</p>
<p>Confirmar o registo de espólio em notas.</p>	<p>Dar cumprimento à Circular Normativa nº45/07 (CHUA, 2007).</p>

Entregar os pertences aos familiares, se não existir suspeita de crime e com consentimento da pessoa doente.	
Promover unhas limpas e curtas da pessoa doente.	Permitir a visualização da coloração do leito ungueal – vigiar sinais de compromisso neurocirculatório.
Remover verniz das unhas da pessoa doente.	Permitir avaliação da saturação periférica de oxigénio.
<b>PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA</b>	
Avaliar integridade cutânea e informar o médico responsável.	Identificar e corrigir ou minimizar fatores de risco.
Avaliar glicemia capilar – manter normoglicemia ( $\leq 180$ mg/dl).	Dar cumprimento à Norma nº 020/2015 da DGS (DGS, 2015a).  Informar o médico do valor de forma a ser corrigida hiperglicemia (glicemia capilar $>180$ mg/dL) ou hipoglicemia (glicemia capilar $<70$ mg/dL).
Avaliar temperatura central – manter normotermia ( $\geq 35,5$ °C)	Dar cumprimento à Norma nº 020/2015 da DGS (DGS, 2015a).  Informar o médico do valor de forma a ser corrigida hipotermia (temperatura timpânica $<35$ °C) ou hipertemia/febre (temperatura timpânica $>38$ °C).
Caso seja absolutamente necessário realizar tricotomia, deverá ser utilizada máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica.	Dar cumprimento às Normas nº 020/2015 (DGS, 2015a) e nº 024/2013 (DGS, 2013), da DGS.
Realizar ou providenciar banho com clorhexidina a 2%, preferencialmente com pelo menos 2 horas de antecedência, incluindo o couro cabeludo, garantindo que o cabelo está bem seco antes da ida para o bloco operatório.	Dar cumprimento às Normas nº 020/2015 (DGS, 2015a), nº 018/2014 (DGS, 2015b) e nº 024/2013 (DGS, 2013), da DGS.
Vestir bata descartável à pessoa doente.	Reduzir risco de infeção.
Colocar touca na pessoa doente.	

Mudar roupa da cama e/ou maca de transporte para o bloco operatório após o banho.	Reduzir risco de infeção.
Realizar ou providenciar a higiene da cavidade oral com gluconato de clorhexidina a 0,2%, antes da ida para o bloco operatório.	Dar cumprimento à Norma nº 021/2015 da DGS (DGS, 2015c).  Reduzir a flora bacteriana antes da intubação endotraqueal.
Identificar a hora da última ingesta.	Cumprimento das Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009 (DGS, 2010).
Garantir dieta zero.	Evitar a possibilidade de vómito e consequente aspiração do conteúdo para as vias respiratórias, durante a cirurgia.
Incentivar a eliminação vesical e intestinal.	Evitar incontinência vesical e/ou intestinal, distensão da bexiga e/ou abdominal durante o período intraoperatório.  Prevenir obstipação no período pós-operatório.
Colocar dois acessos venosos periféricos nº 18, sempre que possível.	Garantir acesso venoso para administração de fluidos, indução anestésica e outra terapêutica.
Verificar se todos os procedimentos pré-operatórios foram realizados.	Cumprimento das Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009 (DGS, 2010).  Garantir o cumprimento das intervenções.
Transferir a pessoa para o Bloco Operatório na cama/maca e levar processo clínico.	Promover a continuidade dos cuidados.
Transmitir as informações clínicas da pessoa ao enfermeiro do bloco operatório.	

 <p>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</p>	<p><b>PREPARAÇÃO DA PESSOA PARA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA E/OU IMOBILIZAÇÃO GESSADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CHUA</b></p>	<p>N.º  DATA:</p>	<p>Página  5/10</p>
---	--	---------------------------	-----------------------------

<p><b>PREPARAÇÃO DA PESSOA COM NECESSIDADE DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA</b></p>	
<p>Avaliar integridade cutânea e informar o médico responsável.</p>	<p>Identificar e corrigir ou minimizar fatores de risco.</p>
<p>Realizar higiene prévia do local onde será colocada a imobilização gessada, com esponja impregnada com clorhexidina a 2%.</p>	<p>Redução da colonização bacteriana da pele.</p>

#### **D) Orientações Práticas**


No SU existem duas casas de banho com chuveiro: uma em frente à Unidade de Cuidados Intermédios do SU (UCINT) e outra com chuveiro e banho assistido junto ao Balcão Médico-Cirúrgico 2. Desta forma, é possível que todas as pessoas realizem o banho pré-operatório como referido nesta norma. É necessária articulação por parte dos profissionais envolvidos para que as pessoas sejam encaminhadas a uma dessas casas de banho, conforme disponibilidade do serviço.

O secador de cabelo encontra-se no gabinete do Enfermeiro Chefe do SU.

A higiene corporal e da boca da pessoa poderá ser realizada pela própria ou com o apoio de familiar ou do Assistente Operacional do SU, sempre com supervisão de enfermagem.

