



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

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

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **Plano de Acolhimento e Integração de Novos Enfermeiros**

**Maria Manuela Prates Mata d'Oliveira**

Orientação: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel  
Dias Pedro

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica na  
vertente da Pessoa em Situação Crítica

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2020



IPBeja  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

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

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

## **Plano de Acolhimento e Integração de Novos Enfermeiros**

**Maria Manuela Prates Mata d'Oliveira**

Orientação: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel  
Dias Pedro

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica na  
vertente da Pessoa em Situação Crítica

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2020



## PLANO DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**Maria Manuela Prates Mata d'Oliveira**

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do Grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica**

**Júri:**

**Presidente:** Ermelinda do Carmo Valente Caldeira (Doutorada em Enfermagem)  
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da  
Universidade de Évora

**Arguente:** Maria Antónia Rasa Correia da Costa (Especialista em Enfermagem, Decreto-Lei n.º 206  
de 2009, de 31 agosto)  
Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

**Orientador:** Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Doutorado em Educação)

Data: 16 de julho de 2020

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor Adriano Dias Pedro orientador na realização deste relatório, um profundo reconhecimento pela sua disponibilidade, ensinamentos, orientações e apoio permanente.

De uma forma especial ao meu namorado José Artur Silva pelo incentivo, paciência, carinho e todo o apoio incondicional que me deu na elaboração deste relatório.

Aos meus familiares, em particular aos meus filhos, João Luís e José Miguel, que se viram privados da minha presença em momentos nada fáceis, mas ainda assim, sempre me incentivaram e permitiram que continuasse a tornar possível este percurso académico.

Aos meus colegas de trabalho pelo apoio e ajuda constante, nomeadamente às minhas colegas e amigas, Inês Nunes, Carmo Matos e Suzete Caselhas.

À enfermeira Patrícia Silva e ao enfermeiro João Meira pela orientação, empenho, dedicação e paciência neste percurso de aquisição de competências, bem como pela ajuda e persistência para a realização do projeto de intervenção em serviço.

A todos os colegas da turma do curso de mestrado de enfermagem em associação de especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, à pessoa em situação crítica, em especial às cinco colegas que me acompanharam nas aventuras e aprendizagens.

A todos os que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste relatório, agradeço com amizade.

A todos vós o meu sincero agradecimento!

## **RESUMO**

O presente Relatório de Trabalho de Projeto surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, em Associação, na área da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, à Pessoa em Situação Crítica, lecionado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre. A sua estruturação, apresentação e discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre nesta área científica.

A elaboração do relatório destina-se a demonstrar o trabalho desenvolvido ao longo do percurso académico com maior ênfase no período de estágio, onde foi desenvolvido um projeto de intervenção em serviço, fundamentado pela metodologia de projeto, que teve como foco principal a integração de enfermeiros no serviço de urgência.

O serviço de urgência caracteriza-se por possuir características particulares, onde são prestados cuidados altamente especializados. Devido à sua especificidade, o processo de integração de enfermeiros neste serviço é exigente e rigoroso.

O processo de integração é importante no sucesso de adaptação do indivíduo à organização, na aquisição de autoconfiança no exercício das suas funções e na construção da sua identidade profissional. Considera-se que o sucesso no processo de integração passa por um programa bem definido e bem estruturado.

Assim, foi elaborado o procedimento apoiado por um manual e realizada formação sobre o programa de integração de enfermeiros no serviço de urgência.

Concluiu-se que uma boa adaptação, socialização e integração dos enfermeiros no serviço de urgência tem efeitos benéficos para os próprios, para toda a equipa e para a qualidade dos cuidados de saúde a prestar e que é oportuno e apropriado a existência de um manual de acolhimento e integração que facilita a adaptação dos enfermeiros no serviço de urgência, de modo a contribuir para um melhor processo de integração de enfermeiros.

Ao longo do Relatório, foi ainda descrito o percurso efetuado no curso e respetivos estágios, descrevendo e analisando o processo de aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica. Foram também descritas as competências de mestre em enfermagem, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, dentro do alvo desejável da excelência na profissão de Enfermagem.

## **Palavras-chave**

Enfermagem Médico-Cirúrgica, serviço de urgência, processo de integração, metodologia de projeto

## **ABSTRAT**

This Project Report was made as a final work at Nursing Master's Course in Association, in Medical Surgical Nursing - Patients in Critical Situation Specialization, at Superior School of Health of the Polytechnical Institute of Portalegre, Portugal. Its structure, presentation and public discussion aims at the attainment of a Master's Degree in this scientific area.

The report production aims at showing the work developed throughout the academic career. It has emphasis on the internship period where an intervention project was developed in service, based on the project methodology, and was mainly focused on the nursing integration in the emergency service.

The emergency service is characterized by having particular features, where highly specialized care is provided. Due to its specificity, the nursing integration process in this service is demanding and rigorous.

The integration process has a major role in the professional's successful adaptation to the organization, on the acquisition of self-confidence in the performance of his duties and in the construction of his professional identity. It is considered that the success of the integration process undergoes a well-defined and well-structured program.

Thus, the procedure was elaborated and supported by a manual. A training for the nurses' integration program in emergency service was held as well.

It was concluded that a good adaptation, socialization and nurses' integration in emergency service have beneficial effects to themselves, to the whole team and to the quality of the health care provided. It was also concluded that the existence of a reception and integration manual, which facilitates the nurses' adaptation to the emergency service to a better nurses' integration process, is opportune and appropriate.

Throughout the report, the journey throughout the course and its internships were also described by analysing and describing the acquisition process of common and specific competences of the specialist nurse in medical surgical nursing with patients in critical situation. The competences of a specialist nurse were described as well contributing to the improvement of the quality of the care provided, within the desirable excellence of the nursing profession.

### **Keywords:**

Medical Surgical Nursing, emergency service, integration process, project methodology.



## ABREVIATURAS E SIGLAS

AESOP	-	Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
APA	-	<i>American Psychology Association</i>
DGS	-	Direção Geral de Saúde
EMC3	-	Enfermagem Médico-Cirúrgica 3
GTP	-	Grupo Português de Triagem
HDJMG	-	Hospital Doutor José Maria Grande
OE	-	Ordem dos Enfermeiros
PIS	-	Projeto de Intervenção em Serviço
PNEPC	-	Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil
REPE	-	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SO	-	Serviço de Observação
SU	-	Serviço de Urgência
SUB	-	Serviço de Urgência Básica
SWOT	-	<i>Strenghts, Weaknesses, Oportunities, Threats</i>
TISS	-	<i>Therapeutic Intervention Scoring System</i>
UC	-	Unidade Curricular
UCI	-	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIDEM	-	Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira
UE	-	Universidade de Évora
ULSNA	-	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

## Índice

INTRODUÇÃO .....	12
1 - CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE CUIDADOS .....	15
1.1 - SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HDJMG .....	15
1.1.1 – Estrutura física .....	16
1.1.2 – Recursos humanos.....	17
1.1.3 – Metodologia do trabalho.....	19
1.1.4 – Circuito de doentes.....	19
1.2 – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DR. EMÍLIO MOREIRA .....	20
1.2.1 – Estrutura física .....	21
1.2.2 – Recursos humanos e metodologia do trabalho.....	22
2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO.....	24
2.1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO .....	25
2.1.1 – Processo de integração .....	26
2.1.2 – Programa de integração e acolhimento.....	29
2.2 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO .....	32
2.3 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	35
2.4 – PLANEAMENTO .....	36
2.5 – EXECUÇÃO.....	38
2.6 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	41
2.6.1 – Caraterização da população-alvo.....	41
2.6.2 – Caraterização socioprofissional .....	42
2.6.3 – Percepção dos enfermeiros do SU acerca do seu processo de integração e identificação dos fatores facilitadores do processo de integração dos enfermeiros e do seu desempenho.....	43
2.6.4 – Fatores facilitadores do processo de integração dos enfermeiros e do seu desempenho.....	48
2.6.5 – Opinião dos enfermeiros acerca da importância de um manual de acolhimento e integração no SU.....	49
2.7 - AVALIAÇÃO .....	52
3 – ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS .....	55
3.1 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE, COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	57
3.2 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE E ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	69
CONCLUSÃO .....	80
BIBLIOGRAFIA.....	83

<b>APÊNDICES</b> .....	90
Apêndice I– <b>Análise SWOT</b> .....	91
Apêndice II– <b>Cronograma de Atividades Planeadas</b> .....	93
Apêndice III – <b>Pedido de autorização à enfermeira gestora do SU para desenvolvimento do PIS</b> .....	95
Apêndice IV– <b>Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração da ULSNA para desenvolvimento do PIS</b> .....	98
Apêndice V– <b>Pedido de autorização ao Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre para aprovação do PIS</b> .....	101
Apêndice VI– <b>Questionário à Equipa de Enfermagem do SU</b> .....	106
Apêndice VII – <b>Plano de sessão da apresentação do manual de acolhimento e integração de enfermeiros no SU</b> .....	111
Apêndice VIII – <b>Artigo Científico “A integração de enfermeiros no SU”</b> .....	113
Apêndice IX – <b>Manual de Acolhimento e Integração de Enfermeiros</b> .....	117
Apêndice X – <b>Divulgação da sessão de apresentação do PIS</b> .....	217
Apêndice XI– <b>Apresentação da sessão do PIS</b> .....	219
Apêndice XII– <b>Projeto de estágio</b> .....	233
<b>ANEXOS</b> .....	253
Anexo I – <b>Declaração de Aceitação de Orientação</b> .....	254
Anexo II – <b>Parecer do Conselho de Administração da ULSNA e Comissão de Ética</b> ..	256
Anexo III – <b>Parecer do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre</b> .....	259
Anexo IV – <b>Certificado de participação “Desafios em emergência pré-hospitalar”</b> .....	261
Anexo V– <b>Certificado de formação profissional “Suporte básico de vida e desfibrilhação automática externa”</b> .....	263
Anexo VI– <b>Certificado de participação “Advanced Provider Course”</b> .....	265
Anexo VII– <b>Certificado de qualificação “Advanced Life Support”</b> .....	267
Anexo VIII– <b>Certificado de formação profissional “Eletrocardiografia - Essencial”</b> ....	269
Anexo IX– <b>Certificado de formação profissional “Eletrocardiografia - Avançada”</b> .....	271
Anexo X– <b>Poster científico “Controlo de Hemorragias - Conceptualização de Cuidados de Saúde em Situações de Exceção e Catástrofe”</b> .....	273

## **GRÁFICOS**

Gráfico I – Caracterização da população-alvo por género

Gráfico II - Caracterização da população-alvo por habilitações académicas

Gráfico II – Caracterização socioprofissional da população-alvo

Gráfico IV – Anos de experiência profissional no SU

Gráfico V – Respostas sobre tempo de adaptação e integração

Gráfico VI – Respostas sobre adaptação suportada por um manual de integração

Gráfico VII – Respostas sobre a pertinência de um manual de integração



## **TABELAS**

Tabela I – Descritores sobre integração

Tabela II – Competências de Mestre nº. 3 e de enfermeiro especialista A1 e A2

Tabela III – Competências de Mestre nº. 5 e de enfermeiro especialista B1 e B2

Tabela IV – Competências de enfermeiro especialista B3

Tabela V – Competências de Mestre nº. 1 e de enfermeiro especialista C1 e C2

Tabela VI – Competências de enfermeiro especialista D1

Tabela VII – Competências de Mestre nº. 2 e 6 e de enfermeiro especialista D2

Tabela VIII – Competências de Mestre nº. 4 e de enfermeiro especialista a)

Tabela IX – Competências específicas de enfermeiro especialista b)

Tabela X – Competências específicas de enfermeiro especialista c)

Tabela XI – Competências de Mestre nº. 7

## INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi desenvolvido e apresentado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, em Associação, na área da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, à Pessoa em Situação Crítica, lecionado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre. A sua elaboração e discussão pública visam a obtenção do grau de mestre, na área de enfermagem médico-cirúrgica, à pessoa em situação crítica. Este curso foi criado pelo aviso n.º 5622 de 2 de maio de 2016 (Universidade de Évora [UE], 2016) que integra a Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, o Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, o Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, o Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde e o Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.

O desenvolvimento do relatório definido para o curso consiste num trabalho de descrição e reflexão crítica pormenorizada e fundamentada, com recurso aos métodos de recolha e tratamento de dados, das atividades desenvolvidas no âmbito do estágio efetuado numa instituição, de acordo com o regulamento de estágio.

O estágio decorreu no período de 17 de setembro a 31 de janeiro, no Serviço de Urgência (SU) e na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira (UCIDEM) do Hospital Doutor José Maria Grande (HDJMG), Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA), sob a orientação de um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e supervisão científica do Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Anexo I). O mesmo teve a duração de 336 horas, distribuídas por 18 semanas, das quais 14 semanas no SU e 4 semanas na UCIDEM.

Em contexto de estágio, foi elaborado e desenvolvido um projeto de intervenção em serviço (PIS) no SU do HDJMG, subordinado ao tema: “integração de novos enfermeiros no SU”, que através deste foram desenvolvidas e aprofundadas as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Desta forma, o presente projeto segue a metodologia de trabalho de projeto, e, portanto, enquadra-se na esfera da Investigação-Ação.

O processo de integração em enfermagem pode ser visto como a “Introdução do indivíduo na organização e a sua orientação na situação de trabalho, ou seja, é um processo mediante o qual se informam os novos enfermeiros acerca do ambiente de trabalho existente, com o propósito de se facilitar uma rápida adaptação ao mesmo. É um processo através do qual o indivíduo apreende o sistema de valores, normas e padrões de comportamento requeridos pela organização / serviço em que ingressa”. (AESOP, 2006).

Uma integração bem conseguida beneficia a instituição e o indivíduo que quanto mais rapidamente se imiscuir na cultura e nas normas da instituição mais rapidamente dará uma

contribuição efetiva à instituição. Este é um processo bidirecional e recíproco em que tanto ganha o profissional como a instituição. (AESOP, 2006).

A integração torna-se ainda mais crucial em serviços onde são prestados cuidados a doentes críticos, uma vez que estes consistem em “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. 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 detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018)

Assim, o objetivo geral do presente relatório é demonstrar a aquisição e o desenvolvimento das competências de mestre e de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente à pessoa em situação crítica, apresentando-se como objetivos específicos:

- Descrever os contextos onde decorreram os estágios;
- Fundamentar o trabalho desenvolvido através de enquadramento conceptual próprio e que sustente o trabalho realizado;
- Descrever o PIS nas suas diferentes etapas;
- Refletir sobre as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em pessoa em situação crítica e de mestre ao longo da realização do PIS e ainda ao longo do percurso académico.

O relatório encontra-se dividido em quatro capítulos. O primeiro caracteriza o contexto de cuidados, contempla a análise dos contextos de aprendizagem onde decorreu o estágio final e foram desenvolvidas atividades que levaram à aquisição das competências. No segundo é abordado o PIS onde se descrevem as etapas da metodologia de projeto (enquadramento conceptual, diagnóstico de situação, identificação e análise do problema, planeamento, execução e avaliação). O terceiro capítulo sintetiza as aprendizagens adquiridas/aprofundadas no âmbito das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, à pessoa em situação crítica e de mestre em enfermagem médico-cirúrgica. Este relatório de estágio termina com a conclusão, com uma reflexão sobre a profissão e os cuidados de enfermagem.

Para prestar informação relevante à compreensão deste relatório, foram ainda introduzidos apêndices e anexos que são apresentados no final do mesmo.

O presente relatório de mestrado foi elaborado de acordo com as normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos (2ª Versão) do Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde, com as normas American Psychological Association [APA] (2013) e de acordo com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.



## 1 - CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE CUIDADOS

A ULSNA, Entidade Pública Empresarial, criada a 1 de março de 2007, é uma unidade integrada na rede de prestação pública de cuidados de saúde à população do distrito de Portalegre que presta cuidados assistenciais de saúde à população aos níveis primário, secundário, reabilitação, continuados integrados e paliativos e tem como objetivo desenvolver atividades de investigação, formação e ensino (ULSNA, 2017).

A ULSNA tem como missão “promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente, na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde”, e tem como visão evidenciar uma imagem de excelência no atendimento dos cidadãos, na ligação à comunidade, na criação de parcerias, na investigação permanente e no impacto das atividades desenvolvidas.” (ULSNA, 2017).

Atendendo às suas especificidades, a ULSNA rege a sua atividade de acordo com os seguintes valores<sup>1</sup>:

- Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos;
- Excelência técnica;
- Acessibilidade e equidade dos cuidados;
- Promoção da qualidade;
- Ética, integridade e transparência;
- Motivação e atuação pró- ativa;
- Melhoria contínua;
- Trabalho de equipa;
- Respeito pelas normas ambientais.

O HDJMG situa-se em Portalegre e está integrado na ULSNA, conjuntamente com o Hospital de Santa Luzia em Elvas e dezasseis Centros de Saúde dispersos pelo distrito de Portalegre: Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sor, Portalegre e Sousel<sup>2</sup>.

### 1.1 - SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HDJMG

O SU do HDJMG está categorizado como Urgência Médico-Cirúrgica, sendo composto por três partes distintas na prestação de cuidados: a urgência geral, que se destina à

---

<sup>1</sup> Regulamento Interno do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica da ULSNA

<sup>2</sup> Idem

prestação de cuidados urgentes e/ou emergentes, o serviço de observação (SO), que se destina à prestação de cuidados com o intuito de promover e permitir a vigilância e estabilização do estado clínico dos doentes, em regime de internamento e, por fim, a urgência pediátrica, que se destina à prestação de cuidados urgentes e/ou emergentes a doentes com idade inferior a 18 anos. Este serviço localiza-se no piso 2 do hospital, com ligação direta aos serviços da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), ao serviço de imagiologia e ao laboratório de patologia clínica. Dá resposta 24 horas por dia a todas as situações de urgência/emergência de todo o distrito de Portalegre, englobando as valências de medicina interna, cirurgia, ortopedia, obstetrícia e pediatria. Relativamente a outras especialidades como oftalmologia, psiquiatria, gastroenterologia, sempre que se justifique, é estabelecida articulação com o Hospital Espírito Santo de Évora ou com o Hospital São José, para encaminhamento do doente.

O SU visa desenvolver ações que constituam boas práticas na prestação de cuidados de saúde, atuando em proximidade com os restantes departamentos e serviços da ULSNA, em todos os níveis de cuidados, visando a obtenção de elevados níveis de qualidade na prestação de cuidados<sup>3</sup>.

### **1.1.1 – Estrutura física**

O SU do HDJMG apresenta a seguinte estrutura física:

- Área de receção - guichet administrativo/admissão de doentes;
- Sala de espera exterior para doentes/familiares/outros;
- Sala de triagem de manchester;
- Balcão azul/verde;
- Balcão amarelo/laranja;
- 2 gabinetes médicos (um para observação dos doentes triados com as cores azul e verde e outro para observação dos doentes triados com as cores amarelo/laranja);
- Sala de emergência, composta por duas unidades;
- Sala pequena cirurgia;
- Gabinete de medicina interna;
- Gabinete de psiquiatria;
- Gabinete de ortopedia;
- Sala de espera interior;
- Gabinete de enfermagem;
- Gabinete do enfermeiro gestor;

---

<sup>3</sup> Regulamento Interno do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica da ULSNA

- Dois Wc's para utentes;
- WC para a equipa multidisciplinar;
- Gabinete para a equipa médica;
- Copa;
- Salas de arrumos;
- Sala de materiais/consumíveis;
- Sala para acondicionamento de soroterapia;
- Sala de sujos;
- Sala de limpos;
- Dois serviços de observação (SO1 e SO2) sendo que o SO1 tem 8 camas, e o SO2, tem 10 camas. É de referir que destas camas de SO, todas elas têm distribuído doentes de todas as especialidades médicas e cirúrgicas, não havendo organização/separação de acordo com estas mesmas valências;
- Zona de macas, no corredor, que é utilizada para internamento de SO e para doentes que se encontram alocados ao balcão em tratamento e observação.

### **1.1.2 – Recursos humanos**

Para assegurar níveis adequados de qualidade na prestação de cuidados, o SU dispõe de uma equipa multidisciplinar de acordo com o perfil profissional, presença efetiva e dotação mínima de pessoal em exercício efetivo de funções estabelecidas.<sup>4</sup>

O SU é constituído ao nível de gestão clínica por um médico responsável pelo departamento de urgência e emergência que engloba a UCI e por um médico diretor de serviço.

Quanto aos recursos médicos estes estão distribuídos pelas seguintes áreas de especialidade, nas 24 horas:

- 1 médico - zona de atendimento de doentes triados com cor azul e verde;
- 1 médico - zona de atendimento de doentes triados com cor amarela e laranja;
- 1 pediatra de presença física entre as 8 e as 24 horas, e de prevenção entre as 00 e as 8 horas;
- 2 médicos-cirurgiões de presença física entre as 8 e as 20 horas, e 1 médico de prevenção a partir das 20 até às 8 horas;
- 2 médicos internistas de presença física;
- 1 ortopedista de presença física e 1 de prevenção sempre que possível;
- 2 médicos ginecologistas / obstetras de presença física;

---

<sup>4</sup> Regulamento Interno do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica da ULSNA

- 1 médico psiquiatra em horário a definir segundo uma escala mensal;
- 1 médico radiologista de presença física das 8 às 24 horas e de prevenção entre as 00 e as 8 horas.

A equipa de enfermagem do SU é composta por:

- 1 enfermeiro gestor e um enfermeiro responsável (que o substitui na sua ausência);
- A restante equipa encontra-se dividida em cinco equipas de enfermagem em horário de Roulement e uma equipa com cinco enfermeiros de horário fixo, perfazendo o número total de 49 enfermeiros.

Os elementos de cada equipa são fixos e cada uma delas é coordenada por um enfermeiro designado “chefe de equipa”, correspondendo a cada uma delas uma equipa de assistentes operacionais. A distribuição dos enfermeiros nas 24 horas, em cada turno é habitualmente a seguinte:

- 9 enfermeiros das 8 às 16 horas (1 na sala de triagem, 1 no balcão azul/verde, 1 no balcão amarelo/laranja, 1 na sala de emergência, 1 no apoio às especialidades, 2 no SO1 e 2 no SO2);
- 8 enfermeiros das 16 às 24 horas (1 na triagem, 1 no balcão azul/verde, 1 no balcão amarelo/laranja, 1 na sala de emergência, 1 no apoio às especialidades e 3 no SO);
- 7 enfermeiros das 00 às 08 horas (1 na triagem, 1 no balcão azul/verde, 1 no balcão amarelo/laranja, 1 na sala de emergência, 1 no apoio às especialidades e 3 no SO).

No turno da manhã o enfermeiro responsável auxilia o chefe nas funções de gestão, não estando alocado a nenhum posto de trabalho.

Existem no serviço 8 enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, 4 enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e 2 enfermeiros especialistas em reabilitação e 4 enfermeiros encontram-se a frequentar o curso de mestrado em enfermagem.

Os assistentes operacionais estão sob orientação do enfermeiro gestor e/ou chefe de equipa e a sua distribuição nos turnos comporta os seguintes elementos:

- 6 elementos no turno da manhã ( 3 de apoio ao SU e 3 de apoio ao SO);
- 5 elementos no turno da tarde (3 de apoio no SU e 2 de apoio no SO);
- 3 elementos no turno da noite (1 de apoio no SU e 2 de apoio no SO).

Os assistentes técnicos administrativos estão sob a orientação de um administrador de sector, independente da equipa da urgência. A sua distribuição diária é de, 2 assistentes técnicos entre as 8 e as 24 horas e 1 das 00 às 8 horas; zona interna da urgência, 1



assistente técnico das 9 às 17 horas. Entre as 17 e as 24 horas o apoio necessário nesta área será efetuada por um assistente técnico da zona de admissão.

### **1.1.3 – Metodologia do trabalho**

O SU é dotado de algumas especificidades e áreas de atuação. Este encontra-se como já referi dividido por equipas para uma melhor orientação e organização dos recursos. Assim sendo, semanalmente e obedecendo a um plano semanal de trabalho, o chefe de equipa distribui os seus elementos por postos de trabalho de acordo com o horário de cada elemento escalado para esses dias.

Deste modo nas áreas de triagem, sala de emergência e balcões pratica-se o método por posto de trabalho e em SO o método individual que consiste na “distribuição de um determinado número de doentes, que varia segundo a sua dependência, a cada enfermeiro, sendo este responsável pela prestação de cuidados globais aos doentes a seu cargo durante o turno.” (Frederico & Leitão, 1999)

Toda a informação é registada através da plataforma informática Alert®, onde constam as informações médicas e de enfermagem, assim como as prescrições medicamentosas e procedimentos de enfermagem a realizar. Inerentes a esta plataforma, encontram-se outras plataformas informáticas que nos permitem visualizar os exames complementares de diagnóstico e terapêutica realizados. A informação que consta em cada processo clínico é comum ao SU e ao SO, podendo ser consultados todos os registos, inclusive os registos dos episódios urgentes anteriores.

### **1.1.4 – Circuito de doentes**

Após inscrição no balcão administrativo o doente aguarda na sala de espera a chamada para a triagem.

O sistema de triagem de Manchester é o utilizado no SU do HDJMG. Este fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas.

A avaliação clínica forma-se a partir da queixa apresentada. O principal sinal ou sintoma identificado pelo doente ou pelo profissional de saúde que motiva o doente a procurar o SU. Assim foi elaborada uma lista de 50 fluxogramas baseados nas queixas de apresentação, que abrangem quase todas as situações apresentadas nos serviços de urgência. Dois fluxogramas foram desenvolvidos para lidar com uma situação de catástrofe (Grupo Português de Triagem [GTP], 2015).

Trata-se de uma metodologia de trabalho divulgada no Reino Unido estando em curso a sua aplicação noutros Países como a Irlanda, Holanda, Espanha, Brasil, Áustria, Alemanha, Suécia, Canada e Japão, entre outros. Em Portugal, decorridos nove anos desde a primeira implementação, na prática, encontra-se consagrada como a metodologia de eleição para a triagem de prioridades na quase totalidade dos serviços de urgência (GPT, 2015).

Após triagem, sempre que a cor da pulseira, atribuída através do sistema de triagem de *Manchester*, for laranja ou vermelha, o utente é encaminhado diretamente para o balcão dos doentes urgentes/emergentes. Os restantes utentes, triados com outra prioridade, aguardam na sala de espera.

Os doentes com idade inferior a 18 anos são encaminhados para a urgência pediátrica, exceto os emergentes, que pela sua situação clínica são atendidos na sala de emergência. Este serviço funciona em espaço próprio, com circuitos específicos de encaminhamento, funcionando diariamente das 8 às 24 horas, sendo assegurado pelo SU Geral no período das 00 às 8 horas.

## 1.2 – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DR. EMÍLIO MOREIRA

A UCI do HDJMG foi fundada em 1977 pelo médico Dr. Emílio Moreira, localizada na ala esquerda do piso 4 deste hospital. Em 1993 recebe a designação de UCI polivalente passando a ter a sua designação com o nome do médico que a fundou (UCIDEM). No entanto, só em 1995 passou a assumir a característica principal de uma unidade de cuidados intensivos polivalente com a permanência médica 24 horas por dia. Atualmente encontra-se no 2º piso e é constituída pela UCI e pela Unidade de cuidados Intermédios, recebendo doentes críticos adultos e agudizados com necessidade de terapia invasiva para manutenção das funções vitais, provenientes de outros serviços deste hospital<sup>5</sup>.

A UCIDEM recebe utentes portadores das mais diversas patologias, quer do foro cardiovascular, respiratório, neurológico e outros (ex.: choque séptico, diabetes mellitus descompensada, intoxicações medicamentosas e químicas, pós-operatórios complicados ou provenientes de cirurgia de alto risco, e recentemente trauma abdominal, trauma torácico, trauma das extremidades etc.) dos restantes serviços do hospital de Portalegre, e de outros hospitais. No entanto exclui os doentes de serviços de neonatologia e pediatria, pois não possui recursos humanos e materiais para prover a assistência adequada a estes doentes. Os doentes são transferidos da UCIDEM, sempre que se verifica que a unidade não dispõe de meios adequados para responder e providenciar o melhor tratamento possível relativamente à situação clínica dos doentes, ou quando os doentes em causa, já não

---

<sup>5</sup> Regulamento Interno da Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira

necessitam de cuidados intensivos/intermédios, sendo então transferidos para outras unidades de internamento (Catalão, 2016).

### 1.2.1 – Estrutura física

O UCIDEM está organizada em valências físicas distintas, que incluem:

- Gabinete administrativo;
- Copa;
- Vestiários por género, com casa de banho;
- Armazém, onde se encontra a roupa limpa e material de consumo clínico;
- Sala de sujos e despejos;
- Entrada de familiares com zona de higienização e lavagem das mãos e zona de equipamentos de proteção individual;
- Gabinete médico/sala de reuniões;
- Gabinete de coordenação de enfermagem;
- Sala de armazém, onde está o material consumível, roupa limpa e aparelhos de ventilação mecânica não invasiva;
- Sala de trabalho, onde se realiza a passagem de turno da equipa de enfermagem, e ainda existem materiais de monitorização, consumíveis e fluidoterapia, frigorífico de medicação, gasómetro e dossiês com normas de serviço;
- Sala de cuidados intensivos e respetivos postos de enfermagem com computador e telemetria;
- Quarto de isolamento com antecâmara;
- Sala de cuidados intermédios e respetivos postos de enfermagem com computador e telemetria;
- Corredor/área de circulação, onde existem armários com kits previamente formados para colocação de cateter central, linha arterial e drenos torácicos.

A sala de cuidados intensivos tem 5 camas. Todas as unidades de doentes possuem uma unidade funcional independente, com equipamento de abordagem em casos de situação crítica: monitorização, ventilação e com telemetria que se intercomunicam entre si.

A sala de cuidados intermédios tem 5 camas, com uma unidade funcional independente, sendo possível ajustar aquando da receção de doentes em situação mais crítica, se necessário, dispendo também de equipamento de monitorização e ventilação e com telemetria que se intercomunicam entre si.

Uma das unidades do doente está habitualmente direcionada para doentes que necessitem de realizar tratamentos de hemofiltração venovenosa contínua.

Existem dois carros de emergência e dois monitores de técnicas dialíticas, um monitor de ecografia, um doseador de gases de sangue, um ventilador não invasivo, um pacemaker provisório de aplicação externa e um ventilador de transporte.

Comum a estas duas salas são o uso de bombas e seringas infusoras devidamente aferidas e standardizadas.

### **1.2.2 – Recursos humanos e metodologia do trabalho**

A equipa médica é constituída por um médico responsável pelo departamento de urgência e emergência, um médico diretor de serviço, três médicos anestesistas, três médicos intensivistas, um médico nefrologista e um médico pneumologista.

Estão em presença física 2 médicos durante as 24 horas que se dividem pelas salas de cuidados intermédios e cuidados intensivos. Os restantes que compõem a equipa multidisciplinar são chamados se necessário.

A equipa de enfermagem é constituída por 28 enfermeiros. Uma enfermeira gestora, uma enfermeira responsável, 26 enfermeiros em horário de roulement e um enfermeiro de horário fixo, perfazendo um número total de 27 enfermeiros na prestação de cuidados diretos ao doente<sup>6</sup>.

Existem no serviço 5 enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, 2 enfermeiros especialistas em reabilitação e 2 enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e 4 enfermeiros encontravam-se a frequentar o curso de mestrado em enfermagem. Os restantes enfermeiros são de cuidados gerais.

O método de trabalho de enfermagem adotado é por enfermeiro responsável. Nesta metodologia, cada doente está associado a um enfermeiro que possui responsabilidade, sendo responsável pelos cuidados de enfermagem, vinte e quatro horas por dia, durante todo o internamento. Assim, a enfermagem primária garante por si própria a avaliação da performance individual, a mensuração do desempenho, a avaliação individual dos efeitos dos cuidados e a responsabilidade que é fixa (Pearson, 1988).

Relativamente à distribuição dos enfermeiros por turno, estes são distribuídos da seguinte forma:

- Turno da manhã e tarde – 6 enfermeiros; 4 para a sala de UCI e 2 para a sala de cuidados intermédios;
- Turno da noite - 4 enfermeiros, 2 para a sala de UCI e 2 para a sala de cuidados intermédios.

---

<sup>6</sup> Regulamento Interno da Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira

Esta distribuição e dotação pode eventualmente sofrer alterações em função da taxa de ocupação do serviço, sempre mantendo as dotações seguras.

A UCI dispõe do preenchimento do *Therapeutic Intervention Scoring System – 28* (TISS 28), para o cálculo das dotações seguras, que poderá variar entre 1 enfermeiro para 1 doente até 1 enfermeiro para 3 doentes, dependendo dos cuidados necessários administrar a cada um deles. Este instrumento de trabalho permite estimar as intervenções necessárias e, conseqüentemente, avaliar a gravidade indireta de cada um dos doentes no serviço.

Os registos de enfermagem são efetuados em papel, em folha própria na qual consta a informação relativa ao doente e o histórico das últimas 24 horas e é possível registar diversas informações, organizadas consoante os vários campos que se tornam facilmente observáveis e permite realizar uma rápida avaliação do doente. Todo o processo do doente é formatado em papel exceto o relativo ao programa de prescrição e validação de terapêutica, sendo estes realizados num programa informático designado por “sistema de gestão integrado do circuito do medicamento”.

A equipa de assistentes operacionais é composta por 9 elementos em horário de roulement e 1 elemento de horário fixo. A UCIDEM possui ainda um administrativo permanente em horário fixo.

## 2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

A realização do PIS surge no âmbito da unidade curricular (UC) “estágio” do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica, à Pessoa em Situação Crítica, tendo sido desenvolvido no SU do HDJMG, que decorreu no período de 17 de setembro a 22 de dezembro de 2019.

A escolha deste local de estágio deve-se ao facto de ser um local privilegiado para a identificação e prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, quer pela exigência de um domínio alargado de competências, quer pela necessidade de constante aplicação de conhecimentos, técnicas e procedimentos complexos atualizados, que vão ao encontro das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

O PIS decorreu segundo a metodologia de projeto.

Segundo Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), “a Metodologia de Projeto, baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência.”

“O facto de esta metodologia se centrar na resolução de problemas introduz uma dinâmica integradora e de síntese entre a teoria e a prática.” (Leite, Malpique & Santos, 2001).

A metodologia de projeto e de acordo com Ruivo et al. (2010), é:

- Intencional, desenvolve atividades para alcançar um produto final em função de objetivos pré-estabelecidos;
- Pressupõe iniciativa e autonomia, demonstrada pela capacidade de elaborar e pôr em marcha um projeto e pela necessidade de tomar decisões;
- Autêntico, porque tem origem num problema concreto;
- Complexo e incerto, pelo qual necessita de planeamento;
- Faseado e prolongado, decorre ao longo de um tempo determinado percorrendo diversas fases.

A metodologia de trabalho de projeto é composta por cinco etapas: diagnóstico de situação; definição de objetivos; planeamento; execução e avaliação; e divulgação (Ruivo et al., 2010). Seguidamente realizarei o enquadramento teórico que fundamenta o PIS realizado, após o qual apresentarei o diagnóstico de situação realizado, os objetivos definidos; o planeamento; a execução e a avaliação, bem como o modo de divulgação do trabalho realizado.

## 2.1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

Enquanto disciplina, a Enfermagem integra um corpo de conhecimentos próprios e fundamentados e nela a necessidade intrínseca de produção e renovação contínuas do conhecimento através da Investigação (OE, 2006), o que a distingue de outros campos de estudo.

O crescimento da disciplina de Enfermagem está dependente da sistemática e contínua aplicação do saber na prática e desenvolvimento de novos conhecimentos (Smith, 2008). A teoria de enfermagem é o corpo de conhecimento que sustenta a prática dos cuidados em enfermagem e varia pelo seu nível de abstração e esfera de ação. Uma teoria abstrata e mais abrangente será uma teoria de grande alcance. Já uma teoria mais concreta e restrita é considerada de médio alcance (Fawcett, 2005).

As teorias de médio alcance são desenvolvidas a partir do cruzamento da prática com a investigação que lhes conferem orientações específicas enraizadas na disciplina de Enfermagem. Elas tratam o conhecimento substantivo da disciplina através da explicitação e expansão de fenómenos estéticos e têm os seus fundamentos numa perspetiva paradigmática claramente definida (Smith, 2008). As teorias de médio alcance podem derivar especificamente de uma grande teoria ou estarem em relação direta com um paradigma. Com conceitos mais concretos e numa perspetiva mais circunscrita, as teorias de médio alcance (em vínculo direto com a investigação e a prática) podem conduzir ao desenvolvimento de diretrizes norteadoras da prática em Enfermagem (Smith, 2008).

A teoria de médio alcance de Meleis foi desenvolvida através da revisão de literatura em enfermagem, cujo modelo é focalizado nos processos transacionais a que o ser humano está sujeito durante todo o seu ciclo vital. Certos aspetos da vida de um indivíduo são afetados mais do que outros, pela transição de uma certa experiência. A extensão e intensidade desta influência podem variar ao longo do tempo (Meleis, 2012).

Cada transição caracteriza-se pela sua singularidade, complexidade própria e múltiplas dimensões (Meleis, 2012). A identificação das transições como problema central da Enfermagem e o desenvolvimento de instrumentos de trabalho para as descrever pode providenciar a descoberta dos mecanismos usados por diversas pessoas quando experienciam mudanças nas suas vidas e para o desenvolvimento de conhecimento sobre intervenções que facilitem a experiência da transição e conduzam a um coping saudável (Meleis, 2010).

Assim, a teoria das Transições de Meleis foi a selecionada como fio condutor deste relatório. Ela parte da necessidade de uma profunda compreensão da importância da identificação e da consideração das características e da personalidade da pessoa/família, bem como do seu ambiente e circunstâncias, na análise ao processo de transição que



enfrenta. Esta perspetiva holística e multidisciplinar de Meleis é única e valiosa para o desempenho de excelência da enfermagem. É com base neste princípio que prestamos os nossos cuidados especializados e que analisamos todas as competências desenvolvidas e adquiridas.

### **2.1.1 – Processo de integração**

Meleis (2012) define transição como, uma passagem de um estado estável para outro estado estável, um processo caracterizado por uma mudança. As transições são compostas por diferentes etapas dinâmicas e pontos de viragem. O conceito de transição pode ser definido como o desenvolvimento ao longo da vida do indivíduo, no qual ocorrem eventos marcantes, e com os eventos de vida produzem desequilíbrio entre dois períodos e tempo estáveis. A extensão e a intensidade desta influência transaccional variam ao longo do tempo, afetando de forma diferente os indivíduos que experienciam um mesmo evento. Os significados atribuídos às transições variam de pessoa para pessoa influenciando assim, o resultado das mesmas. Segundo a mesma autora, pode-se considerar que a vida em si constitui uma transição.

Uma característica importante da transição é que esta é, essencialmente, positiva. O culminar da transição implica que a pessoa tenha atingido um período de estabilidade em relação ao estado anterior (Meleis, 2010). Para Meleis a transição remete para uma mudança significativa na vida, através da alteração de processos, papéis ou estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social. Nos processos de mudanças, as transições passam por estabilidade-instabilidade-estabilidade, como um fenómeno interligado ao movimento e fluxo, caracterizado pela entrada, passagem e saída (Murphy, Chick & Meleis cit. por Zagonel, 1999).

As transições estão invariavelmente relacionadas com a mudança e o desenvolvimento. Em alguns casos, a transição é iniciada por eventos que estão para além do controlo do indivíduo, como, por exemplo, o surgir de uma doença. Em outros casos são deliberadamente principados por este, como o casamento, a migração e a mudança de carreira. Um aspeto fulcral é o facto da transição ser considerada um processo, quer o evento que a causa seja previsível, quer seja de curta ou longa duração. O seu princípio e fim não ocorrem simultaneamente; existe uma sensação de movimento, desenvolvimento e luxo associado. A distância entre o princípio e o fim pode ser curta ou longa e podem ou não ter as mesmas características (Meleis, 2010). A transição é um fenómeno individual, a pessoa para estar em transição tem de sentir-se consciente das mudanças que estão a acontecer. Por vezes pode ser necessário remover barreiras para possibilitar a transição.

Durante o processo de transição podem surgir determinados padrões de resposta. Estes podem ser desorientação; mudanças no autoconceito; angústia; mudanças no papel que desempenha; irritabilidade; mudanças na auto-estima; ansiedade; depressão (Meleis, 2010).

Claro está que as transições não são vivenciadas uniformemente por diferentes pessoas, mesmo que as situações sejam similares, porém, existem algumas semelhanças. Em primeiro lugar a existência de uma estrutura geral que consiste em pelo menos três fases: entrada, passagem, e saída. A sequência é invariável, mas a duração de cada fase e o associado grau de rutura não são. Impedimentos à passagem seguinte podem ocorrer em qualquer altura. As fases têm maior tendência a estarem associadas do que manifestarem-se isoladamente. Algumas das possíveis dimensões podem descrever as transições, como duração, magnitude, reversibilidade, efeito, meta e com limites bem definidos (Meleis, 2010). As dimensões descritas anteriormente podem fornecer um ponto de partida para a formação de um instrumento que permita à enfermagem criar um perfil de como os indivíduos percebem as transições (Meleis, 2010). Esta teoria compreende a natureza (tipo, padrões e propriedades), as condições e padrões de resposta (indicadores de processo e de resultados) da transição, os quais dirigem o cuidado de enfermagem. De toda a investigação realizada foram identificados quatro tipos de transições nas quais os enfermeiros tendem a estar envolvidos, nomeadamente as desenvolvimentais, as situacionais, as de saúde e doença e as organizacionais.

Nas transições organizacionais podemos incluir a integração de um enfermeiro num novo serviço ou local de trabalho, seja recém-admitido ou transferido uma vez que as organizações também podem experimentar transições que afetam as vidas das pessoas que ali trabalham assim como as dos seus clientes. Estas representam transições no ambiente e podem ter sido precipitadas por mudanças sociais, políticas, económicas ou mudanças na estrutura ou dinâmica intra-organizacional. Sentir-se situado é de extrema importância, pois uma característica das transições é a criação de novos significados e percepções, possibilitando a que o indivíduo deixe de estar ligado ao passado e enfrente os novos desafios presentes; e desenvolver confiança que se manifesta através do entendimento dos diferentes processos relativos à necessidade de mudança, ao nível da utilização dos recursos e do desenvolvimento de estratégias para lidar com os problemas.

Essas estratégias demonstram um conhecimento cumulativo da situação, maior adaptabilidade aos eventos críticos e uma sabedoria resultante da experiência.

A integração é por isso determinante no sucesso da adaptação do indivíduo à organização e conseqüentemente no desempenho profissional, pois o enfermeiro que inicia funções num novo serviço, embora seja um indivíduo licenciado com conhecimento das técnicas a executar no seu trabalho, ainda lhe falta o sentimento de pertença efetiva e

afetiva à organização e ao local de trabalho, bem como a segurança que só lhe poderá ser proporcionada se lhe for feita uma adequada integração (Frederico & Leitão, 1999).

Benner (2005) considera que os enfermeiros iniciados têm dificuldade em integrar o conhecimento teórico com as vivências práticas, sobretudo porque lhes são veiculados saberes e normas objetivas na formação inicial, descontextualizadas das situações reais. Por outro lado, considera-se que todos os enfermeiros que integram um novo serviço em que não conhecem os utentes podem encontrar-se a este nível, se os objetivos e os aspetos inerentes aos cuidados não lhes forem familiares. Acredita-se que a partir desta fase, e decorrente da aprendizagem experiencial, o enfermeiro se torne mais competente, qualificado e confiante.

Já o enfermeiro perito possui uma enorme experiência, agindo a partir de uma compreensão global do problema, de forma intuitiva, sem se perder num amplo conjunto de soluções e diagnósticos (Benner, 2005). O mesmo autor afirma também que apesar da teoria conferir conhecimentos importantes, é na prática que o enfermeiro se confronta com a complexidade e imprevisibilidade das situações reais. Desta forma, é pela experiência que as competências se desenvolvem e, conseqüentemente, se melhora a qualidade dos cuidados prestado (Benner, 2005).

Assim, a teoria de Benner é também aplicada neste trabalho pela relevância que dá ao percurso dos enfermeiros com base no seu conhecimento e experiência assim como à importância da integração em todo esse processo.

Quanto aos indicadores de resultado, são evidenciados dois tipos: mestria e integração fluida. A noção de mestria resulta de uma combinação de capacidades desenvolvidas durante o processo de transição, com capacidades anteriormente presentes. O processo de transição só se encontra completo quando o indivíduo demonstrar mestria, ou seja, evidenciar capacidades que lhe permitam cumprir a transição com sucesso. O outro indicador, integração fluida, resulta da constatação de que, as experiências de transição têm sido caracterizadas como sendo provocadoras de uma reformulação da identidade mais fluida e dinâmica, quando a transição é saudável. Na verdade, os conhecimentos e capacidades que facultaram ultrapassar a transição, influenciaram a identidade, proporcionando maior adaptabilidade às exigências atuais.

Em síntese, a transição, entendida como a passagem ou movimento de uma fase da vida para outra, de uma condição, estado ou status para outro, implica um processo psicológico de adaptação (Meleis et al., 2000) uma vez que a integração do enfermeiro recém-admitido gera um conjunto de incertezas, inseguranças e angústias, que necessitam ser ultrapassadas, através da construção de estratégias facilitadoras desse processo (Mestrinho et al., 2000).

### **2.1.2 – Programa de integração e acolhimento**

A transição será melhor sucedida ao conhecer-se: o que desencadeia a mudança; a antecipação do evento; a preparação para mover-se dentro da mudança; a possibilidade de ocorrência de múltiplas transições simultaneamente (Meleis, 2010).

As transições são acompanhadas por uma ampla gama de emoções, muitas das quais surgem das dificuldades encontradas durante a transição. Além do aspecto emocional, o bem-estar físico é também importante. É da reflexão sobre estes aspectos que surge o cuidado de enfermagem, voltado para uma maior sensibilização, consciencialização e humanização, identificando no cliente factores que indiquem a transição, com a finalidade de facilitar estes eventos em direcção a uma transição saudável, emergindo assim, o cuidado transaccional (Zagonel, 1999).

Existem, no entanto condicionalismos da transição, sendo que a autora distingue-os em condicionalismos inibidores e facilitadores (Meleis, 2010). São diversos os condicionalismos inibidores como a falta de preparação e conhecimento, um ambiente estranho e desconhecido ou elevados níveis de incerteza que podem determinar uma vivência do processo negativa. Já os condicionalismos facilitadores à transição, como as características do próprio indivíduo, o suporte da família, o conhecimento prévio ou o bem-estar emocional podem ser aspetos cruciais numa “transição saudável”.

Efetivamente as instituições poderão recorrer, neste processo de integração, ao uso de documentos previamente estudados, instrumentos de comunicação, que contêm uma coletânea de informações / atividades a realizar, facilitadoras do processo de integração e / ou aprendizagem (Kurcgant, 1991; Chiavenato, 2001). Estas informações adquiridas, transmitidas e preservadas, são fatores de sucesso para a instituição, quando oportunamente usadas. O enfermeiro recebe assim a instrução básica de trabalho necessário às funções que tem a desempenhar, as suas relações com os outros funcionários e com os seus superiores (Gonçalves. 2013).

O facto do enfermeiro em integração poder colocar questões e esclarecer dúvidas, torna-se um indicador de uma experiência positiva e, o mesmo, assume o “sentir-se ligado”, nomeadamente aos profissionais de saúde, e entre pares (Meleis et al., 2000). A interação entre os diversos elementos envolvidos no processo de transição permite um contexto harmonioso e efetivo de auxílio, colaboração e ajuda, tornando-se, igualmente, indicador de uma transição saudável. O localizar-se e estar situado no tempo, espaço e relações é fundamental na maioria das transições.

O progresso nas capacidades e aquisições do indivíduo, sendo revelador de competência pode permitir viver a transição com sucesso (Meleis et al., 2000).

Benner (2005) defende que o desenvolvimento de competências ocorre pelo confronto entre o substrato teórico, previamente adquirido, e a realidade dos contextos de trabalho, dos quais emergem importantes aprendizagens experienciais. A sua relevância advém do fato de as mesmas não obedecerem a uma lógica cumulativa de conhecimentos, mas sim a uma permanente reestruturação, em que os novos saberes integram os anteriormente adquiridos (Pires, 2007).

Deste modo, caracteriza-se por ser um processo contínuo, de profunda reflexão, que se traduz pela capacidade de mobilizar e integrar na prática, os saberes adquiridos. Esta realidade é particularmente importante na enfermagem, na medida em que esta se baseia na relação estabelecida com a pessoa, a qual é um ser único, pelo que a incerteza e imprevisibilidade da prestação de cuidados é uma constante (Benner, 2005).

Em contexto de SU torna-se ainda mais importante uma vez que, já que de acordo com Benner et al. (2011) na prestação de cuidados ao doente crítico, as intervenções desenvolvidas ocorrem de forma imediata e a sua maioria surge da correta interpretação do contexto.

O processo de integração de profissionais visa a adaptação do profissional a um conjunto de práticas.

A necessidade dessa adaptação pode resultar do início de funções, mudança de local ou mesmo de mudança de funções (Silvestre, 2012).

Esse processo adaptativo envolve não só o conhecimento da estrutura física, do equipamento e do seu correto manuseamento, mas também do relacionamento com outros setores da organização e o conhecimento técnico-científico. Pretende-se, assim, que neste período de integração, o enfermeiro adquira competências que lhe permitam um bom desempenho profissional (Azevedo, 1996 citado por Silvestre, 2012).

O processo de integração é interativo e dinâmico, envolvendo não só o integrado e integrador mas também o enfermeiro gestor da unidade e todo o pessoal que desempenha funções no serviço.

A integração de profissionais de enfermagem recém-admitidos coloca alguns problemas. A diversidade de capacidades técnico-científicas e relacionais que apresentam estes profissionais condiciona a criação de programas de integração específicos por serviço e por profissional (Silvestre, 2012).

Sabemos que qualquer programa deve ser flexível e adaptado às diferentes realidades. Porém essa diversidade estimula os integradores, tornando este processo individual e exclusivo. Cada enfermeiro que inicia o processo de integração, possui previamente um conjunto de conhecimentos, experiências, que podem determinar tempos de adaptação diferentes, quando comparado com outros, os quais devem ser respeitados e avaliados continuamente durante o processo de integração (Silvestre, 2012).

Os fatores limitadores podem estar relacionados com o contexto social, custo da integração do enfermeiro, com a disponibilidade dos intervenientes, com a falta de operacionalização do processo de integração, com a estrutura organizacional, com o estilo de liderança. Para as limitações podem também contribuir o desajuste entre os objetivos organizacionais e as necessidades dos profissionais (Barroso, 2009 citado por Silvestre, 2012).

No entanto, quando os enfermeiros são colocados no SU é necessário que estes adquiram os conhecimentos necessários para que, no mais curto espaço de tempo, possam desempenhar as suas funções (desempenho funcional) da melhor maneira possível, para cumprir os objetivos que lhes foram propostos.

Segundo Seabra & Sousa (2010), o termo “adaptação”, significa uma acomodação ou um ajustamento, subentendo-se uma submissão a uma determinada situação, seja ela favorável ou não.

Sempre que se muda de ambiente profissional é do senso comum que muitos profissionais têm dificuldade em se adaptar a uma nova realidade, com novos métodos de trabalho.

Esse processo adaptativo no SU envolve não só o conhecimento da estrutura física, dos equipamentos e o seu correto manuseamento, mas também do relacionamento com outros setores da organização.

Pretende-se, assim, que neste período de integração, o enfermeiro adquira competências que lhe permitam um bom desempenho profissional (Azevedo, 1996).

O Manual de integração e acolhimento é “um instrumento de comunicação que contém uma coletânea de informações/atividades a realizar, facilitadoras do processo de integração e de aprendizagem. Este não pretende substituir o papel desempenhado pelos elementos integradores, devendo ser encarado como um complemento dos mesmos, auxiliando na dissipação de dúvidas e na minimização das consequências deste processo. O enfermeiro recebe a instrução básica sobre o trabalho necessário às funções que tem a desempenhar e as suas relações com a restante equipa. Permitirá ao integrando encontrar padrões de atuação e ainda encontrar os caminhos necessários para o seu desenvolvimento no serviço.” (Macedo, 2015).

O Manual de Integração e acolhimento é um elemento facilitador do processo de integração e acolhimento de novos colaboradores numa organização.

Assim, a existência de um manual de acolhimento numa organização permite que o novo elemento assimile, o mais rapidamente possível, a sua cultura e se comporte como um membro dessa organização. Além disso, funciona também como instrumento de controlo e correção (Marriner, 2009).

As vantagens da existência de um plano de integração são: reduzir a ansiedade e o índice de rotatividade, economizar tempo e desenvolver expectativas realistas (Chiavenato, 1999; Ivancevich, 2008).

No entender de Chiavenato (2001), um programa de integração eficaz, desenvolve e estimula o interesse e entusiasmos iniciais, promovendo novas atitudes profissionais e melhorando a qualidade de prestação de cuidados.

## 2.2 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Após a fase conceitual é essencial analisar e avaliar o local e contexto em que o trabalho irá decorrer no sentido de compreender a sua pertinência e melhor forma de o realizar.

Assim, a primeira fase da metodologia de projeto é o diagnóstico da situação. É neste momento que se vai procurar conhecer a realidade do local onde se pretende implementar o mesmo.

O diagnóstico de situação visa realizar uma análise integrada das necessidades da população, para desenvolver estratégias e as ações mais adequadas para rentabilizar os recursos, estimular o trabalho em equipa com o intuito de capacitar, motivar e autonomizar a população (Ruivo et al., 2010).

Este é caracterizado por ser satisfatoriamente alargado, aprofundado, rápido, claro, sucinto, e por se ajustar às necessidades do processo de planeamento (Tavares citado por Ruivo et al., 2010). Deve ser ainda um processo contínuo, flexível e dinâmico, de modo a que seja possível fazer atualizações ou alterações sempre que tal necessidade se verifique (Ruivo et al., 2010).

Tendo em conta que este é um projeto inserido no âmbito da saúde, deve ser realizada uma análise relativamente às necessidades da população de modo a que seja possível o desenvolvimento de intervenções e estratégias, aproveitando sempre que possível os recursos disponíveis (humanos e físicos) e promovendo sempre a motivação assim como a autonomia da população, uma vez que, estes são essenciais para as mudanças dentro das instituições (Ruivo et al., 2010).

Através dessa análise é realizada a identificação do problema que se assume como o início de um projeto/investigação.

A definição do problema é um elemento central para a realização do diagnóstico da situação. Os princípios importantes que devem ser respeitados nesta etapa prendem-se com a necessidade de: ser concreto e real; haver condições para a realização do estudo; ser relevante para a prática; ser formulado de forma clara e perceptível (Ruivo et al., 2010).



Aprender por projetos centrados em problemas é aprender respondendo a uma necessidade: é realizar-se na concretização dos mesmos de tal forma que a compreensão se desenvolve de forma natural e gradual, promovendo uma nova relação dinâmica entre prática e teoria (Leite et al., 2001).

Portanto, é seguro afirmar que este processo não se baseia apenas na investigação do problema, mas também na tentativa de intervenção e resolução eficaz do mesmo.

Assim, para que seja feito um diagnóstico da situação, deve-se recorrer a vários instrumentos de diagnóstico/métodos, como: observação, questionários, escalas de avaliação, escalas de ordenação, entrevistas, cadeia de valores, entre outros (Ruivo et al., 2010).

Associado à utilização de qualquer método, está a observação do contexto de estágio e dos intervenientes, bem como as suas atividades.

Segundo Afonso (2014) a “observação é uma técnica de recolha de dados particularmente útil e fidedigna, na medida em que a informação obtida não se encontra condicionada pelas opiniões e pontos de vista dos sujeitos.” Ocorre principalmente quando “o investigador quer descrever e compreender o modo como as pessoas vivem, trabalham e se relacionam num determinado contexto social implicando que o investigador se insira na situação (...) e observe o próprio contexto, os padrões das relações entre as pessoas, o modo como reagem aos eventos que ocorrem”.

Outro método escolhido foi a análise SWOT (Apêndice I).

A análise SWOT é uma das técnicas mais utilizadas na elaboração de diagnósticos, uma vez que permite a reflexão e o confronto com os fatores positivos e negativos identificados perante determinada situação. Inclusos nos fatores positivos encontramos a força, elemento favorável e interno ao próprio sistema, e as oportunidades, de carácter externo. Enquanto fatores negativos, integramos as fraquezas, com carácter interno e as ameaças provenientes do exterior, e que efetivamente podem prejudicar o sistema (Ruivo et al., 2010).

Esta análise foi posteriormente validada em entrevista não estruturada, realizada com a enfermeira gestora do serviço e com a enfermeira supervisora clínica.

A entrevista é também um meio frequentemente utilizado para colheita de informação, opiniões ou necessidades, e até melhor conhecimento sobre as pessoas, as suas relações e pertença a um grupo (Ruivo et al., 2010).

A entrevista não estruturada é composta por questões abertas e permite aos entrevistados expor os seus pontos de vista e a sua experiência. “A entrevista não dirigida pode, por vezes, constituir a primeira etapa da conceção de um instrumento de medida” (Fortin, 2009a).



Na primeira semana do mês de outubro, foi realizada uma entrevista não estruturada com a enfermeira gestora e enfermeira supervisora clínica, onde foi apontado como problema principal e atual do serviço a não existência de um processo apoiado por um programa de integração de novos enfermeiros.

A integração de novos elementos tem sido frequente devido a substituições por absenteísmo, por doença ou licença dos mesmos.

Atualmente, ainda que não condicione a integração dos novos enfermeiros no SU, estes, iniciam funções, nos primeiros turnos com o apoio de um enfermeiro de serviço. Feita explicação dos circuitos do doente, conhecimento da estrutura física do serviço e rotinas, estes ficam entregues a si, embora com o suporte do enfermeiro mais antigo no serviço. Neste contexto, não existe uma orientação para o enfermeiro que recebe acerca de como realizar a integração do enfermeiro recém chegado, sendo que cada enfermeiro “integrador” procede da forma que considera mais correta. O novo elemento é rapidamente introduzido na equipa por escassez de recursos humanos, por vezes ainda sem a integração concluída.

As organizações hospitalares são compostas por vários grupos profissionais, representado a enfermagem uma grande fatia dos recursos humanos. O processo de integração dos enfermeiros recém admitidos pode ser visto como um fator de rentabilização de recursos humanos, pois profissionais bem integrados nas normas e padrões da organização, com elevados níveis de autonomia e motivação, prestarão cuidados de maior qualidade (AESOP, 2006).

Na reunião acima descrita foram mencionados vários fatores causadores de problemas no processo de integração de novos enfermeiros, por inexistência de um programa de integração, tais como:

- Período de integração curto ou inexistente;
- Não conhecimento da organização do serviço;
- Não conhecimento dos locais e metodologias do serviço;
- Falta de linhas orientadoras atualizadas para a integração de novos enfermeiros;
- Dificuldade no estabelecimento de objetivos para o enfermeiro em integração;
- Ausência de padronização do processo de integração;
- Os enfermeiros mais antigos despendem mais tempo com a integração;
- Dificuldade do enfermeiro orientador no processo de integração do novo enfermeiro;
- Eventual diminuição da qualidade dos cuidados de saúde prestados;
- A auto-avaliação inicial dos enfermeiros fica comprometida;
- Inexistência de um manual de integração.

De facto, "... o serviço tem de criar condições para capacitar todos os elementos da equipa de enfermagem para dar resposta mais eficaz e eficiente às solicitações de cuidados de saúde de todos aqueles que a ele recorrem". (OE, 2001).

Mais preocupante se torna a integração num SU que se distingue por possuir características particulares, onde são prestados cuidados de saúde altamente especializados. Devido à sua especificidade, o processo de integração de novos enfermeiros neste serviço é exigente e rigoroso.

Com base nas reflexões apresentadas e dada a especificidade e a natureza do SU identificou-se como problema alvo de intervenção, a integração de enfermeiros no SU da instituição onde decorre o estágio.

Segundo Frederico (2001), a "integração é entendida como a admissão do indivíduo na instituição/serviço e a sua orientação no ambiente laboral, abrangendo a comunicação de conhecimentos quanto à organização e sociedade institucional, à especificidade da função a desempenhar e ao próprio desenvolvimento de competências."

Benner (2001) defende que a enfermagem tem uma prática socialmente organizada, implícita de conhecimento e de ética. Onde este conhecimento se adquire ao longo do tempo, sendo necessário construir estratégias para a consciencialização do saber fazer, de forma a ser desenvolvido e melhorado.

O facto de não existir um manual de acolhimento e integração definido e implementado no serviço constituiu um problema sentido, tanto por mim como por toda a equipa de enfermagem, o que lhe conferiu maior importância e importância (consistência), no que respeita à necessidade de resolução.

### 2.3 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Os objetivos apontam os resultados que se pretendem alcançar, podendo incluir níveis diferentes que vão desde o geral ao mais específico. (Ruivo et al., 2010).

O projeto de intervenção profissional desenvolvido ao longo do estágio, teve como Objetivo Geral:

Promover o processo de integração e acolhimento de enfermeiros no SU através de um programa estruturado.

Da decomposição do Objetivo Geral, surgem os seguintes Objetivos Específicos:

- Caracterizar a equipa de enfermagem do SU;
- Conhecer a perceção dos enfermeiros do SU acerca do processo de integração;
- Identificar os fatores facilitadores do processo de integração dos enfermeiros;
- Conhecer a opinião dos enfermeiros acerca da importância de um manual de acolhimento e integração;

- Elaborar um manual de integração e orientação de enfermeiros;
- Divulgar o manual de integração de enfermeiros no SU;
- Implementar o manual de integração de enfermeiros no SU.

## 2.4 – PLANEAMENTO

O planeamento é a construção de um plano detalhado do projeto onde é explicitado: com quem é necessário articular intervenções; quais as atividades a desenvolver de acordo com os objetivos delineados; a calendarização das atividades através de um cronograma. Este é flexível e é um processo interativo que determina as datas de início e de fim planeadas para as atividades a desenvolver; a previsão de custos para a execução do projeto e ainda são projetados os principais constrangimentos e enunciadas formas de os ultrapassar (Ruivo et al., 2010).

No início de Outubro, fase inicial de estágio, foram delineados os objetivos de estágio e do projeto de intervenção. Foram apresentadas todas as atividades que considere necessárias de forma a cumprir os objetivos propostos, sendo que, para um melhor entendimento da organização, do plano de trabalho, foi realizado um cronograma com a calendarização das atividades planeadas (Apêndice II).

Atendendo à importância e desafio de responder a uma necessidade objetiva e prática sentida pelo serviço, a na possibilidade de criar um manual de acolhimento e integração de enfermeiros, foi realizada uma reunião com o enfermeiro orientador, enfermeira gestora e enfermeira supervisora clínica, para delinear o projeto a desenvolver no SU, durante o estágio.

Como prioridades de intervenção do projeto face ao problema identificado foram definidos os seguintes procedimentos:

- Formalizar pedido de autorização à enfermeira gestora do serviço para iniciar a realização do projeto (Apêndice III);
- Formalizar pedido de autorização para desenvolvimento do PIS ao Presidente do Conselho de Administração da ULSNA e respetiva Comissão Ética da Instituição (Apêndice IV);
- Formalizar pedido de autorização ao Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre (Apêndice V);
- Realizar revisão científica da literatura acerca do tema;
- Motivar a equipa a participar neste projeto;
- Solicitar a cooperação dos chefes de equipa para recolha de informação tendo sido explicado as metas e objetivos do projeto.

No sentido de caracterizar a população alvo, conhecer a perceção dos enfermeiros do SU acerca do processo de integração, identificar os fatores facilitadores do mesmo e conhecer a opinião dos enfermeiros acerca da importância da existência de um manual de acolhimento, foi planeada a aplicação de um questionário à equipa de enfermagem (Apêndice VI).

“A escolha dos métodos de colheita dos dados depende das variáveis estudadas e da sua operacionalização. Entre os principais instrumentos de medida em uso, mencionamos a observação, a entrevista, o questionário e a escala de medida”. (Fortin, 2009b).

O questionário é “o método de colheita de dados mais utilizado pelos investigadores (...) cujo objetivo é recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões”. (Fortin, 2009b).

O questionário dividiu-se em três partes distintas: uma primeira foi destinada a caracterização da população ao nível de género, idade, habilitações literárias, experiência profissional e experiência profissional no SU. A segunda parte foi dedicada à recolha da opinião dos enfermeiros quanto ao processo de integração e a necessidade da existência de um manual de integração e acolhimento, opiniões estas percebidas através de respostas utilizando uma escala de Likert. A terceira parte teve como objetivo obter respostas diretas (sim ou não) acerca dos mesmos temas.

No sentido de divulgar o manual de integração realizado junto da equipa de enfermagem, dando também resposta a uma dos objetivos específicos, foram planeadas as seguintes atividades:

- Planificação da sessão de apresentação do manual de acolhimento e integração de enfermeiros no SU (Apêndice VII);
- Divulgação da sessão de apresentação;
- Preparação dos materiais para a sessão.

Foram também previstos os recursos financeiros necessários para a execução dos objetivos delineados, com um custo de 100€ em material informático (tinteiro para impressora e resmas de papel A4) para impressão dos 49 questionários assim como três exemplares do manual de acolhimento e integração com a respetiva encadernação, para entregar à enfermeira gestora, à equipa de enfermagem, enfermeira supervisora clínica. Relativamente aos recursos humanos não foram previstos gastos adicionais, tendo havido articulação com enfermeiro orientador, enfermeira supervisora clínica, enfermeira gestora e enfermeiro coordenador/responsável pela formação em serviço e equipa de enfermagem do SU.

## 2.5 – EXECUÇÃO

A execução do projeto coloca em prática aquilo que foi planeado nas fases anteriores. Há uma passagem entre a idealização mental do trabalho para a sua construção real. Esta passagem coloca diversos problemas cuja resolução promove o desenvolvimento de competências (Nogueira, 2005 citado por Ruivo et al., 2010).

Durante a fase de execução do projeto houve um intenso contato com a realidade, associado a técnicas como a observação direta, a entrevista ou análise de documentos que permitiram o desenvolvimento das diferentes atividades previstas para a consecução do projeto.

Várias atividades foram executadas para a realização do manual de acolhimento e integração, nomeadamente:

- Pesquisa de regulamentos internos da ULSNA e SU;
- Conhecimento da estrutura física do serviço;
- Conhecimento dos recursos humanos do serviço;
- Conhecimento das metodologias de trabalho;
- Conhecimento do circuito do doente no serviço;
- Conhecimento de outras realidades noutras instituições e noutros serviços.

Ao longo do estágio foram decorrendo as atividades calendarizadas, com algum ajustamento, para atingir os objetivos propostos de acordo com o que estava delineado. Foi feita revisão bibliográfica, subordinada ao tema para o PIS. A metodologia utilizada foi a revisão integrativa da literatura. “A revisão da literatura é indispensável não somente para definir bem o problema, mas também para obter uma ideia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos sobre um dado tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento”. Bento (2001).

As pesquisas realizadas sucederam-se em vários momentos do estudo e nas mais variadas formas, como sendo:

- Consulta de documentos de referência, como sendo orientações pela OE e ainda Diários da República;
- Pesquisa na Biblioteca da Escola Superior de Saúde do Instituto politécnico de Portalegre;
- Pesquisa em Repositórios, Bibliotecas Digitais, Plataformas, Base de Dados e periódicos, tais como o RCAAP, a ESBCO, a B-On, a Scielo, a PubMed.

As pesquisas efetuadas, na B-On e na PubMed, tiveram por base palavras chave (enfermeiros, serviço de urgência , integração) e MeSH terms (Integration e nursing e nurses).

Os fatores limitadores desta pesquisa:

- Disponível na biblioteca;
- Acesso ao texto integral;
- Data de publicação compreendida entre 2014 e 2019;
- A língua (inglês, português e espanhol).

Após a leitura dos títulos, dos resumos e de alguns artigos na íntegra, foi selecionado apenas um que poderia ser incluído no estudo. Apesar da importância da problemática, depreendo que são poucos os estudos e documentos acerca da temática da integração de enfermeiros

No início foi um factor desmotivador, tendo sido ultrapassado, quando decidi realizar um artigo primário com base em informação por mim recolhida no campo de estágio (Apêndice VIII).

À data de início do PIS foi dado verbalmente parecer positivo por parte do Conselho de Administração da ULSNA e respetiva Comissão de Ética para desenvolvimento do PIS, sendo, posteriormente, enviado por escrito (Anexo II). Posterior à data de início do PIS, foi recebido o parecer positivo do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre (Anexo III).

A execução do projeto inicia-se com a aplicação dos questionários elaborados no planeamento. Os mesmos foram aplicados durante o mês de novembro de 2019 a todos os enfermeiros do SU, com autorização do Conselho de Administração da ULSNA.

Os dados obtidos foram processados e analisados através do software Microsoft Excel®.

Nesta fase do projeto, foram ainda identificados possíveis constrangimentos, em relação à elaboração do manual de acolhimento e integração e ao preenchimento dos questionários, nomeadamente:

- Dificuldade em realizar as atividades em tempo útil, tendo sido definida uma gestão rigorosa de tempo;
- Alguma desmotivação por parte da equipa de enfermagem, principalmente dos enfermeiros mais antigos em participar em novos projetos, nomeadamente o preenchimento do questionário.

No início de novembro, foi realizada uma reunião com a enfermeira gestora e enfermeira supervisora para escolha do *FocusGroup*, ficando decidido que seriam os “chefes de equipa” a colaborar na realização do manual de acolhimento e integração, uma vez que têm mais experiência no processo de integração de novos enfermeiros no SU.

O *Focus Group* é uma técnica de avaliação rápida que pode fornecer uma riqueza de informações qualitativas sobre o desempenho de atividades de desenvolvimento, serviços e produtos, ou outras questões. Este método de recolha de dados tem sido descrito como ideal para explorar experiências de um fenómeno específico e deve ser conduzido de forma a proporcionar uma discussão planeada, onde a atmosfera do grupo é acolhedora e encorajadora da discussão (Bamford & Gibson, 2000).

Morgan (1997) define o *FocusGroup* como um método de pesquisa onde os dados são recolhidos com base na discussão e interação em torno de um determinado tema liderado por um moderador.

Os membros do grupo são estimulados a refletir, aprofundar e expandir a sua compreensão (Morgan 1997, Bamford & Gibson, 2000).

Na organização deste *Focus Group*, estiveram presentes cerca de 9 enfermeiros. Bamford & Gibson (2000) propõem entre sete a doze pessoas na sua constituição, o que vai de encontro do número de pessoas selecionadas.

Esses elementos constituíram o grupo de discussão e colaboração onde foi dada a conhecer a finalidade e os objetivos do projeto. A reunião de grupo teve a duração de sensivelmente 60 minutos. Bamford & Gibson (2000) afirmam que as sessões podem durar entre uma a duas horas e deverão decorrer em local conveniente, com privacidade. A reunião decorreu numa sala específica e cedida pela enfermeira gestora.

Durante a elaboração do manual, o mesmo foi enviado várias vezes por email a cada elemento do *FocusGroup* para sua avaliação e apreciação. Com base nas sugestões propostas o manual foi-se construindo até à obtenção do definitivo. Assim, foi construído o PIS, cujo tema é “Manual de acolhimento e integração de novos enfermeiros” (Apêndice IX).

Neste sentido, os pressupostos apresentados pelos diferentes investigadores a propósito do *FocusGroup*, assim como o funcionamento do método, pareceram adequados e ajustados no auxílio do projeto a desenvolver.

A divulgação do projeto foi feita através de uma sessão de apresentação. A sessão foi divulgada adequadamente (Apêndice X) e foi elaborado material de suporte em Microsoft Power Point para a referida apresentação (Apêndice XI).

No dia 07/01/2020 foi realizada sessão de apresentação do Manual de Acolhimento e Integração, na sala de reuniões do HDJMG, onde estiveram presentes 16 enfermeiros. Aos enfermeiros ausentes foi facultado a apresentação da sessão e o referido Manual para consulta.

## 2.6 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Depois do enquadramento conceptual e teórico e início do diagnóstico da situação, nomeadamente a definição de objetivos, o planeamento, a execução, chega agora a vez de, no seguimento da metodologia, analisar os resultados obtidos através das respostas ao questionário e efetuar a discussão desses mesmos resultados.

Assim, devolveram o questionário 43 dos 49 enfermeiros do SU, o que corresponde a uma amostra de 88%, o que se considera bastante representativa para o estudo em desenvolvimento.

### 2.6.1 – Caracterização da população-alvo

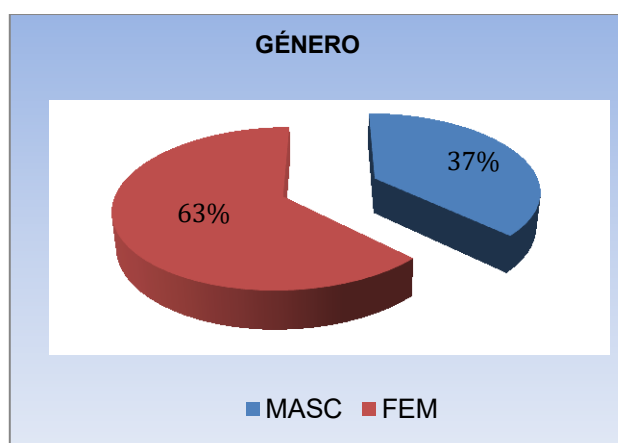


Gráfico I – Caracterização da população-alvo por género

Quanto ao género (Gráfico I), verificou-se que 63% dos elementos são do sexo feminino, enquanto os restantes 37% são do sexo masculino. Esta característica pode ser justificada pelo facto de existir mais enfermeiras do que enfermeiros no ativo, e como afirma Pereira (2006), a enfermagem sempre foi desenvolvida no seio de uma profissão predominantemente feminina.



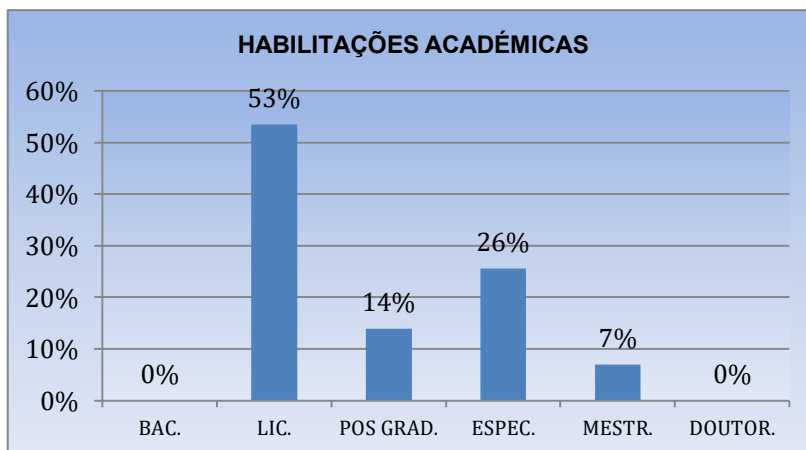


Gráfico II - Caracterização da população-alvo por habilitações académicas

Relativamente às habilitações académicas (Gráfico II), 53% dos enfermeiros detêm a licenciatura, sendo que os restantes 47% se dividem pela Pós-Graduação, Especialidade e Mestrado. Apenas 7% dos inquiridos tem o grau académico de Mestrado.

### 2.6.2 – Caracterização socioprofissional

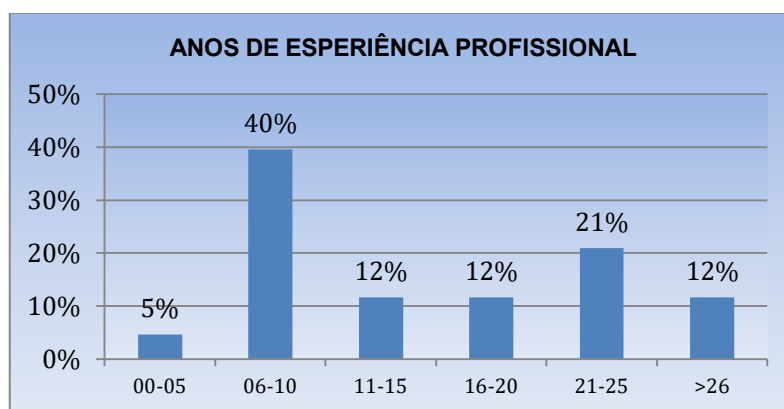


Gráfico III - Caracterização socioprofissional da população-alvo

Quanto aos anos de serviço (Gráfico III), constatou-se que maioritariamente os enfermeiros têm entre 6 e 10 anos (40%), uma minoria de 5% apenas com 0 a 5 anos e os restantes 57% encontram-se divididos entre os 11 ou mais anos de experiência profissional.

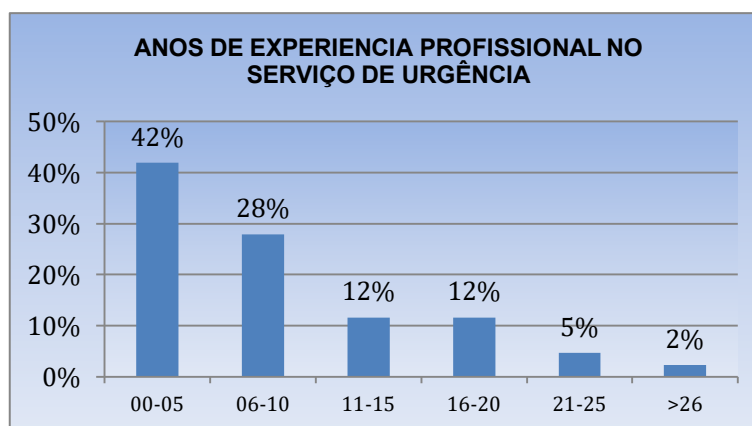


Gráfico IV – Anos de experiência profissional no SU

No que respeita aos anos de experiência no SU (Gráfico IV), constatou-se que grande parte dos enfermeiros do SU (42%) têm apenas até 5 anos de experiência profissional no SU, surgindo de seguida o intervalo entre os 6 e 10 anos (28%), pelo que se poderá dizer que mais de metade do efetivo dos enfermeiros do SU tem até 10 de serviço no SU.

De acordo com Whyte, Wards & Eccles (2009), as representações mentais dos profissionais mais competentes são consideravelmente mais complexas, permitindo que estes planifiquem, avaliem e equacionem decursos de ação alternativos. Os mesmos autores referem que os enfermeiros experientes apresentam um grau de conhecimento muito superior aos enfermeiros principiantes

Para Gerrish, Ashworth, Lacey & Bailey (2008), os enfermeiros com maior experiência consideram-se com maior capacidade para adquirir conhecimento acerca dos seus utentes e com capacidade para sintetizar o seu conhecimento para basear a sua prática clínica. De acordo com Queirós (2015), os enfermeiros considerados peritos possuem um conhecimento aprofundado distinguem-se pelas capacidades de liderança, supervisão e de promoção da mudança e pelas capacidades de comunicação e relacionais acrescidas. Por outro lado, têm a capacidade para, de uma forma reflexiva, atuar, planificar, sistematizar e avaliar de forma consistente. Para Benner (2001), “O perito, tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e aprende diretamente o problema sem se perder num leque de soluções (...) ele age a partir de uma compreensão profunda da situação global”.

### 2.6.3 – Percepção dos enfermeiros do SU acerca do seu processo de integração e identificação dos fatores facilitadores do processo de integração dos enfermeiros e do seu desempenho

No que respeita ao processo de integração, na segunda parte do questionário, foram dirigidas 10 questões utilizando uma escala de Likert, em que se obtiveram as respostas indicadas na tabela a seguir apresentada.

Nº	Descritores	Conc. total/	Conc. parcial/	Nem conc. Nem disc.	Discor. parcial/	Discor. total/
		1	2	3	4	5
1	No início das minhas funções no serviço tive dificuldade em perceber os objetivos para mim estabelecidos.	7%	49%	14%	21%	9%
2	Uma adequada integração e socialização inicial com todos os colegas de trabalho contribuem para uma melhor qualidade dos cuidados de saúde prestados.	86%	14%	0%	0%	0%
3	O conhecimento imediato dos locais e das metodologias de trabalho no Serviço é essencial para um bom desempenho inicial.	84%	14%	0%	2%	0%
4	O conhecimento inicial e imediato da estrutura física e localização de equipamentos e material facilitou o meu desempenho no serviço.	72%	23%	5%	0%	0%
5	No início da adaptação ao serviço senti-me confiante e cómodo no exercício das minhas funções, não necessitando de um documento formal de orientação.	5%	21%	9%	44%	21%
6	O conhecimento inicial e imediato dos sistemas informáticos de apoio à prestação de cuidados favorece o meu desempenho e a qualidade dos cuidados de saúde a prestar.	56%	39%	5%	0%	0%
7	Um período de integração no serviço representa um ganho para a equipa de enfermagem e para o elemento a ser integrado.	93%	5%	2%	0%	0%
8	Mesmo não havendo manual de integração, eu adaptei-me muito facilmente ao serviço.	14%	42%	12%	30%	2%
9	A não existência de um manual orientador dificultou a minha auto-avaliação no início das minhas funções no serviço.	21%	49%	14%	9%	7%
10	Os enfermeiros mais antigos despendem mais tempo com a minha adaptação no serviço.	23%	30%	33%	9%	5%

Tabela I – Descritores sobre integração

Fazendo uma análise detalhada de cada uma das afirmações/questões, 56% dos enfermeiros referiram que tiveram dificuldades em perceber os objetivos que se

esperava que eles atingissem, sendo que 14% não concordaram nem discordaram e 30% discordaram parcial ou totalmente.

A enfermagem de urgência define-se pela diversidade de conhecimentos, doentes e processos de doença, requerendo um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento geral e especializado, onde os problemas podem ser percecionados, reais ou potenciais, súbitos ou urgentes, físicos ou psicossociais e a sua resolução pode implicar cuidados mínimos ou medidas de reanimação, ensino ao doente ou à família e encaminhamento adequado (Sheehy, 2001).

Sheehy (2001) considera a enfermagem de urgência pluridimensional, pois implica “o conhecimento dos vários sistemas do organismo, processos de doença e grupos etários comuns a outras especialidades”. O papel dos enfermeiros passa pela prestação de cuidados ao doente, investigação, gestão, ensino, consultoria e apoio jurídico. “Os comportamentos profissionais inerentes à prática de urgência, consistem em aquisição e aplicação de um conjunto de conhecimentos e técnicas especializadas, responsabilidade ascendente e descendente, comunicação, autonomia e relações de colaboração com os outros”, salientando ainda que “em nenhuma outra área de enfermagem se espera do enfermeiro tantos conhecimentos - do berço ao túmulo - sobre fisiopatologia da doença, inovações tecnológicas mais recentes de equipamento de monitorização e tratamento”. (Sheehy, 2001). A questão que se coloca sobre o processo de integração dos enfermeiros e a respetiva supervisão, relaciona-se sobretudo, com a necessidade de se traçarem objetivos e um plano apropriado a cada serviço, que ajude os novos profissionais a não se sentirem estranhos na instituição e serviço, mas sim elementos inseridos na equipa desde o primeiro dia, ou seja, que se sintam seguros na execução das atividades inerentes à prestação de cuidados e que possuam um sentimento de pertença à organização e local de trabalho (Silvestre, 2012).

Não é perceptível que os enfermeiros tivessem dificuldade em percecionar os objetivos estabelecidos no início das funções, dado que as respostas dividem-se na escala, apesar de haver uma ligeira tendência, quase metade dos enfermeiros teve dificuldade em percecionar o seu papel no serviço e quais os objetivos que o serviço tinha para si, o que vai dificultar uma adequada integração.

No que concerne à afirmação “Uma adequada integração e socialização inicial com todos os colegas de trabalho contribuem para uma melhor qualidade dos cuidados de saúde prestados”, 86% dos enfermeiros concordaram totalmente e os restantes 14% concordaram parcialmente, sendo no sentido concordante à totalidade das respostas. É perceptível que os enfermeiros concordam que uma boa integração e socialização no início das funções ajuda em muito uma melhor qualidade dos cuidados prestados.

Na questão “Acha que uma boa integração dos enfermeiros mais novos melhora a qualidade dos cuidados prestados e a segurança dos mesmos?”, realizada na terceira parte do questionário, 98% dos enfermeiros responderam sim e apenas 2% responderam não. De facto, a integração apenas poderá ser bem conseguida se existir colaboração de todos os elementos da equipa de enfermagem, constituída pelos enfermeiros do serviço e o respetivo enfermeiro gestor, sem que com isso seja diminuída a responsabilidade do elemento em processo de integração, uma vez que todos os profissionais têm de assumir os resultados e as responsabilidades inerentes às suas práticas, sendo cada elemento uma peça fundamental para a construção do trabalho de equipa e, conseqüentemente, para a qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes (Silvestre, 2012).

Quanto à afirmação “Um período de integração no serviço representa um ganho para a equipa de enfermagem e para o elemento a ser integrado”, existiu uma resposta quase uniforme, sendo que 93% dos enfermeiros concordaram totalmente, 5% concordaram parcialmente e 3% não concordaram nem discordaram. Os inquiridos manifestaram a opinião que o enfermeiro a integrar e a equipa de enfermagem beneficiam com um período de integração no serviço.

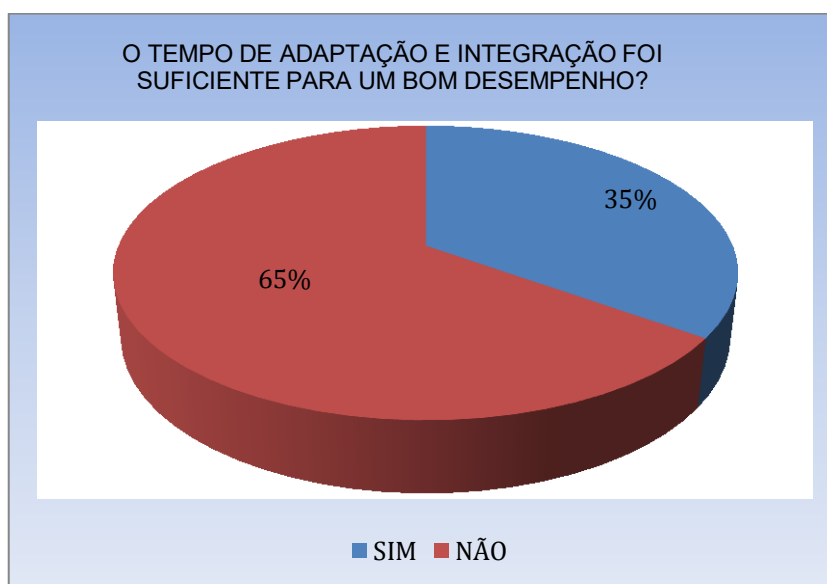


Gráfico V – Respostas sobre tempo de adaptação e integração

Na questão “O tempo de adaptação e integração foi suficiente para um bom desempenho?”, realizada na terceira parte do questionário, 65% dos enfermeiros responderam que não, mas 35% responderam que sim. É perceptível que o tempo de adaptação e integração dos inquiridos foi insuficiente para um bom desempenho inicial.

A duração do processo de integração (tempo), que é variável, dependendo das necessidades imediatas e a longo prazo, do serviço e do enfermeiro em integração, assim

como da facilidade de integração com que o novo elemento demonstre durante o processo. No entanto, a duração deste período de integração deve ser razoável, de modo a que o enfermeiro a integrar possa desenvolver as competências essenciais para o desempenho da sua atividade profissional (Azevedo, 1996; Silva & Carvalho, 2002).

Considera-se que os cuidados de excelência apenas podem ser assegurados com a passagem de testemunho do enfermeiro supervisor e da equipa para o recém-admitido. Cabe à equipa de enfermagem, sobretudo ao enfermeiro supervisor, sensibilizar, estimular, orientar, ajudar e ensinar o novo elemento (relação supervisiva), permitindo-lhe uma adequada integração, levando a que o mesmo seja capaz de prestar cuidados de enfermagem com qualidade e apresentar um desempenho profissional exemplar (Silvestre, 2012).

Torna-se imperativo que a integração dos enfermeiros no contexto de trabalho seja organizada de forma a promover o desenvolvimento de novas atitudes profissionais, orientadas para a consecução da qualidade dos cuidados de enfermagem, devendo ser criadas, por parte das instituições, as condições adequadas e o tempo de integração necessários a este desiderato (OE, 2010; Pinheiro, 2012).

Relativamente à afirmação “Os enfermeiros mais antigos despendem mais tempo com a minha adaptação no serviço”, 53% dos enfermeiros concordaram, sendo que 23% concordaram totalmente e 30% concordaram parcialmente. Já 33% dos enfermeiros não concordaram nem discordaram. Já 9% discordaram parcialmente e 5% discordaram totalmente.

Williams & Irvine (2009) reforçam a condicionante do tempo na integração dos novos enfermeiros. Por outro lado, Rogan (2009) evidencia a sobrecarga de trabalho e a operacionalização da supervisão clínica referindo-se à sobrecarga de trabalho como uma das grandes dificuldades para a pronta resposta à prestação de cuidados e, simultaneamente, à supervisão, sugerindo uma melhor gestão neste domínio. A acumulação de funções e a sobrecarga de serviço, segundo Simões, Alação & Costa (2008), conduzem a uma supervisão deficitária, levando a que seja mais fácil fazer do que ajudar e orientar a fazer, fator comum ao presente estudo. Além disso, a falta de apoio, nomeadamente a relação de ajuda, e a impossibilidade de questionamento imediato são aspetos negativos referidos pelas enfermeiras recém-integradas como consequência da falta de tempo com que as enfermeiras supervisoras se deparam nos seus turnos. Thomas & Reid (1995) alertam que não devem ser negligenciadas as dificuldades que a operacionalização da supervisão clínica pode trazer, identificando três dificuldades principais: falta de pessoal treinado para levar a cabo essa tarefa; falta de estrutura de supervisão que, frequentemente, fazem o supervisionado questionar o papel do supervisor; em serviços que apresentam elevada

mobilidade, com aumento de admissões e de carga de trabalho, a supervisão é, habitualmente, a primeira atividade a ser renunciada e a última a ser reinstalada.