#### **IV – REGISTOS**

- Procedimentos realizados.
- Integridade cutânea.
- Perceção que a pessoa demonstra face à situação (compreensão do procedimento a ser executado).
- Quando não for possível realizar as intervenções apresentadas nesta norma, é necessário que sejam justificadas em notas, no processo da pessoa.

 <p>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</p>	<p><b>PREPARAÇÃO DA PESSOA PARA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA E/OU IMOBILIZAÇÃO GESSADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CHUA</b></p>	<p>N.º  DATA:</p>	<p><b>Página 6/10</b></p>
---	--	---------------------------	-------------------------------

## V – AVALIAÇÃO

A avaliação da implementação da presente Norma de Procedimentos de Enfermagem é contínua e realizada de forma direta através de processos de auditoria interna, com a aplicação de Instrumentos de Auditorias Clínicas, referentes à preparação pré-cirúrgica e à preparação da pessoa com necessidade de imobilização gessada, que se encontram em Apêndices 1 e 2 respetivamente. Posteriormente, a presente norma poderá ser avaliada de forma secundária com a monitorização que é realizada no departamento cirúrgico do hospital, nomeadamente em cada serviço, com a avaliação da incidência de infeção do local cirúrgico.


## VI – FUNDAMENTAÇÃO

De forma a dar resposta à necessidade de prevenir as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e o Aumento da Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos (RAM), em 2013, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) (DGS, 2015d, p.9).

Em dezembro de 2015, a DGS divulga a implementação dos feixes de intervenções – *Bundles* - do PPCIRA de prevenção de pneumonia associada à intubação, de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central, de prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical e de prevenção de infeção do local cirúrgico. Estas infeções são as infeções nosocomiais mais frequentes, estando diretamente relacionadas com o aumento da morbilidade, mortalidade e custos em saúde (DGS, 2015d, p.35).

A ILC é definida como a infeção que ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (incisional ou órgão/espaço), durante os primeiros trinta dias após o procedimento cirúrgico, ou até um ano se se tratar da colocação de uma prótese ou implante/transplante (DGS, 2015a, p.5).

Segundo a DGS (2015, p.6), cada ILC acresce entre 7 a 11 dias de internamento e aumenta o risco de morte de 2 a 11 vezes (DGS, 2015a, p.6).

 <p>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</p>	<p><b>PREPARAÇÃO DA PESSOA PARA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA E/OU IMOBILIZAÇÃO GESSADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CHUA</b></p>	<p>N.º  DATA:</p>	<p><b>Página</b> 7/10</p>
---	--	---------------------------	-------------------------------


A criação de “feixes de intervenções” e o conseqüente cumprimento das mesmas, estima que 60% das ILC sejam evitadas (DGS, 2015a, p.6).

A ILC está diretamente relacionada com o procedimento cirúrgico. No entanto, o risco de ocorrer depende de fatores intrínsecos ao doente (idade, antecedentes pessoais de doença como obesidade, diabetes, entre outros), assim como de fatores cirúrgicos, nomeadamente na preparação pré-cirúrgica, na duração do ato cirúrgico e na assepsia durante o procedimento (DGS, 2013, p.6). Desta forma, a prevenção da ILC implica o cumprimento de várias medidas, nomeadamente na adequada preparação pré-operatória da pessoa, na técnica cirúrgica assética e nos cuidados pós-operatórios.


Os microrganismos que geralmente causam ILC pertencem à flora microbiana do doente. Assim, a utilização de antisséptico tem como objetivo reduzir o número de microrganismos existentes na pele da pessoa que, embora possam existir em pequeno número, encontram na ferida cirúrgica condições propícias à sua proliferação (DGS, 2013, p. 6).

A Vigilância Epidemiológica da ILC (VE ILC) em Portugal é realizada em 54 unidades hospitalares (com tutela do Estado, Setor Privado ou Social), sendo acompanhados sete grupos de procedimentos: colecistectomias, cirurgias de cólon e reto, cesarianas, artroplastias da anca e do joelho, laminectomias e as associadas a bypass coronário. No Relatório Anual do Programa Prioritário 2018 da DGS, é referido que “a incidência cumulativa de ILC por 100 cidadãos submetidos a cirurgia reduziu 12,76% face a 2013” (DGS, 2018, p.4).

Já em 2009, a OMS havia emitido Orientações para a Cirurgia Segura, pois as complicações cirúrgicas evitáveis representavam uma grande proporção de lesões e até mesmo causas de mortes dos doentes (DGS, 2010, p.3). Neste mesmo documento, são descritas todas as etapas que promovem a cirurgia segura. É enaltecido que mesmo nos procedimentos mais simples, nada pode ser descurado, pois se existir uma falha durante o processo, poderá ser potenciadora de causar dano ao doente, nomeadamente desde a identificação correta do doente e do local da cirurgia, até à garantia da esterilização dos dispositivos (DGS, 2010, p.5).