#### **2.6.4 – Fatores facilitadores do processo de integração dos enfermeiros e do seu desempenho**

Relativamente à afirmação “O conhecimento imediato dos locais e das metodologias de trabalho no serviço é essencial para um bom desempenho inicial” (Tabela I), da segunda parte do questionário, 84% dos enfermeiros concordaram totalmente, 14% concordaram parcialmente e 2% discordaram parcialmente.

Uma integração adequada permite à instituição atingir os seus objetivos, ao mesmo tempo que possibilita o desenvolvimento das potencialidades de cada elemento recém-admitido. Este processo de integração é particularmente importante para os enfermeiros, sobretudo na sua primeira experiência de trabalho, ou quando têm que mudar de serviço dentro de uma mesma instituição de saúde. É fundamental um programa de integração de qualidade, que permita um processo de socialização “rápido” e eficaz, assumindo o procedimento de integração como um processo contínuo e dinâmico, para o qual contribuem os diferentes atores (Gonçalves, 2013). Um enfermeiro recém-chegado a um serviço, por mais competente que seja, necessita de uma formação inicial que o integre e o ajude a estabelecer uma relação adequada com os restantes profissionais; necessita ainda de uma clarificação das responsabilidades do posto de trabalho e a formação prática nas habilidades necessárias. A existência de um programa de acolhimento numa organização permite que o novo elemento assimile, o mais rapidamente possível, a sua cultura e se comporte como um membro da mesma (Marriner, 2009).

Acerca da afirmação “O conhecimento inicial e imediato da estrutura física e localização de equipamentos e material facilitou o meu desempenho no serviço” (Tabela I), 72% dos enfermeiros concordaram totalmente, 23% concordaram parcialmente e 5% não concordaram nem discordaram. De facto, todo o elemento precisa familiarizar-se primeiro com o ambiente físico e social da instituição e só depois é que será integrado no seu novo serviço. Dias (1983) citado por Loureiro et al. (2002) refere que “tendo em consideração a importância que o sentimento de segurança tem para o Homem, consequentemente o enfermeiro ao entrar no serviço já deve conhecer a estrutura física e social da instituição”.

Em relação à afirmação “O conhecimento inicial e imediato dos sistemas informáticos de apoio à prestação de cuidados favorece o meu desempenho e a qualidade dos cuidados de saúde a prestar” (Tabela I), 56% dos enfermeiros concordaram totalmente, 39% concordaram parcialmente e 5% não concordaram nem discordaram. Aliás, Silvestre (2012) no estudo que realizou corrobora com estes resultados ao concluir que “os nossos

integrados também referem que o nível de dependência dos doentes ou a documentação dos cuidados de enfermagem em suporte informático também se constituíram como fatores limitadores à sua integração, pelo que um processo de integração mais faseado era desejado pelos mesmos”.

### 2.6.5 – Opinião dos enfermeiros acerca da importância de um manual de acolhimento e integração no SU

Na terceira parte do questionário, através de questões diretas com resposta sim ou não, foi proposto aos enfermeiros que se pronunciassem sobre a problemática da integração, a adaptação ao serviço e a conveniência da existência de um manual de acolhimento. As questões efetuadas e respostas obtidas encontram-se claramente evidenciadas nos seguintes gráficos.



Gráfico VI – Respostas sobre adaptação suportada por um manual de integração

Nas questões “Considera que uma adaptação efetiva de novos enfermeiros, suportada por um manual de integração, é necessária para o serviço?”, 98% dos enfermeiros consideraram que sim e apenas 2% consideraram que não.

Efetivamente as instituições poderão recorrer, neste processo de integração, ao uso de manuais, documentos previamente estudados, instrumentos de comunicação, que contêm uma coletânea de informações / atividades a realizar, facilitadoras do processo de integração e / ou aprendizagem (Kurcgant, 1991; Chiavenato, 2001). Estas informações adquiridas, transmitidas e preservadas, são fatores de sucesso para a instituição, quando oportunamente usadas. Com este documento, habitualmente denominado Manual de



Integração, o enfermeiro recebe a instrução básica de trabalho necessário às funções que tem a desempenhar, as suas relações com os outros funcionários e com os seus superiores (Gonçalves, 2013).



Gráfico VII – Respostas sobre a pertinência de um manual de integração

Na questão “Acha pertinente a existência de um manual de acolhimento e integração para novos enfermeiros no serviço de urgência?”, 93% dos enfermeiros consideraram que sim e 7% responderam que não. Gonçalves (2013) suporta as respostas anteriores ao referir que um manual permitirá ao enfermeiro recém-admitido encontrar os caminhos necessários para o seu desenvolvimento no serviço. A informação presente deve ser a indispensável para que o novo colaborador se integre com maior facilidade na organização. Não deverá ser demasiado extenso, pois há o risco de se tornar pouco apelativo (Mosquera, 2007). Além disso, pode conter informações sobre a história da instituição, a sua estrutura física, funcional e organizacional, objetivos do serviço, o regime da função pública, algumas regalias sociais e, de um modo geral, todas as informações necessárias para uma visão global da instituição e da sua inserção na comunidade. Contribuindo para integrar os novos enfermeiros nos objetivos e estratégias do serviço. O Manual de Integração ajudará a minimizar as consequências da “crise de integração”, fazendo aumentar a satisfação e o rendimento do trabalho (Gonçalves, 2013).

Quanto à afirmação “No início da adaptação ao serviço senti-me confiante e cómodo no exercício das minhas funções, não necessitando de um documento formal de orientação”, realizada na segunda parte do questionário, apenas 5% dos enfermeiros concordaram totalmente e 21% concordaram parcialmente. A maioria dos enfermeiros (65%) discordaram,

tendo 44% discordado parcialmente e 21% discordado totalmente. 9% dos enfermeiros não concordaram nem discordaram.

De facto, a integração do enfermeiro recém-admitido gera um conjunto de incertezas, inseguranças e angústias, que necessitam de ser ultrapassadas, através da construção de estratégias facilitadoras desse processo (Mestrinho et al., 2000). Consequentemente, releva que as instituições de saúde contemplem nas suas políticas organizacionais, programas de integração orientados para o desenvolvimento das competências dos enfermeiros (Bucchi & Mira, 2010). Para além disso, acresce a relevância de se dar a conhecer o manual de integração, uma vez que fornecem orientações aos elementos, respondendo a dúvidas e auxiliando em todo o processo (Coelho & Lourenço, 2004).

Acerca das afirmações realizadas na segunda parte do questionário “Mesmo não havendo manual de integração, eu adaptei-me muito facilmente ao serviço” (Tabela I), 14% dos enfermeiros concordaram totalmente, 42% concordaram parcialmente, 12% não concordaram nem discordaram, 30% dos enfermeiros discordaram parcialmente e 2% discordaram totalmente. Relativamente há afirmação “A não existência de um manual orientador dificultou a minha auto-avaliação no início das minhas funções no serviço” (Tabela I), 21% dos enfermeiros concordaram totalmente, 49% concordaram parcialmente, 14% não concordaram nem discordaram, 9% dos enfermeiros discordaram parcialmente e 7% discordaram totalmente.

Um manual de integração, através do qual os profissionais recebem a instrução básica de trabalho necessário às funções que tem a desempenhar, as suas relações com os outros funcionários e com os seus superiores, bem como encontrarem os caminhos necessários para o seu desenvolvimento no serviço (Loureiro et al., 2002).

Assim, foram identificados os fatores limitadores do processo de integração de enfermeiros no serviço. Foi possível perceber que fatores de constrangimento como um período de integração curto ou inexistente, a não existência de um manual de integração, o não conhecimento da organização do serviço, dos locais e metodologias do trabalho, entre outros, prejudicam o processo de integração, refletindo-se por vezes diretamente na prestação de cuidados e no grau de satisfação e motivação dos novos enfermeiros, assim como, dos enfermeiros mais antigos.

Assim, a integração é um processo essencial a qualquer enfermeiro recém chegado ao SU e deverá ser encarada como um processo de mudança em direção à valorização pessoal e profissional.

Benner (2001) defende que a enfermagem tem uma prática socialmente organizada, implícita de conhecimento e de ética. Onde este conhecimento se adquire ao longo do tempo, sendo necessário construir estratégias para a consciencialização do saber fazer, de forma a ser desenvolvido e melhorado.

O enfermeiro que entra num novo serviço, com ou sem experiência profissional anterior, é considerado enfermeiro no nível de iniciado / principiante tendo, à partida, dificuldade em integrar-se na realidade do novo contexto, ou seja, transpor os conhecimentos teóricos para a prática, pelo que se torna fundamental a existência de um programa de integração profissional que possibilite e facilite a evolução do seu estadio de competências (Luz, 2001; Silvestre, 2012).

A existência de um programa de acolhimento numa organização permite que o novo elemento assimile, o mais rapidamente possível, a sua cultura e se comporte como um membro dessa organização. Além disso, funciona também como instrumento de controlo e correção (Marriner, 2009).

Através de integração bem planeada e estruturada, o enfermeiro sente-se mais confiante, seguro e capaz de resolver questões com as quais se depara quotidianamente o que vai beneficiar o novo enfermeiro, a própria instituição e também o cliente a quem presta cuidados.

## 2.7 - AVALIAÇÃO

No final do projeto, a avaliação tem um papel preponderante. Esta deve ser globalizante, ou seja, deve avaliar o produto final (Leite et al., 2001).

Avaliar um projeto implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente.

Assim, relativamente ao objetivo geral do projeto: “Promover o processo de integração e acolhimento de enfermeiros no SU de um programa estruturado”; foi realizado um programa de integração de novos enfermeiros, com cronograma estruturado e suportado por um manual.

Relativamente aos objetivos específicos: “Caraterizar a equipa de enfermagem do SU”; “Conhecer a perceção dos enfermeiros do SU acerca do processo de integração”; “Identificar os fatores facilitadores do processo de integração dos enfermeiros;” e “Conhecer a opinião dos enfermeiros acerca da importância de um manual de acolhimento e integração”, foi realizada entrevista não estruturada com a enfermeira gestora, enfermeira supervisora clínica, realizado um *focus group* com os chefes de equipa e aplicado um questionário à equipa de enfermagem onde todas essas informações foram obtidas e devidamente trabalhadas.

Os objetivos “conhecer a problemática associada dos enfermeiros do SU sobre o seu processo de integração” e a “pertinência da existência de um manual de acolhimento e integração”.

Concluiu-se primeiramente que os enfermeiros ao iniciarem funções no serviço não tiveram conhecimento de um plano de integração e quais os objetivos para si delineados. Por isso, o processo não foi organizado e estruturado de forma a preparar o enfermeiro recém-chegado. Foi notório também a percepção por parte dos enfermeiros da importância de um período de integração na boa adaptação ao serviço e na melhoria da qualidade de cuidados. No entanto, não foi questionado o tempo de integração que considerariam necessário, o que é identificado como uma limitação a este estudo.

Assim, o processo de integração profissional deve facilitar ao enfermeiro a percepção do conjunto de normas, valores e objetivos estabelecidos na instituição e proporcionar uma adaptação adequada, que se refletirá num adequado desenvolvimento profissional, exigido para a prestação de cuidados de qualidade.

Quando referi em uma das questões se consideram que os enfermeiros mais velhos dispenderam tempo com a integração do novo enfermeiro e a resposta foi positiva, concluiu-se que o processo de integração ainda é considerado como algo moroso, trabalhoso ou limitador da atividade do enfermeiro que está a integrar. Concluiu-se também que os enfermeiros consideraram fundamental o bom conhecimento de estruturas físicas, metodologias, equipamentos e sistemas informáticos como elementos facilitadores à integração.

Assim, um processo de integração é um investimento, que bem organizado, estruturado e aplicado poderá promover uma integração mais rápida e eficaz, com benefício para o enfermeiro integrado, para a equipa e para a qualidade de cuidados.

Foi ainda possível concluir que um manual de integração de suporte e apoio é outro elemento facilitador no processo de integração num novo serviço.

Este estudo também teve algumas limitações podendo, por isso, ser passível de melhoria.

Acerca do objetivo específico: “Elaborar um manual de integração e orientação de enfermeiros”, com o apoio da enfermeira gestora, enfermeira supervisora clínica e professor orientador, foi elaborado um manual. Este teve ainda contributo importante dos chefes de equipa de enfermagem que através de *focus group* foram dando sugestões de melhoria.

Em relação ao objetivo específico: “divulgar o manual de integração de enfermeiros no SU”, foi realizada uma formação para os enfermeiros do SU onde foi apresentado o PIS assim como o manual que o suporta. Relativamente à avaliação da sessão, os objetivos planeados foram cumpridos. Durante a sessão de apresentação, os elementos da equipa não demonstraram nada de específico, manifestando ainda sua concordância e pertinência da existência do manual.

Acerca do objetivo específico: “implementar o manual de integração de enfermeiros no SU”, foi disponibilizado, como referi anteriormente, o manual no serviço. Não foi possível,

devido ao curto período de estágio, avaliar a implementação do manual e procedimento de integração no serviço. No entanto, espera-se que nos primeiros 6 meses, caso existam integrações de novos elementos, 100% dos novos enfermeiros usufruam deste procedimento e tenha acesso ao manual de integração e que 80% das novas integrações sejam avaliadas através da grelha de avaliação de conhecimentos, presente no manual.

Em todo o projeto houve partilha e envolvimento de todos os intervenientes no mesmo, pois cremos que, quando as pessoas fazem parte de um projeto ficam mais interessadas e motivadas, o que pode contribuir positivamente para o sucesso de toda a intervenção.

Como futura enfermeira especialista, esta temática permitiu ver o processo de integração de uma outra perspetiva. Compreendi a importância que este tem não só para o enfermeiro integrado mas também para o serviço e instituição. Apesar de não ter sido abordado o papel do enfermeiro integrador, considero que tem um papel fundamental em todo este processo e que deverá ser também objeto de estudo futuro.

Será oportuno, numa fase posterior, aplicar novamente o questionário para avaliar se realmente houve alteração nas vivências e perceção dos enfermeiros quanto ao seu processo de integração.

Após a avaliação referida de todo o percurso realizado durante a construção do PIS, pode-se afirmar que o resultado final deste projeto superou as expectativas e que contribuiu, determinadamente, para atingir os objetivos acima propostos.

### **3 – ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS**

A evolução do conhecimento científico nas suas múltiplas vertentes do saber, assim como a crescente evolução tecnológica na prática dos cuidados de enfermagem impõem, necessariamente, uma formação contínua aos enfermeiros. Deste modo, o conhecimento na aquisição de competências torna-se um instrumento inerente no domínio específico da enfermagem.

A enfermagem foi sofrendo ao longo dos anos várias transformações que a tornaram numa profissão indispensável para o bom funcionamento das instituições em matéria de cuidados de saúde.

Assim, numa perspetiva de continuum de vida, o desenvolvimento individual do ser humano origina alterações que decorrem de uma situação de doença, o que por vezes ocasiona o internamento em centros hospitalares.

Este fenómeno pressupõe uma complexidade de intervenções a serem realizadas e as quais devem assentar numa base de conhecimentos técnico-científicos que permitam uma adequação ao planeamento e prestação de cuidados de enfermagem, assim como à compreensão das questões relacionadas com as características e necessidades do utente/família.

Machado (2000), citando Pires (1994), refere que “as competências são definidas como um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência da ação, adquirida ao longo do tempo de uma forma empírica, não sistematizada, que se manifestam em situações concretas de trabalho.” Tal abordagem, requer que cada enfermeiro seja detentor de um conjunto de competências, que lhe permitam interligar os conhecimentos teórico-práticos, e sabê-los utilizar corretamente perante as situações com que se depara no seu quotidiano.

Aludindo o REPE, o enfermeiro é um profissional com um título que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados gerais ao cliente (OE, 2015a).

No início do estágio realizei um projeto, discutido com a enfermeira supervisora clínica e posteriormente entregue ao docente orientador. Este documento constituiu-se como guia condutor e também como um documento facilitador para a avaliação do estágio. (Apêndice XII).

No decorrer do mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica, à pessoa em situação crítica, na UC médico-cirúrgica I, tive oportunidade de refletir sobre várias teorias e modelos de enfermagem. De acordo com a minha prática clínica e os campos de estágio que fizeram parte do meu percurso, considero que a filosofia de Benner (2001) é a que melhor fundamenta a aquisição de competências de enfermagem

médico-cirúrgica na vertente à pessoa em situação crítica. Esta teoria define que “a aquisição de competências baseadas sobre a experiência é mais segura e mais rápida se assentar sobre boas bases pedagógicas”. Descreve, ainda, que os enfermeiros que se encontram em níveis diferentes da prática reconhecem e respondem, necessariamente, às necessidades de forma diferente. Enquanto o enfermeiro ganha experiência, o conhecimento teórico e prático fundem-se originando o conhecimento clínico.

Benner (2001) descreve através do modelo de Dreyfus cinco níveis de aquisição e desenvolvimento de competências: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

- O iniciado caracteriza-se por não possuir nenhuma experiência, o seu desempenho é baseado no cumprimento de regras e instruções;
- O iniciado avançado já experienciou situações reais e é capaz de reconhecer os factores significativos que se reproduzem em situações semelhantes, tornando-se competente quando começa a aperceber-se das suas intervenções em termos objetivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente;
- O competente, apercebe-se dos seus atos em termos objetivos, planeia as suas ações a longo prazo, estabelecendo prioridades de forma consciente e deliberada. Não adquiriu a rapidez nem a flexibilidade do proficiente, mas tem o conhecimento que lhe permite resolver muitos imprevistos. Não apresenta a experiência para reconhecer uma situação no seu todo;
- O proficiente apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados;
- O perito através da experiência adquirida, compreende de forma intuitiva cada situação. O perito toma decisões de forma holística, sem desperdiçar tempo com situações supérfluas, ou de menor interesse para o contexto. Para além de deter um elevado nível de competências possui a maleabilidade e adaptabilidade que lhe permite distanciar das regras.

Sendo assim, à medida que apresento uma descrição das diversas atividades realizadas/observadas e de acordo com as competências pessoais propostas aquando da realização do projeto de intervenção, faço também uma avaliação e reflexão crítica acerca do meu desempenho durante os estágios, pois tal como afirma Benner (2001), o estudante, deve procurar tornar-se o agente da sua formação, pois só assim conseguirá desenvolver através do pensamento crítico e reflexivo, a alavanca da descoberta das suas necessidades de aprendizagem.

Assim o terceiro e último capítulo deste relatório pretende evidenciar as competências de mestre, comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica: à pessoa em situação crítica.

Nesta última fase pretende-se demonstrar todas as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso académico com vista à criação do perfil de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: à pessoa em situação crítica adquirindo o grau académico de mestre.

### 3.1 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE, COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Regulamento Competências Comuns do Enfermeiro Especialista define um conjunto de competências em todas as áreas de especialização, adequados e possíveis de serem utilizadas em todos os contextos de prestação de cuidados. Define Competências comuns como “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”. (OE, 2019).

Assim, no que se refere ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), este deverá possuir conhecimentos aprofundados e responsabilidades acrescidas nos domínios:

- Da responsabilidade profissional, ética e legal;
- Da melhoria contínua da qualidade;
- Da gestão de cuidados;
- Das aprendizagens profissionais.

Especificando as competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, estas são:

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos 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.



O curso de mestrado e especialização em enfermagem referencia que o enfermeiro adquira para além das competências comuns de especialista e específicas da pessoa em situação crítica, as seguintes competências de mestre (Ministério da Educação e Ciência, 2013):

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
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;
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
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 competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

No decorrer do estágio final, foram desenvolvidas as seguintes competências comuns do enfermeiro especialista, intercalando com as competências de mestre:

<b>Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</b>	
Competência de Mestre nº3	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.
Competência de enfermeiro especialista	<b>A1.</b> - Desenvolver uma prática profissional e ética no campo de intervenção.
	<b>A2.</b> - Promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Tabela II – Competências de Mestre nº 3 e de enfermeiro especialista A1 e A2

A Ética da Enfermagem “reflete não só sobre o que nós, enfermeiros, devemos fazer no exercício da enfermagem mas também sobre o que devemos ser na relação com os nossos

utentes.” (Vieira, 1995). Os enfermeiros devem assumir o compromisso pela proteção da pessoa enunciado no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2009) de que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” promovendo “o respeito pelos direitos humanos, na relação com os clientes”.

Na UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, foi desenvolvido um trabalho em grupo, com o tema de “Sigilo Profissional”, que logo contribuiu para o desenvolvimento da competência agora abordada. Com a realização deste trabalho, os objetivos propostos foram alcançados, na medida em que foram fortalecidos os conhecimentos relacionados com a abordagem ao sigilo profissional nas perspetivas epistemológica, jurídica, deontológica e ética, bem como aprofundados conhecimentos sobre a deontologia profissional e a importância do Código Deontológico do Enfermeiro. O trabalho realizado permitiu consolidar os conhecimentos adquiridos na anterior experiência profissional, reconhecendo-se que, o sigilo profissional, no contexto da prestação de cuidados de saúde, está intimamente relacionado com o dever por parte dos profissionais de saúde em respeitar e proteger o direito das pessoas à reserva da intimidade da vida privada e à confidencialidade das informações e dados pessoais. Uma oportuna consciencialização e adequada praticabilidade de todas as normas relativas ao sigilo profissional revelam-se fatores decisivos para o estabelecimento de uma relação de confiança entre o utente e o enfermeiro que lhe presta cuidados.

Na primeira semana de estágio adotei uma postura de observação, consulta e revisão de alguns documentos que seriam importantes para o processo de integração e desenvolvimento com a colaboração da enfermeira supervisora clínica.

A profissão de Enfermagem é norteada por diplomas legais, como é o caso do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, onde se encontra o Código Deontológico da Profissão de Enfermagem, sendo que é o cumprimento deste que faz com que o exercício da profissão seja desenvolvido segundo padrões de excelência, e toda a prestação de cuidados é apoiada em valores, normas e princípios deontológicos.

Além do Código Deontológico foi de grande importância a realização de uma revisão bibliográfica de outros documentos relevantes para o PIS em desenvolvimento, nomeadamente a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, da Lei de Bases da Saúde, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, e a legislação dos direitos e deveres do utente nos serviços de saúde, garantido, deste modo, que a prestação dos cuidados fosse suportado pelos direitos e deveres da pessoa em todas as suas vertentes biológica, psicológica, social, cultural e espiritual, sem qualquer tipo de discriminação relativamente a qualquer fator destas vertentes.

Durante o estágio, esta competência foi particularmente desenvolvida em várias áreas de atuação, tanto em situações de emergência, como na prestação de cuidados. Existiu a necessidade de tomar decisões assertivas de cariz profissional, mas tendo sempre em conta os aspetos relacionados com a ética e a legalidade de cada situação. Durante todo o decorrer do curso e estágio, a competência agora explanada foi visivelmente vivenciada.

Na verdade, os locais de estágio como o SU ou a UCI são serviços complexos, nos quais existe um alto risco de vida por parte dos utentes, risco este que depende de várias decisões que incluem diagnósticos e terapêuticas, envolvendo médicos, enfermeiros e assistentes operacionais. Na sua esfera de ação, além das atividades relacionadas com a prestação de cuidados, o enfermeiro especialista tem de tomar decisões éticas em variadas situações, suportadas por princípios, valores e normas deontológicas.

Em relação às normas deontológicas poderá referir-se que, relativamente ao direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de:

- “Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem, respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”;
- “Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem, Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa, Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter”. (OE, 2015b).

Relativamente ao mencionado, sempre promovi, durante todo o período de estágio, o direito dos utentes e família ao acesso de toda a informação disponível, facultando todos os dados que me estavam disponibilizados, assim como sempre tentei estabelecer diálogo com os intervenientes sobre dúvidas acerca de procedimentos. Em paralelo, saliento que, dentro das diversas circunstâncias, procurei promover a permanência dos familiares no serviço, pois, como se sabe, a mesma acarreta benefícios tanto para o doente como para a própria prestação de cuidados.

Efetivamente, ao longo do estágio, foi possível prestar cuidados a utentes em situação crítica, alguns com necessidade de ventilação invasiva e sedação, no qual foi possível consolidar esta competência, na medida em que houve a necessidade de refletir com o médico sobre a terapêutica a aplicar, mas também interagir com a família, tendo que responder a questões e dúvidas sobre o estado de saúde do utente. Tomar decisões e esclarecer dúvidas, nem sempre é fácil, muito menos quando se tem que abordar situações que remetem para sentimentos e, algumas vezes, para a perda de vidas. Foi gratificante fortalecer os conhecimentos de ética profissional para lidar com estas situações, por vezes de difícil gestão, com escolhas e opções múltiplas, mas sempre enquadradas nos padrões

de ética estipulados, nunca esquecendo as limitações acerca da informação clínica que podemos ou não fornecer enquanto enfermeiros.

Benner et al. (2011) salientam dois aspetos essenciais no que diz respeito à relação estabelecida entre o enfermeiro e a família: a possibilidade da família permanecer junto do doente e a transmissão de informações claras, com conseqüente consciencialização e envolvimento da família nos diferentes momentos da prestação de cuidados.

Durante o decorrer do estágio foi também possível promover o respeito pela privacidade e defesa dos direitos humanos dos doentes dado que, dada a elevada afluência ao SU, houve a necessidade de gerir os espaços em função da gravidade e tipologia dos doentes, mas salvaguardando, sempre que possível, a sua dignidade e privacidade. Em todos aqueles momentos, sempre tive a preocupação, independentemente do seu estado clínico, de escolher os momentos e locais mais apropriados para a prestação de cuidados.

Segundo Benner (2001), o enfermeiro deve ter a capacidade de se afastar apenas do momento de agir e de curar e fazer sentir ao doente uma pessoa por inteiro, mostrando essencialmente respeito pela sua dignidade.

A dignidade e privacidade do doente assumiram especial relevância nos diversos momentos da prestação de cuidado durante o estágio. Devido à afluência ao serviço de urgência, existem doentes nos corredores, vulneráveis e expostos a todos os olhares. Muitos foram surpreendidos na sua vida por um episódio de doença que não esperavam, pelo que vivenciam uma multiplicidade de sentimentos e emoções, não só relacionados com eles, como com aqueles que os rodeiam. Perante esta realidade, é fundamental basear a prática de cuidados no respeito pela intimidade da pessoa e pelas suas crenças, com a identificação precoce de potenciais situações que possam comprometer a privacidade. Neste contexto, foram adotadas diversas estratégias, de entre as quais a colocação de doentes em salas privadas durante a realização de técnicas ou a prestação de cuidados de conforto, o recurso a cortinas e biombos, a manutenção de um tom de voz adequado e ainda a garantia de que a pessoa permanecia dentro do serviço devidamente tapado com lençóis, assim como nas suas deslocações a outros setores do hospital.

Para a realização do PIS, de modo a cumprir todos os princípios éticos, foi pedido a autorização ao Presidente do Conselho de Administração da ULSNA, Enfermeira Gestora e ao Conselho técnico-científico da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.

Considera-se ter realizado, ao longo de toda a prática supervisionada, um exercício seguro, profissional e ético, tendo por base o Código Deontológico de Enfermagem, na medida em que enquanto profissional de enfermagem já desenvolvia esta competência na prática diária, tendo, no entanto, lembrado e aperfeiçoado alguns aspetos importantes.

<b>Domínio da melhoria contínua da qualidade</b>	
Competência de Mestre nº 5	Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.
Competência de enfermeiro especialista	<b>B1.</b> - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.
	<b>B2.</b> - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.
	<b>B3.</b> - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Tabela III – Competências de Mestre nº 5 e de enfermeiro especialista B1 e B2

A qualidade em saúde, nas últimas décadas, tem sido alvo de investigação e influenciado à definição de políticas de saúde em Portugal. Atualmente, define-se qualidade como o “grau em que um produto ou serviço corresponde ou excede os requisitos das pessoas a quem se dirige – os clientes”. (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014).

No âmbito das Competências do Enfermeiro Especialista, Artigo 6º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, estão descritas as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade (OE, 2019). De acordo com este artigo, o enfermeiro especialista deverá ser capaz de, entre outras competências, conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade. De encontro a esta ideia, Ferreira (2015) refere que a atualização e o nível de formação dos profissionais de saúde é uma condição indispensável para que, no âmbito das suas funções, seja atingida a qualidade dos serviços. Acrescenta ainda que a formação em serviço vincula três áreas específicas do saber: saber saber, que envolve a aquisição de conhecimento geral e específico, saber fazer, onde são necessárias aquisição de competências imprescindíveis ao desempenho proficiente e o saber ser e estar, que acarreta um conjunto de atitudes e comportamentos.

No início do estágio, considerou-se importante identificar os projetos de melhoria já implementados ou em desenvolvimento no SU. Para tal, foi realizada uma reunião informal com a enfermeira gestora e a enfermeira supervisora clínica. Este momento proporcionou uma reflexão conjunta acerca da importância do envolvimento de toda a equipa no desenvolvimento destes programas, sendo reconhecidos os benefícios dos mesmos. Desta reunião, destacou-se a importância da existência de um plano de acolhimento e integração de novos enfermeiros, sendo que o mesmo não existia.

Assim, foi decidido realizar um PIS, cujo tema “Manual de acolhimento e integração de novos enfermeiros”, que se encontra em apêndice (Apêndice IX) ao presente relatório.

Esta competência foi também ela desenvolvida através de diversas atividades específicas nomeadamente a construção do instrumento de apoio, manual de acolhimento e integração de novos enfermeiros, tendo em vista a estratégia de melhoria da prestação de cuidados, assim como através da realização de uma sessão de formação em serviço para dar a conhecer esse instrumento, aos diversos profissionais de saúde.

A integração consiste no processo de acompanhamento e avaliação do elemento a integrar no exercício das suas funções, possibilitando o desencadeamento de ações que permitam o desenvolvimento das competências necessárias para um bom desempenho. Daqui se infere que deveriam ser criados procedimentos e instruções que facilitassem, no início do desempenho funcional no SU, todos os elementos que venham aí prestar serviço, visando a melhoria dos cuidados de saúde prestados.

Assim sendo, considera-se que foram alcançadas as competências B1 e B2 na medida em que, por um lado, a elaboração do Manual permitiu contribuir para o desenvolvimento de estratégias inerentes à instituição, e por outro lado, possibilitou a conceção de um programa de acolhimento que contribuiu para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde a prestar.

<b>Domínio da melhoria contínua da qualidade - Continuação</b>	
Competência de Mestre nº 5	Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.
Competência de enfermeiro especialista	<b>B1.</b> - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.
	<b>B2.</b> - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.
	<b>B3.</b> - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Tabela IV – Competências de enfermeiro especialista B3

“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”. (OE, 2019).

Durante os primeiros turnos no SU e na UCIDEM tive a preocupação de me familiarizar com o espaço físico com o objetivo de rentabilizar cada uma das áreas clínicas visando a promoção de um ambiente seguro e de proteção aquando da prestação de cuidados. Observei e analisei o processo interventivo dos enfermeiros especialistas, na coordenação da restante equipa de enfermagem e dos assistentes operacionais, no que diz respeito à adoção de medidas de gestão de risco. Muitas vezes a gestão do espaço no SU reveste-se

de importância vital na manutenção de um ambiente terapêutico e seguro. No balcão dos doentes com as prioridades, segundo a Triagem de Manchester, Amarelo/Laranja é essencial decidir quais os doentes que permanecem nesta sala ou são encaminhados para a sala de espera interna após tratamento. Em muitas ocasiões os enfermeiros especialistas definiam as prioridades, geriam os espaços e orientavam os assistentes operacionais relativamente ao encaminhamento dos doentes aos exames complementares de diagnóstico, por forma a não agravar o seu estado geral.

Esta competência está implicitamente desenvolvida no PIS, uma vez que o programa de integração criado promove a segurança das integrações nos novos enfermeiros no serviço.

<b>Domínio da gestão de cuidados</b>	
Competência de Mestre nº 1	Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.
Competência de enfermeiro especialista	<b>C1.</b> - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.
	<b>C2.</b> - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Tabela V – Competências de Mestre nº 1 e de enfermeiro especialista C1 e C2

Para Motta (1998), “a gestão é como a arte de pensar, de decidir e de agir; a arte de fazer acontecer e de obter resultados, não sendo apenas um processo científico e racional, mas também como um processo de interação humana, o que lhe confere, portanto, uma dimensão psicológica, emocional e intuitiva.” A gestão está relacionada com a previsão, provisão, manutenção, controlo de recursos materiais e humanos para o funcionamento do serviço, e gestão do cuidado que consiste no diagnóstico, planeamento, execução e avaliação da assistência, passando pela delegação das atividades, supervisão e orientação da equipa (Greco, 2004). Para que um serviço de saúde funcione na sua plenitude com uma boa administração de recursos sejam eles físicos, materiais ou humanos, no sentido de uma boa qualidade de cuidados, é fundamental uma gestão adequada e rigorosa dos mesmos. A integração num serviço é um aspeto fundamental para que o desempenho do aluno e a prestação dos cuidados seja a melhor possível. É o primeiro passo para que o percurso no estágio fosse bem-sucedido. “A integração consiste num processo mediante o qual o novo indivíduo interioriza a realidade objetiva, transformando-a em parte da sua própria



identidade e transformando-se em parte daquela realidade.” (Boog citado por Bergstein, 1980).

Segundo Silva et al. (2014) “Para exercer uma liderança eficaz, é preciso praticar o autoconhecimento quanto ao estilo de liderança do enfermeiro, adequando-se às diferentes situações, bem como conhecer seus liderados e o contexto ao qual está inserido.” O autor revela, que nem sempre o conhecimento teórico se traduz num estilo de liderança eficaz.

No processo de aquisição e desenvolvimento das referidas competências, planeámos diversas atividades que, juntamente com o enfermeiro supervisor, foram consideradas como uma mais valia neste percurso. Como principais estratégias mobilizadas destacamos a otimização do processo de tomada de decisão, o trabalho em equipa com adequada supervisão das tarefas delegadas, emergindo a necessidade de adaptação do estilo de liderança ao próprio contexto. Estas capacidades são reconhecidas por Benner et al. (2011), como essenciais na prestação de cuidados ao doente crítico e sobretudo em situações de emergência, nas quais a intervenção da equipa deve ser organizada, eficaz e adequada, sob a liderança de um elemento qualificado e reconhecido.

O PIS contribuiu decisivamente para a aquisição desta competência, uma vez que o programa de integração criado implica uma otimização do processo de cuidados, bem como uma orientação supervisionada das tarefas incumbidas, garantindo sempre a segurança e a qualidade. A gestão de recursos é determinante para o sucesso de um projeto e considero que no PIS, essa gestão de recursos foi evidente e eficaz.

Durante o estágio foi possível observar/entrevistar a enfermeira gestora com o objetivo de aferir o modelo de gestão adotado no exercício da sua prática. O SU é dotado de algumas especificidades e áreas de atuação. Encontra-se dividido por equipas para uma melhor orientação e organização dos recursos. Sendo assim, semanalmente e obedecendo a um plano semanal de trabalho, o chefe de equipa distribui os seus elementos por postos de trabalho de acordo com o horário de cada elemento escalado para esses dias. Assim, com a supervisora clínica foi possível observar e participar na gestão dos cuidados, visto ser chefe de uma equipa.

Participei na gestão de recursos humanos e materiais com a colaboração da enfermeira gestora.

A gestão é um domínio da área de competência do enfermeiro especialista, que se revela de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados.

Destaco a importância da UC Gestão em saúde e governação clínica, fornecendo valiosos instrumentos com vista à melhoria da qualidade na gestão de cuidados. Foi realizado um trabalho sobre dotações seguras em enfermagem e resultados de saúde. O



referido trabalho académico permitiu realizar uma reflexão crítica sobre o tema durante o estágio final.

Assim, durante os estágios e atividades desenvolvidas as competências deste domínio foram sendo adquiridas através da gestão dos cuidados, colaborando na otimização da resposta da equipa de enfermagem, em articulação com a equipa multidisciplinar, assim como a nível da tomada de decisão. Após a fundamentação, considero ter adquirido as competências em análise.

<b>Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>	
Competência de Mestre nº 2	Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.
Competência de Mestre nº 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.
Competência de enfermeiro especialista	<b>D1.</b> - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.
	<b>D2.</b> - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Tabela VI – Competências de enfermeiro especialista D1

Numa sociedade em constante mudança e evolução, pautada pelos avanços da tecnologia, o cuidar continua a ser o foco da intervenção terapêutica do enfermeiro. As competências relacionais de ajuda, enquanto intervenções autónomas em enfermagem, são um elemento central e determinante no cuidar. Permitem a satisfação das necessidades de cada pessoa, promovendo uma prestação de cuidados eficaz e humanizada, em que o respeito pela dignidade assume um papel fundamental (Simões & Rodrigues, 2010).

O papel da enfermagem em urgência e emergência tem-se evidenciado desde o início deste século, de acordo com o aumento progressivo das necessidades da população, que denota igualmente a esperança depositada nos recursos e meios disponíveis.

As situações de emergência requerem uma atuação consciente e segura, sendo que a enfermagem tem cada vez mais um papel preponderante na emergência, pela perceção da diferença que faz uma atuação correta na sobrevivência, recuperação e qualidade de vida

das pessoas. Ser enfermeiro no SU requer uma capacidade de lidar com situações cruciais com uma velocidade e precisão mais elevados que noutros serviços.

A enfermagem de urgência é a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentam alterações de saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções. Requer competência na integração de informação, construção de julgamentos e estabelecimento de prioridades. É um "...misto complexo de capacidades, experiência e saber personalizado." (Alminhas, 2007).

Prestar cuidados num SU exige uma destreza e um pensamento crítico bastante desenvolvidos, que ligam a prática e experiência adquirida com os conhecimentos teóricos inerentes.

De acordo com a OE (2012) os profissionais de enfermagem, com vista à excelência do seu exercício, têm o dever de garantir uma atualização contínua dos seus conhecimentos tendo por base uma formação permanente aprofundada nas ciências humanas. O dever de atualização de conhecimentos para o enfermeiro, decorre do direito do doente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios.

Durante este percurso académico, houve uma constante aprendizagem, não só através da prática clínica mas também através de pesquisa bibliográfica sobre a pessoa em situação crítica e algumas formações, onde foi possível uma partilha de conhecimentos e promoção da melhoria dos cuidados prestados, permitindo também a atualização de conhecimentos (Anexos IV, V e VI).

Observei comportamentos e atitudes da enfermeira supervisora, dos enfermeiros chefes de equipa e de outros enfermeiros, quer perante si próprios, quer nas relações interpessoais que estabelecem no seio da equipa multidisciplinar e com os doentes e as suas famílias.

Um dos objetivos específicos do PIS, divulgação do manual de acolhimento e integração de novos enfermeiros, onde houve uma série de atividades que culminam com a apresentação aos enfermeiros do documento elaborado. Através deste objetivo desenvolvi o domínio das aprendizagens profissionais, enquanto competência comum do especialista em enfermagem.

Na UCI fui autónoma no momento da passagem de turno quase nos últimos turnos. Momento que destaco como determinante para promover o autoconhecimento e assertividade.

Deste modo, pelo percurso realizado, considera-se que a competência enunciada anteriormente foi atingida.

<b>Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais - Continuação</b>	
Competência de Mestre nº 2	Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência
Competência de Mestre nº 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.
Competência de enfermeiro especialista	<b>D1.</b> - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.
	<b>D2.</b> - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Tabela VII – Competências de Mestre nº 2 e 6 e de enfermeiro especialista D2

O último domínio das competências comuns do enfermeiro especialista é o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Neste domínio pretende-se que o enfermeiro alicerce os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (OE, 2019).

A prática baseada na evidência é “um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento, (...) para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”. Benner (2001).

Benner et al. (2011) consideram que a enfermagem está associada a uma necessidade de formação contínua, de forma a dar resposta à multiplicidade de situações com que os profissionais são confrontados. Contudo, a prestação de cuidados ao doente crítico exige a capacidade de incorporar o conhecimento na prática, reconhecendo que desta relação emergem importantes aprendizagens. A compreensão e raciocínio clínicos advêm diretamente da experiência, sendo que os saberes decorrentes da mesma podem ser incorporados na dimensão tácita do conhecimento, pelo que a sua relevância é notória. Relembrem ainda, que as aprendizagens devem ser partilhadas e refletidas juntamente com os elementos da equipa, incrementando desse modo o conhecimento global e a própria qualidade da instituição prestadora de cuidados.

Evolui muito enquanto profissional, através da observação da enfermeira supervisora, postura, sentido crítico e construtivo dos restantes enfermeiros especialistas.

Sinto que durante o estágio contribuí na formação oportuna em contexto clínico.

Durante o estágio, na prestação de cuidados ao doente crítico considerei as várias etapas do processo de enfermagem: avaliação diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação, baseando o raciocínio em evidências do conhecimento consistentes e recentes.

Durante o desenvolvimento do PIS foi utilizada a metodologia de projeto. O primeiro passo na elaboração do PIS foi identificar a existência de lacunas na forma como se estava a processar a integração dos novos enfermeiros na equipa de enfermagem, criando a perceção de existir uma oportunidade de investigar a forma como esse processo estava a ser efetuado. Houve a aplicação de um modelo de investigação, onde recorrendo aos dados da evidência disponíveis em várias áreas do conhecimento, foi construído um manual de acolhimento e integração de novos enfermeiros no SU. A formação de pares ou a facilitação da aprendizagem foi um aspeto desenvolvido no estágio e evidenciado através da realização da sessão de formação para a apresentação do manual de acolhimento e integração. Houve a necessidade de planear a formação, executar os dispositivos formativos de acordo com a metodologia que foi julgada mais adequada. Houve também a sessão de apresentação e, finalmente, foi efetuada a avaliação desse momento formativo através de um inquérito.

Iniciei nesta fase a revisão integrativa da literatura acerca da temática. Discuti o projeto com a supervisora clínica, enfermeira gestora e docente responsável. Defini objetivos, tracei a metodologia e implementei o projeto. Foi notória em várias fases a importância do enfermeiro especialista no momento formativo. A realização do artigo permitiu aprofundar os meus conhecimentos acerca do tema e ainda disseminar investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência. Partindo da fundamentação apresentada acima, assumo ter adquirido e desenvolvido as competências em análise.

### 3.2 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE E ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem, à Pessoa em Situação Crítica, define este tipo de cuidados como sendo “(...) altamente qualificados (...)”. (OE, 2018).

Do mesmo modo, “Os cuidados de enfermagem à pessoa crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, (...), tendo em vista a sua recuperação total”. (OE, 2018).

Assim, ao longo do estágio final, foram desenvolvidas as seguintes competências específicas do enfermeiro especialista, em pessoa em situação crítica:

<b>Competências de Mestre e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: A pessoa em situação crítica</b>	
Competência de Mestre nº 4	Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.
Competência de enfermeiro especialista	a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.
	b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.
	c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos 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.

Tabela VIII – Competências de Mestre nº 4 de enfermeiro especialista a)

“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/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.”(OE, 2018).

No contexto do SU foram diversas as experiências que exigiram conhecimentos aprofundados e diferenciados na abordagem ao doente urgente/emergente, cuja pesquisa, aprofundamento e aplicação de conhecimentos foram essenciais no desenvolvimento desta competência. Entenda-se por urgência um processo que exige uma avaliação e correção num curto espaço de tempo e por emergência um processo no qual existe um risco de perda de vida/função orgânica, a qual exige/necessita de intervenção imediata (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012).

Desenvolvo atividade profissional há 12 anos, num serviço de urgência básica (SUB). O facto de exercer a minha atividade profissional no local mencionado contribuiu muito para a evolução durante o estágio. Contribuíram também várias formações que tive oportunidade de realizar com sucesso na área do doente crítico na atividade profissional.

Para além desta formação já adquirida nesta área, há ainda a salientar os conteúdos teóricos, sobre doença crítica e falência orgânica, lecionados durante o mestrado e os

trabalhos acadêmicos realizados nas unidades curriculares de fisiopatologia e intervenções terapêuticas em enfermagem; enfermagem médico-cirúrgica 1; enfermagem médico-cirúrgica 2; enfermagem médico-cirúrgica 4, foram enriquecedoras e determinantes para a aquisição da referida competência.

Na fase inicial do estágio, que decorreu no SU, tive oportunidade de acompanhar o enfermeiro supervisor clínico à sala de emergência e observar/manusear os equipamentos para que pudesse dar resposta autónoma a situações de urgência / emergência e ainda explorá-los através da leitura de alguns manuais. Procurei familiarizar-me com o material e terapêutica de urgência, rotinas de verificação de material e verificação de check-list na sala de emergência.

O estágio no SU permitiu a integração e compreensão da estrutura e funcionamento do serviço, assim como do circuito do utente desde o seu acolhimento até internamento/alta, fundamental para guiar o doente nesse circuito e para determinar as funções e objetivos de cada área desse circuito.

Ainda no mesmo serviço, na sala de triagem, uma vez já tendo o curso de triagem de Manchester, tive oportunidade de realizar triagens a doentes críticos. Quando aí alocada com a supervisora clínica, aproveitei para rever o manual e aprofundar os conhecimentos acerca dos principais fluxogramas e discriminadores.

Embora a missão do SU hospitalar esteja orientada para a abordagem de doentes urgentes, muito urgentes e emergentes, verificou-se que muitos dos casos, após a Triagem de Manchester, eram não urgentes ou pouco urgentes. Assim, embora o meu estágio tenha incluído o acompanhamento dos doentes ao longo de todo o circuito do SU, focalizou-se nas áreas onde permaneciam doentes críticos e com maior instabilidade atendendo à minha área de especialização. Estas áreas incluíram a sala de reanimação, onde os doentes permanecem após tratamentos iniciais podendo resultar na alta ou internamento consoante a resposta aos mesmos; sala de observações onde a vigilância é fundamental; e sala de pequena cirurgia onde se realizam tratamentos cirúrgicos minor, mas também se identificam, vigiam e preparam os doentes para ida ao bloco operatório. Como se pode inferir, em todas estas áreas são exigidos conhecimentos específicos e diferenciados para garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

O doente crítico apresenta comprometimento do seu estado hemodinâmico e sente-se fragilizado a nível físico. Nessas circunstâncias, o enfermeiro assume um papel importante e muito expressivo para com ele, no sentido de ajudá-lo não só a enfrentar as dificuldades em torno da doença, mas também de cuidá-lo nas suas necessidades de segurança, carinho e autoconfiança. Desse modo, é importante que o enfermeiro compreenda que os doentes críticos requerem, do profissional, um raciocínio clínico e crítico constante, pois a qualquer momento poderão destabilizar hemodinamicamente e ficar em risco de vida.

Houve ainda necessidade de recurso a manobras emergentes com o objetivo de manter as funções vitais, o SAV, aperfeiçoando conhecimentos e habilidades no mesmo, tendo o contributo de algumas pesquisas realizadas, nas aulas teóricas e praticas na UC médico-cirúrgica 4 (Anexo VII).

Neste serviço, além da oportunidade de prestar cuidados ao doente crítico em vários postos de trabalho, saliento a utilização dos equipamentos de suporte ventilatório, visando a estabilização do doente crítico.

A prestação de cuidados a doentes com instabilidade hemodinâmica e com necessidade ou não de ventilação mecânica, assim como a necessidade de gestão de protocolos terapêuticos complexos, requerem conhecimentos e competências específicas, na monitorização, avaliação, implementação e adequação de respostas por parte dos enfermeiros, principalmente os enfermeiros especialistas à pessoa em situação crítica. Benner (2001) defende que o enfermeiro perito deve ter competências de urgências vitais possuindo uma apreensão rápida de um problema, assim como deve saber gerir os acontecimentos fazendo corresponder rapidamente as necessidades e os recursos em situações de urgência.

Durante o período de estágio na UCI, foram vivenciadas várias situações, tais como: admissão de doentes críticos; choque séptico; choque hemorrágico; ritmos peri-paragem e vários pós operatórios. Com a colaboração do supervisor clínico e equipa multidisciplinar, tive a oportunidade de executar cuidados técnicos de alta complexidade, de forma a prestar cuidados na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica para estabilização do doente crítico. Tive ainda oportunidade de realizar manobras de ressuscitação cardio pulmonar, de acordo com as mais recentes *Guidelines* do *European Resuscitation Council*.

Na UCI, foi possível acompanhar um doente desde a sua admissão até à transferência para o bloco operatório, por choque hemorrágico. O doente encontrava-se numa situação de vulnerabilidade e incerteza. Foi possível estabelecer uma relação terapêutica e de confiança com o mesmo. Esta relação mencionada parece ser a essência do que Benner (2001) descreve como “a presença: estar com o doente”, é essencial ao doente: a presença do enfermeiro junto deles.

No último dia de estágio, colaborei na admissão de um doente proveniente do SU com diagnóstico de bradicardia por bloqueio auriculoventricular de 3º grau. Auxiliei no acolhimento, colheita e registos de colheita de dados. Assisti também à colocação do pacemaker provisório, o que para mim foi a experiência mais marcante neste estágio.

Adquiri conhecimentos e colaborei na realização de outras técnicas e procedimentos.

A técnica dialítica mais utilizada na UCI é a hemodiafiltração venovenosa contínua onde colaborei e prestei cuidados ao doente hemodializado. Esta técnica necessita que o circuito se mantenha permeável, como outras terapias dialíticas, e por isso dependem de um



protocolo de anticoagulação eficiente. Ainda tive o privilégio de poder contactar com outras técnicas invasivas, de suporte hemodinâmico e ventilatório, colocação de linha arterial e cateter venoso central.

Na UCI, a realização da gasimetria arterial é feita pelos enfermeiros responsáveis pelo doente, sendo estes os primeiros a ter contato com o respetivo resultado. Torna-se imprescindível a interpretação imediata do mesmo, para poder atuar em conformidade de forma pronta e eficaz, nomeadamente em doente em ventilação mecânica, para ajustes de parâmetros ventilatórios, mas também em doentes sob hemodiafiltração ou cardíacos no pós-cirúrgico imediato. Esta técnica foi por mim realizada aos doentes sob a minha responsabilidade.

Tive a oportunidade de contactar com um doente em fase de desmame do ventilador mecânico, em que temos que ter em consideração a evolução do seu estado de consciência e estado clínico.

A leitura do traçado electrocardiográfico exige experiência, mas o cumprimento sistemático das regras básicas de interpretação do traçado facilitam a identificação rápida e correta do ritmo. Mais importante que identificar o ritmo exato, é saber se se trata de um ritmo anormal, para iniciar o tratamento adequado. Nesta área, foi importante aprofundar conhecimentos, através de pesquisa bibliográfica e análise de conteúdos teóricos e práticos, bem como na participação numa ação de formação sobre Eletrocardiografia Essencial e Avançada para enfermeiros, realizada por uma empresa privada, sendo bastante útil para a minha prática em contexto de estágio (Anexo VIII e IX).

Segundo a Direção Geral de Saúde [DGS] (2003) a dor define-se como “ uma experiencia multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado a dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial”.

Segundo a Circular Normativa nº9 de 14/06/2003 da DGS a dor é considerada como o 5º sinal vital, sendo um reflexo da preocupação do enfermeiro em relação a este âmbito, uma vez que a avaliação é o início do processo para o controlo da dor. A dor é a queixa que mais frequentemente leva a pessoa a procurar cuidados de saúde no SU. O alívio da dor e do sofrimento deverá ser uma das prioridades iniciais no atendimento ao doente. Antes de iniciar medidas farmacológicas de acordo com prescrição médica, o enfermeiro pode prescrever e implementar intervenções autónomas para gestão da dor e do bem-estar. Estas podem ser de foro cognitivo comportamental; físico; ou de suporte emocional. Durante o estágio no SU recorreu-se a protocolos terapêuticos complexos que implicaram intervenções de enfermagem independentes, tendo bons resultados, através do posicionamento do doente, conforto e toque terapêutico, tentando diminuir o nível de ansiedade muitas vezes associado à dor que referiam.



A avaliação e o registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, deverão ser realizados de “forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente”. (DGS, 2003).

Assim, “o controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde”.

Na UCI, a gestão da dor e o bem-estar da pessoa em situação crítica, nem sempre é fácil de gerir. A monitorização e controlo da dor foi uma preocupação durante o estágio. Com a ajuda da enfermeira supervisora clínica, realizei a avaliação e controlo da dor aos doentes da minha responsabilidade recorrendo muitas vezes, em doentes sedados, à análise de parâmetros vitais que sustentassem e fundamentassem a minha avaliação. Posteriormente, recorrer a medidas não farmacológicas e/ou farmacológicas que promovessem o bem-estar do doente crítico, implementando essas medidas em tempo útil e de forma holística.

Segundo Alonso (2002) “A comunicação é o produto funcional da necessidade humana e expressão em relacionamento. Para Sequeira (2016) “Comunicar com eficácia em saúde é muito relevante para os profissionais e para os utentes (...), pois possibilita que um maior conteúdo informativo seja assimilado pelos utentes, o que promove uma maior adesão aos planos terapêuticos e uma melhor satisfação com os cuidados prestados.”

A pessoa em situação crítica necessita de rápida e eficaz resposta da equipa de saúde, sendo a equipa de enfermagem essencial na sua abordagem. A pessoa com falência multiorgânica necessita, por vezes de ventilação mecânica, ficando inibida de emitir sons, devido à presença do tubo endotraqueal, ficando, deste modo, limitada a sua capacidade de comunicar, com os familiares como com os profissionais de saúde. Comunicação e relação terapêutica são dois conceitos indissociáveis no quotidiano de cuidados. Para que a relação terapêutica entre o enfermeiro e o doente se concretize é essencial que exista uma comunicação eficaz.

Na UCI no início do estágio, principalmente com doentes sedados e ventilados, executava técnicas e não tinha atenção à vertente relacional. Após momentos de observação e reflexão com o supervisor clínico e restantes enfermeiros, entendi que por vezes descuidava a relação terapêutica com o doente, estando mais preocupada com vertente tecnológica. No final do estágio consegui superar barreiras de comunicação com o doente ventilado e família, adequando estratégias de comunicação, estabelecendo uma relação terapêutica de modo a promover e potenciar ganhos em saúde.

Os profissionais de enfermagem são reconhecidos como um elo inseparável da segurança dos doentes, intimamente relacionado com o dever do exercício profissional com

adequados conhecimentos científicos e técnicos e com o compromisso de adotar medidas que melhorem e visem a qualidade dos cuidados e serviços prestados (Jones, 2013).

Face ao exposto, considero que adquiri e consolidei os conhecimentos necessários aos processos relativos ao doente que vivencia doença crítica ou falência orgânica, tendo sido alcançada a competência agora abordada.

<b>Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: A pessoa em situação crítica</b>	
Competência de enfermeiro especialista	a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.
	<b>b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.</b>
	c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos 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.

Tabela IX – Competências específicas de enfermeiro especialista b)

Segundo o Decreto-lei nº 27/2006, de 03 de julho, da Lei de Base da Proteção Civil, catástrofe “é um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais, e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional” e segundo Sousa (2012) a Organização Mundial de Saúde acrescenta que é “qualquer acontecimento que cause estragos, destabilização económica, perda de vidas humanas e deterioração de saúde e dos serviços de saúde, a uma escala tal, que se justifique uma mobilização excecional de auxílios vindos de fora da comunidade ou zona atingida”.

O Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (PNEPC) “é um instrumento de suporte às operações de proteção civil em caso de iminência ou ocorrência de um acidente grave ou catástrofe em Portugal Continental, com vista a possibilitar a unidade de direção das ações a desenvolver, a coordenação técnica e operacional dos meios a empenhar e a adequação das medidas de carácter excecional a adotar.”<sup>7</sup>

<sup>7</sup> [http://www.procivil.pt/bk/RISCOSPREV/Documents/Componentes\\_p%C3%BAblicas.pdf](http://www.procivil.pt/bk/RISCOSPREV/Documents/Componentes_p%C3%BAblicas.pdf)

O PNEPC foi elaborado tendo em atenção um conjunto de riscos naturais, tecnológicos, ou mistos, que possam ocorrer em território de Portugal Continental, tais como condições meteorológicas adversas, riscos hidrológicos e geológicos, acidentes com transportes, vias de comunicação e infraestruturas, atividade industrial e áreas urbanas, acidentes de poluição e incêndios florestais.

Perante uma catástrofe a emergência multi-vítima altera o normal funcionamento dos serviços de urgência e cuidados de saúde. Exige um conjunto de procedimentos com o intuito de salvar o maior número de vidas, proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis (OE, 2011).

Para planear uma resposta concreta perante pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe é pertinente conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe e emergência, decidir a sequência de atuação, sistematizando as ações a desenvolver.

Tendo em conta que os hospitais apresentam em geral uma taxa de ocupação muito elevada, numa situação de catástrofe, o aumento vertiginoso da chegada de vítimas, deixa a descoberto a escassez de meios e pessoal (Alves, 1999). Assim, é fundamental a existência de planos que permitem uma atuação coordenada no terreno.

Contudo, foi feita uma reflexão crítica juntamente com a enfermeira supervisora clínica sobre a referida temática e foi decidido incluir no PIS um capítulo dedicado aos Planos de Catástrofe ou Emergência Institucionais e os mesmos planos específicos do SU, de modo a garantir que os novos enfermeiros tenham conhecimento dos mesmos.

De referir que, na UC Médico-cirúrgica 3 (EMC3), foi ministrado um módulo que contribuiu diretamente para o desenvolvimento da competência agora abordada, onde se destacou o tema “A Catástrofe”. Neste módulo foram apresentados vários conteúdos, como por exemplo, a estruturação da resposta a uma situação de catástrofe e emergência multivítima, o modo como as instituições se devem preparar para essas situações e a abordagem prática de todos os aspetos a ter em conta em situações de catástrofe e emergência multivítima. Nesta UC elaborei ainda um poster com o tema “Conceptualização de Cuidados de Saúde em Situações de Exceção e Catástrofe - Controlo de Hemorragias” que, posteriormente, foi apresentado, debatido e discutido em sala de aula (Anexo X).

Apesar de em contexto real de trabalho não ter havido a possibilidade de agir em conformidade com os desígnios da competência em análise, os conteúdos programáticos abordados na UC de EMC3, assim como a revisão bibliográfica e integrativa sobre a temática em questão para elaboração dos Planos já mencionados, permitem ter a veicidade de considerar adquirida esta competência.

<b>Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: A pessoa em situação crítica</b>	
Competência de enfermeiro especialista	a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.
	b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.
	c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos 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.

Tabela X – Competências específicas de enfermeiro especialista c)

Os enfermeiros podem desempenhar um papel de elevada importância no campo da prevenção e controlo, devido ao número elevado de horas de cuidados prestados aos doentes. Nesta linha de pensamento e segundo a OE (2012) o enfermeiro é aquele que demonstra: “um exercício seguro, responsável e profissional (...) competência assenta num corpo de conhecimento e na avaliação sistemática das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada”. Só com uma atitude de prevenção e domínio de boas práticas se pode atuar no controlo da infeção e na melhoria dos cuidados de saúde. No seguimento desta temática o enfermeiro especialista é aquele que possui competências acrescidas neste âmbito, demonstra conhecimentos aprofundados e fundamentados no controlo e prevenção da infeção baseados na evidência científica, nas normas emitidas pela DGS, normas institucionais e circuitos do serviço.

Desta forma, possui responsabilidades aquando da prestação direta de cuidados aos doentes críticos (que incluem, na sua maioria, medidas invasivas), mas também ao nível da conceção de um plano para diminuição da incidência das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde e no desenvolvimento de normas com o mesmo fim. Neste sentido, o Regulamento dos Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica descreve os elementos essenciais para que o enfermeiro especialista previna complicações, em concreto na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (OE, 2011).

“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”. (OE, 2018).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde tem como principal objetivo “identificar e reduzir os riscos de transmissão de infeções entre doentes, profissionais e visitantes (como os voluntários, estudantes estagiários, trabalhadores contratados) e consequentemente diminuir as taxas de infeção e mantê-las a um nível aceitável”. (Costa, Silva & Noriega, 2007).

Silva (2003) refere que o controlo de infeção em situação de urgência/emergência tem vindo a crescer nos últimos anos.

O grande desafio no atendimento à pessoa em situação crítica é manter as suas funções vitais, obedecendo a protocolos de assépsia para prevenir infeções (Silva, 2003).

As pessoas que necessitam de um atendimento emergente submetem-se a numerosos procedimentos, sendo a técnica assética muitas das vezes comprometida. Nestes casos os cuidados são desenvolvidos para garantir as funções vitais, sendo o risco de infeção muito elevado.

Ao longo do ensino clínico revii alguns procedimentos relacionados com o controlo de infeção, nomeadamente acerca da realização de hemoculturas, uroculturas e algaliações.

Neste âmbito, durante o primeiro ano do curso foram elaborados dois projetos, realizados em contexto académico, na área de prevenção e controlo de infeção: “Uniformização do procedimento de Enfermagem Cateterismo Vesical” e “Higienização de materiais e equipamentos da unidade do doente-plano de prevenção e controlo de infeção”. Estes trabalhos permitiram criar e desenvolver programas que contribuíssem para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.

Ao longo do estágio, no sentido de corresponder à aquisição de competências nesta área, realizei alguns contactos informais com colegas responsáveis pela Comissão de Controlo de Infeção nos serviços e consultei os Procedimentos de Qualidade existentes nos serviços relativos a estas temáticas, assim como observei os procedimentos realizados pelos colegas.

Contudo, foi feita uma reflexão crítica juntamente com a enfermeira supervisora clínica sobre a referida temática e foi decidido incluir no PIS um capítulo dedicado às normas de procedimentos existentes na instituição/serviço, relacionadas com a temática prevenção e controlo de infeção, de modo a garantir que os novos enfermeiros tenham conhecimento dos mesmos o que contribui para o desenvolvimento desta competência.

Na UCI existem procedimentos específicos, principalmente nos cuidados ao doente ventilado, que me foram explicados e foi possível compreender a sua importância na prevenção de infeção a doentes que são de risco.

Tive também a oportunidade de observar os circuitos de roupas e lixos, e como cada serviço os tem de adaptar ao seu espaço físico e áreas funcionais.

Assim, considero ter desenvolvido a competência máxima 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>Competências de Mestre nº. 7</b>
Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade

Tabela XI – Competências de Mestre nº. 7

Considero ter adquirido a competência acima referida após ter concluído a aquisição de todas as competências de especialista anteriormente fundamentadas.

## CONCLUSÃO

O presente relatório pretende demonstrar todo o processo percorrido para a aquisição de competências e desenvolvimento de conhecimentos, que permitiram atingir o perfil de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: à pessoa em situação crítica.

Primariamente, foram caracterizados os serviços onde decorreu o estágio final (SU do HDJMG e UCIDEM), o contexto de cuidados prestados e a análise das circunstâncias de aprendizagem, onde foram desenvolvidas atividades que levaram à aquisição de competências.

Em todo o percurso formativo, a realização do estágio final constituiu uma mais-valia nestes dois contextos completamente distintos (SU e UCI), pela diferente dinâmica dos serviços e equipas, tipologia de casos clínicos, com os quais fui confrontada e que enriqueceram o estágio e, conseqüentemente, o meu desenvolvimento enquanto futura enfermeira especialista e mestre. Estes momentos foram vividos com a mesma importância, de forma a conseguir desfrutar de todos e deles levar o maior conhecimento profissional.

Durante o mencionado estágio, foram vários os momentos de reflexão, com a enfermeira gestora, supervisora clínica e chefes de equipa com o intuito de tornar o projeto de estágio exequível. A prática reflexiva permitiu analisar de forma crítica os principais problemas existentes no SU, de modo a desenvolver actividades que fossem ao encontro das reais necessidades do serviço e colmassem as lacunas existentes.

Na continuação do relatório, foi também apresentado o projeto de intervenção desenvolvido no SU, assente na metodologia de projeto (enquadramento conceptual, diagnóstico de situação, identificação e análise do problema, planeamento, execução e avaliação).

A abordagem à temática elegida para este relatório foi enquadrada nas Teorias de Transições de Meleis e de Iniciado a Perito de Benner, que possibilitaram justificar a sua pertinência à luz da disciplina de Enfermagem. Foi também realizada uma pesquisa alargada da literatura sobre a temática.

Este projeto foi fundamental para que fosse determinado um diagnóstico claro da situação e encontradas evidências das necessidades existentes no serviço, relacionados com o acolhimento de novos enfermeiros, tendo-se concluído a pertinência da existência de um manual de acolhimento e integração de enfermeiros no SU, com evidentes benefícios para o enfermeiro a integrar, mas também para a instituição.

Destaco como elemento de mais valia o trabalho desenvolvido no PIS – Manual de Acolhimento e Integração dos Enfermeiros no SU, pelo benefício prático para o serviço.

Este documento foi, na sua conceção, alvo de reflexão e crítica e um contributo académico e profissional de todo o percurso formativo.

No início da elaboração deste Relatório, o Manual foi inserido no SU com o objetivo de contribuir para o processo de integração de enfermeiros e espera-se que, depois das autorizações necessárias, o mesmo possa ser implementado.

Foi bastante enriquecedor o trabalho desenvolvido, permitindo trabalhar uma área que para mim tem distinto valor, a integração e acolhimento de novos enfermeiros no SU. Foi um grande desafio, essencialmente por ser um assunto que há muito tem sido referido como problemático por parte do grupo profissional de enfermeiros e especificamente dos enfermeiros envolvidos nos processos de integração no SU.

No futuro, enquanto enfermeira especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica na vertente na pessoa em situação crítica, pretendo realizar um projeto de acolhimento e integração para os novos enfermeiros da SUB de Ponte de Sor.

Seguidamente, no terceiro capítulo, foram apresentadas as aprendizagens adquiridas/aprofundadas no âmbito das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

A fundamentação da aquisição e desenvolvimento das competências de mestre, competências de especialista e especialista em enfermagem médico-cirúrgica: à pessoa em situação crítica, constituiu ao longo do relatório como um instrumento extremamente importante na introspeção acerca do meu percurso, permitindo a reflexão sobre alguns domínios de competências que carecem da nossa maior atenção e intervenção enquanto enfermeiros especialistas e mestres. O desenvolvimento desses mesmos domínios contribui para melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Todo o trajeto formativo desde o ingresso no Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica: à Pessoa em Situação Crítica, foi fulcral no sentido de ter sido possível compreender a importância da constante atualização do meu conhecimento baseado em evidência científica mais recente e que suportará sempre todas as boas práticas por mim realizadas.

Assim, como profissional de enfermagem consciente da responsabilidade que assumo nas instituições de saúde, aposto na formação e na aquisição e desenvolvimento de competências, considerando-as essenciais à qualidade e segurança do meu exercício.

Pelo referido, considero ter sido atingido o objetivo geral do presente relatório, tendo demonstrado a aquisição e o desenvolvimento das competências de mestre e de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente à pessoa em situação crítica.

Quanto aos objetivos específicos, também eles parecem ter sido alcançados, na medida em que foram descritos os contextos onde decorreram os estágios, foi fundamentado o trabalho desenvolvido através de enquadramento conceptual próprio, foi descrito o PIS nas



suas diferentes etapas e foi feita uma reflexão sobre as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em pessoa em situação crítica e de mestre ao longo da realização do PIS e ainda ao longo do percurso académico.

Considero que, tanto as atividades descritas nos estágios, como as atividades curriculares que precederam e, ainda, o contacto com novas realidades profissionais nesta caminhada foram excelentes contributos para o cumprimento dos objetivos deliniados.

Como futura enfermeira especialista, desejo continuar a aperfeiçoar o saber, saber fazer, saber estar e saber ser, tendo por base de atuação a pessoa na sua total conceção holística.

Concluí com este relatório que, através da partilha de experiências, de contextos formais e informais entre profissionais de diferentes especialidades, a transformação que obtive a nível profissional e pessoal foi imensa. Todo este caminho possibilitou uma grande reflexão acerca da minha prática diária e do meu lugar na Enfermagem.

## BIBLIOGRAFIA

- Afonso, N. (2014). *Investigação naturalista em educação: Um guia prático e crítico*. Porto, Portugal: Fundação Manuel Leão.
- Alminhas, S. (2007). Cuidar da pessoa no serviço de urgência. Coimbra. *Sinais vitais*, 75, 57- 60.
- Alonso, M. (2002). *A arte de assessorar executivos*. São Paulo, Brasil: edições Pulsar.
- Alves, A. & Redondo, J. (1999). *Comissão de Planeamento da Saúde de Emergência - Plano de Emergência Hospitalar*. Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal.
- American Psychology Association [APA] (2013). Publication manual of the American Psychological Association (6<sup>th</sup> edition). Washington, DC, United States of America: American Psychological Association.
- Associação de enfermeiros de salas de operações [AESOP] (2006). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Loures: Lusodidata, Lda.
- Azevedo, C. (1996). *Integração de enfermeiros às unidades/serviços*. Divulgação 38, 20-30. Rio de Janeiro, Brasil: CEBES.
- Bamford, O. & Gibson, F. (2000). The Clinical Nurse Specialist: perceptions of practicing CNS of their role and development needs. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 9, 282–292.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica da enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Daphne, S. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care* (2<sup>nd</sup> edition). New York: Springer Publishing Company.
- Bento, A. (2001). Como fazer uma revisão da literatura: Considerações teóricas e práticas. *Revista JA da Associação Académica da Universidade da Madeira*, nº 65, 42-44. Disponível em <http://www3.uma.pt/bento/Repositorio/Revisaodaliteratura.pdf>
- Bergstein, N. (1980). A integração do novo funcionário. In: BOOG, G.G. (coord.) Manual de treinamento e desenvolvimento. Cap. 18. São Paulo, Brasil: McGraw-Hill do Brasil.
- Bucchi, S. & Mira, V. (2010). Reelaboração do treinamento admissional de enfermeiros de unidade de terapia intensiva. *Revista da escola de enfermagem*, 44, 1003-1010. Universidade de São Paulo, São Paulo. Brasil.

- Catalão, M. (2016). Avaliação da Carga de Trabalho de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira em Portalegre (Relatório de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre, Portugal. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14590/1/ESSTFC588.pdf>
- Chiavenato, I. (1999). *Gestão de Pessoas: o novo papel dos Recursos Humanos nas organizações* (6.ª edição). Rio de Janeiro. Brasil: Editora Campus.
- Chiavenato, I. (2001). *Teoria geral da Administração* (6.ª Edição). Rio de Janeiro. Brasil: Campus.
- Coelho, R. & Lourenço, A. (2004). Integração dos enfermeiros na equipa de saúde. *Revista nursing*, n.º 129 (15),16-23. Lisboa. Portugal.
- Comissão de reavaliação da rede nacional de emergência/urgência (2012). Reavaliação da rede nacional de emergência urgência. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-A7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>
- Costa, A. C., Silva, M. G., & Noriega, E. (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde: manual de operacionalização. Disponível em <http://www.arslvt.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2003). *A dor como 5.º sinal vital – registo sistemático da dor*. Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Fawcett, Jacqueline (2005). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories* (2<sup>nd</sup> edition). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Ferreira, C. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. Portugal. Disponível em [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/.../1/tese\\_finalCarlaRego\\_fev2015.pdf%5Cn](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/.../1/tese_finalCarlaRego_fev2015.pdf%5Cn)
- Fortin, M. (2009a). *Fundamento e Etapas do Processo de Investigação*. Loures, Portugal. Editora Lusodidacta.
- Fortin, M. (2009b). *O processo de investigação: da conceção à realização* (5.ª edição). Loures, Portugal: Lusociência.

- Frederico, M. & Leitão, M. (1999). *Princípios de administração para enfermeiros* (1.ª edição.). Coimbra: Formasau-Formação e saúde Lda.
- Frederico, M. (2001). Integração profissional. Coimbra. *Revista Sinais Vitais*, 37, 33-36.
- Fundação Calouste Gulbenkian (2014). *Um Futuro Para a Saúde: Todos Temos um Papel a Desempenhar*. Lisboa, Portugal.
- Gerrish, K.; Ashworth, P.; Lacey, A., & Bailey, J. (2008). Developing evidence-based practice: experiences of senior and junior clinical nurses. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 62–73.
- Gonçalves, R. (2013). Supervisão clínica de pares: práticas supervisivas no desenvolvimento de competências na integração de novos enfermeiros (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Porto, Portugal. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9458/1/Tese%20Mestrado%20Rui%20Gon%C3%A7alves.pdf>
- Greco, R. (2004). Ensinando a Administração em Enfermagem através da Educação em Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, V. 57, n.º4, 504-507, Brasília. Brasil.
- Grupo Português de Triage [GTP]. (2015). *Sistema de triagem de Manchester*. Disponível em [http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4:sistema-de-triagem-de-manchester&catid=12&Itemid=110](http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4:sistema-de-triagem-de-manchester&catid=12&Itemid=110)
- Ivancevich, J. (2008). *Gestão de recursos humanos* (10.ª edição). São Paulo. Brasil: McGraw Hill.
- Jones, A. (2013). *Patient safety and gaps management by registered nurses* (Tese de Doutoramento). Deakin University. Austrália. Disponível em <http://dro.deakin.edu.au/view/DU:30066360>
- Kurcgant, P. (1991). *Administração em Enfermagem*. São Paulo. Brasil: EPU 117-32.
- Lei n.º 27/2006 de 03 de julho. Lei de Base da Proteção Civil. Diário da República. 1.ª série. Assembleia da República, Lisboa.
- Leite, E., Malpique, M. & Santos, M. (2001). *Trabalho de Projecto: Aprender por Projectos Centrados em Problemas* (4.ª edição). Porto: Edições Afrontamento.
- Loureiro, C. & et al. (2002). Integração e orientação dos enfermeiros. *Revista Informar*, 7 (27), 16-22. Porto.
- Luz, M. (2001). Programa de integração para enfermeiros. *Revista Servir*, 49(6), 288-294. Lisboa.

- Macedo, R. (2015). *Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório: O Primeiro Passo para Cuidados de Excelência* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/10454>
- Marriner, A. (2009). *Guide to nursing management and leadership* (8<sup>th</sup> edition). Mosby: Elsevier.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, LLC. Nova Iorque, EUA.
- Meleis, A. & et al (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory; Advances in Nursing Science*.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5<sup>th</sup> edition). Pennsylvania: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
- Mestrinho, M. & et al. (2000). *Formação em enfermagem: docentes investigam*. Associação Portuguesa de Enfermeiros. Lisboa.
- Ministério da Educação e Ciência (2013). Regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior (3.<sup>a</sup> alteração). Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto. Diário da República, 1.<sup>a</sup> série, n.º 151. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/498425>
- Morgan, D. (1997). *Focus group as qualitative research* (2<sup>nd</sup> edition, Vol 16). London: Sage University Paper
- Mosquera, P. (2007). *Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas* (3.<sup>a</sup> edição). Lisboa. Portugal: Editora RH.
- Motta, P. (1998). *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. 9.<sup>a</sup> edição. Rio de Janeiro, Brasil: Record.
- Ordem dos enfermeiros [OE] (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2006). *Tomada de Posição sobre Investigação*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006 .pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2009). Código deontológico. Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro. Disponível em <https://www.enfermagem.edu.pt/images/stories/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos enfermeiros [OE] (2010). Modelo de desenvolvimento profissional fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/cadernos-tem%C3%A1ticos-sobre-o-modelo-de-desenvolvimento-profissional/>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2012). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2.ª alteração). Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Diário da República, 1.ª Série nº 181, 8059 - 8105. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Pearson, A. (1988). *Therapeutic Nursing: Evaluation of a Experimental Nursing unit in the British National Health Service*. (Manuscrito não publicado). Burford and Oxford Nurse Development Units. Oxford.

- Pereira, I. (2006). Cuidar: sentido genérico/sentido profissional. *Revista Servir*, n.º 44, 114-116. Lisboa. Portugal
- Pinheiro, G. (2012). *Supervisão colaborativa e desenvolvimento profissional em enfermagem* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro. Aveiro. Portugal
- Pires, A. (1994). As novas competências profissionais: os desafios do presente. *Revista Formar*, (10) 4-19.
- Pires, A. (2007). Reconhecimento e Validação das Aprendizagens Experienciais: Uma Problemática Educativa. *Revista Ciências de Educação*, 2, 5 – 20. Lisboa, Portugal: Sísifo.
- Queirós, P., Oliveira, L. & Castro, F. (2015). A competência profissional dos enfermeiros, um estudo em hospitais portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2, 143-158. Odivelas. Portugal.
- Rogan, E. (2009). Preparation of nurses who percept baccalaureate nursing students: a descriptive study. *The journal of continuing education in nursing*, 40(12), 565-570. Estados Unidos da América.
- Ruivo A., Ferrito C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15. Disponível em [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Seabra, K. & Sousa, S. (2010). *Educação Infantil*. Rio de Janeiro. Brasil: Fundação CECIERJ.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa, Portugal: Lidel
- Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de urgência: da teoria à prática* (4.ª edição). Loures. Portugal: Lusociência.
- Silva, A. (2003). Sala de Emergência – emergências clínicas e traumáticas. Rio Grande do Sul, Brasil: Editora da UFRGS.
- Silva, A. & Carvalho, C. (2002). Integração do enfermeiro numa organização hospitalar. *Revista Nursing*, (164),16-20. Lisboa.
- Silva, D., Bernardes, A., Gabriel, C., Rocha, F., & Caldana, G. (2014). A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1), 211-9. Disponível em <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.19615>
- Simões, J., Alarcão, I. & Costa N. (2008). *Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes*. Coimbra. Referência. 6. 91-108.

- Simões, R. & Rodrigues, M. (2010). *Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida*. Escola Anna Nery, 14 (3), 485 – 489.
- Silvestre, M. (2012). *Integração de enfermeiros em instituições hospitalares: estudo de caso* (Tese de Mestrado). Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Disponível em <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/10448/1/Dissertacao.pdf>
- Smith, C. (2008). Disciplinary Perspectives Linked to Middle Range Theory In Smith, M. & Liehr, R., *In Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company.
- Sousa, M. (2012). *Apontamentos da Unidade Curricular – Cuidados na Falência Multiorgânica*. (Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal.
- Thomas, B. & Reid, J. (1995). Multidisciplinary clinical supervision. *British Journal of Nursing*, 4 (15), 883-885. London. UK.
- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano [ULSNA] (2017). *Missão, Atribuições e Legislação*. Unidade Local de Saúde de Portalegre, EPE. Disponível em <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao/>
- Universidade de Évora [UE] (2016). Aviso n.º 5622/16, de 2 de Maio. Diário da República, 2.ª série, n.º 84. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/74313811/details/maximized>
- Vieira, M. (1995). Cuidar, Defendendo a Autonomia da Pessoa Cuidada. *Revista Servir*, Vol. 43, n.º3, 114-117. Lisboa.
- Whyte, J., Ward, P., & Eccles, W. (2009). The relationship between knowledge and clinical performance in novice and experienced critical care nurses. *Connecticut, Heart & lung: the journal of critical care*, 38(6), 517–25.
- Williams, L. & Irvine, F (2009). How can the clinical supervisor role be facilitated in nursing: a phenomenological exploration. *Journal of nursing Management*, 17, 474-483. Reino Unido.
- Zagonel, I. (1999). O Cuidado Humano Transicional na Trajectória de Enfermagem. *Revista Latino-americana de enfermagem*, Vol.7, N.º3, 25-32. Ribeirão Preto, Brasil.



## **APÊNDICES**

Apêndice I – **Análise SWOT**

**ANÁLISE SWOT**

	<b>FATORES POSITIVOS</b>	<b>FATORES NEGATIVOS</b>
<b>ORIGEM INTERNA</b>	<p><b>FORÇA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa jovem, dinâmica e motivada;</li> <li>• Reconhecimento da importância de um período de integração por parte da equipa/enfermeira gestora;</li> <li>• Envolvimento da chefia;</li> <li>• Equipa que reconhece a existência de ganhos com o processo de integração;</li> <li>• Conceito qualidade em saúde;</li> <li>• Existência de instruções de trabalho.</li> </ul>	<p><b>FRAQUEZA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de um manual de acolhimento e integração;</li> <li>• Eventual resistência à mudança;</li> <li>• Tempo despendido na integração de novos enfermeiros.</li> </ul>
<b>ORIGEM EXTERNA</b>	<p><b>OPORTUNIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhor acompanhamento dos novos enfermeiros;</li> <li>• Melhorar o desempenho da equipa;</li> <li>• Motivação para a excelência;</li> <li>• Proporcionar cuidados de qualidade aos utentes;</li> <li>• Proporcionar aos doentes segurança nos processos administrativos / burocráticos.</li> </ul>	<p><b>AMEAÇAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A integração dos enfermeiros no serviço de urgência, deve ter a duração de pelo menos 6 semanas, visto ser um serviço muito complexo e específico;</li> <li>• Aumento dos custos para a instituição com elementos supranumerários na equipa;</li> <li>• Utilização de elementos em integração para colmatar ausências de elementos.</li> </ul>

**Apêndice II– Cronograma de Atividades Planeadas**

**CRONOGRAMA DE ATIVIDADES PLANEADAS**

ATIVIDADES	SET				OUT				NOV				DEZ				JAN			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Reunião com o docente orientador			■																	
Definição da supervisor clínica mediante reunião com o docente orientador			■																	
Estágio no SU			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Realização de projeto de estágio e discutido com a supervisora clínica, enfermeira gestora e docente orientador			■																	
Escolha da temática, relativamente ao projeto de intervenção em serviço, mediante reunião com enfermeira supervisora clínica e enfermeira gestora				■	■	■	■	■												
Pesquisa e análise da bibliografia					■	■	■	■	■	■	■	■								
Redação e entrega da proposta do projeto de intervenção em serviço								■	■	■	■	■								
Elaboração do questionário									■	■	■	■								
Aplicação dos questionários										■	■	■	■	■	■	■				
Análise e discussão dos questionários											■	■	■	■	■	■				
Redação e entrega do manual de acolhimento e integração											■	■	■	■	■	■				
Elaboração e realização da sessão de apresentação do manual de acolhimento e integração															■	■	■	■	■	■
Redação do artigo científico																	■	■	■	■
Correções													■	■	■	■	■	■	■	■
Estágio no UCIDEM																	■	■	■	■

**Apêndice III – Pedido de autorização à enfermeira gestora do SU para desenvolvimento do PIS**

*Exma. Sr<sup>a</sup>. Enfermeira Gestora Arminda Pedro*

*Serviço de Urgência*

*Hospital Dr. José Maria Grande*

**Assunto: Pedido de autorização para desenvolvimento de projeto de intervenção**

Eu, Maria Manuela Prates Mata de Oliveira, Enfermeira na SUB de Ponte de Sor, no âmbito da Unidade Curricular Projeto/Estágio, inserida no Mestrado em Enfermagem em associação, na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica, lecionado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, e, sob orientação do Professor Doutor Adriano Pedro e da Enfermeira Especialista Patrícia Silva, pretendo desenvolver um Projeto no serviço de urgência, que tem como tema "Manual de Acolhimento e Integração de Enfermeiros no Serviço de Urgência.

Este projeto tem como objetivo geral promover o processo de integração e acolhimento de enfermeiros do serviço de urgência do Hospital Doutor José Maria Grande.

A Integração é um processo essencial a qualquer enfermeiro recém-chegado ao serviço de urgência e deverá ser encarada como um processo de mudança em direção à valorização pessoal e profissional. O serviço de urgência caracteriza-se por possuir características particulares, onde são prestados cuidados altamente especializados. Devido à sua especificidade, o processo de integração de enfermeiros neste serviço é exigente e rigoroso. Considera-se que o sucesso no processo de integração passa por um programa bem definido e bem estruturado. Além das competências técnico-científicas que são exigidas á boa prática de enfermagem, existem ainda procedimentos de carácter administrativo que precisam de ser efetuados e completados na prestação de cuidados à pessoa, o que exige conhecimento prévio por parte dos enfermeiros. A existência de um manual orientador facilitará a adaptação ao serviço a todos os elementos da equipa, proporcionando uma mais rápida aquisição de conhecimento e melhor aprendizagem dos procedimentos e rotinas instituídos.

Nesta perspetiva, venho por este meio solicitar a V.Exa., autorização para desenvolver o projeto referido, no serviço mencionado, bem como a aplicação de um questionário (em anexo) à equipa de enfermagem, no sentido de caracterizar a população alvo e perceber a envolvimento da problemática da inexistência de um manual de acolhimento e integração de enfermeiros.

Serão cumpridas as preocupações éticas inerentes ao tipo de estudo, salvaguardando o anonimato e a confidencialidade da informação recolhida, dos enfermeiros e da instituição, sendo os dados trabalhados de forma agrupada na apresentação final do relatório e,

eventualmente, noutras comunicações científicas. A participação é voluntária e o preenchimento do questionário assume a autorização do participante no estudo.

Encontro-me disponível para eventuais esclarecimentos, se assim o considerar necessário.

Para qualquer esclarecimento, deixo os seguintes contactos:

Telemóvel: 936364645

Correio Eletrónico: [manuelaoliveira70@gmail.com](mailto:manuelaoliveira70@gmail.com)

Sem outro assunto de momento, grata pela disponibilidade e atenção, apresento os meus melhores cumprimentos.

Portalegre, 03 novembro de 2019

Atenciosamente,

---

(Enf.ª Maria Manuela Oliveira)



**Apêndice IV– Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração da ULSNA para desenvolvimento do PIS**

*Exmo. Sr. Presidente*  
*do Conselho de Administração*  
*da ULSNA*  
Sr. Dr. João Moura Reis

**Assunto: Pedido de autorização para desenvolvimento de projeto de intervenção**

Eu, Maria Manuela Prates Mata de Oliveira, Enfermeira na SUB de Ponte de Sor, no âmbito da Unidade Curricular Projeto/Estágio, inserida no Mestrado em Enfermagem em associação, na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica, lecionado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, e, sob orientação do Professor Doutor Adriano Pedro e da Enfermeira Especialista Patrícia Silva, pretendo desenvolver um Projeto no serviço de urgência, que tem como tema "Manual de Acolhimento e Integração de Enfermeiros no Serviço de Urgência.

Este projeto tem como objetivo geral promover o processo de integração e acolhimento de enfermeiros do serviço de urgência do Hospital Doutor José Maria Grande.

A Integração é um processo essencial a qualquer enfermeiro recém-chegado ao serviço de urgência e deverá ser encarada como um processo de mudança em direção à valorização pessoal e profissional. O serviço de urgência caracteriza-se por possuir características particulares, onde são prestados cuidados altamente especializados. Devido à sua especificidade, o processo de integração de enfermeiros neste serviço é exigente e rigoroso. Considera-se que o sucesso no processo de integração passa por um programa bem definido e bem estruturado. Além das competências técnico-científicas que são exigidas á boa prática de enfermagem, existem ainda procedimentos de carácter administrativo que precisam de ser efetuados e completados na prestação de cuidados à pessoa, o que exige conhecimento prévio por parte dos enfermeiros. A existência de um manual orientador facilitará a adaptação ao serviço a todos os elementos da equipa, proporcionando uma mais rápida aquisição de conhecimento e melhor aprendizagem dos procedimentos e rotinas instituídos.

Nesta perspetiva, venho por este meio solicitar a V.Exa., autorização para desenvolver o projeto referido, no serviço mencionado. Junto envio em anexo uma breve descrição e fundamentação do projeto.

Serão cumpridas as preocupações éticas inerentes ao tipo de estudo, salvaguardando o anonimato e a confidencialidade da informação recolhida, dos enfermeiros e da instituição, sendo os dados trabalhados de forma agrupada na apresentação final do relatório e, eventualmente, noutras comunicações científicas.

Encontro-me disponível para eventuais esclarecimentos, se assim o considerar necessário.

Para qualquer esclarecimento, deixo os seguintes contactos:

Telemóvel: 936364645

Correio Eletrónico: [manuelaoliveira70@gmail.com](mailto:manuelaoliveira70@gmail.com)

Sem outro assunto de momento, grata pela disponibilidade e atenção, apresento os meus melhores cumprimentos.