 <p>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</p>	<p><b>PREPARAÇÃO DA PESSOA PARA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA E/OU IMOBILIZAÇÃO GESSADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CHUA</b></p>	<p><b>N.º</b> <b>DATA:</b></p>	<p><b>Página</b> <b>8/10</b></p>
---	--	------------------------------------	--------------------------------------

Em suma, é evidente que a divulgação de normas de boas práticas baseadas nas recomendações mais recentes, assim como a verificação do seu cumprimento, têm como objetivo a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem de forma a promover a qualidade de vida da pessoa e, conseqüentemente, diminuir os custos em saúde.

 <p>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</p>	<p><b>PREPARAÇÃO DA PESSOA PARA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA E/OU IMOBILIZAÇÃO GESSADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CHUA</b></p>	<p>N.º  DATA:</p>	<p>Página 9/10</p>
---	--	---------------------------	------------------------

## BIBLIOGRAFIA

American Psychological Association (2016). *Manual de estilo da APA: regras básicas*.  
Porto Alegre: Artmed.

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2007). *Circular Normativa – Espólio de Doentes*. Número: 45/07. Data: 24/07/2007.

Despacho n.º1400-A/15 de 10 de fevereiro. *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. *Diário da República, II série – N.º 28*.

Direção-Geral da Saúde (2010). *Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS: 2009 Cirurgia Segura Salva Vidas*. Versão Portuguesa, Direção-Geral da Saúde.


Direção-Geral da Saúde (2011). *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. Número: 018/2011. Data: 23/05/2011.

Direção-Geral da Saúde (2013). *Norma: Prevenção da infeção do local cirúrgico*. Número: 024/2013. Data: 23/12/2013

Direção-Geral da Saúde (2014). *Norma: Profilaxia antibiótica cirúrgica na criança e no adulto*. Número: 031/2013. Data: 31/12/2013. Atualização: 18/12/2014

Direção-Geral da Saúde (2015a). *Norma: “Feixe de Intervenções” de prevenção de infeção de local cirúrgico*. Número: 020/2015. Data: 15/12/2015.


Direção-Geral da Saúde (2015b). *Norma: Prevenção e controlo de colonização e infeção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados*. Número: 018/2014. Data: 09/12/2014. Atualização: 27/07/2015.

 <p>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</p>	<p><b>PREPARAÇÃO DA PESSOA PARA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA E/OU IMOBILIZAÇÃO GESSADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CHUA</b></p>	<p>N.º  DATA:</p>	<p><b>Página</b> <b>10/10</b></p>
---	--	---------------------------	---------------------------------------

Direção-Geral da Saúde (2015c). *Norma: “Feixe de Intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação*. Número: 021/2015. Data: 16/12/2015.

Direção-Geral da Saúde (2015d). *Portugal: Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos em números – 2015*.

Direção-Geral da Saúde (2018). *Infeções e resistências aos antimicrobianos – Relatório anual do programa prioritário*.

 <p>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</p>	<p><b>PREPARAÇÃO DA PESSOA PARA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA E/OU IMOBILIZAÇÃO GESSADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CHUA</b></p>	<p><b>N.º</b></p> <p><b>DATA:</b></p>	
---	--	---------------------------------------	--

## **APÊNDICE 1**

## AUDITORIA À NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

### PREPARAÇÃO DA PESSOA PARA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

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

Observador: \_\_\_\_\_

Critérios	Observação	Doente	Doente	Doente	Doente	Doente
		1	2	3	4	5
1. A identificação da pessoa doente foi confirmada.	Sim					
	Não					
	N/A					
2. Foi solicitado consentimento sobre as intervenções e procedimentos a realizar foi dada à pessoa e/ou família.	Sim					
	Não					
	N/A					
3. A remoção de roupas, adornos, próteses dentárias/auditivas da pessoa doente foi efetuada.	Sim					
	Não					
	N/A					
4. O enfermeiro supervisionou a realização do espólio dos pertences da pessoa doente pelo Assistente Operacional.	Sim					
	Não					
	N/A					
5. Os pertences da pessoa foram entregues aos familiares, se não existir suspeita de crime e com consentimento da pessoa doente.	Sim					
	Não					
	N/A					
6. A pessoa doente apresenta unhas limpas e curtas.	Sim					
	Não					
	N/A					
7. Foi realizada remoção de verniz das unhas da pessoa doente.	Sim					
	Não					
	N/A					

8. A avaliação da integridade cutânea foi realizada.	Sim					
	Não					
	N/A					
9. O valor de glicemia do doente manteve-se inferior a 180mg/dL.	Sim					
	Não					
	N/A					
10. A temperatura corporal do doente manteve-se dentro dos parâmetros normais (36-37°C)	Sim					
	Não					
	N/A					
11. A tricotomia foi efetuada com máquina de corte imediatamente antes do banho.	Sim					
	Não					
	N/A					
12. O banho foi realizado com clorhexidina a 2%.	Sim					
	Não					
	N/A					
13. O cabelo da pessoa doente encontra-se visivelmente limpo e seco.	Sim					
	Não					
	N/A					
14. A pessoa doente vestiu bata descartável.	Sim					
	Não					
	N/A					
15. A pessoa doente tem touca descartável.	Sim					
	Não					
	N/A					
16. A roupa da cama e/ou maca de transporte para o bloco operatório foi mudada.	Sim					
	Não					
	N/A					


17. A higiene da cavidade oral da pessoa doente foi realizada com gluconato de clorohexidina a 0,2%, antes da ida para o bloco operatório.	Sim					
	Não					
	N/A					
18. A hora da última ingesta da pessoa doente foi questionada.	Sim					
	Não					
	N/A					
19. A pessoa doente encontra-se em dieta zero.	Sim					
	Não					
	N/A					
20. A eliminação vesical e intestinal foi incentivada/promovida.	Sim					
	Não					
	N/A					
21. Foi colocado cateter venoso periférico nº 18.	Sim					
	Não					
	N/A					
22. A antibioterapia profilática foi cumprida dentro dos 60 minutos anteriores à ida para o bloco operatório.	Sim					
	Não					
	N/A					
23. O processo clínico acompanhou a pessoa doente para o bloco operatório.	Sim					
	Não					
	N/A					
24. Foram transmitidas as informações clínicas da pessoa doente ao enfermeiro do bloco operatório, pelo enfermeiro do SU.	Sim					
	Não					
	N/A					

Legenda:

Sim = Intervenção Realizada.

Não= Intervenção Não Realizada

N/A= Não Aplicável

 <p>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</p>	<p><b>PREPARAÇÃO DA PESSOA PARA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA E/OU IMOBILIZAÇÃO GESSADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CHUA</b></p>	<p><b>N.º</b></p> <p><b>DATA:</b></p>	
---	--	---------------------------------------	--

## **APÊNDICE 2**

**AUDITORIA À NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PREPARAÇÃO DA PESSOA COM NECESSIDADE DE IMOBILIZAÇÃO**  
**GESSADA**

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

Observador: \_\_\_\_\_

Critérios	Observação	Doente	Doente	Doente	Doente	Doente
		1	2	3	4	5
1. A identificação da pessoa doente foi confirmada.	Sim					
	Não					
	N/A					
2. Foi solicitado consentimento sobre as intervenções e procedimentos a realizar foi dada à pessoa e/ou família.	Sim					
	Não					
	N/A					
3. A remoção de roupas, adornos, próteses dentárias/auditivas da pessoa doente foi efetuada.	Sim					
	Não					
	N/A					
4. O enfermeiro supervisionou a realização do espólio dos pertences da pessoa doente pelo Assistente Operacional.	Sim					
	Não					
	N/A					
5. Os pertences da pessoa foram entregues aos familiares, se não existir suspeita de crime e com consentimento da pessoa doente.	Sim					
	Não					
	N/A					

6. A pessoa doente apresenta unhas limpas e curtas.	Sim					
	Não					
	N/A					
7. Foi realizada remoção de verniz das unhas da pessoa doente.	Sim					
	Não					
	N/A					
8. A avaliação da integridade cutânea foi realizada.	Sim					
	Não					
	N/A					
9. A higiene do local onde foi colocada a imobilização gessada, foi previamente realizada com esponja impregnada com clorhexidina a 2%.	Sim					
	Não					
	N/A					

Legenda:

Sim = Intervenção Realizada.

Não= Intervenção Não Realizada.

N/A= Não Aplicável.

## **ANEXOS**

**ANEXO A. AUTORIZAÇÃO DADA PARA UTILIZAÇÃO DO  
FORMULÁRIO SUCEH<sub>21</sub>**

## RE: Autorização para a Utilização da Escala de Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem



Ana Leonor <ana@esenf.pt>  
29/10/2018 20:05



Para: 'Patrícia Perdigão'

**Assunto:** Autorização da aplicação do Formulário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem (SUCEH)

---

Ana Leonor Alves Ribeiro, professora coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto, autora do Formulário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem (SUCEH) vem por este meio, autorizar a utilização do referido formulário, desde que respeitados os passos para a sua correta utilização, para avaliar a satisfação dos utentes em contexto hospitalar com os cuidados de enfermagem no CHUA-Faro.

Porto, 29 de Outubro de 2018.

*Ana Leonor Ribeiro*, RN, MSc, PhD  
Professora-Coordenadora da ESEP  
UCP-GSS - Unidade Científico-Pedagógica: Gestão de Sinais e Sintomas  
NursID: CINTESIS/ESEP

Escola Superior de Enfermagem do Porto  
Rua Dr. António Bernardino de Almeida  
4200-072 PORTO  
Telefones: 225 073 500 - Fax: 225 096 337  
Correio electrónico: [ana@esenf.pt](mailto:ana@esenf.pt)  
Web: <http://portal.esenf.pt>



---

**De:** Patrícia Perdigão <[patricia\\_cst\\_pr@hotmail.com](mailto:patricia_cst_pr@hotmail.com)>

**Enviada:** 29 de outubro de 2018 12:44

**Para:** [ana@esenf.pt](mailto:ana@esenf.pt)

**Assunto:** Utilização da Escala de Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem

Bom dia.