Portalegre, 03 novembro de 2019

Atenciosamente,

---

(Enf.ª Maria Manuela Oliveira)

**Apêndice V– Pedido de autorização ao Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre para aprovação do PIS**



Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação	
<b>RESUMO DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO</b>	<b>AnoLetivo:</b> 2019 / 2020

**1. RESUMO DO PROJETO (500 palavras)**

<p>TÍTULO DO PROJETO: "Manual de acolhimento e integração de enfermeiros no serviço de urgência do Hospital Dr. José Maria Grande"</p> <p>A realização deste projeto surge no âmbito da unidade curricular de estágio final, do curso de Mestrado em Enfermagem em associação, na área de especialização em enfermagem Médico-cirúrgica na pessoa em situação crítica no ano letivo 2019/2020. A realização do estágio decorrerá no período de 17 de Setembro de 2019 a 31 de Janeiro de 2020 no Hospital Dr. José Maria Grande (HDJMG), no serviço de urgência médico-cirúrgica. Decorrerá sob orientação científica do Prof. Dr. Adriano Pedro e orientação clínica da enfermeira especialista Patrícia Silva.</p> <p>A escolha deste local de estágio deve-se ao facto de ser um local privilegiado para a identificação e prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, quer pela exigência de um domínio alargado de competências, quer pela necessidade de constante aplicação de conhecimentos, técnicas e procedimentos complexos atualizados, que vão ao encontro das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.</p> <p>Assim, "O serviço tem que criar condições para capacitar todos os elementos da equipa de enfermagem para dar a resposta mais eficaz e eficiente às solicitações de cuidados de saúde de todos aqueles que a ele recorrem". (Ordem dos Enfermeiros, 2001)</p> <p>O Manual de acolhimento e integração constitui um instrumento facilitador no processo de integração dos novos elementos que contactam pela primeira vez com o serviço onde vão exercer a sua atividade profissional. É um documento de apoio para proporcionar um bom acolhimento e integração na equipa e que permite o desenvolvimento de competências nos domínios da prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento pessoal e profissional, domínio ético e legal.</p> <p>O Acolhimento pode ser definido como um processo de aperfeiçoamento aplicado em termos metódicos aos novos elementos que ingressam pela primeira vez no serviço, através do qual são explicados, de forma simplificada, os aspetos que a caracterizam melhor, as principais normas que a regem, os</p>
--

ESS.SA.57-Rev.0

serviços de que podem beneficiar e o papel que devem executar no ciclo geral.

“A existência de um programa de acolhimento numa organização permitirá que o novo elemento assimile, o mais rapidamente possível e se comporte como um membro dessa organização. Além disso, funciona também como instrumento de controlo e correção.” (Ordem dos Enfermeiros, 2017)

A existência de um manual orientador facilitará a adaptação ao serviço a todos os elementos da equipa, proporcionando uma mais rápida aquisição de conhecimento e melhor aprendizagem dos procedimentos e rotinas instituídos.

## 2. PLANO DO PROJETO (Objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção, resultados esperados, processo de avaliação)

### OBJETIVO GERAL

Promover o processo de integração e acolhimento de enfermeiros no serviço de urgência.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar um manual de integração e orientação de enfermeiros no serviço de urgência;
- Divulgar o manual de integração de enfermeiros no serviço de urgência;
- Implementar o manual de integração de enfermeiros no serviço de urgência.

### CONTEÚDOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

- Conhecimento das estruturas físicas do serviço;
- Conhecimento dos recursos humanos no serviço;
- Conhecimento das metodologias de trabalho em vigor no serviço;
- Conhecimento do circuito do doente no serviço;
- *Focus Group* com os chefes de equipa sobre a composição e organização do manual;
- Conhecimento de outras realidades noutras instituições e noutros serviços.
  
- População-alvo: Enfermeiros a exercer funções no Serviço de Urgência do HDJMG;
- Pesquisa bibliográfica: Base de dados científicos sobre a problemática;
- Palavras-chave: Integração; Manual; Enfermeiros; Serviço de Urgência; Pessoa em situação crítica;
- Instrumentos: Questionário para caracterizar a população alvo e perceber a envolvência da problemática.
- Aplicação dos questionários aos enfermeiros do serviço de urgência;
- Elaboração do manual de acolhimento e integração de enfermeiros no serviço de urgência;
- Divulgação do manual de acolhimento e integração de enfermeiros no serviço de urgência através de uma sessão de apresentação aos enfermeiros do serviço de urgência.

### RESULTADOS ESPERADOS:

ESS.SA.57-Rev.0

- Implementar o manual de acolhimento e integração de enfermeiros de modo a permitir a mais rápida, eficaz e organizada adaptação, conhecimento, procedimentos e rotinas do serviço de urgência;
- Compartilhar o manual de acolhimento e integração de enfermeiros através de uma sessão de apresentação aos enfermeiros do serviço de urgência.

**AVALIAÇÃO:**

- Processo de avaliação contínuo e permanente ao longo de todo o projeto;
- Análise dos questionários para conhecer a população alvo e perceber a envolvimento da problemática acerca da não existência do manual;
- A avaliação será feita aquando da integração de novos enfermeiros no serviço de urgência. Após conclusão do processo de integração será feita uma avaliação da integração, tendo como base a grelha de avaliação existente no manual.

---

**3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES**

ESS.SA.57-Rev.0







**Apêndice VI– Questionário à Equipa de Enfermagem do SU**



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIDADE  
EM ENFERMAGEM MEDICO-CIRÚRGICA

<b>Estudante:</b> Maria Manuela Mata d'Oliveira
<b>Instituição:</b> Hospital Dr. José Maria Grande
<b>Serviço:</b> Serviço de Urgência Médico Cirúrgica
<b>Título do Projeto:</b> Manual de acolhimento e integração de enfermeiros no serviço de urgência do Hospital Dr. José Maria Grande

## QUESTIONÁRIO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, encontro-me a realizar estágio no Serviço de Urgência no Hospital Dr. José Maria Grande.

Este estágio apresenta como principal objetivo o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço, que visa desenvolver um manual de acolhimento e integração para enfermeiros, que venha a contribuir como elemento facilitador na adaptação e no conhecimento dos procedimentos e rotinas no Serviço de Urgência.

Dado o tema escolhido, supracitado, serve o seguinte questionário como ferramenta de colheita de dados para identificação dos problemas associados à integração de enfermeiros.

Quero frisar que este questionário não pretende atribuir classificações, mas apenas obter uma opinião/avaliação.

O questionário é anónimo. Os dados obtidos serão apenas utilizados como instrumento de trabalho, assegurando-se a confidencialidade das respostas.

Agradeço a atenção e colaboração disponibilizada,

Maria Manuela Prates Mata d'Oliveira

**PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

GÉNERO	MASCULINO		FEMININO			
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
IDADE	21-30	31-40	41-50	51-60	>60	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	00-05	06-10	11-15	16-20	21-25	>26
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	00-05	06-10	11-15	16-20	21-25	>26
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABILITAÇÕES ACADÉMICAS	BAC.	LIC.	PÓS GRAD.	ESPEC.	MESTR.	DOUTOR.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PARTE II – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS**

Agradeço que as opiniões e respostas sejam reportadas à colocação inicial no Serviço de Urgência. Solicita-se que em cada frase expresse a sua opinião assinalando com um “X” e de acordo com a seguinte escala de *Likert*:

1-Concordo totalmente; 2 – Concordo parcialmente; 3 – Não concordo nem discordo; 4-Discordo parcialmente; 5- Discordo totalmente.

Nº	Descritores	Concordo total/	Concordo parcial/	Nem conc. Nem disc	Discordo parcial/	Discordo total/
		1	2	3	4	5
1	No início das minhas funções no serviço tive dificuldade em perceber os objetivos para mim estabelecidos.					
2	Uma adequada integração e socialização inicial com todos os colegas de trabalho contribuem para uma melhor qualidade dos cuidados de saúde prestados.					
3	O conhecimento imediato dos locais e das metodologias de trabalho no Serviço é essencial para um bom desempenho inicial.					
4	O conhecimento inicial e imediato da estrutura física e localização de equipamentos e material facilitou o meu desempenho no serviço.					
5	No início da adaptação ao serviço senti-me confiante e cómodo no exercício das minhas funções, não necessitando de um documento formal de orientação.					
6	O conhecimento inicial e imediato dos sistemas informáticos de apoio à prestação de cuidados favorece o meu desempenho e a qualidade dos cuidados de saúde a prestar.					
7	Um período de integração no serviço representa um ganho para a equipa de enfermagem e para o elemento a ser integrado.					
8	Mesmo não havendo manual de integração, eu adaptei-me muito facilmente ao serviço.					
9	A não existência de um manual orientador dificultou a minha auto-avaliação no início das minhas funções no serviço.					
10	Os enfermeiros mais antigos despenderam mais tempo com a minha adaptação no serviço.					

De acordo com a resposta, assinale com um “X”.

Nº	Descritores	SIM	NÃO
		1	2
1	Considera que uma adaptação efetiva de novos enfermeiros, suportada por um manual de integração, é necessária para o serviço?		
2	Acha que uma boa integração dos enfermeiros mais novos melhora a qualidade dos cuidados prestados e a segurança dos mesmos?		
3	O tempo de adaptação e integração foi suficiente para um bom desempenho?		
4	Acha pertinente a existência de um manual de acolhimento e integração para novos enfermeiros no serviço de urgência?		

Se respondeu “Sim” à questão nº 4, de seguida identifique quais os tópicos que gostaria de ver descritos num manual de acolhimento e integração para novos enfermeiros.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Muito Obrigado pelo tempo dispendido e colaboração disponibilizada!

**Apêndice VII – Plano de sessão da apresentação do manual de acolhimento e integração de enfermeiros no SU**

### **FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO**

**Ação de Formação:** “Manual de Acolhimento e Integração de Novos Enfermeiros no Serviço de Urgência”

**Local:** Hospital Dr. José Maria Grande – Sala de reuniões

**Data:** 07 de Janeiro de 2020

**Hora:** 14:30 Horas

**Duração:** 50 minutos

**Formador:** Enf.<sup>a</sup> Maria Manuela Oliveira

**Objetivo geral:**

- Apresentar proposta de um manual de acolhimento e integração de novos enfermeiros, de modo a contribuir para a melhoria do processo de integração de enfermeiros no serviço de urgência.

**Objetivos específicos:**

- Facilitar a integração de novos enfermeiros;
- Apresentar um plano de integração para novos enfermeiros;
- Apresentar o cronograma de atividades propostas para os enfermeiros em integração;
- Apresentar grelha de avaliação de integração proposta para os novos enfermeiros do serviço de urgência.

Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Recursos Didáticos	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do tema</li> <li>• Definição geral do problema</li> <li>• Análise do problema</li> <li>• Objetivos do manual</li> </ul>	Expositivo	Computador  Projetor de Vídeo  Apresentação em Powerpoint	5'
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceitos de integração e de manual</li> <li>• Estrutura do manual</li> <li>• Apresentação do plano de integração de enfermeiros</li> <li>• Objetivos do plano de integração de enfermeiros</li> <li>• Intervenientes no plano de integração de enfermeiros</li> <li>• Período de integração de enfermeiros</li> <li>• Cronograma das atividades do plano de integração de enfermeiros</li> <li>• Avaliação de conhecimentos após cumprir o plano de integração</li> <li>• Clarificação de dúvidas</li> </ul>	Expositivo  Demonstrativo/ Participativo	Computador  Projetor de Vídeo  Apresentação em Powerpoint	40'
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação da sessão</li> </ul>		Folhas de avaliação	5'

Apêndice VIII – **Artigo Científico “A integração de enfermeiros no SU”**





**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE  
MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO**

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIDADE  
EM ENFERMAGEM MEDICO-CIRÚRGICA  
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO FINAL

***ARTIGO CIENTIFICO  
INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA***

Maria Manuela Prates Mata d'Oliveira – N.º 195

Docente Orientador: Prof. Dr. Adriano Pedro

**Janeiro  
2020**

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde  
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus  
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem Com Especialidade  
Em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Unidade Curricular: Estágio Final

Artigo Científico: Integração de Enfermeiros no Serviço de Urgência

Maria Manuela Prates Mata d'Oliveira – N.º 195

Docente Orientador: Prof. Dr. Adriano Pedro

Janeiro  
2020

## **RESUMO**

O Serviço de Urgência caracteriza-se por ser um local muito específico, onde decorrem atividades altamente especializadas. O processo de integração de novos enfermeiros neste serviço é essencial e deverá ser considerado como um processo de mudança em direção à valorização profissional dos enfermeiros, mas também, com claros benefícios para a organização.

O objetivo deste artigo foi conhecer a problemática associada à integração de enfermeiros em contexto de Urgência e a pertinência da existência de um manual de acolhimento e integração de modo a contribuir para um melhor processo de integração de novos enfermeiros.

A metodologia adotada teve como base o método exploratório com uma abordagem quantitativa. Os resultados foram obtidos através de um inquérito dirigido a todos os enfermeiros a exercer funções no Serviço de Urgência do Hospital Dr. José Maria Grande, em Portalegre.

Concluiu-se que uma boa adaptação, socialização e integração dos enfermeiros no serviço de urgência tem efeitos benéficos para os próprios, para toda a equipa e para a qualidade dos cuidados de saúde a prestar. O conhecimento inicial dos locais e metodologias de trabalho, a estrutura física do serviço, a localização dos equipamentos e material assim como dos sistemas informáticos de apoio à prestação de cuidados são fatores facilitadores do processo de integração dos enfermeiros e do seu desempenho.

Concluiu-se também que é oportuno e apropriado a existência de um manual de acolhimento e integração que facilita a adaptação dos enfermeiros no serviço de urgência.

## **PALAVRAS CHAVE**

Enfermeiros, Serviço de Urgência, Integração, Desempenho, Manual de Integração

Apêndice IX – **Manual de Acolhimento e Integração de Enfermeiros**



## HOSPITAL Dr. JOSÉ MARIA GRANDE

SERVIÇO DE URGÊNCIA

PORTALEGRE



## MANUAL DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**Manual**

---

Versão 1.0  
31/12/2019



# MANUAL DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS



**ELABORADO NO ÂMBITO DO CURSO DE MESTRADO EM  
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

Enfermeira Maria Manuela Oliveira  
Orientadora Clínica: Enfermeira Especialista Enfermagem Médico Cirúrgica Patrícia Silva

**DEZEMBRO 2019**

### SIGLAS E ABREVIATURAS

CCI	Comissão de Controlo de Infeção
DM	Dispositivos Médicos
ECD's	Exames Complementares de Diagnóstico
GCL	Grupo Coordenado Local
HDJMG	Hospital Doutor José Maria Grande
INE	Instituto Nacional de Estatística
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
ISBAR	Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation.
MMR	Microrganismos Multirresistentes
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos
PA	Plano de Atividades
PQ	Procedimentos de Qualidade
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SFIBD	Serviço de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação
SIV	Suporte Imediato de Saúde
SO	Serviço de Observação
SRH	Serviço de Recursos Humanos
SUB	Serviço de Urgência Básica
SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
ULSNA	Unidade Local de Saúde Norte Alentejano
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## Índice

BOAS VINDAS .....	6
<b>1. OBJETIVO .....</b>	<b>7</b>
<b>2. ÂMBITO .....</b>	<b>7</b>
<b>3. APRESENTAÇÃO GENÉRICA DO HOSPITAL Dr. JOSÉ MARIA GRANDE .....</b>	<b>7</b>
3.1. APRESENTAÇÃO DO HOSPITAL.....	7
3.2. MISSÃO.....	8
3.3. ATRIBUIÇÕES .....	8
3.4. VISAO .....	9
3.5. VALORES.....	9
3.6. OBJETIVOS .....	9
3.7. CODIGO DE ETICA.....	10
3.8. LOCALIZAÇÃO .....	11
3.9. ORGANOGRAMA .....	11
<b>4. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA .....</b>	<b>12</b>
4.1. CARATERIZAÇÃO .....	12
4.2. MISSÃO, VISÃO E OBJETIVOS .....	12
4.3. ESTRUTURA FÍSICA.....	13
4.4. RECURSOS HUMANOS .....	15
4.4.1. Equipa Médica.....	16
4.4.2. Equipa de enfermagem.....	16
4.4.3. Assistentes Operacionais.....	17
4.4.4. Assistentes Técnicos Administrativos .....	17
4.5. METODOLOGIA DE TRABALHO .....	18
4.6. FUNÇÕES DE ENFERMAGEM .....	18
4.6.1. Enfermeiro Gestor .....	18
4.6.2. Enfermeiro Responsável .....	19
4.6.3. Enfermeiro coordenador de turno / chefe de equipa .....	19
4.6.4. Enfermeiro de triagem.....	21
4.6.5. Enfermeiro de balcão .....	22
4.6.6. Enfermeiro de especialidades / sala de emergência .....	23
4.6.7. Enfermeiro de Apoio.....	24
4.6.8. Enfermeiro de SO .....	25
4.7. SISTEMA INFORMÁTICO ALERT .....	26
4.8. PYXIS.....	26





4.9.	ESTUPEFACIENTES, PSICOTRÓPICOS E BENZODIAZEPINAS .....	27
4.10.	CIRCUITO DO DOENTE.....	27
4.10.1.	Generalidades .....	27
4.10.2.	Triagem de Manchester .....	28
4.10.3.	Doentes com cor vermelha.....	29
4.10.4.	Doentes com cor laranja .....	29
4.10.5.	Doentes com cor amarela.....	29
4.10.6.	Doentes com cor verde .....	30
4.10.7.	Doentes com cor azul.....	30
4.10.8.	Doentes de cor branca .....	30
4.10.9.	Doentes enviados das SUB de Ponte de Sor e Elvas .....	31
4.10.10.	Doentes enviados de outras instituições para a área de residência 31	
4.10.11.	Doentes portadores de carta com informação clínica para o médico ou especialidade específica. ....	31
4.10.12.	Doentes pediátricos .....	31
4.10.13.	Considerações finais sobre o circuito do utente.....	32
4.11.	COMUNICAÇÃO INTERNA.....	33
4.12.	COMUNICAÇÃO EXTERNA .....	33
4.13.	VISITAS, ACOMPANHAMENTO E INFORMAÇÃO CLÍNICA .....	34
4.14.	ESPOLIO .....	34
4.15.	SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPIRITUAL E RELIGIOSO.....	35
4.16.	GESTÃO DE RESÍDUOS.....	36
4.17.	OBITOS.....	36
<b>5.</b>	<b>EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA .....</b>	<b>37</b>
5.1.	CHECK-IN DE APRESENTAÇÃO .....	37
5.1.1.	Dados Pessoais .....	37
5.1.2.	Cartão de identificação .....	37
5.1.3.	Password's de acesso .....	37
5.1.4.	Acesso ao correio eletrónico institucional.....	38
5.1.5.	Fardamento.....	38
5.1.6.	Dever de sigilo / Código deontológico .....	39
5.1.7.	Licenças de férias .....	40
5.1.8.	Trocas de turno .....	40
5.1.9.	Registo de assiduidade.....	40
5.1.10.	Refeições.....	41
5.2.	HORÁRIO DE TRABALHO .....	41



5.3. PLANO DE TRABALHO.....	41
5.4. REUNIÕES DE PASSAGEM DE TURNOS.....	42
5.5. REUNIÕES DE SERVIÇO.....	42
5.6. AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO.....	43
5.7. FORMAÇÃO PROFISSIONAL.....	43
5.7.1. Formação Interna.....	43
5.7.2. Formação Externa.....	45
5.8. REGISTOS DE ENFERMAGEM.....	45
5.9. VERIFICAÇÃO DE OPERACIONALIDADE DOS EQUIPAMENTOS.....	45
5.10. ACIDENTES DE TRABALHO.....	46
<b>6. PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO.....</b>	<b>47</b>
6.1. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	47
6.2. ISOLAMENTO DE PROTEÇÃO OU DE CONTENÇÃO.....	49
<b>7. PROCEDIMENTOS EM SITUAÇÃO DE CATASTROFE.....</b>	<b>51</b>
7.1. ATIVAÇÃO DO PLANO DE EMERGENCIA EXTERNO.....	51
7.2. ORGANIZAÇÃO DO HOSPITAL EM EMERGENCIA.....	52
7.3. DINÂMICA DOS SERVIÇOS.....	52
7.3.1. Atendimento das vítimas - serviço de urgência.....	53
7.3.2. Atendimento das vítimas – Bloco operatório.....	54
7.3.3. Atendimento das vítimas – Serviços de Internamento.....	54
7.3.4. Atendimento das vítimas – Unidade de Cuidados Intensivos.....	54
<b>8. PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS.....</b>	<b>55</b>
8.1. OBJETIVOS.....	55
8.2. OS INTERVENIENTES.....	55
8.2.1. Enfermeiro Gestor.....	56
8.2.2. Enfermeiro Integrador.....	56
8.2.3. Enfermeiro em Integração.....	57
8.3. PERIODO DE INTEGRAÇÃO.....	57
8.4. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES.....	59
8.5. PLANO DE ATIVIDADES.....	60
8.6. AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS.....	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	84
ANEXOS.....	85

### FIGURAS

Figura I	-	Concelhos do Distrito de Portalegre
Figura II	-	Localização do HDJMG
Figura III	-	Organograma adaptado da ULSNA
Figura IV	-	Planta do Serviço de Urgência
Figura V	-	Lavagem e/ou desinfeção das mãos

### QUADROS

Quadro I	-	Estrutura Física do Serviço de Urgência
Quadro II	-	Distribuição da Equipa de Enfermagem por Turnos
Quadro III	-	Distribuição dos Assistentes Operacionais por Turnos e Áreas de Atuação
Quadro IV	-	Escala de Manchester
Quadro V	-	Cronograma de atividades
Quadro VI	-	PA / 1ª Semana / 1º dia de apresentação
Quadro VII	-	PA / 1ª Semana / 2º dia
Quadro VIII	-	PA / 1ª Semana / 3º dia
Quadro IX	-	PA / 1ª Semana / 4º dia
Quadro X	-	PA / 1ª Semana / 5º dia
Quadro XI	-	PA / 2ª Semana / 6º dia
Quadro XII	-	PA / 2ª Semana / 7º e 8º dias
Quadro XIII	-	PA / 2ª Semana / 9º e 10º dias
Quadro XIV	-	PA / 3ª Semana / 11º e 12º dias
Quadro XV	-	PA / 3ª Semana / 13º e 14º dias
Quadro XVI	-	PA / 3ª e 4ª Semanas / 15º, 16º e 17º dias
Quadro XVII	-	PA / 4ª Semana / 18º, 19º e 20º dias
Quadro XVIII	-	PA / 5ª Semana / 21º, 22º e 23º dias
Quadro XIX	-	PA / 5ª e 6ª Semanas / 24º, 25º e 26º dias
Quadro XX	-	Avaliação de Conhecimentos / Triagem de Manchester
Quadro XXI	-	Avaliação de Conhecimentos / Balcão Azul/Verde/ Amarelo/Laranja



Quadro XXI	-	Avaliação de Conhecimentos / Balcão Azul/Verde/ Amarelo/Laranja (Cont.)
Quadro XXIII	-	Avaliação de Conhecimentos / Sala de Emergência / Especialidades
Quadro XXIV	-	Avaliação de Conhecimentos / Sala de Emergência / Especialidades (Cont.)
Quadro XXV	-	Avaliação de Conhecimentos / Apoio
Quadro XXVI	-	Avaliação de Conhecimentos / Serviço de Observação
Quadro XXVII	-	Avaliação de Conhecimentos / Serviço de Observação (Cont.)
Quadro XXVIII	-	Avaliação de Conhecimentos / Serviços Informáticos
Quadro XXIX	-	Avaliação de Conhecimentos / Serviço de Hotelaria

## **BOAS VINDAS**

Caro Colega,

Seja bem-vindo ao Serviço de Urgência do Hospital Dr. José Maria Grande.

A partir deste momento vai iniciar o seu processo de integração nesta instituição. O sucesso da nossa missão depende do desempenho de todos como equipa, pelo que é essencial começar desde já a potenciar o seu talento e criatividade.

A integração é um processo essencial a qualquer enfermeiro recém-chegado ao Serviço de Urgência e deverá ser encarada como um processo de mudança em direção à valorização pessoal e profissional. Integrar um novo elemento na nossa equipa de trabalho, é acima de tudo, fornecer-lhe as melhores condições de adaptação para que, o mais rapidamente possível, se sinta parte integrante da nossa equipa.

Este manual foi elaborado a pensar em si, não pretende ser exaustivo e tem como objetivo prestar-lhe todas as informações consideradas pertinentes e necessárias, relativas à organização e funcionamento do serviço, proporcionando-lhe desta forma uma melhor compreensão e conhecimento da mesma.

Disponibilizamos um conjunto de informações que o vão auxiliar a compreender a dinâmica do serviço/Instituição. As dúvidas que possam surgir após a leitura do Manual deverão ser colocadas ao Enfermeiro gestor ou ao colega orientador.

Gostaríamos de lhe transmitir que nos orgulhamos de o ter como novo elemento da nossa Equipa, pois sabemos que estamos perante um profissional empreendedor e com vontade de atingir constantes e enriquecedores sucessos profissionais.

A equipa do Serviço de Urgência dá-lhe as boas vindas e, deseja que satisfaça as suas expetativas e atinja os seus objetivos pessoais/profissionais.

**QUEREMOS QUE SE SINTA PARTE DA EQUIPA!!**

**SEJA BEM-VINDO!!**



## 1. OBJETIVO

O presente Manual pretende fornecer diretrizes que orientem o processo de acolhimento de enfermeiros no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica, rentabilizando e maximizando a integração de forma a proporcionar uma maior satisfação pessoal e profissional, fornecer uma panorâmica dos processos e dinâmicas do serviço e conhecer os recursos humanos e materiais. Poderá, em momento oportuno ser adaptado às SUB do Distrito, designadamente Ponte de Sor e Elvas.

## 2. ÂMBITO

O Manual destina-se aos enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital Dr. José Maria Grande (HDJMG) em período de integração.

## 3. APRESENTAÇÃO GENÉRICA DO HOSPITAL Dr. JOSÉ MARIA GRANDE

### 3.1. APRESENTAÇÃO DO HOSPITAL

O HDJMG situa-se no Alto Alentejo, na cidade e distrito de Portalegre e está integrado na Unidade Local de Saúde Norte Alentejano (ULSNA). Integrado no plano de cobertura hospitalar do País, a ULSNA destina-se a servir uma população de aproximadamente 118.000 habitantes (INE, 2012), distribuídos pelos concelhos do Distrito, englobando o Hospital de Santa Luzia de Elvas e Centros de Saúde do Distrito de Portalegre, no total de dezasseis Centros de Saúde.<sup>1</sup>

A área de influência corresponde ao distrito de Portalegre abrangendo todos os seus concelhos do distrito.

Por ser Serviço de Urgência Médico cirúrgica, recebe os doentes referenciados pelas SUB, SIV e VMER, dependendo dos critérios de referenciação.

Apesar de o HDJMG não dispor de heliporto, existe um helicóptero do INEM disponível para evacuação aquando solicitado.

---

<sup>1</sup> Regulamento Interno da ULSNA (Setembro 2015)



FIGURA I – Concelhos do Distrito de Portalegre

### 3.2. MISSÃO

A ULSNA tem como missão “Promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde.”<sup>2</sup>

### 3.3. ATRIBUIÇÕES

A esta instituição estão atribuídas as seguintes premissas:<sup>3</sup>

- Contribuir para a obtenção de ganhos em saúde na população;
- Promover a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento da doença e a reabilitação, através do planeamento e da prestação de cuidados, bem como do desenvolvimento de atividades específicas dirigidas globalmente ao indivíduo, à família, a grupos especialmente vulneráveis e a comunidade;
- Atingir a plena integração sistémica, estrutural vertical, funcional clínica, de informação e financeira e normativa da organização;

<sup>2</sup> Regulamento Interno da ULSNA (Setembro 2015)

<sup>3</sup> <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao-atribuicoes-legislacao/>



- Garantir a humanização dos cuidados e os direitos dos utentes;
- Melhorar o acesso e a adequação da oferta de serviços;
- Melhorar a eficiência técnica e económica;
- Melhorar a qualidade dos cuidados e da organização dos serviços;
- Valorizar o capital humano, assegurando a formação contínua aos seus profissionais.

### 3.4. VISAO

A ULSNA tem como visão a “Constituição de uma imagem de excelência no atendimento dos cidadãos, na ligação à comunidade, na criação de parcerias, na investigação permanente e no impacto das atividades desenvolvidas.”<sup>4</sup>

### 3.5. VALORES

Atendendo às suas especificidades, a ULSNA rege a sua atividade de acordo com os seguintes valores<sup>5</sup>:

- Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos;
- Excelência técnica;
- Acessibilidade e equidade dos cuidados;
- Promoção da qualidade;
- Ética, integridade e transparência;
- Motivação e atuação pró- ativa;
- Melhoria contínua;
- Trabalho de equipa;
- Respeito pelas normas ambientais.

### 3.6. OBJETIVOS

A ULSNA tem por objetivo principal a prestação de cuidados de saúde primários, secundários, reabilitação, continuados integrados e paliativos à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, bem como com entidades externas que com ele

---

<sup>4</sup> <http://www.ulsna.min-saude.pt>

<sup>5</sup> Idem





contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral<sup>6</sup>. Compete-lhe igualmente articular atividades na área da saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida. A ULSNA também tem por objetivo desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa.

### 3.7. CODIGO DE ETICA

O código de ética da ULSNA, aplica-se a todos os seus trabalhadores e colaboradores, independentemente da natureza do seu vínculo contratual ou posição hierárquica.<sup>7</sup>

Os princípios éticos são os seguintes:

- Profissionalismo;
- Integridade e independência;
- Lealdade e cooperação;
- Igualdade de tratamento;
- Sigilo profissional;
- Responsabilidade com a empresa;
- Compromisso.

---

<sup>6</sup> Regulamento Interno da ULSNA (Setembro 2015)

<sup>7</sup> Regulamento Código de Ética da ULSNA, EPE

### 3.8. LOCALIZAÇÃO

Avenida de Santo António, 7300-853 Portalegre<sup>8</sup>

Telefone - 245 301000



FIGURA II – Localização do HDJMG

### 3.9. ORGANOGRAMA



FIGURA III – Organograma adaptado da ULSNA (detalhe da dependência do Serviço de Urgência)

<sup>8</sup> <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/contactos/>

#### 4. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA

##### 4.1. CARATERIZAÇÃO

O Serviço de Urgência trata-se de uma urgência Médico-cirúrgica, situada no piso 2 do HDJMG e dá resposta 24 horas por dia a todas as situações de urgência/emergência de todo o distrito de Portalegre, englobando as valências de medicina interna, cirurgia, ortopedia, obstetrícia e pediatria. Outras especialidades médicas como oftalmologia, psiquiatria, gastroenterologia e outras, encontram-se ao dispor da população por períodos indeterminados e muitas vezes obedecendo a escalas de acordo com os recursos humanos existentes para cada mês. Quando tal não é possível os utentes são enviados para observação pela especialidade pretendida para o hospital de referência que no caso da nossa instituição será o Hospital de São José em Lisboa.<sup>9</sup>

##### 4.2. MISSÃO, VISÃO E OBJETIVOS

O Serviço de Urgência Médico Cirúrgico (SUMC) tem como missão prestar cuidados de saúde que se enquadram nas duas categorias seguintes<sup>10</sup>:

- **Urgências:** todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais.
- **Emergências:** todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais.

O SUMC visa desenvolver ações que constituam boas práticas na prestação de cuidados de saúde, atuando em proximidade com os restantes departamentos e serviços da ULSNA, em todos os níveis de cuidados, visando a obtenção de elevados níveis de qualidade na prestação de cuidados<sup>11</sup>.

O SUMC baseia-se no respeito pelos seguintes princípios:

- Prestação individualizada e humanizada dos cuidados - garantia do respeito pela dignidade humana, nomeadamente no que concerne ao direito dos utentes à sua privacidade, à preservação da sua identidade, à não discriminação, à confidencialidade da informação clínica, e ao pleno esclarecimento dos utentes

---

<sup>9</sup> Regulamento Interno do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica da ULSNA

<sup>10</sup> Idem

<sup>11</sup> Idem



sobre a sua situação de saúde, para que possam decidir de forma livre e consciente sobre a concretização do que lhes é proposto;

- Ética assistencial - prevalência dos valores éticos e deontológicos que enquadram o exercício da atividade dos diferentes grupos profissionais;
- Multidisciplinares e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados - elevação do trabalho em equipa como um dos pilares fundamentais para a melhoria contínua da qualidade e obtenção de ganhos de saúde;
- Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

#### 4.3. ESTRUTURA FÍSICA

O Serviço de Urgência destina-se exclusivamente ao atendimento de adultos e crianças em situação de doença súbita, que ponha em risco a sua vida e exija intervenção imediata. É composto por três áreas distintas de prestação de cuidados:

- Serviço de Urgência Pediátrico;
- Serviço de Urgência Adultos;
- Serviço de Observação.

Relativamente ao Serviço de Urgência Pediátrico, este não será alvo de apreciação neste manual uma vez que a sua estrutura e organização está a cargo da Enfermeiro Gestor do Serviço de Pediatria e respetiva equipa de enfermagem. Apenas no período noturno (das 00 às 08 horas) a equipa de enfermagem do SU assegura os cuidados pediátricos.

O SUMC apresenta a seguinte estrutura física, de acordo com as denominações apresentadas no serviço:

Entrada Principal:

- Balcão de atendimento;
- Urgência Pediátrica;
- Sala de espera exterior;
- Sala Triagem.

De seguida apresenta-se um quadro resumo por alas, da estrutura física do Serviço de Urgência e do Serviço de Observação:

<b>SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	
<b>ALA ESQUERDA</b>	<b>ALA DIREITA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de tratamentos Azul / Verde</li> <li>• Gabinete Médico Azul / Verde</li> <li>• Sala de Tratamentos 1</li> <li>• Sala de Reanimação – Emergência</li> <li>• Sala de Pequena Cirurgia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Espera Azul / Verde</li> <li>• Gabinete Médico Amarelo</li> <li>• Sala de Tratamento 2</li> <li>• Gabinete de Enfermagem</li> <li>• Gabinete do Gestor de Enfermagem</li> <li>• Sanitários Utentes</li> <li>• Sanitários Funcionários</li> <li>• Corredor de Acesso ao Serviço de Imagiologia / Laboratório</li> <li>• Sala de Despejos</li> <li>• Gabinete de Psiquiatria</li> <li>• Gabinete de Medicina Interna</li> <li>• Gabinete de Ortopedia</li> <li>• Corredor de Acesso á Urgência Pediátrica</li> <li>• Sala de Espera Interior Amarelo / Laranja</li> </ul>
<b>SERVIÇO DE OBSERVAÇÃO</b>	
<b>ALA ESQUERDA</b>	<b>ALA DIREITA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviço de Observação 2 (cama 11 a 18)</li> <li>• Serviço de Observação 1 (cama 1 a 10)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• WC Utentes</li> <li>• Arrecadação (Material Consumo Clínico)</li> <li>• Sala de Pausa de Médicos</li> <li>• Quarto Médico</li> <li>• Sala de Desinfecção</li> <li>• Copa</li> <li>• Sanitários Mulheres</li> <li>• Sala de Despejos</li> <li>• Sanitários Homens</li> <li>• Armazém (Soros, Equipamentos e Material de Hotelaria)</li> <li>• Resíduos</li> </ul>

Quadro I – Estrutura física do Serviço de Urgência





#### 4.4.1. Equipa Médica

No patamar mais alto da hierarquia este serviço é constituído por um Médico responsável pelo departamento de Urgência e Emergência que engloba a Unidade de Cuidados Intensivos e por um Médico Diretor de serviço.

Quanto aos recursos médicos estes estão distribuídos pelas seguintes áreas de especialidade:

- Zona de atendimento de doentes triados com cor azul e verde: 1 médico entre as 00 e as 24 horas;
- Zona de atendimento de doentes triados com cor amarela e laranja: 1 médico entre as 00 e as 24 horas;
- Zona de atendimento de doentes pediátricos: 1 médico entre as 8 horas e as 24 horas,
- 2 Médicos-cirurgiões de presença física entre as 8 e as 20 horas, estando 1 médico de prevenção a partir das 20 até às 8 horas.
- 2 Médicos internistas de presença física entre as 00 e as 24 horas;
- 1 ortopedista de presença física entre as 00 e as 24 horas e sempre que possível 1 de prevenção;
- 2 Médicos ginecologistas / obstetras de presença física durante 24 horas;
- 1 Médico pediatra de presença física durante as 24 horas;
- 1 Médico psiquiatra em horário a definir segundo uma escala mensal;
- 1 Médico radiologista de presença física das 8 horas às 24 horas e de prevenção entre as 00 e as 8 horas;
- Apoio das especialidades de anestesiologia, imunohemoterapia, patologia clínica, oftalmologia, urologia, gastroenterologia, nefrologia, pneumologia, cardiologia, otorrinolaringologia e infeciologia ( dependente do horário em que for solicitada a colaboração, assim estão ou não disponíveis).

#### 4.4.2. Equipa de enfermagem

Em termos hierárquicos o serviço é constituído por um Enfermeiro Gestor e um Enfermeiro Responsável (que a substitui na sua ausência), sendo que a restante equipa se encontra dividida em cinco equipas de enfermagem em horário de *Roulement* e uma equipa de enfermagem com horário fixo.



Os elementos de cada equipa são fixos e cada uma delas é coordenada por um enfermeiro designado “ Gestor de Equipa”, correspondendo a cada uma delas uma equipa de Assistentes Operacionais.

Quanto à distribuição em cada turno, preconiza-se o seguinte:

TURNO	Nº DE ELEMENTOS
Manhã	9
Tarde	8
Noite	7

Quadro II – Distribuição da equipa de enfermagem por turnos

A forma como cada um destes elementos se encontra distribuída será abordada no capítulo Plano de Trabalho.

#### 4.4.3. Assistentes Operacionais

Estes encontram-se sob orientação da Enfermeiro Gestor e/ou Chefe de Equipa e a sua distribuição nos turnos comporta os seguintes elementos:

TURNO	Nº DE ELEMENTOS TOTAIS	ÁREA DE ATUAÇÃO	
		SU	SO
Manhã	6	3	3
Tarde	5	3	2
Noite	3	1	2

Quadro III – Distribuição de assistentes operacionais por turno e áreas de atuação

#### 4.4.4. Assistentes Técnicos Administrativos

Estes encontram-se sob a orientação de um Administrador de Sector, independente da equipa da urgência. A sua distribuição diária preconizada comporta :

- Balcão de Atendimento: 2 assistentes técnicos entre as 8 e as 24 horas e 1 das 00 às 8 horas;



- Zona interna da urgência: 1 assistente técnico das 9 às 17 horas. Entre as 17 e as 24 horas o apoio necessário nesta área será efetuada por um assistente técnico da zona de inscrição.

#### 4.5. METODOLOGIA DE TRABALHO

Tratando-se de uma equipa extensa, e sendo o SU dotado de algumas especificidades e áreas de atuação, esta encontra-se como já referimos dividida por equipas para uma melhor orientação e organização dos recursos. Assim sendo, semanalmente e obedecendo a um Plano Semanal de Trabalho (Anexo I), o Chefe de Equipa distribui os seus elementos por postos de trabalho de acordo com o horário de cada elemento escalado para esses dias. Cada equipa é composta por 8 a 9 enfermeiros e a correspondente equipa de AO composta por 4 elementos.

Deste modo na parte da urgência pratica-se o método por posto de trabalho (tarefa) e em SO o método individual.

#### 4.6. FUNÇÕES DE ENFERMAGEM

Nos pontos seguintes são discriminadas as funções de enfermagem:<sup>13</sup>

##### 4.6.1. Enfermeiro Gestor

- Orientação e coordenação na atividade dos profissionais de enfermagem do serviço de urgência;
- Gestão dos cuidados de enfermagem prestados ao utente;
- Gestão do serviço no que respeita à manutenção das instalações, aos recursos materiais, equipamentos e fármacos;
- Gestão dos recursos humanos, nomeadamente equipa de enfermagem e equipa de assistentes operacionais;
- Avaliação de desempenho dos enfermeiros e dos assistentes operacionais.

---

<sup>13</sup> Regulamento Interno do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica da ULSNA

#### 4.6.2. Enfermeiro Responsável

Enfermeiro designado pelo enfermeiro gestor, com aprovação da direção de enfermagem. Este elemento desempenha as seguintes funções:

- Colabora com o enfermeiro gestor na gestão do serviço;
- Substitui o enfermeiro gestor nas suas ausências e impedimentos;
- Colabora na orientação e coordenação de equipa de enfermagem na prestação de cuidados;
- Supervisiona a qualidade de execução dos cuidados e dos registos de enfermagem de forma a assegurar a continuidade dos mesmos;
- Colabora na orientação e supervisão dos assistentes operacionais;
- Atua com a equipa prestadora de cuidados na sala de emergência;
- Colabora com o elo de ligação da Comissão de Controle da Infecção (CCI) e do Serviço e Segurança no trabalho, cumprindo e motivando os restantes elementos da equipa a cumprir as orientações;
- Colabora na determinação de necessidades em recursos materiais;
- Colabora nos pedidos e respetiva reposição de stocks de materiais de consumo clínico e de terapêutica, bem como na verificação dos prazos de validade dos mesmos;
- Colabora no acolhimento de novos elementos, envolvendo toda a equipa no processo;
- Colabora no processo de avaliação da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais;
- Reúne diariamente e sempre que necessário com o enfermeiro gestor para troca de informações, análise e resolução de problemas e para avaliação da qualidade dos cuidados;
- Colabora na supervisão do cumprimento das regras de limpeza e desinfeção do material e equipamento emanadas pela CCI e das instruções de trabalho relacionadas com a verificação da operacionalidade do equipamento.

#### 4.6.3. Enfermeiro coordenador de turno / chefe de equipa

Cada uma das equipas tem um enfermeiro responsável "Chefe de Equipa" que substitui o Enfermeiro Gestor nas suas ausências.

Em situações (licenças, trocas, ausências médicas), em que nenhum Enfermeiro Gestor de Equipa esteja presente será sempre substituído pelo

segundo elemento da mesma equipa. Se por qualquer motivo esse Enfermeiro também não estiver presente, quem deverá assumir as funções de responsável de turno deverá ser sempre o Enfermeiro presente com mais antiguidade no serviço.<sup>14</sup>

Estão-lhe atribuídas as seguintes funções:

- Substituir o Enfermeiro Responsável do serviço na sua ausência e/ou impedimento;
- Respeitar e fazer respeitar as normas e os protocolos inerentes ao serviço/instituição;
- Providenciar para que em situações inesperadas, o serviço fique devidamente assegurado;
- Alterar, se necessário, o plano de trabalho de acordo com as faltas inesperadas ou trocas de turno de última hora;
- Promover um bom ambiente de trabalho e espírito de equipa;
- Gerir conflitos, mantendo o espírito de equipa, promovendo uma boa comunicação;
- Coordenar a equipa de enfermagem e assistentes operacionais em conformidade com as necessidades de cada situação específica;
- Estabelecer prioridades e linhas de ação que promovam qualidade dos cuidados de enfermagem e a eficácia do funcionamento do SUMC;
- Gerir recursos humanos e materiais;
- Supervisionar a saída de materiais/equipamentos para outros serviços;
- Gerir os horários das refeições dos elementos da equipa;
- Delegar funções sempre que necessário;
- Acompanhar a integração dos elementos da equipa;
- Monitorizar periodicamente a integração dos elementos, juntamente com o elemento integrador e o Chefe de Serviço;
- Registrar avarias que ocorram durante o turno e se possível providenciar para que sejam resolvidas;
- Supervisionar a limpeza do serviço;
- Supervisionar o trabalho dos assistentes operacionais;
- Fazer registos relevantes, no final do turno, no livro de ocorrências do serviço e transmitir ao colega responsável do turno seguinte, informações relevantes para a continuidade dos cuidados.

---

<sup>14</sup> IT-08-SUMC-ENF – Funções do Enfermeiro Chefe de Equipa/Responsável de Turno

#### 4.6.4. Enfermeiro de triagem

É o responsável pela atribuição dos diferentes graus de prioridade dos utentes assim como a sua distribuição no próprio serviço (Urgência Pediátrica, Balcão 1, sala de espera ou outras). Genericamente, tem as seguintes funções:

- Acolher o doente/acompanhante, identificando os dados necessários para a triagem de prioridades;
- Garantir a privacidade no atendimento;
- Recolher as informações pertinentes acerca do doente, fornecidas pelo próprio, bombeiros ou outros;
- Efetuar uma avaliação rápida e objetiva da situação;
- Descrever a queixa apresentada de uma forma clara e concisa;
- Executar a triagem de prioridades, selecionando o fluxograma e discriminador adequados às queixas e sinais objetivos do doente;
- Se necessário, prestar alguns primeiros socorros no Gabinete de Triagem;
- Identificar o doente com pulseira/etiqueta;
- Dar informação aos utentes do seu percurso, tempo de espera e possíveis exames;
- Atuar como um promotor da saúde quando o tempo o permitir, dando conselhos úteis sobre cuidados de saúde;
- Efetuar a distribuição dos utentes no serviço de acordo com a disponibilidade de espaço e situação clínica de cada um;
- Informar, sempre que necessário, o enfermeiro de balcão da necessidade de reforçar a vigilância dos utentes em que a situação é suscetível de se agravar;
- Gerir a sala de espera, mantendo-se disponível para prestar aconselhamento, ouvir críticas, informar do tempo de espera aproximado;
- Efetuar a retriagem sempre que se verificar agravamento das queixas;
- Efetuar triagens manuais sempre que ocorrem falhas no sistema informático (Mod.03.URG.01 – Anexo II);
- Manter a área operacional, orientando e supervisionando a limpeza e arrumação da mesma;
- Repor o material descrito no final do turno e sempre que for necessário;
- Manter o equipamento em carga (monitor de sinais vitais).