Eu, Patrícia Isabel Castelo Perdigão, enfermeira no Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (CHUA) - Unidade de Faro e estudante de Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, estou a desenvolver o meu Projeto de Intervenção em Serviço com o Tema Acolhimento do Doente e Família/Pessoas Significativas no Serviço de Urgência.

O Estágio está a ser desenvolvido no Serviço de Urgência do CHUA-Faro. Desta forma, com o objetivo de avaliar a satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem realizei pesquisa bibliográfica, tendo encontrado inúmeras referências ao trabalho por si desenvolvido.

A sua escala de avaliação - SUCEH 21, encontra-se autorizada e validade para a população portuguesa, correto?

Desta forma, gostaria de solicitar a sua autorização, enquanto autora do trabalho, para a divulgação e utilização do questionário Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem (SUCEH 21), no CHUA-Faro.

Comprometo-me a respeitar todas as regras de utilização.

Obrigada pela atenção.

Com os melhores cumprimentos,  
Patrícia Perdigão

## **ANEXO B. FORMULÁRIO SUCEH<sub>21</sub>**



## SUCEH<sub>21</sub> ~ Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem

As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente aos cuidados de enfermagem durante a sua estadia no hospital

Se estes factos aconteciam:	Faça um círculo no			
	Sempre 3	Às vezes 2	Nunca 1	Não se aplica/Sem opinião 0
1 Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe (toda, alguma, nenhuma ) informação?	3	2	1	0
2 Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinios que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?	3	2	1	0
3 Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como o podiam ajudar quando necessitava)?	3	2	1	0
4 Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais...)?	3	2	1	0
5 Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?	3	2	1	0
7 Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	3	2	1	0
8 Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem (e se necessário voltavam a repetir a informação)?	3	2	1	0
9 Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informavam ou explicavam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para a si)?	3	2	1	0
10 Os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam (e porque era necessário fazê-los)?	3	2	1	0
15 Quando esteve internado, e necessitou de apoio era fácil obter ajuda dos enfermeiros?	3	2	1	0
18 Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados?	3	2	1	0
19 Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)?	3	2	1	0
23 Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia?	3	2	1	0
24 Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?	3	2	1	0
25 Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos utentes?	3	2	1	0
Se está:	Faça um círculo no			
	Satisfeito 3			
	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito 2			
	Insatisfeito 1			
	Não se aplica/ Sem opinião 0			
6 Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido)	3	2	1	0
11 Relativamente à forma como foi recebido pelos enfermeiros no hospital	3	2	1	0
16 Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoram a dar resposta às suas solicitações/pedidos	3	2	1	0
17 Relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a sua intimidade quando prestam cuidados (não o destapar, ou quando é necessário colocar biombos,...)	3	2	1	0
20 Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)	3	2	1	0
28 Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava	3	2	1	0

**Muito Obrigado** pelo tempo dispensado ao responder a este inquérito.

## **ANEXO C. CERTIFICADOS DE COAUTORIA DE PÓSTERES**



## CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

**C**ertifica-se que

**PATRÍCIA ISABEL CASTELO PERDIGÃO**

Membro n.º 78761 desta Ordem, participou no **III Congresso da Secção Regional do Sul**, que se realizou nos dias **5 e 6 de Dezembro de 2018**, no **Teatro das Figuras em Faro**, enquanto **Coautora do Póster**, com o título:

**ABORDAGEM ABCDE NA PESSOA COM CETOACIDOSE DIABÉTICA –  
CASO FICTÍCIO**

Coautores:  
Carla Valente  
Carlos Quitério  
Débora Martins  
Maria do Céu Marques  
Patrícia Perdigão

Faro, 6 de Dezembro de 2018.

O Presidente do Conselho Directivo Regional

Sérgio Branco

---

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,5** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e creditação de Actividades Formativas.



## CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

**C**ertifica-se que

**PATRÍCIA ISABEL CASTELO PERDIGÃO**

Membro n.º 78761 desta Ordem, participou no **III Congresso da Secção Regional do Sul**, que se realizou nos dias **5 e 6 de Dezembro de 2018**, no **Teatro das Figuras em Faro**, enquanto **Coautora do Póster**, com o título:

### **A COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO INVASIVA**

Coautores:  
Carla Valente  
Carlos Quitério  
Débora Martins  
Lurdes Martins  
Patrícia Perdigão

Faro, 6 de Dezembro de 2018.

O Presidente do Conselho Directivo Regional

**Sérgio Branco**

---

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,9** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e creditação de Actividades Formativas.

**ANEXO D. CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CONGRESSO  
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE TRATAMENTO DE FERIDAS  
2018**



# CERTIFICADO

Certifica-se que:

**Patrícia Isabel Castelo Perdigão**

Esteve presente no

**CONGRESSO APTFeridas '18,**

que se realizou nos dias  
**15 e 16 de Novembro de 2018,**  
no Pavilhão Multiusos de Gondomar, com a  
duração total de **16 horas**.