#### 4.6.5. Enfermeiro de balcão

Dá apoio ao Balcão 1 e 2 (médicos de Triagem e Medicina Interna) e à Sala de Emergência. No turno da manhã é o responsável pela reposição do material clínico e terapêutica nestas salas. Nos períodos das 24 horas às 8 horas presta também cuidados a todas as crianças que se dirijam ao serviço.

Estão lhe atribuídas as seguintes funções:

- Verificar se os monitores cardíacos estão completos e funcionais no início do turno;
- Verificar se todo o equipamento se encontra em carga;
- Proceder à reposição do material de uso corrente nas salas de trabalho e enfermarias mantendo-as operacionais e arrumadas;
- Acolher os doentes/família de forma personalizada procurando saber o motivo a sua vinda ao serviço e encaminhar para o atendimento adequado;
- Prestar cuidados de enfermagem globais e individualizados;
- Administrar terapêutica e efetuar tratamentos de acordo com a prescrição médica;
- Prestar cuidados de enfermagem planeados, decorrentes das prescrições médicas e de enfermagem, retificando as prescrições de enfermagem sempre que se justifique;
- Garantir a privacidade no atendimento;
- Detetar precocemente situações de crise ou agravamento do estado clínico do utente, informando o médico responsável sempre que necessário;
- Efetuar registos decorrentes da avaliação efetuada e dos cuidados de enfermagem prestados;
- Vigiar reações e as respostas do doente à terapêutica e tratamento tendo presente os efeitos secundários;
- Colaborar com os outros enfermeiros sempre que necessário;
- Encaminhar os doentes para realização de exames complementares de diagnóstico ou consultas no exterior;
- Avaliar o estado geral do doente, com a periodicidade que mais se adequa à sua situação clínica;
- Informar o enfermeiro responsável pela continuidade de cuidados, caso o doente fique em observação/internamento;



- Avaliar as necessidades dos doentes ao nível da alimentação, eliminação, estado da pele, posicionamentos, etc.;
- Providenciar a alimentação dos doentes sempre que necessário;
- Proceder à avaliação/reavaliação de risco de queda;
- Transmitir, sempre que tiver de se ausentar, a informação considerada pertinente sobre os doentes, ao enfermeiro que se encontre mais disponível para assumir a continuidade dos cuidados;
- Prestar informações aos familiares;
- Acompanhar o doente nas transferências para SO, Bloco Operatório, UCI e ECD's (doentes críticos);
- Orientar e supervisionar o assistente operacional no cumprimento das suas funções.

#### 4.6.6. Enfermeiro de especialidades / sala de emergência

Dá apoio às especialidades de Cirurgia e Ortopedia e está responsável pela sala de emergência. No turno da manhã e sempre que necessário, é o responsável pela reposição de material clínico, dispositivos médicos esterilizados, terapêutica e verificação do funcionamento do equipamento destas salas.

O novo elemento só poderá ocupar o posto da Sala de Emergência de forma autónoma, única e exclusivamente, se possuir formação em SBV e SAV. Caso contrário, deverá providenciar-se formação, que seja feita no menor tempo útil possível, dentro do Plano de Formação Anual da ULSNA.

O enfermeiro de especialidades tem as seguintes funções:

- Prestar cuidados de enfermagem direcionados à especificidade de cada especialidade;
- Colaborar com a equipa médica e preparar material para cada procedimento;
- Adequar estratégias de conforto e apoio emocional, esclarecendo e informando o doente dos procedimentos a que está a ser sujeito;
- Garantir a privacidade no atendimento;
- Administrar a terapêutica e efetuar os tratamentos de acordo com a prescrição médica;
- Efetuar pensos e outros tratamentos;



- Encaminhar o doente para outra área funcional do serviço, informando o enfermeiro responsável pela continuidade dos cuidados;
- Preparar o doente quando da transferência para o Bloco Operatório, Internamento e/ou Unidade de origem;
- Conferir diariamente o material esterilizado;
- Manter a sala funcional, orientando e supervisionando a limpeza e arrumação da mesma após cada utilização;
- Orientar o assistente operacional na reposição do material consumo clínico.

O Enfermeiro da Sala de Emergência tem as seguintes funções:

- Avaliar o estado geral do doente, tendo em conta as prioridades a estabelecer em situações de emergência;
- Recolher, organizar, analisar e interpretar a informação e prescrições, estabelecendo prioridades na prestação de cuidados;
- Administrar a terapêutica de acordo com as prescrições;
- Atuar com rapidez respondendo às necessidades do doente emergente, adequando os recursos disponíveis à situação;
- Efetuar registos decorrentes da avaliação efetuada e dos cuidados de enfermagem prestados no episódio de Urgência;
- Contactar a família/acompanhantes, recolhendo dados e fornecendo informações sobre a evolução da situação do doente em articulação com a equipa de saúde;
- Encaminhar o doente, segundo a decisão médica, para outra área do serviço transmitindo toda a informação;
- Repor o material de consumo clínico e verificar os equipamentos;
- Supervisionar a limpeza após a utilização;
- Tratar de todo o processo de transferência do utente para outra unidade hospitalar sempre que a situação o exija.

#### 4.6.7. Enfermeiro de Apoio

Como o próprio nome indica este enfermeiro presta apoio em primeira análise aos colegas de balcão azul/verde e amarelo/laranja, e aos colegas da sala de emergência/especialidades.

A cargo deste elemento ficarão os doentes em regime de internamento no corredor da urgência quando a lotação das 18 camas em SO é atingida e os

serviços de internamento não dão resposta. As funções atribuídas a este elemento serão as mesmas descritas para o enfermeiro de SO.

#### 4.6.8. Enfermeiro de SO

Encontra-se no Serviço de Observação e aí presta todo o tipo de cuidados ao doente como se tratasse de um internamento.

Genericamente tem as seguintes funções:

- Efetuar a passagem de informação clínica relevante através da passagem de turno;
- Verificar se os monitores cardíacos estão completos e funcionais no início do turno;
- Garantir a privacidade no atendimento;
- Explicar ao doente as normas do serviço e mostrar as várias dependências, quando tal foi possível;
- Prestar cuidados de enfermagem a doentes em situação de urgência/emergência;
- Executar cuidados de enfermagem planeados ao doente com vista à manutenção e desenvolvimento das suas capacidades funcionais;
- Avaliar os cuidados prestados e a sua eficácia;
- Assegurar a continuidade dos cuidados, registando as observações efetuadas e as intervenções realizadas;
- Detetar precocemente situações de crise ou agravamento do estado clínico do doente, informando o médico responsável sempre que necessário;
- Providenciar a alimentação dos utentes nos horários estabelecidos e sempre que necessário;
- Avaliar o estado de integridade cutânea e prevenir as consequências da imobilidade;
- Proceder à avaliação/reavaliação do risco de queda e risco de úlceras de pressão (Escala de Morse e Braden);
- Efetuar registos decorrentes da avaliação efetuada e dos cuidados prestados;
- Acolher a família/acompanhante do doente nos horários estabelecidos;
- Proceder à transferência dos doentes para serviços de internamento ou outras instituições com carta de alta.



- Apoiar a prestação de cuidados de enfermagem com qualidade mostrando disponibilidade para esclarecer qualquer dúvida;
- Garantir, após cada utilização que o equipamento (ventiladores, desfibrilhadores, monitores, etc.) é limpo, testado e arrumado.

#### 4.7. SISTEMA INFORMÁTICO ALERT

Pouco tempo antes de ter iniciado o Sistema de Triagem de Manchester, de seguida abordado, o SUMC implementou uma aplicação informática denominada Alert (*Emergency Room Tracking*), que permitiu criar um ambiente de trabalho sem papel, como suporte de informação, e que contempla todos os intervenientes profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos, etc).

Este sistema, atualmente a funcionar nos SU's de muitos dos hospitais no nosso país, baseia-se na utilização de monitores sensíveis ao tato e na identificação dos profissionais de saúde por impressão digital ou palavra passe. Permite o acesso a um conjunto variado de informação, possibilitando, inclusive, a consulta imediata de episódios clínicos anteriores. Cada grupo profissional vê o seu acesso, restrito às suas competências funcionais.

Este sistema informático permite mudar o perfil do enfermeiro, consoante a função distribuída no plano de trabalho, ou seja:

- Enfermeiro de Observação (Internamento);
- Enfermeiro de Urgência (Inclui Triagem de Manchester).

O sistema permite também selecionar as várias salas onde se irá trabalhar. A cada perfil encontram-se atribuídas as mais variadas funcionalidades adstritas aos enfermeiros, como seja, a Triagem de Manchester através da escolha dos fluxogramas, registo de sinais vitais, registo da administração de terapêutica, notas de enfermagem, exames complementares pedidos, etc.

#### 4.8. PYXIS

O Sistema de fornecimento e gestão de fármacos adotado pela ULSNA é o sistema PYXIS. Trata-se de um sistema de fornecimento automatizado de fármacos cujo principal objetivo é uma gestão segura e eficiente da medicação.

Os problemas de níveis mínimos ou de ruturas de stocks são minimizados.

É um programa de acesso fácil em que a tecnologia "*Touch-to-Take*" permite aceder facilmente aos produtos necessários.

O PYXIS garante um acesso seguro através da identificação da impressão digital.

Existem 3 estações de PYXIS no serviço de urgência: Sala de tratamento azul/verde, Sala de tratamento amarelo e no corredor dos SO's junto há copa.

O PYXIS é repostado pelo serviço de farmácia diariamente.

#### 4.9. ESTUPEFACIENTES, PSICOTRÓPICOS E BENZODIAZEPINAS

Os estupefacientes e psicotrópicos deverão ser armazenados em local reservado, com acesso restrito e controlado.

No serviço de urgência estes fármacos encontram-se em armário próprio para este efeito no SO1 e na sala de emergência. Sempre que retirar um medicamento, deverá preencher um impresso próprio que obrigatoriamente deverá ser assinado e validado pelo Médico prescritor.

A reposição dos *stock's* destes fármacos é feita consoante a necessidade do serviço e a utilização dos mesmos. Deverá ser sempre entregue a ampola vazia para poder obter nova ampola.

#### 4.10. CIRCUITO DO DOENTE<sup>15</sup>

##### 4.10.1. Generalidades

A dinâmica dos fluxos de pessoas num serviço de urgências obriga a definição de circuitos para os utentes que recorrem a este tipo de serviço.

O SUMC da ULSNA não pode deixar de definir regras para os circuitos de utentes desde a admissão a alta. Só assim se pode otimizar a forma como se ocupa o espaço disponível para o atendimento no SUMC ao mesmo tempo que se proporciona aos utentes a segurança desejável.

Para os profissionais a definição de circuitos aumenta a sua capacidade para responder atempadamente e de forma concertada e segura as necessidades dos utentes.

Desta forma, o ponto de partida para qualquer dos circuitos é sempre a cor atribuída pela triagem de prioridades.

O acesso dos doentes ao SUMC inicia-se, em todos os casos, com exceção dos, vulgarmente chamados "diretos", os quais entram diretamente

---

<sup>15</sup> Regulamento Circuito de Doentes do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica da ULSNA

para a sala de emergência, pela sua inscrição no balcão de admissão situado a entrada do serviço.

Após a inscrição, o doente aguarda na sala de espera pela chamada para a triagem de prioridade.

#### 4.10.2. Triagem de Manchester

O método da Triagem de Manchester foi implementado em Portugal em Outubro de 2000, e tem como principal objetivo atribuir diferentes graus de prioridade aos utentes consoante a gravidade clínica que os leva ao Serviço de Urgência e não por ordem de chegada.

A Triagem de Manchester é um método que fornece ao profissional, não um diagnóstico, mas sim uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas. Os discriminadores permitem incluir o doente numa das 5 prioridades clínicas, permitindo encaminhar o doente através do circuito estabelecido para a cor correspondente à sua prioridade.

Deste modo foi criada uma escala de triagem na qual foi atribuído a cada situação clínica uma prioridade, assim como a respetiva cor e tempo alvo de atendimento. Assim ficou estabelecida a seguinte escala:

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO ALVO
1	Emergente	Vermelho	0 minutos
2	Muito Urgente	Laranja	10 "
3	Urgente	Amarelo	60 "
4	Pouco Urgente	Verde	120 "
5	Não Urgente	Azul	240 "

Quadro IV – Escala de Manchester

Apenas os doentes cuja cor da pulseira, atribuída através do sistema de Triagem de Manchester seja, laranja, ou vermelha são encaminhados para o respetivo balcão ou sala de emergência, respetivamente, os restantes utentes triados com outra prioridade aguardam na sala de espera.

Este posto de trabalho é único e exclusivamente assegurado por enfermeiros que possuam creditação pelo Grupo Português de Triagem.

São auditados quatro processos por Enfermeiro/mês. Os auditores são cinco enfermeiros com formação na área e que pertencem ao serviço.

4.10.3. Doentes com cor vermelha

Os doentes a quem foi atribuída a cor vermelha, independentemente da idade, são encaminhados diretamente para a sala de emergência, salvo raras exceções.

Após estabilização, o doente sairá da sala de emergência para o local/ serviço de acordo com a decisão/situação clínica.

4.10.4. Doentes com cor laranja

Os doentes a quem foi atribuída a cor laranja são considerados muito urgentes e deverão ser observados pelo médico em 10 minutos após a triagem.

Depois da triagem, estes doentes deverão ser encaminhados para a zona interior, junto ao balcão amarelo/laranja e colocados em local adequado à situação.

Após observação e tendo em conta a decisão médica, o doente será encaminhado para a sala de tratamentos amarela para administração dos tratamentos e terapêutica prescrita.

Os doentes que aguardam por observação de especialidade deverão ficar preferencialmente na sala de tratamentos ou em outro local se a situação clínica o permitir e sempre depois de decisão do médico ou enfermeiro de serviço ao balcão respetivo.

4.10.5. Doentes com cor amarela

Os doentes triados com cor amarela são considerados urgentes.

Depois de efetuarem a inscrição aguardam na sala de espera exterior pela chamada para a triagem após a qual regressam a esta mesma sala para aguardar a chamada para observação médica.

Após observação médica e caso necessite de fazer tratamentos/terapêutica ou uma maior vigilância dada a situação clínica é encaminhado para a sala de tratamentos da respetiva cor.

Sendo necessário a realização de exames complementares de diagnóstico é encaminhado para a sala de espera interior se a sua condição clínica o permitir, ou aguarda na sala de tratamentos até que um assistente operacional o encaminhe e acompanhe aos mesmos.





Se a sala de tratamentos dos amarelos estiver sem espaço para os doentes, estes deverão ser colocados em local apropriado de acordo com a decisão do enfermeiro de balcão (corredor ou sala de tratamentos amarela 2)

#### 4.10.6. Doentes com cor verde

O circuito dos doentes a quem foi atribuída a cor verde, embora com outro grau de prioridade, é idêntico ao previsto para os doentes triados com a cor azul, como de seguida mencionado.

#### 4.10.7. Doentes com cor azul

Os doentes com prioridade mais baixa, depois de efetuarem a inscrição, aguardam na sala de espera exterior pela chamada para a triagem, após a qual regressam a esta mesma sala para aguardar a chamada para observação médica.

Uma vez observados, e se existir a necessidade de realização de tratamentos / terapêutica, estes deverão ser feitos na sala de tratamentos da respetiva cor. Nos casos em que o doente necessite de realizar exames complementares de diagnóstico e aguardar o resultado dos mesmos, deverá ser encaminhado para a sala de espera interna junto ao balcão azul/verde.

Em situações excecionais em que o doente não possa estar na sala de espera porque se encontra em maca, deverá esperar no interior do serviço de urgência em local disponível e definido pelo enfermeiro da triagem. Nestes casos excecionais, o enfermeiro da triagem informará o enfermeiro do balcão do local onde o doente se encontra.

#### 4.10.8. Doentes de cor branca

A atribuição de cor branca é possível embora evitável. São casos excecionais que não se inserem nos pressupostos de recurso a um serviço de urgência.

Os doentes a quem foi atribuída esta cor deverão aguardar, após a triagem, na sala de espera exterior.

4.10.9. Doentes enviados das SUB de Ponte de Sor e Elvas

Os doentes enviados das SUB de Ponte de Sor e Elvas embora já tivessem sido triados deverão ser “retriados” e encaminhados para a especialidade respetiva.

4.10.10. Doentes enviados de outras instituições para a área de residência

Os doentes que chegam ao serviço provenientes de outras unidades de saúde e cujo objetivo é a sua transferência para o hospital da área de residência deverão ser triados e encaminhados para a especialidade respetiva.

Caso subsista dúvidas, relativamente, à especialidade médica em que o utente se enquadra deverá ser encaminhado para o chefe de equipa.

Nestes casos deverá, o enfermeiro da triagem promover a transferência do doente, se for o caso, para um suporte (maca ou cadeira de rodas) do serviço de urgência para que se liberte o pessoal e a viatura que fez o transporte.

4.10.11. Doentes portadores de carta com informação clínica para o médico ou especialidade específica.

Nos casos em que o doente recorre ao serviço de urgência por indicação de clínico ou outro profissional de saúde e é portador de informação clínica dirigida para médico ou especialidade específica deverá ser triado e, posteriormente, encaminhado para a especialidade ou profissional mencionada na informação de que é portador excepto no caso dos utentes referenciados para as especialidades da Medicina Interna. Neste caso são encaminhados para o médico de triagem que orientará os mesmos.

4.10.12. Doentes pediátricos

As crianças com idade inferior a 18 anos são encaminhadas para a Urgência Pediátrica, excepto as emergentes, que pela sua situação clínica são atendidas na sala de emergência. Este serviço funciona em espaço próprio, com circuitos específicos de encaminhamento das crianças,

funcionando diariamente das 8 às 24 horas e assegurado pela equipa multidisciplinar de pediatria, sendo que no período das 0 às 8 horas as crianças são atendidas na urgência geral.

O acesso à urgência pediátrica inicia-se pela inscrição no balcão de atendimento, o qual, para o efeito, é o único. Após a inscrição, das 08 às 24 horas, os utentes são encaminhados para a sala de espera da urgência pediátrica onde aguardam a chamada para a realização da triagem e atribuição da cor correspondente à prioridade. Após a triagem, voltam para a sala de espera onde aguardam pela observação médica.

#### 4.10.13. Considerações finais sobre o circuito do utente

O doente que é transportado ao Serviço de Urgência em maca e necessitar aguardar observação médica nestas mesmas condições, dado o seu estado/situação clínico, deverá, após a triagem, ser encaminhado para o corredor no interior da urgência, independentemente da cor atribuída, com exceção dos doentes de cor laranja ou vermelha, os quais deverão ser encaminhados para as respetivas salas (balcão amarelo ou sala de emergência).

Sempre que os doentes sejam direcionados para uma especialidade, aguardarão na sala de espera interior, junto aos gabinetes das especialidades e aí permanecerão mesmo após a realização de exames.

Após observação e todo o percurso do utente, o seu destino poderá ser:

- Tratamento/Exames complementares de diagnóstico;
- Alta Clínica - Referenciação para o seu Centro de Saúde;
- Referenciação para a consulta externa;
- Internamento em SO;
- Transferência para outro serviço de internamento, intra ou extra hospitalar;
- Transferência para o hospital da área de residência;
- Bloco operatório;
- Unidade de Cuidados Intensivos;
- Rede de Cuidados Continuados integrados.



#### 4.11. COMUNICAÇÃO INTERNA

Na Intranet está disponível uma lista de todos os contactos internos da ULSNA.

No serviço de urgência poderá encontrar uma lista em suporte de papel dos contactos internos de todos os serviços, nas várias salas de trabalho.

Em caso de urgência/emergência está ao dispor dos colaboradores uma lista de contactos médicos que devem ser acionados de imediato. Esta lista encontra-se no placard da sala de enfermagem, balcões e sala de emergência.

Nessa lista consta o contacto de várias especialidades nomeadamente:

- Pediatria-5000;
- Medicina Interna-5001;
- Cirurgia-5002;
- Técnico de Cardiopneumologia-5003;
- Ortopedia-5005.

Os médicos possuem um telemóvel de serviço, que é transferido no final do turno ao colega que o substitui, assegurando a continuidade do serviço.

#### 4.12. COMUNICAÇÃO EXTERNA

Sempre que for necessário efetuar contacto telefónico para o exterior da instituição existe à disposição de qualquer colaborador o serviço de telefonista.

Este situa-se junto à entrada principal no rés-do-chão e funciona das 8h às 21 horas. Para aceder ao mesmo deve marcar o número 9 e entrará em contacto com a telefonista que lhe efetuará a chamada que solicitar.

No período das 21h às 8 horas, este serviço fica a cargo do segurança alocado à portaria, sendo que o método de contacto mantém-se igual.

Qualquer chamada que não seja de cariz profissional será debitada no recibo do seu vencimento.



#### 4.13. VISITAS, ACOMPANHAMENTO E INFORMAÇÃO CLÍNICA<sup>16</sup>

Esta refere que a pessoa admitida tenha direito a acompanhamento de uma pessoa à sua escolha (regime aplicado na área da urgência). No entanto, não permite o acompanhamento durante tratamentos ou exames que possam ser prejudicados pela presença do acompanhante.

O acompanhante tem de cumprir os seus deveres que assentam num comportamento de respeito e o acatar as instruções e indicações, desde que devidamente fundamentadas, dos profissionais de serviço, podendo mesmo ser impedido de permanecer junto do utente.

As informações telefónicas são genéricas e só são facultadas no período entre as 11h e as 21h.

Para os utentes internados e SO existe apenas um período de visita e que obedece ao seguinte regime:

- Haverá somente um período de visitas das 14h às 15horas;
- Durante o período referido, tem direito a um número ilimitado de visitas, sendo que só pode permanecer uma visita junto do doente;
- Fora do período referido e, ponderada a situação clínica do utente poderá ser autorizada a entrada de um familiar próximo, que comprovadamente se encontrasse impossibilitado de estar presente no período normal de visita, não devendo contudo este período de visita excepcional durar mais de 10 minutos.

Qualquer informação no âmbito da enfermagem, será prestada pelo enfermeiro responsável pelo utente em questão, devendo ser aproveitado para:

- Fornecer informação na área de competência da enfermagem;
- Colher dados e informação útil, acerca do utente;
- Realizar ensinamentos pertinentes à família ou aos cuidadores;
- Todas as informações fornecidas deverão ter em conta o sigilo profissional.

#### 4.14. ESPOLIO<sup>17</sup>

A atuação para recolha, guarda e entrega de espólios de doentes internados, e de doentes entrados no serviço de urgência, visa uma maior responsabilização por parte de todos os intervenientes no processo, desde logo o doente, ao dirigir-se

---

<sup>16</sup> Regulamento de visitas e acompanhamento a doentes Internados da ULSNA

<sup>17</sup> Regulamento Interno de atuação para a recolha , guarda e entrega de espólios de doentes da ULSNA



(quando previsível) para esta Instituição, não deve ser portador de bens, como aos próprios profissionais, na tomada de atenção para os espólios que acompanham o utente.

A ULSNA é responsável pelos bens e valores que constituem o espólio dos doentes que sejam atendidos no serviço de urgência e nos serviços de internamento.

Será constituído espólio nas seguintes situações:

- Doente admitido no serviço de urgência;
- Doente admitido no serviço de internamento, via consulta externa, domicílio, serviço de urgência, transferência de serviço/hospital.

Nos casos em que o doente, após ter sido informado do regulamento referido assuma conscientemente a decisão de recusar a constituição do espólio, considera-se não existir qualquer tipo de responsabilidade da ULSNA, face a bens que aquele refira ter a sua posse. (MOD.16.ULSNA.01 – Impugnação de responsabilidade- Anexo III)

A recusa especificada no ponto 2 do presente regulamento, deverá ficar registada, através do preenchimento em duplicado e assinatura obrigatória (identificação com o número mecanográfico), da impugnação de responsabilidade, pelo assistente operacional, enfermeiro e o próprio utente.

A identificação do espólio será feita através do preenchimento em triplicado conforme se discrimina:

- ESPOLIO A - Dinheiro, relógios, objetos de metal presumivelmente preciosos, telemóveis, carteira com ou sem dinheiro). (MOD.14.ULSNA.01 – Anexo IV);
- ESPOLIO B – (Roupa, calçado, objetos de uso pessoal, todos os objetos que não sejam considerados ESPOLIO A). (MOD.15.ULSNA.01- Anexo V).

Só será guardado espólio nos casos em que não seja possível ou aconselhável a sua entrega a familiares ou acompanhantes do doente.

Para informações mais específicas consultar o Regulamento Interno – Atuação para recolha, guarda e entrega de espólios de doentes da ULSNA, EPE.

#### 4.15. SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPIRITUAL E RELIGIOSO

Na ULSNA está disponível o serviço de atendimento espiritual e religioso situado no piso 2. Este pode ser frequentado por todos os utentes e colaboradores.

Todos os Domingos e Dias Santos realiza-se uma Eucaristia às 15:30 horas.

Às quartas-feiras a Eucaristia é às 17:30 horas.

Caso alguém solicite a presença do capelão este poderá ser contactado através do contato nº 967022066.



A ULSNA tem apenas a disposição do utente apoio relativamente a religião católica, sendo permitido aos utentes de outras religiões solicitar a presença dos seus guias espirituais, de acordo com as normas do serviço e situação clínica.

#### 4.16. GESTÃO DE RESÍDUOS

A recolha de resíduos é executada por uma empresa de limpeza contratada pela ULSNA, EPE. Esta é responsável pela recolha dos lixos do grupo I e II (sacos pretos) Os lixos do grupo III e IV, são respetivamente colocado em sacos brancos e vermelhos, encerrados com abraçadeira com 2/3 da capacidade, identificados e colocados na zona de sujos. Os contentores de picantes e cortantes são encerrados com 2/3 da capacidade, identificados e colocados em zona de sujos. Os resíduos são posteriormente recolhidos por elemento da central de resíduos. Esta gestão de resíduos é feita de acordo com o PQ-01-GR.

#### 4.17. OBITOS<sup>18</sup>

Tratando-se de algo inevitável numa instituição de saúde, a declaração de morte do doente é feita pelo médico assistente de uma forma presencial. A posteriori é passado um Certificado de Óbito por via informática que será acompanhado de um Guia de Transporte de Cadáver. O cadáver só abandonará o Serviço de Urgência para a Morgue após o enfermeiro responsável pelo doente tiver na posse dos documentos referidos, os quais deverão ser entregues ao Técnico Administrativo de serviço.

Posto isto, o enfermeiro prestará os cuidados *post-mortem* ao corpo, devendo este ser identificado junto às mãos com uma etiqueta conforme a presente no MOD-49 – ULSNA-01 (Anexo VI), e uma outra no exterior, colada ao lençol.

Quando se trata de uma morte por causa desconhecida, apesar de se manter o mesmo modelo de identificação do cadáver, este deverá ser colocado num saco próprio para o efeito, ser enviado para a Morgue e acondicionado na arca frigorífica para posterior autópsia.

Por norma no serviço a comunicação do falecimento do doente aos seus familiares ou instituição onde reside é feita pelo enfermeiro responsável.

---

<sup>18</sup> Regulamento Interno – Funcionamento da casa mortuária da ULSNA

## 5. EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

### 5.1. CHECK-IN DE APRESENTAÇÃO

#### 5.1.1. Dados Pessoais<sup>19</sup>

Aquando da celebração do contrato, o Enfermeiro Integrado está obrigado a comunicar ao Serviço de Gestão de Recursos Humanos a alteração/atualização dos seus dados pessoais, nomeadamente: Cartão de Cidadão; Cédula profissional (se aplicável); Morada – postal e eletrónica; Contatos Telefónicos; IRS – estado civil e dependentes; Dados bancários.

#### 5.1.2. Cartão de identificação

Na qualidade de Colaborador da ULSNA é-lhe fornecido um cartão de identificação, no gabinete de imagem, que o deverá acompanhar sempre, sendo pessoal e intransmissível. O cartão é propriedade da ULSNA, devendo ser devolvido aquando da cessação do vínculo com a Instituição. O seu uso ilícito é passível de procedimento disciplinar. Em caso de perda, inutilização ou dano que impeça a sua utilização, deverá ser efetuado um pedido de 2ª via no serviço de expediente.

#### 5.1.3. Password's de acesso

Para que possa desenvolver o seu trabalho será necessário o acesso a várias interfaces no serviço. Deste modo necessitará de vários códigos de acesso que lhe serão facultados pelo serviço de informática e Enfermeiro Gestor, e que são nomeadamente:

- Biometria (Para efetuar entrada e saída de turno);
- ALERT (Para aceder ao processo clínico do doente);
- PYXIS (Para aceder a toda terapêutica prescrita);
- Código de acesso da porta ao serviço de imagiologia/laboratório (Para entrada e saída do serviço e acompanhamento de doentes a exames e laboratório de análises);

---

<sup>19</sup> SRH - Serviço de Recursos Humanos



- Código de acesso porta lateral (exterior) que permite acesso aos vestiários (Para entrada e saída da instituição e acesso aos vestiários).

#### 5.1.4. Acesso ao correio eletrónico institucional<sup>20</sup>

Uma das formas de comunicação interna entre os vários colaboradores da ULSNA é através de Correio Eletrónico Institucional. Desta forma após lhe ter sido atribuído um número biométrico, a Enfermeiro Gestor solicita aos serviços de informática a criação de um e-mail interno. O novo elemento deve dirigir se ao serviço de informática para adquirir password do Webmail.

Para aceder ao Correio Eletrónico Institucional, deve-se seleccionar o programa Internet Explorer e depois webmail. Deverá aparecer uma caixa onde se deve colocar o e-mail institucional, com domínio @ulsna.min-saude.pt, e respetiva password.

#### 5.1.5. Fardamento<sup>21</sup>

O uso de fardamentos e uniformes nos organismos e serviços de saúde é uma prática necessária, pois confere não apenas uma maior racionalidade e higienização da atividade profissional, como também a melhoria do conceito público e da imagem das referidas entidades.

O uso de fardamento é obrigatório em todo o período do serviço, sendo que o incumprimento desta deliberação constitui infração disciplinar.

Aquando da admissão de novos enfermeiros, uma vez que estão obrigados ao uso de fardamento, estes devem dirigir-se ao serviço de rouparia, com a Enfermeiro Gestor para que lhe seja distribuído fardamento.

Como referido, o uso de fardamento é obrigatório, tendo as seguintes características em relação aos grupos profissionais a seguir discriminados:

- Pessoal Médico: cor branca, excepto no caso de exercer funções na Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos ou Bloco;
- Pessoal de Enfermagem: cor branca, excepto no caso de exercer funções na Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos ou Bloco. Neste caso poderá também usar farda de cor verde;

---

<sup>20</sup> Intranet ULSNA

<sup>21</sup> Regulamento dos fardamentos do pessoal da ULSNA



- Pessoal Assistente Operacional: cor cinza ou fardamento próprio em funções específicas com atendimento público;

As cores do calçado do pessoal de Enfermagem devem ser de cor branca ou cor azul.

Aos todos os colaboradores não são permitidos os seguintes procedimentos:

- O uso de outras peças de vestuário, em conjunto com o fardamento, quando fardados;
- O uso de quaisquer distintos ou emblemas no fardamento, desde que os mesmos não respeitam diretamente à sua identificação, ao grupo profissional ou à ULSNA;
- A utilização do fardamento fora do perímetro das instalações da ULSNA a não ser no desempenho de prestação de cuidados no âmbito dos cuidados de saúde primários ou continuados.

O uso do fardamento específico ao exercício da atividade profissional encontra-se protocolado pela instituição, sendo de carácter obrigatório, como já referido, pelo que terá à sua disposição um cacifo, que lhe será atribuído pela Enfermeiro Gestor no dia da sua apresentação ao serviço, para que aí possa guardar os seus objetos pessoais e respetiva farda.

Este encontrar-se-á nos Vestiários destinados ao Serviço de Urgência, que se localizam no exterior do mesmo, por cima da Rouparia e junto à base da VMER.

Ser-lhe-á dado o código de acesso da porta lateral para o exterior que lhe permite o acesso aos mesmos.

#### 5.1.6. Dever de sigilo / Código deontológico

De acordo com a Regulamento n.º 338/2017, publicado no Diário da República n.º 120/2017, são consideradas sigilosas todas as informações e/ou dados que não sejam identificados como não sigilosas no momento em que são fornecidas ou divulgadas. O Colaborador está sujeito, ainda, ao cumprimento do correspondente Código Deontológico da sua carreira, o não cumprimento desta obrigação é passível de procedimento disciplinar conforme previsto legalmente.

#### 5.1.7. Licenças de férias<sup>22</sup>

Ao Enfermeiro é garantido um período de férias de acordo com a lei em vigor e com o plano de férias que vier a ser aprovado.

Cada enfermeiro tem direito a vinte e dois dias úteis de férias.

O funcionário pode ter os períodos de férias que entender, no entanto um deles deverá ser superior a metade dos dias de férias a que o trabalhador tem direito.

O plano de férias depois de aprovado encontrar-se-á disponível na aplicação do SISQUAL.

No ano da admissão, o enfermeiro tem direito, após 6 meses completos de execução do contrato, ao gozo de 2 dias de férias por cada mês de duração de contrato, até ao máximo de 20 dias úteis.

A marcação de férias é feita até Março do ano em questão em reunião com o enfermeiro gestor e toda a equipa de enfermagem.

O gozo de férias implica o preenchimento, com quinze dias de antecedência, do impresso de comunicação de faltas / ausências / Férias (MOD.01.SRH.01 – Anexo VII).

O pedido de alteração de férias deverá ser comunicado ao Enfermeiro Gestor, que de acordo com a disponibilidade do serviço, poderá ou não ser autorizada (Anexo VIII).

#### 5.1.8. Trocas de turno

Sempre que possível será de evitar a realização de trocas entre colaboradores pelos evidentes constrangimentos que possam vir a causar. No entanto estas são permitidas e devem ser efetuadas através da aplicação SISQUAL, para posterior aprovação pela Enfermeiro Gestor e respetiva alteração no horário em curso.

#### 5.1.9. Registo de assiduidade

A assiduidade é a presença no local de trabalho cumprindo um horário previamente estabelecido.

---

<sup>22</sup> SRH – Serviço de Recursos Humanos





O registo da assiduidade faz-se de acordo com o modelo implementado na ULSNA, ou seja, modelo de registo biométrico.

O equipamento encontra-se na entrada principal (2 terminais) e no piso 2 no corredor das consultas externas. O profissional deve fazer a gestão da assiduidade, acedendo à Internet Explorer e portal do colaborador e introduzir o numero biométrico e a *password*.

O enfermeiro gestor tem acesso à assiduidade dos seus profissionais através da plataforma para a sua validação.

O impedimento de se apresentar no local de trabalho deve ser comunicado com maior antecedência possível ao serviço, Enfermeiro Gestor e/ou ao Chefe de Equipa para que possa ser substituído em tempo útil. O funcionário tem cinco dias úteis para a apresentação da justificação.

#### 5.1.10. Refeições

O serviço dispõe de um refeitório destinado aos Colaboradores, localizado no Piso 2, com o seguinte horário de funcionamento:

- Das 12:00 às 14:30 horas e das 19:00 às 20:00 horas nos dias úteis

Para além do refeitório, existe um bar, no Piso 1, onde poderá fazer as refeições que desejar com o seguinte horário:

- Das 8:30 às 21:00 horas todos os dias da semana.

## 5.2. HORÁRIO DE TRABALHO

O horário de trabalho é de 35 horas semanais.

O horário é efetuado mensalmente pelo Enfermeiro Gestor e aprovado pela direção de enfermagem.

O horário é distribuído por 3 tipo de turnos diferentes:

- Manhã – 8:00 às 16:00 horas;
- Tarde – 16:00 às 24:00 horas;
- Noite – 24:00 às 8:00 horas.

## 5.3. PLANO DE TRABALHO

O plano de trabalho é elaborado semanalmente num impresso próprio onde consta a distribuição dos Enfermeiros nas 24 horas. Em cada turno é feita habitualmente a seguinte distribuição:



- 9 Enfermeiros das 8 às 16 horas (1 na sala de triagem, 1 de balcão Azul/Verde e 1 balcão Amarelo/Laranja, 1 de sala de emergência, 1 de apoio às especialidades, 2 de SO.1 e 2 de S.O. 2);
- 8 Enfermeiros das 16 às 24 horas (1 na triagem, 1 de balcão Azul/Verde e 1 balcão Amarelo/Laranja, 1 de sala de emergência, 1 de apoio às especialidades, 3 de SO);
- 7 Enfermeiros das 00 às 08 horas (1 na triagem, 1 de balcão Azul/Verde e 1 balcão Amarelo/Laranja, 1 de sala de emergência, 1 de apoio às especialidades, 3 de SO);
- No turno da manhã o Enfermeiro Responsável auxilia o chefe nas funções de gestão, não estando alocado a nenhum posto de trabalho (Anexo I).

#### 5.4. REUNIÕES DE PASSAGEM DE TURNOS

As reuniões de passagem de turno realizam-se de acordo com a dinâmica de cada unidade, (triagem, sala de tratamento verde/amarelo, sala de emergência, SO) obedecendo a princípios comuns:

- Reunião em grupo onde são transmitidas as ocorrências/informações pertinentes, de carácter sigiloso e que possam ser suscetíveis de esclarecimento de dúvidas ou de carácter formativo;
- São fornecidos dados relacionados com o motivo da vinda ao serviço, situação à entrada, antecedentes pessoais, evolução, cuidados prestados e planeamento para o próximo turno, usando para o efeito a folha de registos de enfermagem. Nesta passagem de informação é necessário ter presente a necessidade de salvaguardar a privacidade e garantir o sigilo.

#### 5.5. REUNIÕES DE SERVIÇO

As reuniões de serviço realizam-se de acordo com a periodicidade definida por cada unidade e consoante as suas necessidades. Estas devem obedecer aos seguintes princípios comuns:

- Planificação em horário, estando a equipa subdividida em dois grupos;
- A contabilização das horas previstas para a reunião;
- Elaboração de convocatória;



- Reunião em grupo onde são transmitidas informações pertinentes, recolhidas sugestões direcionadas para a qualidade dos cuidados, analisados incidentes e introduzidas medidas corretivas;
- Divulgação e análise de documentos relacionados com o funcionamento do serviço;
- Elaboração de ata e assinatura da mesma no prazo de quinze dias.

## 5.6. AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO<sup>23</sup>

A avaliação de desempenho é um instrumento fundamental na gestão de recursos humanos de qualquer organização. É um processo contínuo e dinâmico que deve ser entendido como um estímulo ao desenvolvimento dos colaboradores e à melhoria da qualidade dos cuidados. A avaliação é feita pelo Sistema de Avaliação de Desempenho (SIADAP) da Carreira Especial de Enfermagem – Portaria 242/2011,2011-06-21-DRE.

## 5.7. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A formação contribui para a atualização dos conhecimentos da equipa de enfermagem, desenvolvimento de competências, satisfação dos colaboradores e melhoria da qualidade dos cuidados.

### 5.7.1. Formação Interna

Esta refere-se a toda e qualquer formação de serviço, promovida pela ULSNA sendo que a origem pode ter pontos distintos:

- Formação promovida pelo Serviço de Formação, Investigação, Biblioteca e documentação (SFIBD):

A SFIBD é uma Unidade Funcional da ULSNA e que responde, nas suas valências, aos objetivos estratégicos definidos pelo Conselho de Administração.

Tem uma equipa multidisciplinar em laboração e a responder às solicitações internas e externas.

---

<sup>23</sup> SRH – Serviço de Recursos Humanos

Na componente da Formação existem diferentes fases, designadamente, a identificação das necessidades formativas individuais e das unidades, organização destas necessidades sob a forma de área temática, oferta formativa sob a forma conceptual ou sob a forma prática que se materializa em estágios, internos ou externos, a formalização da documentação em Dossiers Técnico-pedagógicos e, por fim, a certificação da formação. O SFIBD é uma unidade formativa acreditada através do Despacho nº 450, de 10 Maio de 1999, do Ministério da Saúde.

A oferta formativa é feita mediante a organização temática em plano de formação anual, sob deliberação do Conselho de Administração. Esta oferta formativa é divulgada através da internet Institucional.

A formação contínua, entendida como aquela que é executada sob a responsabilidade deste Serviço, tem o formato presencial e não presencial. É apresentada sob o formato de formação presencial, tradicionalmente conhecida como formação em sala, cujo processo é iniciado na divulgação, inscrição voluntária sob autorização da chefia direta e frequência da mesma, no número de horas preconizado. A formação contínua é certificada.

Esta formação é também apresentada sob o formato de formação não presencial, designada como formação por *e-learning*, cujo processo é iniciado na divulgação, inscrição voluntária na plataforma institucional, frequência da formação pretendida e respetiva certificação. O acesso à plataforma de *e-learning* é voluntário, intuitivo e imediato, mediante a identificação do profissional através do seu número de picagem e da sua *password* de acesso à Intranet.

O SFIBD pode ainda oferecer uma formação com recurso a diferentes metodologias que implicam a presença física, designadamente, a formação executada a partir de um ponto de emissão que, através da emissão por Telemedicina ou outra via compatível, é rececionada, em outros polos, permitindo, à distância, a partilha de saberes, experiências e competências.

A formação em serviço, entendida como aquela que é executada sob a responsabilidade das diferentes Unidades Funcionais e que responde à necessidade de formação e desenvolvimento específicas dessas mesma Unidades, também é certificada pelo SFIBD.

A certificação tem subjacente o conhecimento prévio pelo SFIBD do plano de formação da Unidade Funcional, o preenchimento do registo da formação disponibilizado na Intranet, com caracteres legíveis, acompanhado de uma cópia do conteúdo pedagógico ministrado nessa mesma formação.

A formação externa, fora do plano de formação institucional, é escolhida pelos profissionais da ULSNA e voluntariamente proposta à hierarquia. A frequência desta formação está dependente da deliberação do Conselho de Administração e tramita através do SRH.

- Formação em serviço:

Este refere-se aquele que é realizado em contexto de serviço e de acordo com as necessidades manifestadas pela equipa. Existe um enfermeiro responsável pela formação que anualmente apresentará um plano de formação.

#### 5.7.2. Formação Externa

Esta refere-se a toda e qualquer ação / formação / curso que o enfermeiro pretender frequentar fora da alçada da ULSNA e de acordo com os seus interesses pessoais ou oferta formativa adequada as suas necessidades. Implica dispensa de serviço nos moldes da Lei.

### 5.8. REGISTOS DE ENFERMAGEM

Os registos de enfermagem documentam os cuidados efetuados pela equipa decorrentes de prescrição médica e de enfermagem, asseguram a continuidade dos mesmos e funcionam como suporte legal. Na triagem de Manchester inicia-se o registo no aplicativo informático. Todos os registos relativos ao processo clínico do doente são realizados no Alert. Sempre que o utente for transferido para outro serviço e/ou instituição ou tiver alta clínica para o domicílio, deverá ser feita uma nota de alta de enfermagem.

Os doentes de balcão deverão também ter uma nota de enfermagem em algumas situações mais específicas, nomeadamente em caso de transfusão de sangue.

### 5.9. VERIFICAÇÃO DE OPERACIONALIDADE DOS EQUIPAMENTOS

O serviço de urgência possui uma diversidade de equipamentos, os quais são sujeitos a testes de verificação periódica definidos pelo serviço.



Além de todo o equipamento/material pertencente a cada sala e que regra geral é inspecionado no turno da manhã por cada Enfermeiro Responsável aí alocado, existe no serviço um carro de emergência e duas malas de transporte de doentes cuja verificação, reposição e prazos de validade, está a cargo do Enfermeiro Responsável, uma vez por mês, exceto após utilização em situação de emergência e/ou transporte. O material/equipamentos que não estão a ser utilizados, estão acondicionados no armazém.

Existe um armário no corredor da urgência pediátrica que conte material de apoio ou para substituição de todos os equipamentos (monitores) existentes no serviço.

#### 5.10. ACIDENTES DE TRABALHO

No decorrer do desempenho normal das atividades diárias dos Colaboradores da ULSNA podem ocorrer acidentes de trabalho, tais como:

- Exposição de sangue;
- Exposição fluida;
- Queda;
- Traumatismo;
- Agressões;
- Etc.

Em caso de acidente de trabalho o colaborador deverá proceder de acordo com o MOD.09.SSO.01 - Circuito em caso de Acidente de Trabalho (Anexo IX).

É de realçar a obrigatoriedade do preenchimento da Participação do Acidente de Trabalho para que posteriormente sejam implementadas as medidas legais para resolução da ocorrência.

A informação específica sobre Acidentes com Exposição a Sangue e a outros Fluidos Orgânicos na Intranet encontra-se na pasta Documentos e Modelos do Serviço de Saúde Ocupacional. Este serviço está disponível nos dias úteis das 8:30h às 17 horas, para esclarecimentos e apoio. O contato telefónico é 11469-11344.

Todos os colaboradores da ULSNA estão ao abrigo da legislação geral sobre Acidentes de Trabalho, de acordo com a legislação que se lhe aplica: Dec.Lei 102/2009,Lei 89/2009.