Porto, 16 de Novembro de 2018

Pe! A Comissão Organizadora

## CONGRESSO APTFERIDAS'18

14 + 15 + 16 NOVEMBRO  
PAVILHÃO MULTIUSOS DE GONDOMAR

O PRESIDENTE DA DIREÇÃO  
DA APTFERIDAS  
(Paulo Alves)

A PRESIDENTE DA COMISSÃO  
ORGANIZADORA  
(Anabela Moura)

COM O ALTO PATRÓNIO  
DE SUA EXCELÊNCIA



O Presidente da República

APOIO CIENTÍFICO

**FCT** Fundação  
para a Ciência  
e a Tecnologia

TRANSPORTADORA AÉREA OFICIAL

**TAP** AIRPORTUGAL



ENTIDADE  
FORMADORA  
CERTIFICADA

**ANEXO E. CERTIFICADO DO CURSO DE SUPORTE  
AVANÇADO DE VIDA**



EUROPEAN  
RESUSCITATION  
COUNCIL  
www.erc.edu

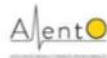
European Resuscitation Council vzw  
Emile Vanderveldelaan 35  
BE-2845 Niel - Belgium

# Patrícia Isabel Castelo Perdigão

20/10/1991

Received the ERC qualification  
**Advanced Life Support (ALS)**  
In Setúbal, Portugal

Miguel SANTOS  
Course Director



Date last course: 30/06/2018

**This certificate is valid from 30/06/2018 to 30/06/2023**

To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-854-607092

**ANEXO F – CERTIFICADO DO CURSO *INTERNATIONAL  
TRAUMA LIFE SUPPORT***



**ITLS**  
International  
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS  
 ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS  
 ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS  
 ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

# Certificate of Participation

**Patrícia Perdigão, RN**

**has completed the  
Advanced Provider Course**

**date**  
9/23/2018

**course site**  
IPS, Setubal,

**course director**  
Luis Cardoso MD

**course coordinator**  
Luis Figueiredo RN



**ITLS**  
International  
Trauma Life Support

*Improving Trauma Care Worldwide*

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).  
 Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 17-ITLS-P2-A1/02 CEH Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12300 Ford Road, Suite 300, Dallas, Texas 75224 - 972.247.4442 - jecoll@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0028)

\_\_\_\_\_  
Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support  
3000 Woodcreek Drive, Suite 200  
Downers Grove, IL 60515 [www.itrauma.org](http://www.itrauma.org)



**ITLS** 274292-33822  
International  
Trauma Life Support

**Patrícia Perdigão, RN**

has successfully completed the cognitive skills  
evaluation in accordance with the standards of  
International Trauma Life Support for this course.

**Advanced Provider Course**

Card Issue Date **9/23/2018** Expiration Date **09/2021**

Course Number **33822**

Course Location **IPS, Setubal.**

**ANEXO G. AUDITORIA AO CUMPRIMENTO DAS  
PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO**

## Guia: Auditoria às Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI)

### Guia auxiliar de preenchimento do formulário de auditoria ao cumprimento das PBCI

1. Por cada critério, os itens podem ser avaliados através de duas vias ou fontes de obtenção de dados: por observação e/ou por entrevista ou questão dirigida.
  - a) Nas alíneas com os dois métodos de avaliação, deverá o Auditor, sinalizar com um ✓ o método pelo qual optou.

Exemplo:

✓ Obs./Entr.	2.7. Utiliza avental no contacto direto com os doentes
Obs./Entr. ✓	2.7. Utiliza avental no contacto direto com os doentes

### 2. Auditoria pela metodologia de observação

- a) A observação deve ser feita de forma aleatória, abrangendo, no mínimo:
  - 2 Profissionais durante a prestação de cuidados de saúde;
  - 2 Profissionais durante os procedimentos de limpeza dos espaços e equipamento clínico;
  - 2 Procedimentos de preparação e administração de injetáveis ou penso;
  - 2 Visitas a doentes, no serviço;
  - Consulta do Processo Clínico;
  - Armazenamento e nível de limpeza dos equipamentos clínicos;
  - Manuseamento e acondicionamento de resíduos hospitalares, roupa limpa e roupa usada;
  - Ambiente de trabalho.

### 3. Auditoria pela metodologia de Entrevista/Questionário

- a) Em anexo, e como forma de auxiliar os auditores no preenchimento do Formulário de Auditoria às Precauções Básicas, apresentam-se as orientações de preenchimento.
- b) Cada item deve ser respondido por no mínimo 4 elementos de grupos profissionais diferentes.
- c) Por cada questão a resposta é avaliada como "SIM", na grelha de auditoria, quando os quatro participantes responderem corretamente.