## 6. PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO

É responsabilidade do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) implementar nas Unidades de Saúde uma cultura de segurança, de modo a que a prevenção e controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde constitua parte integrante das atividades diárias dos profissionais, contribuindo para a qualidade e prestação de cuidados seguros ao doente.

O GCL-PPCIRA elaborou vários procedimentos de qualidade (PQ) da comissão de controlo de Infeção (CCT) que está acessível nos vários serviços e na Intranet.

As principais recomendações da comissão de controlo da infeção da ULSNA, são expressas em normas, das quais se destacam:

- PQ-01-CCI- Higienização do Ambiente da Prestação de Cuidados de saúde;
- PQ-02-CCI-Precauções Básicas do Controlo de Infeção;
- PQ-03-CCI- PPCIRA.02 Higiene das mãos;
- PQ-04-CCI- PPCIRA.02 Prevenção da Infeção do Trato Urinário do Doente Algaliado;
- PQ-05-CCI- PPCIRA- Manuseamento Armazenamento e Transporte de DM esterilizados;
- PQ-07-CCI- PPCIRA- Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão;
- PQ-08-CCI- PPCIRA- Protocolo de Vigilância Ativa e Rastreo dos MMR;
- PQ-09-CCI- PPCIRA.01- Prevenção da Infeção Cirúrgica e Profilaxia Antibiótica Cirúrgica;
- PQ-10-CCI- PPCIRA.01- Verificação e Manutenção do Reprocessamento do Sistema Respiratório Ventiladores de Anestesia.

Estas normas encontram-se publicadas na intranet da ULSNA.

O cumprimento destas normas é fundamental e responsabilidade de todos, para evitarmos infeções na Instituição.

Todos os profissionais de saúde e seus Colaboradores devem cumprir meticulosamente estas normas.

### 6.1. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Do ponto de vista epidemiológico a transmissão de microrganismos entre as mãos dos profissionais e os seus clientes é uma realidade com consequências indesejáveis para a prestação de cuidados. A higiene das mãos é uma medida simples e com elevada eficácia na redução das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde.



A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2005 lançou o Primeiro Desafio Global para a Segurança do Doente com o lema “Clean Care is Safer Care” com o principal objetivo de melhorar a adesão à higiene das mãos nos cuidados de saúde. Apoiado na evidência científica, a OMS adotou o modelo conceptual dos “cinco momentos” que estão indicados para a higiene das mãos, estes são:

- **1. Antes do contato com o doente** - Higienizar as mãos antes de tocar num doente enquanto se aproxima dele. Para proteger o doente de microrganismos que transportamos nas mãos.
- **2. Antes dos procedimentos assépticos** - Antes de qualquer procedimento envolve o contacto direto ou indireto com mucosas, pele, com soluções de continuidade, dispositivo médico invasivo ou equipamentos.
- **3. Após risco de exposição a fluidos orgânicos** - Após qualquer procedimento que real ou potencialmente envolva a exposição das mãos a um fluido orgânico independentemente de se usarem luvas ou não. Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.
- **4. Após contato com o doente** - Higienizar as mãos imediatamente após o contacto com o doente, quando deixa o ambiente envolvente do mesmo. Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.
- **5. Após contato com o ambiente envolvente do doente** - Quando o profissional de saúde abandona o ambiente envolvente do doente após ter tocado em equipamento, pertences pessoais ou outras superfícies inanimadas, mesmo sem ter tocado no doente. Para proteger o profissional e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.

A lavagem das mãos e/ou a sua desinfeção higiénica são as precauções mais importantes para a redução das infeções dentro das nossas instalações, tanto como de higiene pessoal, como norma a praticar junto dos doentes.

Para uma redução efetiva de microrganismos nas mãos, a lavagem deve demorar no mínimo 40 a 60 segundos e deve ser efetuada segundo as indicações na seguinte figura:



Figura V – Lavagem e/ou desinfeção das mãos

“O uso de luvas obriga a higienizar as mãos (não substitui a necessidade de higienizar as mãos).”<sup>24</sup>

Existem vários tipos de luvas na Instituição, que devem ser utilizadas conforme o fim a que se destinam.

Têm como objetivo proteger as mãos dos profissionais de possíveis contaminações, proteger o doente e o ambiente. Devem ser colocadas imediatamente antes de serem necessárias e retiradas logo após o seu uso e as mãos lavadas para evitar a propagação de infeções.

## 6.2. ISOLAMENTO DE PROTEÇÃO OU DE CONTENÇÃO

Os isolamentos são classificados de proteção ou de contenção.

O isolamento de proteção é definido como a tentativa de proteger o utente com imunidade comprometida, de agentes com origem noutros reservatórios; por sua vez o isolamento de contenção, tem como objetivo evitar a transmissão de agentes infecciosos com origem em pessoas infetadas para outros indivíduos.

O isolamento de contenção considera os microrganismos que são transmitidos por via aérea, através de gotículas e por contacto, quer este seja direto ou indireto.

Deve, quando entra no quarto de isolamento:

<sup>24</sup> Organização Mundial de Saúde



- Equipar com touca, máscara e bata;
- Higienizar as mãos com solução antisséptica de base alcoólica e mantê-las limpas até ao procedimento que vai efetuar.

Os quartos ou enfermarias onde se encontram estes doentes devem estar identificados e equipados, com equipamento individual. Ao sair deve deixar o equipamento utilizado no contentor de risco biológico e higienizar as mãos. Tais isolamentos são assinalados pelos respetivos *posters* (Anexo X e Anexo XI).

## 7. PROCEDIMENTOS EM SITUAÇÃO DE CATASTROFE

Em situações de catástrofe os princípios científicos e éticos a utilizar são os de Medicina de Catástrofe, procurando atender o maior número de vítimas possível (PQ-03-UGR).

Princípios básicos da Medicina de Catástrofe:

- “Dar atenção ao maior número possível de sobreviventes”;
- “Efetuar a triagem das vítimas”;
- “O transporte das vítimas deve ser instituído na base decorrente de vítimas, unidirecional à semelhança de uma hora”.

### 7.1. ATIVAÇÃO DO PLANO DE EMERGENCIA EXTERNO

**Fase de alarme**- caracteriza-se por ser o momento em que os meios extraordinários ao normal de funcionamento do hospital são mobilizados, podendo também ser implementado o Gabinete de Crise.

Esta fase é constituída pelos seguintes graus:

- **Grau I**- é ativada pelo chefe de equipa de urgência mesmo sem implementação do gabinete de crise. Os meios mobilizados são aqueles que se encontram permanentemente disponíveis em presença física.
- **Grau II**- é da competência do chefe de equipa de urgência, com imediato conhecimento ao Presidente do Conselho de Administração, ou quem o substitua. Pressupõe, a mobilização para presença física dos meios do hospital normalmente colocados em prevenção, bem como do número de elementos da equipa de enfermagem da urgência que se considere necessária.

Os exames complementares de diagnóstico, unidades de cuidados intensivos, bloco operatórias, urgência e segurança do hospital preparam-se para receber vítimas, direcionando todos os recursos disponíveis para a resolução da situação de emergência.

Perante esta situação, o gabinete de crise deverá obrigatoriamente reunir na sua forma mais simples.

Constituição do gabinete de crise:

- Presidente do Conselho de Administração, ou quem o represente;
- Gestor de risco;
- Diretor da Urgência;
- Chefe de Equipa de Urgência, na ausência do Diretor da Urgência;
- Enfermeiro Diretor ou quem o substitua;



- Serviços administrativos;
- Responsável pela manutenção.
  
- Grau III- é a fase em que o hospital prepara a sua resposta a um incidente em larga escala e que pressupõe o recurso a todos os meios do hospital, e a todo o pessoal quer esteja ou não de serviço.

A sua ativação é feita pelo Presidente do Conselho de Administração, sob proposta do Chefe de Equipa de urgência ou Diretor da Urgência, ou por iniciativa própria. Perante esta situação, o gabinete de crise deverá obrigatoriamente reunir na sua forma mais complexa, e assumir de forma plena a gestão de toda a atividade hospitalar até há resolução da situação que desencadeou a execução do plano de emergência.

## 7.2. ORGANIZAÇÃO DO HOSPITAL EM EMERGENCIA

- O Serviço de Urgência funcionará como central de triagem, nas situações em que não exista sistema de triagem a nível pré-hospitalar;
- Se existir triagem pré-hospitalar, a triagem hospitalar continuará ativa e servirá para reavaliar as vítimas;
- O mais precocemente possível (no local de ocorrência ou na entrada da zona de triagem hospitalar), devem as vítimas ser identificadas com o material existente no "Kits de catástrofe", que se encontram condicionados no gabinete do Enfermeiro Gestor, a referir:
  - Pulseira de identificação com espaço para dados completos da vítima, incluindo dados sobre a localização de familiares;
  - Cartão com cores de triagem descartáveis;
  - Requisição para elementos complementares de diagnóstico;
  - Processo clínico;
  - Bolsas de espólio.

## 7.3. DINÂMICA DOS SERVIÇOS

**Serviço de Urgência** - Os critérios de triagem a utilizar são os aplicados internacionalmente nas situações de catástrofe.



- **Cor Vermelha** – identifica os doentes com lesões que os colocam em perigo de vida imediato e exclui todos os outros, a ser atendidos de imediato, não ultrapassando nunca os cinco minutos.
- **Cor amarela** – identifica as vítimas que necessitam de tratamento urgente mas não imediato, normalmente são atendidos logo que entram na urgência. Em catástrofe o tempo de espera não deve ultrapassar as 6 horas.
- **Cor Verde** – identifica as vítimas com lesões de escassa reversibilidade, só sendo ativada em situações de Grau III, em Grau I e II poderão ser assistidas na zona vermelha.
- **Cor Negra** – identifica cadáveres e as vítimas com lesões incompatíveis com a vida.

### 7.3.1. Atendimento das vítimas - serviço de urgência

As zonas de atendimento, serão identificadas pela mesma cor dos cartões colocados nas vítimas, e atendendo às características da estrutura física do hospital, são definidas as seguintes zonas de atendimento:

#### **Grau I e II**

- Zona **vermelha** e **amarela**: salas da urgência com rampas de oxigénio, vácuo e ar comprimido (preferência);
- Zona **Verde**: sala de espera interna da urgência;
- Zona **negra**: WC do SO até identificação e tratamento do espólio e a morgue

#### **Grau III**

- Zona **vermelha** e **amarela**: similar aos Graus I e II (stand-by para vitimas de cor amarela);
- Zona **Verde**: após a triagem, os doentes devem ser enviados para os pisos procurando adequar dentro do possível a situação ao serviço para onde é enviado, se tal não for possível, vai para onde haja disponibilidade;
- Zona **cinzenta**: corredor da consulta externa;
- Zona **negra**: sala de espera da consulta externa.

### 7.3.2. Atendimento das vítimas – Bloco operatório

O Bloco Operatório é local igualmente essencial em situações de emergência, assim sendo, logo que possível as intervenções devem ser suspensas.

### 7.3.3. Atendimento das vítimas – Serviços de Internamento

Os serviços de internamentos receberão as vítimas que não necessitem de tratamento urgente, prestando cuidados e acompanhando as vítimas até ao tratamento definitivo.

Se não for possível disponibilizar pessoal médico, as vítimas serão acompanhadas pelos enfermeiros de serviço até que possam ser observados por um clínico, ficando os enfermeiros com a responsabilidade de avaliar continuamente as vítimas e encaminha-las para outro nível se necessário.

### 7.3.4. Atendimento das vítimas – Unidade de Cuidados Intensivos

A unidade de cuidados intensivos, bem como a unidade de cuidados intermédios, preparar-se-ão para receber as vítimas consoante o número de vagas disponíveis no momento, devendo disponibilizar todo o pessoal e material não essencial para apoio à urgência enquanto for necessário.



## 8. PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS

### 8.1. OBJETIVOS

Este plano pretende integrar o enfermeiro nas diferentes áreas do serviço de Urgência, de forma a alcançar a mais eficaz a melhor adaptação, no mais curto espaço de tempo, levando-o a consciencializar-se do seu papel enquanto elemento da equipa, no que respeita a responsabilidade, deveres e direitos.

Decorrendo deste objetivo principal, identificam-se outros objetivos específicos:

- Conhecer, de forma genérica, o HDJMG;
- Conhecer e caracterizar o serviço de urgência;
- Conhecer os recursos humanos e materiais do serviço;
- Conhecer as metodologias de trabalho;
- Conhecer a estrutura física do serviço;
- Compreender o circuito do utente no serviço de urgência;
- Conhecer a equipa de enfermagem do serviço de urgência;
- Compreender as funções da equipa de enfermagem do serviço de urgência;
- Conhecer os procedimentos burocráticos associados à prestação de cuidados;
- Saber o papel de desempenhar em situação de urgência;
- Utilizar os sistemas informáticos que apoiam a prestação de cuidados.

### 8.2. OS INTERVENIENTES

Os intervenientes no processo de integração são os seguintes elementos:

- Enfermeiro Gestor e/ou Enfermeiro responsável;
- Enfermeiro integrador;
- Enfermeiro a ser integrado.

Durante todo o processo de integração deverá ser procurada uma parceria entre os diferentes intervenientes, com espaço de discussão dos potenciais problemas, baseado na sinceridade, transparência e capacidade de escuta e ajuda mútua. No entanto, torna-se necessário estabelecer a responsabilidades de cada um:

### 8.2.1. Enfermeiro Gestor

- Informar o novo elemento das características do serviço, da sua missão e dos valores pelos quais se norteia o trabalho;
- Apresentar as instalações do serviço;
- Apresentar a equipa multidisciplinar;
- Nomear um enfermeiro integrador para supervisão e orientação;
- Ser responsável máximo pela avaliação do processo de avaliação do novo elemento;
- Proporcionar ao elemento em integração, a oportunidade de participar em atividades que contribuam para o enriquecimento da sua aprendizagem;
- Elaborar o horário tendo em consideração que o enfermeiro em período em integração, deverá ser acompanhado pelo enfermeiro integrador;
- Definir os momentos de avaliação ao longo do tempo de integração.

### 8.2.2. Enfermeiro Integrador

- Realizar uma entrevista inicial de forma a obter informações sobre a experiência profissional, expectativas, dúvidas e receios do integrando;
- Pensar que cada integrando tem um carácter, motivação e tempo próprio para a sua integração;
- Incentivar a prática autónoma, competente e responsável do enfermeiro em integração;
- Disponibilizar todo o seu conhecimento sobre os diversos serviços e suas metodologias de trabalho;
- Incentivar o trabalho em equipa;
- Estimular a aprendizagem do enfermeiro em integração, através de uma prática reflexiva, baseada em conhecimento científico verificável e atual.

Além das responsabilidades mencionadas, é desejável que o enfermeiro integrador tenha também algumas características facilitadoras do processo de integração:

- Deverá ser enfermeiro no serviço há pelo menos dois anos;
- Ser conhecedor do serviço e da instituição;
- Estar desperto para os processos de formação;
- Ter capacidade de supervisão e orientação.

### 8.2.3. Enfermeiro em Integração

Ao enfermeiro que chega ao serviço é dada como responsabilidade:

- Adotar uma postura de responsabilidade, transparência e capacidade de trabalho para com a instituição, equipa e utentes;
- Conhecer o manual de acolhimento e integração e as normas de procedimento do HDJMG;
- Atuar de acordo com a missão e valores da instituição e serviço.

### 8.3. PERÍODO DE INTEGRAÇÃO

O Serviço de Urgência, dada a sua complexidade e especificidade, exige um período de integração de seis semanas. É necessário definir estratégias, assim como:

- Os elementos a integrar devem estar escalados em horário fixo (de 2ª a 6ª feira das 08h as 16:00h);
- Existência de um ou mais enfermeiros responsáveis pela integração do novo elemento;
- O enfermeiro integrador deve ter a seu cargo apenas um integrando de cada vez;
- O período de integração não deverá ser nem muito demorado nem muito curto, sendo diferente de enfermeiro para enfermeiro e de acordo com as necessidades e objetivos a alcançar.
- A supervisão e orientação devem ser feitas pelo enfermeiro integrador, podendo ocorrer, se necessário, reuniões intermédias com o enfermeiro responsável ou, em último caso, com o enfermeiro gestor.
- Sempre que necessário, os enfermeiros integrando e integrador reúnem com o enfermeiro responsável de modo a identificar os conhecimentos que o primeiro detém sobre a orgânica do serviço e verificar dificuldades encontradas, para estabelecerem, se necessário, estratégias conjuntas de investimento e melhoramento.
- Em caso de necessidade, o período de integração pode ser prolongado e aprofundado as temáticas em que o enfermeiro em integração tiver mais dificuldades.
- Facilitação na participação do novo elemento em atividades específicas como ações de formação e consulta de manuais de serviço que respondam às suas necessidades e contribuam para o enriquecimento da sua aprendizagem;




- A integração no serviço considera-se terminada quando o enfermeiro se mostrar apto a cumprir todas as funções específicas de cada área funcional do serviço. Não obstante, após o período de integração com supervisão e orientação, o enfermeiro deverá continuar a investir na sua formação, adquirindo sempre novos conhecimentos e desenvolvendo competências.



8.4. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES


O cronograma que se segue traduz de forma sintética o Plano de Acolhimento e integração no Serviço de Urgência-

 SERVIÇO DE URGÊNCIA	CRONOGRAMA DE ATIVIDADES							
	1º dia	2º dia	3º ao 6º dia	SEMANAS				
ATIVIDADES				2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista inicial e apresentação à equipa;</li> <li>Apresentação da instituição e Serviço;</li> <li>Apresentação do Circuito dos Doentes e Plano de Trabalho;</li> <li>Consulta do Manual de Acolhimento e Integração do Serviço de Urgência;</li> <li>Breve introdução ao sistema Informático ALERT e PYXIS.</li> </ul>	X							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Observação da Triagem por Prioridades através do Sistema de Triagem de Manchester.</li> </ul>		X						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Observação participativa nas diferentes áreas funcionais do serviço em regime de horário fixo (sem Enfermeiro integrador fixo mas de acordo com plano de trabalho de forma a passar em todas as áreas).</li> </ul>			X					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prestação de cuidados sob supervisão do Enfermeiro Integrador pré-definido e em horário fixo em todas as áreas funcionais (excepto Triagem de Manchester).</li> </ul>				X	X			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Integração numa das equipas em horário de <i>Roulement</i>;</li> <li>Apresentação ao chefe de equipa e restantes elementos;</li> <li>Atribuição de um Enfermeiro Integrador.</li> </ul>					X	X		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prestação de cuidados sob supervisão do Enfermeiro Integrador pré-definido e em regime de <i>Roulement</i> em todas as áreas funcionais do serviço em quatro sequências de T,M e N (excepto na Triagem de Manchester).</li> </ul>						X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista de Avaliação Final com Enfermeiro Gestor e Enfermeiro Integrador.</li> </ul>								X
<ul style="list-style-type: none"> <li>Preenchimento da Grelha Final de Avaliação de Conhecimentos no Serviço de Urgência.</li> </ul>								X

Quadro V – Cronograma de atividades


### 8.5. PLANO DE ATIVIDADES

As atividades a desenvolver pelo Enfermeiro em integração no Serviço de Urgência estão organizadas cronologicamente por espaço temporal (incremento de dias de integração), tendo em conta os objetivos, os recursos humanos, os recursos materiais e o espaço físico / área funcional.

 SERVIÇO DE URGÊNCIA		PLANO DE ATIVIDADES
<b>ESPAÇO TEMPORAL</b>	<b>1ª SEMANA</b> <b>1º DIA - APRESENTAÇÃO</b>	
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a estrutura física e recursos humanos do serviço.</li> </ul>	
<b>Recursos Humanos</b>	Enfermeiro Gestor ou Enfermeiro Responsável	
<b>Recursos Materiais</b>	Manual de Acolhimento e Integração	
<b>Espaço Físico</b>	HDJMG, Serviço de Urgência, Vestiários	
<b>Atividades a desenvolver</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento pelo Enfermeiro Gestor ou Enfermeiro Responsável;</li> <li>• Visita guiada ao serviço;</li> <li>• Visita guiada à instituição;</li> <li>• Apresentação à equipa multiprofissional;</li> <li>• Acompanhar ao vestiário e explicar normas de fardamento no serviço;</li> <li>• Apresentar horário de serviço e orientar para senha do controlo biométrico;</li> <li>• Apresentar manual de integração e acolhimento de enfermagem do serviço de urgência;</li> <li>• Conhecer o seu orientador de integração;</li> <li>• Apresentar o Plano de Integração;</li> <li>• Breve introdução ao sistema, Alert e Pyxis;</li> <li>• Apresentar plano trabalho semanal.</li> </ul>	


Quadro VI – PA / 1ª Semana / 1º dia de apresentação




 SERVIÇO DE URGÊNCIA	<b>PLANO DE ATIVIDADES</b>
<b>ESPAÇO TEMPORAL</b>	<b>1ª SEMANA</b> <b>2º DIA – TURNO DA MANHA</b>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer o método de trabalho;</li> <li>• Conhecer o sistema de aplicação informática Alert;</li> <li>• Conhecer o circuito do doente.</li> </ul>
<b>Recursos Humanos</b>	Enfermeiro Integrador de horário fixo
<b>Recursos Materiais</b>	Sistema Informático Alert e Manual de Triagem Manchester
<b>Espaço Físico</b>	Serviço de Urgência, Gabinete de Triagem
<b>Atividades a desenvolver</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender metodologia de trabalho adotada no serviço;</li> <li>• Estabelecer relações profissionais socializantes;</li> <li>• Obter senha de acesso para Alert;</li> <li>• Acompanhar o Enfermeiro Integrador no posto de triagem, observando metodologias e circuito de doentes;</li> <li>• Observar passagem de turno;</li> <li>• Familiarizar-se com o sistema de triagem através do Sistema Alert;</li> <li>• Entender simbologia e atribuição de cores;</li> <li>• Observar a articulação deste elemento com os restantes postos de trabalho.</li> </ul>

Quadro VII – PA / 1ª Semana / 2º dia




 SERVIÇO DE URGÊNCIA	<b>PLANO DE ATIVIDADES</b>
<b>ESPAÇO TEMPORAL</b>	<b>1ª SEMANA</b> <b>3º DIA – TURNO DA MANHA</b>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a articulação com os diversos serviços da organização;</li> <li>• Conhecer os procedimentos de organização do serviço.</li> </ul>
<b>Recursos Humanos</b>	Enfermeiro Integrador de horário fixo
<b>Recursos Materiais</b>	Sistema Informático Alert e Manual de Acolhimento e Integração
<b>Espaço Físico</b>	Serviço de Urgência, Balcões
<b>Atividades a desenvolver</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhar Enfermeiro Integrador no posto de trabalho dos balcões azul/verde e amarelo/laranja;</li> <li>• Perceber a dinâmica de trabalho/circuito de doentes e orientações para ECD's;</li> <li>• Observar como se articulam estes elementos com o colega da triagem;</li> <li>• Observar as tarefas diárias definidas para este posto (reposição de material, verificação de equipamento);</li> <li>• Observar em termos informáticos as várias áreas do processo clínico do doente no sistema Alert;</li> <li>• Rever o plano semanal de trabalho;</li> <li>• Familiarizar-se com o Pyxis;</li> <li>• Observar a passagem de turno.</li> </ul>

Quadro VIII – PA / 1ª Semana / 3º dia


 SERVIÇO DE URGÊNCIA	<b>PLANO DE ATIVIDADES</b>
<b>ESPAÇO TEMPORAL</b>	<b>1ª SEMANA</b> <b>4º DIA – TURNO DA MANHA</b>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a dinâmica, funcionamento, rotina e posto de trabalho na sala de emergência / Especialidades</li> </ul>
<b>Recursos Humanos</b>	Enfermeiro Orientador de horário fixo
<b>Recursos Materiais</b>	Sistema Informático Alert e Manual de Acolhimento e Integração
<b>Espaço Físico</b>	Serviço de Urgência, Sala de Emergência, Sala de Pequena Cirurgia, Ortopedia.
<b>Atividades a desenvolver</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhar Enfermeiro Integrador no posto de trabalho de sala de emergência/especialidades;</li> <li>• Observar rotinas de verificação de material, equipamento, terapêutica e verificação do <i>check-list</i> na sala de emergência;</li> <li>• Familiarizar-se com o material e terapêutica de urgência e equipamentos;</li> <li>• Observar atuação da equipa em caso de emergência;</li> <li>• Observar reposição da sala de pequena cirurgia e ortopedia;</li> <li>• Familiarizar-se com o material em cada uma delas;</li> <li>• Acompanhar Enfermeiro Integrador na prestação de cuidados ao doente em cada uma das especialidades.</li> </ul>

Quadro IX – PA / 1ª Semana / 4º dia

 SERVIÇO DE URGÊNCIA	<b>PLANO DE ATIVIDADES</b>
<b>ESPAÇO TEMPORAL</b>	<b>1ª SEMANA</b> <b>5º DIA – TURNO DA MANHA</b>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer o Posto de Trabalho de Apoio</li> </ul>
<b>Recursos Humanos</b>	Enfermeiro Integrador de horário fixo
<b>Recursos Materiais</b>	Sistema Informático Alert e Manual de Acolhimento e Integração
<b>Espaço Físico</b>	Serviço de Urgência - Apoio
<b>Atividades a desenvolver</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhar Enfermeiro Integrador no posto de trabalho de apoio;</li> <li>• Observar a dinâmica e articulação deste elemento com os restantes elementos;</li> <li>• Familiarizar-se com os circuitos dos doentes, caso existam doentes internados em corredor;</li> <li>• Perceber e familiarizar-se com a função do enfermeiro na área de apoio;</li> <li>• Entender o posicionamento dos doentes no serviço;</li> <li>• Familiarizar-se com rotinas de internamentos;</li> <li>• Observar processo clínico do doente no sistema Alert.</li> </ul>

Quadro X – PA / 1ª Semana / 5º dia




	<p align="center"><b>PLANO DE ATIVIDADES</b></p>
<p><b>ESPAÇO TEMPORAL</b></p>	<p align="center"><b>2ª SEMANA</b> <b>6º DIA – TURNO DA MANHA</b></p>
<p><b>Objetivos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a dinâmica, funcionamento, rotinas, posto de trabalho do SO1 e SO2</li> </ul>
<p><b>Recursos Humanos</b></p>	<p>Enfermeiro Orientador de horário fixo</p>
<p><b>Recursos Materiais</b></p>	<p>Sistema Informático Alert e Manual de Acolhimento e Integração</p>
<p><b>Espaço Físico</b></p>	<p>Serviço de Urgência, SO1 e SO2</p>
<p><b>Atividades a desenvolver</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhar Enfermeiro Integrador nos postos SO1 e SO2;</li> <li>• Observar e identificar o espaço físico onde presta cuidados;</li> <li>• Observar e familiarizar-se com as rotinas neste serviço;</li> <li>• Observar a articulação com a equipa médica e outros serviços;</li> <li>• Familiarizar-se com o processo clínico de internamento no Alert;</li> <li>• Observar preenchimento de escalas de Braden e Morse;</li> <li>• Compreender horários de administração de terapêutica no Alert;</li> <li>• Familiarizar-se com terapêutica e suas diluições;</li> <li>• Familiarizar-se com a folha do plano de trabalho de enfermagem;</li> <li>• Assistir à passagem de turno.</li> </ul>

Quadro XI – PA / 2ª Semana / 6º dia



	<b>PLANO DE ATIVIDADES</b>
<b>ESPAÇO TEMPORAL</b>	<b>2ª SEMANA</b> <b>7º e 8º DIAS – TURNO DA MANHA</b>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidar conhecimentos adquiridos na 1ª semana</li> </ul>
<b>Recursos Humanos</b>	Enfermeiro integrador horário fixo (plano feito pelo Enfermeiro Gestor para garantir o posto)
<b>Recursos Materiais</b>	Sistema Informático Alert e Manual de Acolhimento e Integração
<b>Espaço Físico</b>	Serviço de Urgência, Balcão azul/verde e Balcão Amarelo/Laranja
<b>Atividades a desenvolver</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar funções de modo ativo nos Balcões com supervisão do Enfermeiro Integrador definido pelo Enfermeiro Gestor;</li> <li>• Desenvolver e adquirir rotinas de trabalho;</li> <li>• Colaborar na prestação de cuidados aos doentes em balcão;</li> <li>• Começar a familiarizar-se com o circuito dos doentes e para onde encaminhá-los;</li> <li>• Assistir e participar nas passagens de turno.</li> </ul>

Quadro XII – PA / 2ª Semana / 7º e 8º dias


 SERVIÇO DE URGÊNCIA	<b>PLANO DE ATIVIDADES</b>
<b>ESPAÇO TEMPORAL</b>	<b>2ª SEMANA</b> <b>9º e 10º DIA – TURNO DA MANHA</b>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidar conhecimentos adquiridos na 1ª semana</li> </ul>
<b>Recursos Humanos</b>	Enfermeiro integrador horário fixo (plano feito pelo Enfermeiro Gestor para garantir o posto)
<b>Recursos Materiais</b>	Sistema Informático Alert e Manual de Acolhimento e Integração
<b>Espaço Físico</b>	Serviço de Urgência, Sala de Emergência e Especialidades
<b>Atividades a desenvolver</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliar e colaborar com o Enfermeiro Integrador na reposição dos <i>stock's</i> das salas, verificação de equipamentos, terapêutica e controlo da <i>Check List</i> mantendo a sua operacionalidade para cada turno;</li> <li>• Familiarizar-se com procedimentos e rotinas nestas salas bem como as características das patologias mais comuns em cada uma delas;</li> <li>• Colaborar sob supervisão na prestação de cuidados ao doente crítico e ao doente cirúrgico e ortopédico;</li> <li>• Familiarizar-se com a articulação feita com os colegas de balcão ou outros serviços;</li> <li>• Assistir e participar nas passagens de turno;</li> <li>• Colaborar na transferência destes doentes para outros serviços.</li> </ul>

Quadro XIII – PA / 2ª Semana / 9º e 10º dias

 SERVIÇO DE URGÊNCIA	<b>PLANO DE ATIVIDADES</b>
<b>ESPAÇO TEMPORAL</b>	<b>3ª SEMANA</b> <b>11º e 12º DIA – TURNO DA MANHA</b>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidar conhecimentos adquiridos na 1ª semana</li> </ul>
<b>Recursos Humanos</b>	Enfermeiro integrador horário fixo (plano feito pelo Enfermeiro Gestor para garantir o posto)
<b>Recursos Materiais</b>	Sistema Informático Alert e Manual de Acolhimento e Integração
<b>Espaço Físico</b>	Serviço de Urgência - Apoio
<b>Atividades a desenvolver</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familiarizar-se com a articulação deste posto de trabalho com os restantes;</li> <li>• Colaborar na prestação de cuidados ao doente nas várias áreas do Serviço de Urgência consoante solicitação dos colegas ou médicos assistentes;</li> <li>• Em situação de internamento, colaborar com o Enfermeiro integrador nas rotinas diárias;</li> <li>• Auxiliar na administração de terapêutica, posicionamentos, encaminhamento para outros serviços ou para SO;</li> <li>• Efetuar notas de enfermagem, notas de alta e escalas de Braden e Morse sob supervisão.</li> </ul>

Quadro XIV – PA / 3ª Semana / 11º e 12º dias



 SERVIÇO DE URGÊNCIA	<b>PLANO DE ATIVIDADES</b>
<b>ESPAÇO TEMPORAL</b>	<b>3ª SEMANA</b> <b>13º e 14º DIA – TURNO DA MANHA</b>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidar conhecimentos adquiridos na 1ª semana</li> </ul>
<b>Recursos Humanos</b>	Enfermeiro integrador horário fixo (plano feito pelo Enfermeiro Gestor para garantir o posto)
<b>Recursos Materiais</b>	Sistema Informático Alert e Manual de Acolhimento e Integração
<b>Espaço Físico</b>	Serviço de Urgência, SO1 e SO2
<b>Atividades a desenvolver</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestar cuidados de enfermagem em todas as áreas de atuação ao doente internado;</li> <li>• Colaborar com o Enfermeiro Integrador nas higiènes, terapêutica, posicionamentos, notas de enfermagem e notas de alta;</li> <li>• Observar como se elaboram as escalas de Braden e Morse;</li> <li>• Transferir doentes para outros serviços fazendo a passagem de dados através do telefone;</li> <li>• Comunicar alta clínica aos familiares dos doentes e respetivas burocracias associadas ao processo clínico;</li> <li>• Participar nas passagens de turno.</li> </ul>

Quadro XV – PA / 3ª Semana / 13º e 14º dias

 SERVIÇO DE URGÊNCIA	<b>PLANO DE ATIVIDADES</b>
<b>ESPAÇO TEMPORAL</b>	<b>3ª SEMANA - 15º DIA (TARDE)</b> <b>4ª SEMANA – 16º DIA (MANHÃ)</b> <b>4ª SEMANA – 17º DIA (NOITE)</b>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer e consolidar conhecimentos das rotinas nos restantes turnos de <i>Roulement</i></li> </ul>
<b>Recursos Humanos</b>	Enfermeiro integrador em horário de Roulement
<b>Recursos Materiais</b>	Sistema Informático Alert e Manual de Acolhimento e Integração
<b>Espaço Físico</b>	Serviço de Urgência, Balcões Azul/ Verde e Amarelo/Laranja
<b>Atividades a desenvolver</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer o Chefe de Equipa e restantes elementos da mesma onde vai ser integrado;</li> <li>• Iniciar a 1ª sequência de turnos de T,M e N em cada área funcional com exceção do Gabinete de Triagem até se encontra devidamente certificado pelo Grupo Português de Triagem;</li> <li>• Iniciar funções em balcão com supervisão e apoio do Enfermeiro Integrador de forma a perceber e aprender as especificidades e rotinas de cada turno bem como as equipas multidisciplinares com que se interligam;</li> <li>• Esclarecer dúvidas sobre as áreas onde sente dificuldade.</li> </ul>

Quadro XVI – PA / 3ª e 4ª Semanas / 15º, 16º e 17º dias

 SERVIÇO DE URGÊNCIA	<b>PLANO DE ATIVIDADES</b>
<b>ESPAÇO TEMPORAL</b>	<b>4ª SEMANA - 18º DIA (TARDE)</b> <b>4ª SEMANA – 19º DIA (MANHÃ)</b> <b>4ª SEMANA – 20º DIA (NOITE)</b>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer e consolidar conhecimentos das rotinas nos restantes turnos de <i>Roulement</i></li> </ul>
<b>Recursos Humanos</b>	Enfermeiro integrador em horário de Roulement
<b>Recursos Materiais</b>	Sistema Informático Alert e Manual de Acolhimento e Integração
<b>Espaço Físico</b>	Serviço de Urgência, Sala de emergência e especialidades
<b>Atividades a desenvolver</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar a 2ª sequência de turnos no posto de trabalho de Sala de Emergência e Especialidades de modo a interiorizar modos de atuação, circuitos e interligação com outros técnicos de saúde e serviços</li> </ul> <p><u>NOTA:</u> O novo elemento só poderá ocupar o posto da Sala de Emergência de forma autónoma, única e exclusivamente, se possuir formação em SBV e SAV. Caso contrário, deverá providenciar-se formação, que seja feita no menor tempo útil possível, dentro do Plano de Formação Anual da ULSNA.</p>

Quadro XVII – PA / 4ª Semana / 18º, 19º e 20º dias

 SERVIÇO DE URGÊNCIA	<b>PLANO DE ATIVIDADES</b>
<b>ESPAÇO TEMPORAL</b>	5ª SEMANA - 21º DIA (TARDE) 5ª SEMANA – 22º DIA (MANHÃ) 5ª SEMANA – 23º DIA (NOITE)
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer e consolidar conhecimentos das rotinas nos restantes turnos de <i>Roulement</i></li> </ul>
<b>Recursos Humanos</b>	Enfermeiro integrador em horário de <i>Roulement</i>
<b>Recursos Materiais</b>	Sistema Informático Alert e Manual de Acolhimento e Integração
<b>Espaço Físico</b>	Serviço de Urgência
<b>Atividades a desenvolver</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar a 3ª sequência de turnos no posto de trabalho de Apoio.</li> </ul>

Quadro XVIII – PA / 5ª Semana / 21º, 22º e 23º dias

 SERVIÇO DE URGÊNCIA	<b>PLANO DE ATIVIDADES</b>
<b>ESPAÇO TEMPORAL</b>	5ª SEMANA - 24º DIA (TARDE) 5ª SEMANA – 25º DIA (MANHÃ) 6ª SEMANA – 26º DIA (NOITE)
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer e consolidar conhecimentos das rotinas nos restantes turnos de <i>Roulement</i></li> <li>• Avaliar as competências adquiridas durante a integração</li> </ul>
<b>Recursos Humanos</b>	Enfermeiro integrador em horário de <i>Roulement</i>
<b>Recursos Materiais</b>	Sistema Informático Alert e Manual de Acolhimento e Integração
<b>Espaço Físico</b>	Serviço de Urgência
<b>Atividades a desenvolver</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar a 4ª sequência de turnos no posto de trabalho do Serviço de Observação;</li> <li>• Realizar entrevista de avaliação final com Enfermeiro Gestor e Enfermeiro Integrador;</li> <li>• Preencher grelha de avaliação de conhecimentos adquiridos durante as semanas de integração.</li> </ul>

Quadro XIX – PA / 5ª e 6ª Semanas / 24º, 25º e 26º dias



## 8.6. AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Após seis semanas de integração deverá proceder ao preenchimento das grelhas de avaliação por cada área funcional do serviço, com base nas quais se decidirá se o integrando passará ou não à fase seguinte.

A avaliação da eficácia do programa de integração não termina poucos dias após terminar o processo de integração do novo enfermeiro. É necessário manter o contacto com o processo de adaptação deste, havendo regularmente contactos entre ambas as partes, constituindo estes ótimas oportunidades de verificar a eficácia do programa de integração que foi estabelecido.



 SERVIÇO DE URGÊNCIA	<b>AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS</b>
--	---------------------------------------

TRIAGEM DE MANCHESTER	SIM (+)	+/-	NÃO (-)
• Identifico o local onde se situa			
• Identifico o papel do enfermeiro de triagem			
• Reconheço o grau de gravidade pelo sistema de atribuição da cor e respetivo tempo de espera			
• Reconheço a articulação deste elemento e os balcões			
• Reconheço os circuitos dos doentes consoante as cores			
• Reconheço os circuitos desde a admissão até à atribuição da cor			
• Acolho o doente/acompanhante, identificando os dados necessários para a triagem de prioridades			
• Garanto a privacidade no atendimento			
• Recolho as informações pertinentes acerca do doente, fornecidas pelo próprio, bombeiros ou outros			
• Compreendo a triagem de prioridades, o fluxograma e discriminador adequados às queixas e sinais objetivos do doente			
• Explico ao doente qual a prioridade atribuída e a previsão de tempo de espera para atendimento médico			
• Identifico o utente com pulseira/etiqueta			
• Informo, sempre que necessário, o Enfermeiro da Triagem ou Zona dos Balcões da necessidade de reforçar a vigilância dos doentes em que a situação é suscetível de se agravar			
• Reconheço a necessidade de retriagem sempre que se verificar agravamento das queixas			
• Mantenho a área operacional, orientando e supervisionando a limpeza e arrumação da mesma			
• Reponho o material necessário há Sala de Triagem no final do turno e sempre que necessário			
• Mantenho o equipamento em carga (monitor de sinais vitais)			

Quadro XX – Avaliação de Conhecimentos / Triagem de Manchester





HOSPITAL Dr. José Maria Grande

SERVIÇO DE URGÊNCIA

 SERVIÇO DE URGÊNCIA	<h2>AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS</h2>
-------------------------	-------------------------------------

Balcão Azul / Verde Balcão Amarelo / Laranja	SIM (+)	+/-	NÃO (-)
• Identifico o seu local dentro da estrutura física do serviço			
• Reconheço quais os doentes aí alocados			
• Identifico qual o Enfermeiro responsável pelo Balcão			
• Identifico quais as áreas destinadas a aguardar observação			
• Identifico qual o Enfermeiro responsável por estes balcões e médico de triagem			
• Encaminho os doentes utentes para exames e faço a gestão da sua presença nos locais			
• Verifico e confiro o equipamento (monitores de sinais vitais, máquinas de glicemia capilar)			
• Verifico se os monitores cardíacos estão completos e funcionais no início do turno			
• Acolho o doente/accompanhante esclarecendo as dúvidas relacionadas com o funcionamento do serviço			
• Garanto a privacidade no atendimento			
• Cumpro as funções descritas para cada Enfermeiro nestas áreas			
• Presto cuidados de enfermagem globais e individualizados aos doentes que se encontram nestas áreas, decorrentes quer da avaliação de enfermagem quer da prescrição médica			
• Presto cuidados de enfermagem a doentes críticos com procedimentos específicos e de elevada complexidade			
• Administro a terapêutica e efetuo os tratamentos de acordo com a prescrição médica			
• Presto os cuidados de enfermagem planeados, decorrentes das prescrições médicas e de enfermagem, retificando as prestações de enfermagem sempre que se justifique			
• Deteto precocemente situações de crise ou agravamento do estado clínico do utente, informando o médico responsável sempre que necessário			
• Vigio as reações e as respostas do utente à terapêutica e tratamento tendo presente o efeito secundário			
• Efetuo registos decorrentes da avaliação efetuada e dos cuidados de enfermagem prestados			
• Avalio o estado geral do utente, com a periodicidade que mais se adequa à sua situação clínica			
• Providencio a alimentação dos utentes nos horários estabelecidos e sempre que necessário			
• Informo o enfermeiro responsável pela continuidade dos cuidados, caso o utente fique em observação/internamento ou seja transferido para outra área do serviço, através da técnica ISBAR			
• Colaboro com os outros enfermeiros sempre que necessário			

Quadro XXI – Avaliação de Conhecimentos / Balcão Azul/Verde/Amarelo/Laranja



 SERVIÇO DE URGÊNCIA	<b>AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS</b>
-------------------------	---------------------------------------

<b>BALCÃO AZUL / VERDE BALCÃO AMARELO / LARANJA (CONT.)</b>	SIM (+)	/ -	NÃO (-)
• Acompanho o utente nas transferências para outras áreas do serviço, Bloco Operatório e Unidade de Cuidados Intensivos			
• Sei como aceder à terapêutica através do sistema PYXIS			
• Reconheço que em situações de emergência/risco de vida tem autonomia para administrar terapêutica sob orientação médica			
• Identifico na estrutura física da ULSNA o serviço de imagiologia, laboratório/cardiologia/oftalmologia			
• Identifico o significado das linhas amarelas e pretas no chão da urgência			
• Conheço a preparação necessária para cada exame complementar de diagnóstico, solicitado em balcão			
• Identifico os Assistentes Operacionais responsáveis para encaminhamento e acompanhamento destes doentes aos exames complementares de diagnóstico			
• Identifico o material em cada uma das salas			
• Conheço as características do material e equipamento (localização, funcionamento e manutenção)			
• Mantenho as salas funcionais, orientando e supervisionando a sua limpeza e arrumação			
• Reponho o material em cada sala no turno da manhã e sempre que seja necessário			
• Sei o local de armazenamento do mesmo			
• Sei como atuar quando existe falta de equipamento (serviços a contactar; dar conhecimento equipa)			
• Oriento os Assistentes Operacionais na reposição de matérias de consumo clínico			

Quadro XXII – Avaliação de Conhecimentos / Balcão Azul/Verde/Amarelo/Laranja (Cont.)