Método	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	Sim	Não	N/A
<b>4 - ETIQUETA RESPIRATÓRIA</b>				
Obs	4.1. Existem cartazes afixados, que indicam para as medidas preconizadas na etiqueta respiratória			
Obs	4.2. Os doentes e visitantes têm acesso fácil a lavatório ou SABA			
Entr.	4.3. Os profissionais conhecem os componentes da etiqueta respiratória			
Entr.	4.4. Os profissionais sabem como devem proceder, em relação aos doentes, nos períodos de maior prevalência de infeções respiratórias.			
Total índice de qualidade				
<b>5- PRÁTICAS SEGURAS NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS</b>				
Obs	5.1. Cada seringa, apenas é usada num doente			
Obs	5.2. São usadas embalagens de dose única para medicamentos injetáveis, a não ser em casos excecionais, bem documentados			
Obs	5.3. Qualquer agulha ou seringa usadas para aceder a embalagens de doses múltiplas, devem ser usadas apenas uma só vez (uso único) e têm que estar estéreis (incluindo em procedimentos radiológicos)			
Total índice de qualidade				
<b>6- EXPOSIÇÃO DE RISCO NO LOCAL DE TRABALHO</b>				
Entr.	6.1. Todos os profissionais conhecem os procedimentos a seguir, quando da exposição significativa a fluidos orgânicos (acidentes por picada ou corte ou projeção para as mucosas oculares)			
Total índice de qualidade				
<b>7- MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA</b>				
Obs	7.1. A roupa limpa está acondicionada em local apropriado e protegida			
Obs	7.2. A roupa usada é colocada num contentor apropriado junto ao local de utilização			
Obs	7.3. Os sacos de roupa usada são colocados num local apropriado e fechado até à sua remoção			
Total índice de qualidade				
<b>8 - RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS</b>				
Obs	8.1. Os contentores reutilizáveis, têm mecanismos de abertura sem o uso das mãos, e são higienizáveis			
Obs	8.2. Os contentores encontram-se parcialmente cheios			
Total índice de qualidade				
<b>9 -TRATAMENTO DO EQUIPAMENTO CLÍNICO</b>				
Obs	9.1. O material/equipamento de uso único não é reutilizado (se verificar a condição anterior escolha a opção sim)			
Obs	9.2. As recomendações dos fabricantes quanto ao método de descontaminação dos equipamentos estão disponíveis			
Obs	9.3. Existem protocolos específicos para a descontaminação dos materiais/equipamentos			
Obs	9.4. A responsabilidade pelo cumprimento dos protocolos para a descontaminação dos materiais/equipamentos está atribuída.			
Índice de qualidade dos padrões 4-9				

Legenda: Obs – Observado; Entr. – Entrevistado; N/A – não se aplica

Método	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	Sim	Não	N/A
<b>10 – CONTROLO AMBIENTAL</b>				
Obs	10.1. O ambiente de trabalho está livre de objetos e equipamentos desnecessários.			
Obs/Entr.	10.2. Os profissionais têm conhecimento dos protocolos de limpeza e da sua responsabilidade específica			
Obs	10.3. O ambiente de trabalho encontra-se visivelmente limpo			
Obs/Entr.	10.4. Existem protocolos para a remoção de derrames de matéria orgânica			
<b>Total índice de qualidade</b>				
<b>Índice global de qualidade do serviço</b>				

Legenda: Obs – Observado; Entr. – Entrevistado; N/A – não se aplica

**Indicadores de avaliação:**

- 4.3, 4.4, 6.1 – Entrevista (anexo); 9.4 - Planificação e delegação diária das responsabilidades dos profissionais, pelas atividades a realizar
- 10.2 – Observar ou entrevistar os profissionais que desempenham essas funções, sobre os protocolos de limpeza das áreas da unidade de saúde; Identificar se na planificação diária, é atribuída a responsabilidade dos profissionais de limpeza nas suas áreas.
- 10.4 - Observar ou entrevistar os profissionais que desempenham essas funções, sobre os protocolos de limpeza de derrames de matéria orgânica.

**Auditoria interna ao cumprimento das PBCI (estrutura)**

Método	ITENS DE AVALIAÇÃO	Sim	Não	N/A
<b>PADRÃO 1 - CONHECIMENTO DAS PBCI</b>				
Obs/Entr.	1. A Norma das PBCI está disponível no Manual de Boas Práticas da Unidade de Saúde			
Entr.	1.1 Os profissionais conhecem a Norma das PBCI			
	2. Existe evidência nos registos de formação em serviço, de que todo os profissionais receberam formação sobre as PBCI			
Obs	2.1. Médicos			
Obs	2.2. Enfermeiros			
Obs	2.3. Outros Técnicos (ex: Radiologia, Laboratório, Medicina Física e Reabilitação)			
Obs	2.4. Assistentes Operacionais			
Obs	2.5. Funcionários de limpeza			
Obs	2.6. Outros profissionais e/ou voluntários			
Entr.	3. A prevenção e controlo de infeção estão incluídos nos objetivos individuais dos profissionais do serviço e na avaliação de desempenho.			
Obs	4. Existem afixados cartazes sobre a técnica de higienização das mãos em locais estratégicos			
Obs	5. Existem afixados protocolos de descontaminação dos materiais/equipamentos nos locais apropriados			
Obs	6. Existem afixados protocolos de higienização ambiental nos locais apropriados			
<b>Total índice de qualidade</b>				
<b>PADRÃO 2 - RECURSOS</b>				
Obs	1. Os EPI disponíveis nos locais de prestação de cuidados são adequados aos procedimentos			
Obs	1.2 Os EPI disponíveis nos locais de prestação de cuidados são suficientes (não há rotura de fornecimento)			
Obs	2. O material/equipamento para a higienização das mãos é adequado (inclui o hidratante para mãos)			
Obs	2.1 O material/equipamento para a higienização das mãos está em boas condições de higiene e manutenção			
Obs	3. Os antissépticos, detergentes e desinfetantes usados, são os recomendados pela Comissão de prevenção e Controlo da infeção e das Resistências aos Antimicrobianos (CPCIRA) /Gestão de Risco e Farmácia			
Obs	4. Os contentores de recolha de roupa usada são adequados e em número suficiente			
Obs	4.1 Existe local de armazenamento para roupa usada, inacessível a crianças e animais, fechado e ao abrigo do calor			
Obs	4.2. Existe local adequado para o armazenamento da roupa limpa			
Obs	5. Os contentores de recolha de resíduos são adequados e em número suficiente			
Obs	5.1 Existe local de armazenamento para resíduos hospitalares, inacessível ao público e devidamente sinalizado			
Obs	5.2 O local de armazenamento de resíduos tem condições adequadas de acesso			
Obs	5.3 O local de armazenamento de resíduos é de fácil limpeza/higienização			
Obs	6. Existe um local de armazenamento para o equipamento/material, de modo a não permanecer exposto desnecessariamente nos locais de prestação de cuidados			
Obs	6.1 O material/equipamento de uso único não é reutilizado			
<b>Total índice de qualidade</b>				

Legenda: Obs – Observado; Quest. – Questionado; N/A – não aplicado

**Indicadores de avaliação: Conhecimentos PBCI**

**1.1** - Questionar sobre a existência da norma no manual de boas práticas

**3** - Entrevista (anexo)

**ANEXO 1**

**PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE AUDITORIA ÀS PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO**

**Inquirir no mínimo, 4 elementos de cada grupo profissional, presentes no dia da auditoria**

*Por cada participante, assinalar com X no respetivo*

**Questão 2.6 – Utiliza as luvas em contacto com fluidos orgânicos, mucosas e pele não íntegra?**

Sim

Não

**Questão 2.7 - Utiliza avental no contato direto com o doente?**

Sim

Não

**Questão 2.8 - Usa bata de manga comprida nas situações de maior risco de exposição a fluidos orgânicos?**

Sim

Não

**Questão 4.3 - Quais as medidas individuais da etiqueta respiratória?**

Correta

Incorreta

**Questão 4.4 - Como proceder em relação aos doentes nos períodos de maior prevalência de infeções respiratórias?**

Correta

Incorreta

**Questão 6.1 - Quais os procedimentos a seguir nos acidentes de trabalho com exposição a sangue e a outros fluidos orgânicos?**

Correta

Incorreta

**Padrão 1 – auditoria aos conhecimentos PBCI**

**1.1 Os profissionais conhecem a Norma das PBCI?**

Sim

Não

**3. A prevenção e controlo de infeção estão incluídos nos objetivos individuais e de avaliação de desempenho?**

Sim

Não

A resposta é avaliada como "SIM", na grelha de auditoria, quando os 4 ou mais participantes, responderem corretamente à questão. Por exemplo:

Sím	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	=	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Sím</td><td>Não</td><td>N/A</td></tr><tr><td>X</td><td></td><td></td></tr></table>	Sím	Não	N/A	X		
Sím	Não	N/A							
X									
Não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								

Sím	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	=	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Sím</td><td>Não</td><td>N/A</td></tr><tr><td></td><td>X</td><td></td></tr></table>	Sím	Não	N/A		X	
Sím	Não	N/A							
	X								
Não	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								

Correto	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	=	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Sím</td><td>Não</td><td>N/A</td></tr><tr><td>X</td><td></td><td></td></tr></table>	Sím	Não	N/A	X		
Sím	Não	N/A							
X									
Incorreto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								

Correto	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	=	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Sím</td><td>Não</td><td>N/A</td></tr><tr><td></td><td>X</td><td></td></tr></table>	Sím	Não	N/A		X	
Sím	Não	N/A							
	X								
Incorreto	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								

O presente documento foi adaptado de um documento elaborado por Fátima Fernandes, enfermeira dinamizadora no GCLPPCIRA do Hospital de Faro e testado pelo GCL-PPCIRA do Centro Hospitalar do Algarve: "Instrumento de Auditoria ao cumprimento interno das precauções básicas do controlo de infeção", após a autorização deste GCL-PPCIRA, ao qual, o PPCIRA muito agradece pela colaboração e empenho dos seus membros e autores.