 SERVIÇO DE URGÊNCIA	<b>AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS</b>
-------------------------	---------------------------------------

SALA DE EMERGÊNCIA / ESPECIALIDADES	SIM (+)	- / +	NÃO (-)
• Identifico o seu local dentro da estrutura física do serviço			
• Reconheço o Enfermeiro responsável pela sala			
• Reconheço quais os doentes aí alocados e a cor respetiva			
• Reconheço o papel do Enfermeiro nesta sala			
• Reconheço e identifico o papel do Enfermeiro na manutenção desta sala ( <i>check-list</i> material/ terapêutica /equipamentos)			
• Verifico se todo o equipamento está em carga			
• Conheço as características do material e equipamento (localização, funcionamento e manutenção)			
• Reponho e confiro o material de consumo clínico e dispositivos esterilizados, no turno da manhã e sempre que necessário			
• Conheço e domino o espaço físico e os recursos disponíveis a utilizar em situações de emergência			
• Garanto a privacidade no atendimento			
• Avalio o estado geral do doente, tendo em conta as prioridades a estabelecer em situações de emergência			
• Recolho, organizo, analiso e interpreto a informação e prescrições, estabelecendo prioridades na prestação dos cuidados			
• Atuo com rapidez respondendo às necessidades do utente emergente, adequando os recursos disponíveis à situação			
• Administro a terapêutica de acordo com as prescrições			
• Contato família /acompanhantes, recolhendo dados e fornecendo informações sobre a sua evolução da situação do doente			
• Efetuo registos decorrentes da avaliação efetuada e dos cuidados de enfermagem prestados no episódio de urgência			
• Adequo estratégias de conforto e apoio emocional, estabelecendo e informando o utente dos procedimentos a que está a ser sujeito			
• Colaboro e preparo com a equipa médica de ortopedia e pequena cirurgia na realização de procedimentos			
• Efetuo pensos e outros tratamentos			
• Preparo o utente quando da transferência para o Bloco Operatório, Internamento ou Unidade de origem			

Quadro XXIII – Avaliação de Conhecimentos / Sala de Emergência / Especialidades



 SERVIÇO DE URGÊNCIA	<b>AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS</b>
-------------------------	---------------------------------------

SALA DE EMERGÊNCIA / ESPECIALIDADES (CONT.)	SIM (+)	- / +	NÃO (-)
• Encaminho o utente para outra área funcional do serviço, informando o enfermeiro responsável pela continuidade de cuidados, caso o utente fique em observação			
• Preparo o utente para a alta, através do ensino			
• Oriento o assistente operacional na reposição do material consumo clínico			
• Mantenho a sala funcional, orientando e supervisionando a limpeza e arrumação da mesma após cada utilização			
• Sei como aceder à terapêutica através do sistema PYXIS			
• Reconheço a não existência de protocolos nesta área			
• Reconheço que em situações de emergência/risco de vida tem autonomia para administrar terapêutica sob orientação médica			
• Identifico os Assistentes Operacionais responsáveis para encaminhamento e acompanhamento destes doentes aos exames complementares de diagnóstico			
• Identifico o material em cada uma das salas			
• Procedo à verificação da operacionalidade dos mesmos (monitores de sinais vitais, desfibrilhadores, laringoscópios)			
• Reponho o material em cada sala no turno da manhã e sempre que seja necessário			
• Sei o local de armazenamento do mesmo			
• Sei como atuar quando existe falta de equipamento (serviços a contactar; dar conhecimento equipa)			
• Oriento os Assistentes Operacionais na reposição de matérias de consumo clínico			

Quadro XXIV – Avaliação de Conhecimentos / Sala de Emergência / Especialidades (Cont.)



 SERVIÇO DE URGÊNCIA	<b>AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS</b>
-------------------------	---------------------------------------

APOIO	SIM (+)	- / +	NÃO (-)
• Identifico quais as salas onde se movimenta o elemento responsável por esta área			
• Reconheço o carácter multifacetado deste posto consoante as dinâmicas apresentadas pelo serviço.			
• Reconheço as áreas em que desenvolve a sua ação			
• Sem doentes internados, reconheço e colaboro, em articulação com os restantes postos de trabalho (Triagem, balcão, sala de emergência e especialidades)			
• Com doentes internados, reconheço e operacionalizo os procedimentos de internamento			
• Acolho o utente			
• Garanto a privacidade no atendimento			
• Analiso e interpreto a informação obtida, estabelecendo o diagnóstico de enfermagem e prioridades de situação			
• Procedo à avaliação/reavaliação do risco de queda			
• Deteto precocemente situações de crise ou agravamento do estado clínico do utente, informando o médico responsável sempre que necessário			
• Acolho e presto informações aos familiares do doente nos horários estabelecidos			
• Transmito, sempre que tiver de se ausentar, a informação considerada pertinente sobre os utentes, ao enfermeiro que se encontrar mais disponível para assumir a continuidade dos			
• Acompanho o utente nas transferências para outras áreas do serviço, como Bloco Operatório			
• Administro a terapêutica de acordo com as prescrições			
• Sei como aceder à terapêutica através do sistema PYXIS			
• Conheço a preparação necessária para cada exame complementar de diagnóstico, solicitado em apoio			
• Identifico os Assistentes Operacionais responsáveis para encaminhamento e acompanhamento destes doentes aos exames complementares de diagnóstico			
• Sei como atuar quando existe falta de equipamento (serviços a contactar; dar conhecimento equipa)			

Quadro XXV – Avaliação de Conhecimentos / Apoio





HOSPITAL Dr. José Maria Grande

SERVIÇO DE URGÊNCIA

 SERVIÇO DE URGÊNCIA	AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS
-------------------------	-------------------------------

SERVIÇO DE OBSERVAÇÃO	SIM (+)	+/-	NÃO (-)
• Identifico as áreas destinadas a este serviço			
• Reconheço a estrutura e organização das camas em cada uma das salas			
• Identifico no plano de trabalho a distribuição dos Enfermeiros nestas salas			
• Reconheço no plano o método distribuição e quais as camas em cada um dos SO			
• Identifico as funções do Enfermeiro			
• Identifico a articulação deste serviço com os serviços de internamento			
• Passo o turno ao colega de trabalho			
• Garanto a privacidade do utente			
• Planeio a prestação de cuidados de enfermagem globais e individualizados decorrentes das prescrições médicas e de enfermagem			
• Administro a terapêutica e efetuo os tratamentos de acordo com a prescrição médica			
• Procedo à avaliação/reavaliação do risco de queda			
• Deteto precocemente situações de crise ou agravamento do estado clínico do utente, informando o médico responsável sempre que necessário			
• Providencio a alimentação dos utentes nos horários estabelecidos e sempre que necessário			
• Avalio o estado de integridade cutânea e previno as consequências da imobilidade			
• Efetuo registos decorrentes da avaliação efetuada e dos cuidados prestados (dependente e independente)			
• Demonstro conhecimentos sobre o funcionamento dos monitores cardíacos, ventiladores, seringas e bombas infusoras (localização, funcionamento e manutenção)			
• Acolho os visitantes do utente nos horários estabelecidos			
• Transmito, sempre que tiver de me ausentar, a informação considerada pertinente sobre os utentes, a outro enfermeiro que se encontre distribuído nessa área			
• Informo o enfermeiro responsável pela continuidade dos cuidados			
• Garanto que, após cada utilização, os equipamentos (ventiladores, desfibrilhadores, monitores) são limpos, testados e arrumados (carro de emergência)			
• Mantenho as salas operacionais, orientando e supervisionando a sua limpeza e arrumação			
• Sei como aceder à terapêutica através do sistema PYXIS			
• Conheço a preparação necessária para cada exame complementar de diagnóstico, solicitado SO			
• Identifico os Assistentes Operacionais responsáveis para encaminhamento e acompanhamento destes doentes aos exames complementares de diagnóstico			

Quadro XXVI – Avaliação de Conhecimentos / Serviço de Observação



 SERVIÇO DE URGÊNCIA	<h2>AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS</h2>
--	-------------------------------------

SERVIÇO DE OBSERVAÇÃO (CONT.)	SIM (+)	+/-	NÃO (-)
• Identifico o material em cada uma das salas			
• Conheço as características do material e equipamento (localização, funcionamento e manutenção)			
• Reponho o material em cada sala no turno da manhã e sempre que seja necessário			
• Sei o local de armazenamento do mesmo			
• Sei como atuar quando existe falta de equipamento (serviços a contactar; dar conhecimento equipa)			
• Oriento os Assistentes Operacionais na reposição de matérias de consumo clínico			

Quadro XXVII – Avaliação de Conhecimentos / Serviço de Observação (Cont.)





 SERVIÇO DE URGÊNCIA	<b>AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS</b>
-------------------------	---------------------------------------

SERVIÇO INFORMÁTICOS	SIM (+)	+ /-	NÃO (-)
• Reconhece quais as <i>passwords</i> a utilizar para aceder a cada uma das interfaces			
• Identifica a área a que deve estar alocada consoante o posto de trabalho (Urgência ou Internamento)			

Quadro XXVIII – Avaliação de Conhecimentos / Serviços Informáticos

 SERVIÇO DE URGÊNCIA	<b>AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS</b>
-------------------------	---------------------------------------

SERVIÇO DE HOTELARIA	SIM (+)	+ /-	NÃO (-)
• Identifica os horários de funcionamento deste serviço			
• Identifica o local na estrutura física da instituição onde eles se encontram			

Quadro XXIX – Avaliação de Conhecimentos / Serviço de Hotelaria

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Jorge, G. S. (2012). *Manual de Integração no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio* (Trabalho realizado no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico. Setúbal.
- *Manual de Acolhimento e Integração de Enfermeiros no Serviço de Urgência* (2013). Centro Hospitalar Médio Tejo EPE. Abrantes.
- *Manual de Integração* (2017). Instituto Português de Oncologia do Porto FG, EPE. Porto.
- Neves, L. M. R. (2012). *Acolhimento e Integração dos funcionários no Hospital de Faro, EPE*. Elaboração do Manual de Acolhimento (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve. Faro.
- Paula, M (2019). *Guia de Integração na função de Enfermeiro Circulante* (Trabalho realizado no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem Perioperatória). Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico. Setúbal.
- Silva, P. (2010). *O Enfermeiro e o Serviço de Urgência* (Relatório Crítico de Atividades 2008/2010). Hospital Doutor José Maria Grande. Portalegre.
- Silva, P. (2013). *O Enfermeiro e o Serviço de Urgência* (Trabalho realizado no âmbito de uma aula ao 4º ano de Enfermagem). Escola Superior de Saúde. Portalegre.



## ANEXOS

- Anexo I – Plano Semanal de Trabalho
- Anexo II – Ficha de Urgência – Utilizar em situação de falha do sistema
- Anexo III – Impugnação de responsabilidade
- Anexo IV – Relação do Espólio A
- Anexo V – Relação do Espólio B
- Anexo VI – Identificação do cadáver
- Anexo VII – Impresso de comunicação de faltas / ausências / férias
- Anexo VIII – Alteração do Plano de férias
- Anexo IX – Circuito em caso de acidente de trabalho
- Anexo X – Orientação gráfica de precauções por via aérea
- Anexo XI – Orientação gráfica de precauções de contacto



Anexo I – Plano Semanal de Trabalho



SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRURGICA  
ENFERMAGEM – PLANO SEMANAL DE TRABALHO

SEMANA DE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

POSTO DE TRABALHO	SEMANA DE ____ / ____ / ____						
	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SABADO	DOMINGO
TRIAGEM	1						
BALÇÃO AZUL / VERDE (1,2)	2						
BALÇÃO AMARELO / LARANJA (3)	3						
SO	4						
	5						
SALA EMERG./PEQ. CIRUR/ORTO	6						
APOIO	7						

MANHÃ	
TRIAGEM	1
BALÇÃO AZUL / VERDE (1,2)	2
BALÇÃO AMARELO / LARANJA (3)	3
	4
SO	5
	6
	7
SALA EMERG./PEQ. CIRUR/ORTO	8
APOIO	9

TARDE	
TRIAGEM	1
BALÇÃO AZUL / VERDE (1,2)	2
BALÇÃO AMARELO / LARANJA (3)	3
	4
SO	5
	6
SALA EMERG./PEQ. CIRUR/ORTO	7
APOIO	8

1 – BALÇÃO AZUL / VERDE – APOIA / PERMUTA TRIAGEM  
3 – BALÇÃO AMARELO / LARANJA – APOIA EMERGENCIA / MEDICINA INTERNA

VISTO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



HOSPITAL Dr. José Maria Grande

SERVIÇO DE URGÊNCIA

Anexo II – Ficha de Urgência – Utilizar em situação de falha do sistema



FICHA DE URGÊNCIA  
UTILIZAR EM SITUAÇÃO DE FALHA DO SISTEMA

<table border="1"> <tr><td>Vermelho</td></tr> <tr><td>Laranja</td></tr> <tr><td>Amarelo</td></tr> <tr><td>Verde</td></tr> <tr><td>Azul</td></tr> <tr><td>Branco</td></tr> </table>	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul	Branco	Dia: _____ Hora: _____ h _____ min	<b>TRIAGEM Enfermagem</b>	Escala de Coma de Glasgow Escala de Dor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Vermelho								
	Laranja								
	Amarelo								
	Verde								
Azul									
Branco									
Fluxograma: _____		T.A. _____ / _____							
O Enfermeiro: _____		Pulso _____							
N° Ordem: _____		Temp. _____							
Reclassificação Prioridade: _____ h _____ min Médico/ Enf. _____		Descriminador escolhido: _____	BMTeste _____ Sato <sup>2</sup> _____						

Dia: _____ h _____ min	<b>Médico</b>	<b>ANÁLISES</b> RX _____ ECG _____ ECO _____ TC _____ CTG _____
------------------------	---------------	--

O Médico

Pedido de Observação pela especialidade: \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min

_____ h _____ min	<b>Especialidade</b>	<input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Ortopedia	<input type="checkbox"/> Obstetria <input type="checkbox"/> Ginecologia <input type="checkbox"/> Pediatria	<input type="checkbox"/> Outras
-------------------	----------------------	--	--	---------------------------------

O Médico

Terapêutica (fármaco/ dose/ via/ hora)	Médico	Enfermeiro

MOD.03.URG.01

1/2



**Anexo III – Impugnação de responsabilidade**



**IMPUGNAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

SERVIÇO DE: \_\_\_\_\_

Tendo pedido para manter em sua posse, os seus bens, objectos e/ou vestuário de que é portador (a seguir discriminados), ou recusando a entrega dos mesmos, fica por este meio devidamente informado de que a ULSNA,EPE declina toda a responsabilidade pelo desaparecimento, extravió ou inutilização dos mesmos. Os valores que ficam à responsabilidade do Utente são (discriminar com pormenor e riscar os espaços em branco):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ULSNA-EPE, \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do Enfermeiro: \_\_\_\_\_

Assinatura do Assistente Operacional: \_\_\_\_\_

Assinatura do Utente: \_\_\_\_\_

NOTA: Todas as assinaturas devem ser bem legíveis.  
O documento deve ser impresso em duplicado.

MOD.16.ULSNA.01



Anexo IV – Relação do Espólio A



RELAÇÃO DO ESPÓLIO A

(Dinheiro e objetos de valor)

Nome \_\_\_\_\_  
 Serviço \_\_\_\_\_ Cama nº \_\_\_\_\_  
 Processo nº \_\_\_\_\_ Data de registo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Responsáveis pelos registos:  
 a) Enfermeiro \_\_\_\_\_ Nº Mecanográfico \_\_\_\_\_  
 b) Assistente Operacional \_\_\_\_\_ Nº Mecanográfico \_\_\_\_\_

DESCRIÇÃO DO ESPÓLIO A

Nº	Descrição	Nº	Descrição

Data do depósito: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Ass. do Doente (caso esteja consciente): \_\_\_\_\_  
 Ass. do responsável pelo depósito (Urgência - Segurança / Internamento - Tesoureiro): \_\_\_\_\_  
 Data do levantamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Quem recebeu: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Ass. Urgência - Segurança / Internamento - Tesoureiro: \_\_\_\_\_

NOTA: Todas as assinaturas devem ser bem legíveis.  
 O documento deve ser impresso em triplicado.

MOD.14.ULSNA.01





Anexo V – Relação do Espólio B



RELAÇÃO DO ESPÓLIO B

(Vestuário, próteses e outros)

Nome \_\_\_\_\_

Serviço \_\_\_\_\_ Cama nº \_\_\_\_\_

Processo nº \_\_\_\_\_ Data de registo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsáveis pelos registos:

a) Enfermeiro \_\_\_\_\_ Nº Mecanográfico \_\_\_\_\_

b) Assistente Operacional \_\_\_\_\_ Nº Mecanográfico \_\_\_\_\_

DESCRIÇÃO DO ESPÓLIO B

Nº	Descrição	Nº	Descrição

Assinatura do Doente (caso esteja consciente): \_\_\_\_\_

O responsável pelo levantamento: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

NOTA: Todas as assinaturas devem ser bem legíveis.  
O documento deve ser impresso em triplicado.

MOD.15.ULSNA.01



**Anexo VI – Identificação do cadáver**

**ULSNA+** Identificação de Cadáver

Hospital: \_\_\_\_\_  
Serviço de: \_\_\_\_\_  
Corpo de: \_\_\_\_\_  
Em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

MOD.49/ULSNA/01  Enfermeiro  NP Mecanográfico



Anexo VII – Impresso de comunicação de faltas / ausências / férias



Despacho

Exmº Senhor  
Vogal Executivo / Presidente do C.A. Da ULSNA E.P.E.

N.º  
Mecanográfico

--	--	--	--	--

Nome \_\_\_\_\_  
Categoria \_\_\_\_\_ Colocado no Serviço de \_\_\_\_\_

solicita a V. Ex.ª que, de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ lhe sejam justificadas as seguintes faltas:

Tipo de Vínculo \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Casamento _____ (1) (2)	<input type="checkbox"/> Assistência a Familiares ≤ 12 anos (1) (2)
<input type="checkbox"/> Maternidade / Paternidade / Nascimento _____ (1) (2)	<input type="checkbox"/> Assistência a Familiares > 12 anos (1) (2)
<input type="checkbox"/> Activ. Sindical _____ (1) (2)	<input type="checkbox"/> Doação de Sangue ou Socorismo _____ (1) (2)
<input type="checkbox"/> Consulta Pré-Natal _____ (1) (2)	<input type="checkbox"/> Cumprimento de Obrigações _____ (1) (2)
<input type="checkbox"/> Enc. Educ. / Deslocação às escolas _____ (1) (2)	<input type="checkbox"/> Prestação de Provas de Concurso _____ (1) (2)
<input type="checkbox"/> Adoção _____ (1) (2)	<input type="checkbox"/> Artº 135 Próprio Ano dia / ½ dia (1) (2)
<input type="checkbox"/> Nojo (1) _____ (1) (2)	<input type="checkbox"/> Artº 135 Ano Seguinte dia / ½ dia (1) (2)
<input type="checkbox"/> Trabalhador - Estudante / Exames _____ (1) (2)	<input type="checkbox"/> Trat. Ambulatório; C. Médicas; Exame _____ (1) (2)
<input type="checkbox"/> Júri de Concurso _____ (1) (2)	<input type="checkbox"/> _____ (1) (2)

- Declara, de acordo com as disposições legais em vigor, reunir as melhores condições para prestar assistência ao seu \_\_\_\_\_, com a idade de \_\_\_\_\_ anos.

Nome: (1) \_\_\_\_\_ Relação Familiar: \_\_\_\_\_ Grau: \_\_\_\_\_

- Solicita a V. Ex.ª, autorização para gozar o período de férias a que tem direito, de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (\_\_\_ dias úteis) referente ao ano de \_\_\_\_\_;

- Meio dia de falta por conta de férias: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, das \_\_\_ - \_\_\_ horas às \_\_\_ - \_\_\_ horas

O contacto de férias é: \_\_\_\_\_

Portalegre, \_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_

(Assinatura)

<p>Informação do Responsável do Serviço</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(Assinatura)</p>	<p>Informação Serviço de Recursos Humanos</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(Assinatura)</p>	<p>Observações</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(Assinatura)</p>
---	--	---

(1) Presente em uma ou a campo pontual  
(2) Número de dias pontuais  
(3) Relação familiar  
(4) Abor a que não interessa  
(5) Assinar sempre documentos comprovativos

MOD.01.SRH.01



Anexo VIII – Alteração do Plano de férias

**ULSNA+**  
UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE DO NORTE ALVITELIANO - EPE

Despacho C.A.

Alteração ao Plano de Férias Referente ao Ano de \_\_\_\_\_

A Preencher Pelo Requerente

Exmº Senhor  
Vogal Executivo do C.A.

\_\_\_\_\_, com a categoria de \_\_\_\_\_, nº Mec. \_\_\_\_\_, solicita a V. Exª que lhe seja concedida autorização para que o período de Licença para férias de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, autorizado no Plano Anual de Férias seja alterado para \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, fundamentando o seu pedido em \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pede Deferimento

**ULSNA, E.P.E.** - \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Informação do Responsável de Serviço

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ULSNA, E.P.E.** - \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Informação do Serv. Rec. Humanos

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ULSNA, E.P.E.** - \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

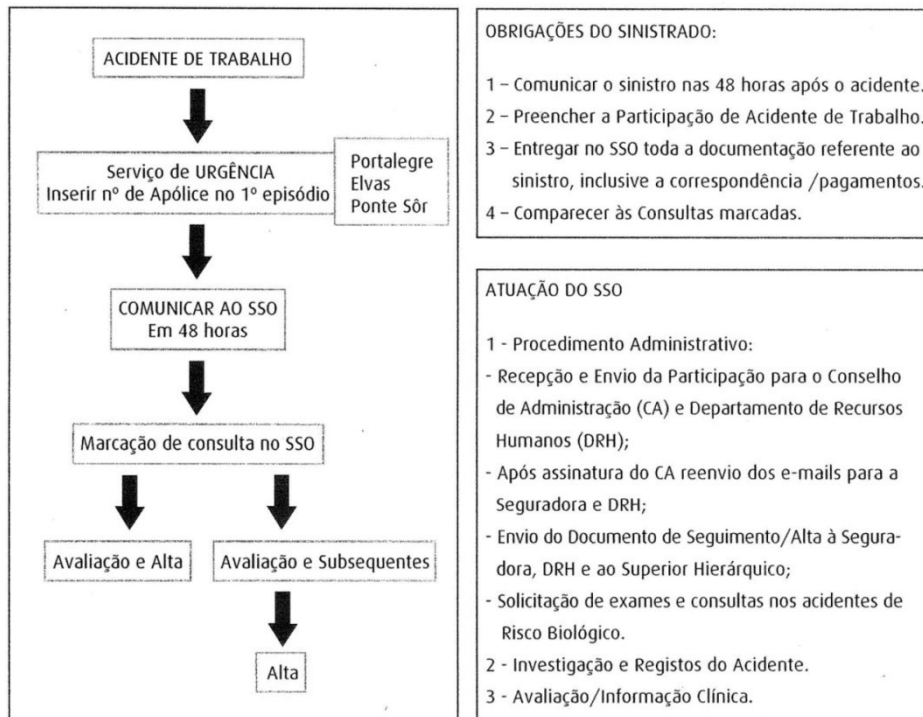
Nota: As alterações ao Plano de Férias deverão ser requeridas com um prazo de antecedência mínima de 15 dias.



Anexo IX – Circuito em caso de acidente de trabalho



CIRCUITO EM CASO DE ACIDENTE DE TRABALHO  
Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) da ULSNA



O Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) está disponível nos dias úteis das 8h30 às 17 horas, para esclarecimentos e apoio. Extensão 11469 - 11344

Toda a população laboral da ULSNA está ao abrigo da legislação geral sobre Acidentes de Trabalho, de acordo com a legislação que se lhe aplica: Dec. Lei 102/2009, Lei 89/2009

Informação específica sobre Acidentes com Exposição a Sangue e a outros Fluidos Orgânicos na Intranet, pasta Documentos e Modelos dos Serviços/SSO - Serviço de Saúde Ocupacional.

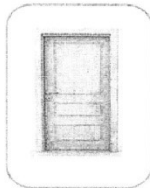
Anexo X – Orientação gráfica de precauções por via aérea

ULSNA+	PQ-07-GCL-PPCIRA Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão
--------	---

Anexo VI

ORIENTAÇÃO GRÁFICA DE PRECAUÇÕES POR VIA AÉREA

Quarto individual  
Porta fechada



Reforçar Precauções  
Básicas



Equipamento Clínico  
Uso exclusivo



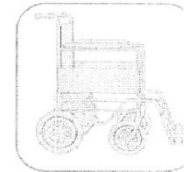
Respirador de partículas  
NP2



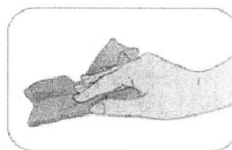
Restrição / ensino de  
Visitas



Transporte:  
Doente com máscara cirúrgica  
ou respirador NP1 / NP2



Descontaminação do  
material/equipamento e  
controlo do ambiente



Edição 1

Data: 27.11.2015

Página 22/24

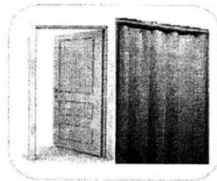
Anexo XI – Orientação gráfica de precauções de contacto

ULSNA+	PQ-07-GCL-PPCIRA Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão
--------	---

Anexo IV

ORIENTAÇÃO GRÁFICA DE PRECAUÇÕES DE CONTACTO

- Quarto individual.  
Na impossibilidade,  
- Cortinas Separadoras



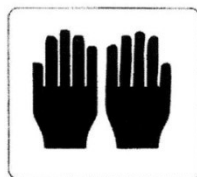
Reforçar Precauções Básicas



Equipamento Clínico  
Uso exclusivo



Luvas à entrada do  
isolamento  
(se fluídos orgânicos)



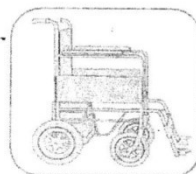
Avental/Bata à entrada  
do isolamento



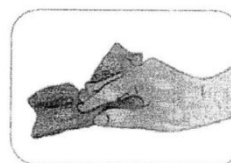
Restrição / ensino de  
Visitas



Transporte/ Doente:  
- Roupas limpas  
- Secreções contidas



Descontaminação do  
material/equipamento e  
controlo do ambiente



Edição 1

Data: 27.11.2015

Página 20/24



Apêndice X – **Divulgação da sessão de apresentação do PIS**



SFIBD, 2019

### **“Manual de Acolhimento e Integração de Novos Enfermeiros no Serviço de Urgência”**

Projeto de Estágio Integrado no 3º Mestrado em Enfermagem em Associação com Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica.

Solicita-se a todos os enfermeiros interessados que coloquem o nome, no dia abaixo indicado, a fim de comparecer à Sessão de Formação planeada.

Agradecemos a vossa presença.

Muito obrigado.

<b>Dia 07 de Janeiro de 2020</b>

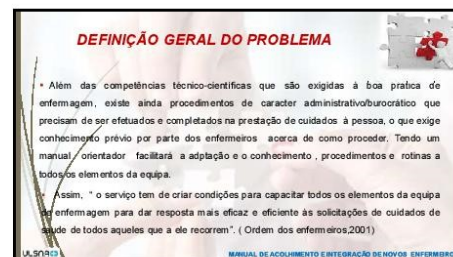
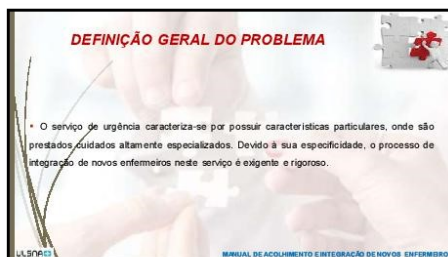
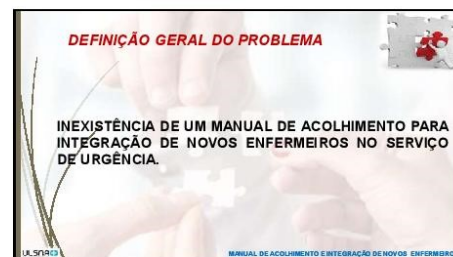
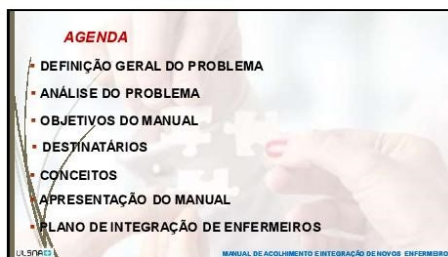
**Duração:** 50 minutos (14h30 -15h20) **Local:** Sala de reuniões do HDJMG

**Formadoras:** Enfermeira Manuela Oliveira e Enfermeira Especialista Patrícia Silva

**Docente Orientador:** Professor Doutor Adriano Pedro

**Apêndice XI– Apresentação da sessão do PIS**

11/06/2020



11/06/2020

**AGENDA**

- DEFINIÇÃO GERAL DO PROBLEMA
- ANÁLISE DO PROBLEMA**
- OBJETIVOS DO MANUAL
- DESTINATÁRIOS
- CONCEITOS
- APRESENTAÇÃO DO MANUAL
- PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS

ULS/SP/UCS

MANUAL DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**ANÁLISE DO PROBLEMA**

- Fatores causadores de problemas no processo de integração de novos enfermeiros
  - Período de integração curto ou inexistente
  - Inexistência de um guia de integração
  - Não conhecimento da organização do serviço
  - Não conhecimento dos locais e metodologias do serviço
- Implicam processos de integração de menor qualidade
- Reflexão nas prestação de cuidados e grau de satisfação dos enfermeiros

ULS/SP/UCS

MANUAL DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**ANÁLISE DO PROBLEMA**  
*Problemas parcelares*

- Desconhecimento dos objetivos para o enfermeiro em integração;
- Nível inferior de eficiência dos novos enfermeiros por um determinado período de tempo;
- A auto-avaliação inicial dos enfermeiros fica comprometida;
- Os enfermeiros mais antigos despendem mais tempo com a formação;
- Eventual diminuição da qualidade dos cuidados de saúde prestados;
- Dificuldade do enfermeiro orientador no processo de integração do novo enfermeiro.

ULS/SP/UCS

MANUAL DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**AGENDA**

- DEFINIÇÃO GERAL DO PROBLEMA
- ANÁLISE DO PROBLEMA
- OBJETIVOS DO MANUAL**
- DESTINATÁRIOS
- CONCEITOS
- APRESENTAÇÃO DO MANUAL
- PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS

ULS/SP/UCS

MANUAL DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**OBJETIVOS DO MANUAL**  
*Geral*

APRESENTAR PROPOSTA DE UM MANUAL DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE MODO A CONTRIBUIR PARA A MELHORIA DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA.

ULS/SP/UCS

MANUAL DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**OBJETIVOS DO MANUAL**  
*Específicos*

- Facilitar a integração de novos elementos;
- Apresentar um Plano de Integração para novos enfermeiros no Serviço de Urgência;
- Elaborar um guia de integração para novos enfermeiros;
- Apresentar o cronograma de atividades proposta para os enfermeiros em integração no serviço de urgência;
- Apresentar a grelha de avaliação de integração proposta para os novos enfermeiros no Serviço de Urgência.

ULS/SP/UCS

MANUAL DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

11/06/2020

**AGENDA**

- DEFINIÇÃO GERAL DO PROBLEMA
- ANÁLISE DO PROBLEMA
- OBJETIVOS DO MANUAL
- DESTINATÁRIOS**
- CONCEITOS
- APRESENTAÇÃO DO MANUAL
- PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS

ULS/SP/UCS  
MANUAL DE ACOULHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**DESTINATÁRIOS**

- O Manual destina-se aos enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital Dr. José Maria Grande em período de integração.
- Poderá, em momento oportuno ser adaptado às SUB do Distrito, designadamente de Ponte de Sor e Elvas.

ULS/SP/UCS  
MANUAL DE ACOULHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**AGENDA**

- DEFINIÇÃO GERAL DO PROBLEMA
- ANÁLISE DO PROBLEMA
- OBJETIVOS DO MANUAL
- DESTINATÁRIOS
- CONCEITOS**
- APRESENTAÇÃO DO MANUAL
- PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS

ULS/SP/UCS  
MANUAL DE ACOULHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**CONCEITOS**  
*Integração*

- A integração é um processo essencial a qualquer enfermeiro recém-chegado ao Serviço de Urgência e deverá ser encarada como um processo de mudança em direção à valorização pessoal e profissional.
- Integrar um novo elemento na equipa de trabalho, e acima de tudo, fornecer-lhe as melhores condições de adaptação para que, o mais rapidamente possível, se sinta parte integrante da equipa.

ULS/SP/UCS  
MANUAL DE ACOULHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**CONCEITOS**  
*Manual*

Cria as melhores condições de acolhimento e inserção, para que, ao consultório fique a conhecer, de algum modo, a forma de funcionamento, regras e valores partilhados que possibilitem uma identificação mais rápida com a cultura organizacional dominante da Instituição e uma integração imediata como membro ativo da mesma, da qual resulte um clima de confiança sustentado numa política flexível e aberta à modernização, inovação e criatividade.

- Ferramenta cada vez mais indispensável na Gestão dos Recursos Humanos, sendo um elemento facilitador do processo de Acolhimento e Integração de novos colaboradores na Organização.

ULS/SP/UCS  
MANUAL DE ACOULHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**AGENDA**


- DEFINIÇÃO GERAL DO PROBLEMA
- ANÁLISE DO PROBLEMA
- OBJETIVOS DO MANUAL
- DESTINATÁRIOS
- CONCEITOS
- APRESENTAÇÃO DO MANUAL**
- PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS

ULS/SP/UCS  
MANUAL DE ACOULHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

11/06/2020

**APRESENTAÇÃO DO MANUAL**

De modo a facilitar a transmissão de todas as informações essenciais aos novos enfermeiros, foi elaborado um manual de acolhimento e integração que deve ser facilitado ao novo enfermeiro aquando do acolhimento.



**APRESENTAÇÃO DO MANUAL**  
1. Objetivo, 2. Âmbito, 3. Apresentação do HDJMG

ÍNDICE GERAL	9
1. OBJETIVO	7
2. ÂMBITO	7
3. APRESENTAÇÃO GERAL DO HOSPITAL DR. JOSÉ MARIA GRANDE	7
3.1. APRESENTAÇÃO DO HOSPITAL	7
3.2. MISSÃO	8
3.3. ATTRIBUIÇÕES	8
3.4. VISÃO	9
3.5. VALORES	9
3.6. OBJETIVOS	9
3.7. CÓDIGO DE ÉTICA	10
3.8. LOCALIZAÇÃO	11
3.9. ORGANIGRAMA	11

**APRESENTAÇÃO DO MANUAL**  
4. Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

4.1. CARACTERIZAÇÃO	12
4.2. MISSÃO, VISÃO E OBJETIVOS	12
4.3. ESTRUTURA FÍSICA	13
4.4. RECURSOS HUMANOS	15
4.4.1. Equipa Médica	16
4.4.2. Equipa de enfermagem	16
4.4.3. Assistentes Operacionais	17
4.4.4. Assistentes Técnicos Administrativos	17
4.5. METODOLOGIA DE TRABALHO	18

**APRESENTAÇÃO DO MANUAL**  
4. Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

4.6. FUNÇÕES DE ENFERMAGEM	18
4.6.1. Enfermeiro Gestor	18
4.6.2. Enfermeiro responsável	19
4.6.3. Enfermeiro coordenador do turno / chefe de equipa	19
4.6.4. Enfermeiro de triagem	21
4.6.5. Enfermeiro de balcão	22
4.6.6. Enfermeiro de especialidades / sala de emergência	23
4.6.7. Enfermeiro de Apoio	24
4.6.8. Enfermeiro de SO	25
4.7. SISTEMA INFORMÁTICO ALERT	26
4.8. PYXIS	26

**APRESENTAÇÃO DO MANUAL**  
4. Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

4.9. ESTÍMULO ACUMULATIVO, PSICOMOTRIZ E BENEFICÍZACÃO	27
4.10. CIRCUITO DO DOENTE	27
4.10.1. Generalidades	27
4.10.2. Triagem de Manobras	29
4.10.3. Doentes com cor vermelha	29
4.10.4. Doentes com cor amarela	29
4.10.5. Doentes com cor verde	30
4.10.6. Doentes com cor azul	30
4.10.7. Doentes com cor branca	30
4.10.8. Doentes enviados das SUB de Ponte de Sor e Elvas	31
4.10.9. Doentes enviados de outras instituições para o serviço de referência	31
4.10.10. Doentes enviados de outras instituições para o serviço de referência	31
4.10.11. Doentes portadores de carta com informação clínica para o médico em especialidades específicas	31
4.10.12. Doentes pediátricos	31
4.10.13. Considerações finais sobre o circuito do doente	32

**APRESENTAÇÃO DO MANUAL**  
4. Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

4.11. COMUNICAÇÃO INTERNA	33
4.12. COMUNICAÇÃO EXTERNA	33
4.13. VISITAS, ACOMPANHAMENTO E INFORMAÇÃO CLÍNICA	34
4.14. ESPOLIO	34
4.15. SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPIRITUAL E RELIGIOSO	35
4.16. GESTÃO DE RESÍDUOS	36
4.17. ÓBITOS	36



**APRESENTAÇÃO DO MANUAL**  
**5. Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência**

<b>5. EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b> .....	37
5.1. CHECK IN DE APRESENTAÇÃO.....	37
5.1.1. Dados Pessoais.....	37
5.1.2. Cartão de Identificação.....	37
5.1.3. Palavras de acesso.....	37
5.1.4. Acesso ao correio eletrónico institucional.....	38
5.1.5. Fundamento.....	38
5.1.6. Dólar de sigilo / Código deontológico.....	39
5.1.7. Licenças de férias.....	40
5.1.8. Trocas de turno.....	40
5.1.9. Registo de ausências.....	40
5.1.10. Relações.....	41
5.2. HORÁRIO DE TRABALHO.....	41

**APRESENTAÇÃO DO MANUAL**  
**5. Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência**

5.3. PLANO DE TRABALHO.....	41
5.4. REUNIÕES DE PASSAGEM DE TURNO.....	42
5.5. REUNIÕES DE SERVIÇO.....	42
5.6. AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO.....	43
5.7. FORMAÇÃO PROFISSIONAL.....	43
5.7.1. Formação Interna.....	43
5.7.2. Formação Externa.....	44
5.8. REGISTOS DE ENFERMAGEM.....	44
5.9. VERIFICAÇÃO DE OPERACIONALIDADE DOS EQUIPAMENTOS.....	44
5.10. ACIDENTES DE TRABALHO.....	45

**APRESENTAÇÃO DO MANUAL**  
**6. Prevenção e Controlo de infeção, 7. Procedimentos em Situações de Catástrofe**

<b>6. PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO</b> .....	46
6.1. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	46
6.2. ISOLAMENTO DE PROTEÇÃO OU DE CONTENÇÃO.....	48
<b>7. PROCEDIMENTOS EM SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE</b> .....	50
7.1. ATIVAÇÃO DO PLANO DE EMERGENCIA EXTERNO.....	50
7.2. ORGANIZAÇÃO DO HOSPITAL EM EMERGENCIA.....	51
7.3. DINÂMICA DOS SERVIÇOS.....	51
7.3.1. Alandamento das vilmas - serviço de urgência.....	52
7.3.2. Alandamento das vilmas - Bloco operativo.....	53
7.3.3. Alandamento das vilmas - Serviços de Internamento.....	53
7.3.4. Alandamento das vilmas - Unidade de Cuidados Intensivos.....	53

**AGENDA**

- DEFINIÇÃO GERAL DO PROBLEMA
- ANÁLISE DO PROBLEMA
- OBJETIVOS DO MANUAL
- DESTINATÁRIOS
- CONCEITOS
- APRESENTAÇÃO DO MANUAL
- PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
**Índice**

0.1. OBJETIVOS.....	54
0.2. OS INTERVENIENTES.....	54
0.2.1. Enfermeiro Gestor.....	55
0.2.2. Enfermeiro Integrador.....	55
0.2.3. Enfermeiro em Integração.....	56
0.3. PERIODO DE INTEGRAÇÃO.....	56
0.4. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES.....	58
0.5. PLANO DE ATIVIDADES.....	59
0.6. AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS.....	73

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
**Objetivos**

**INTEGRAR O ENFERMEIRO NAS DIFERENTES ÁREAS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA, DE FORMA A ALCANÇAR A MAIS EFICAZ E MELHOR ADAPTAÇÃO, NO MAIS CURTO ESPAÇO DE TEMPO.**

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
*Objetivos*

Objetivos Específicos:

- Conhecer, de forma genérica, o HD.JMG;
- Conhecer e caracterizar o serviço de urgência;
- Conhecer os recursos humanos e materiais do serviço;
- Conhecer as metodologias de trabalho;
- Conhecer a estrutura física do serviço;
- Compreender o circuito do utente no serviço de urgência;
- Conhecer a equipa de enfermagem do serviço de urgência;
- Compreender as funções da equipa de enfermagem do serviço de urgência;

ULS/SP/03      MANUAL DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
*Objetivos*

Objetivos Específicos:

- Conhecer os procedimentos burocráticos associados à prestação de cuidados;
- Conhecer as funções a desempenhar em situação de urgência;
- Utilizar os sistemas informáticos que apolam a prestação de cuidados.

ULS/SP/03      MANUAL DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
*Índice*

8.1. OBJETIVOS.....	54
8.2. OS INTERVENIENTES.....	54
8.2.1. Enfermeiro Gestor.....	55
8.2.2. Enfermeiro Integrador.....	55
8.2.3. Enfermeiro em Integração.....	55
8.3. PERÍODO DE INTEGRAÇÃO.....	56
8.4. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES.....	58
8.5. PLANO DE ATIVIDADES.....	59
8.6. AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS.....	73

ULS/SP/03      MANUAL DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
*Intervenientes*

- Enfermeiro Gestor e/ou Enfermeiro responsável;
- Enfermeiro integrador;
- Enfermeiro a ser integrado.

Durante todo o processo de integração deverá ser procurada uma parceria entre os diferentes intervenientes, com espaço de discussão dos potenciais problemas, baseado na sinceridade, transparência e capacidade de escuta e ajuda mútua.

ULS/SP/03      MANUAL DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
*Intervenientes*

Enfermeiro Gestor

- Informar o novo elemento das características do serviço, da sua missão e dos valores pelos quais se norteia o trabalho;
- Apresentar as instalações do serviço;
- Apresentar a equipa multidisciplinar;
- Nomear um enfermeiro integrador para supervisão e orientação;
- Ser responsável máximo pela avaliação do processo de avaliação do novo elemento;

ULS/SP/03      MANUAL DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
*Intervenientes*

Enfermeiro Gestor

- Proporcionar ao elemento em integração, a oportunidade de participar em atividades que contribuam para o enriquecimento da sua aprendizagem;
- Elaborar o horário tendo em consideração que o enfermeiro em período em integração, deverá ser acompanhado pelo enfermeiro integrador;
- Definir os momentos de avaliação ao longo do tempo de integração.

ULS/SP/03      MANUAL DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
*Intervenientes*

**Enfermeiro Integrador:**

- Realizar uma entrevista inicial de forma a obter informações sobre a experiência profissional, expectativas, dúvidas e receios do integrando;
- Pensar que cada integrando tem um carácter, motivação e tempo próprio para a sua integração;
- Incentivar a prática autónoma, competente e responsável do enfermeiro em integração;

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
*Intervenientes*

**Enfermeiro Integrador:**

- Disponibilizar todo o seu conhecimento sobre os diversos serviços e suas metodologias de trabalho;
- Incentivar o trabalho em equipa;
- Estimular a aprendizagem do enfermeiro em integração, através de uma prática reflexiva, baseada em conhecimento científico verificável e atual.

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
*Intervenientes*

Além das responsabilidades mencionadas, é desejável que o enfermeiro integrador tenha também algumas características facilitadoras do processo de integração:

- Deverá ser enfermeiro no serviço há pelo menos dois anos;
- Ser conhecedor do serviço e da instituição;
- Estar desperto para os processos de formação;
- Ter capacidade de supervisão e orientação.

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
*Intervenientes*

**Enfermeiro em Integração:**

- Adotar uma postura de responsabilidade, transparência e capacidade de trabalho para com a instituição, equipa e utentes;
- Conhecer o manual de acolhimento e integração e as normas de procedimento do HDJMG;
- Atuar de acordo com a missão e valores da instituição e serviço.

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
*Índice*

0.1. OBJETIVOS.....	54
0.2. OS INTERVENIENTES.....	54
0.2.1. Enfermeiro Gestor.....	55
0.2.2. Enfermeiro Integrador.....	55
0.2.3. Enfermeiro em Integração.....	56
<b>0.3. PERÍODO DE INTEGRAÇÃO.....</b>	<b>56</b>
0.4. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES.....	58
0.5. PLANO DE ATIVIDADES.....	59
0.6. AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS.....	73

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
*Período de Integração*

O Serviço de Urgência, dada a sua complexidade e especificidade, exige um período de integração de seis semanas. É necessário definir estratégias, assim como:

- Os elementos a integrar devem estar escalados em horário fixo (de 2ª a 6ª feira das 08h às 16:00h);
- Existência de um ou mais enfermeiros responsáveis pela integração do novo elemento;
- O enfermeiro integrador deve ter a seu cargo apenas um integrando de cada vez.

11/06/2020

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Período de Integração

- O período de integração não deverá ser nem muito demorado nem muito curto, sendo diferente de enfermeiro para enfermeiro e de acordo com as necessidades e objetivos a alcançar.
- A supervisão e orientação devem ser feitas pelo enfermeiro integrador, podendo ocorrer, se necessário, reuniões intermédias com o enfermeiro responsável ou, em último caso, com o enfermeiro gestor.

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Período de Integração

- Sempre que necessário, os enfermeiros integrando e integrador reúnem com o enfermeiro responsável de modo a identificar os conhecimentos que o primeiro detém sobre a orgânica do serviço e verificar dificuldades encontradas, para estabelecerem, se necessário, estratégias conjuntas de investimento e melhoramento.

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Período de Integração

- Em caso de necessidade, o período de integração pode ser prolongado e aprofundado as temáticas em que o enfermeiro em integração tiver mais dificuldades.
- Facilitação na participação do novo elemento em atividades específicas como ações de formação e consulta de manuais de serviço que respondam às suas necessidades e contribuam para o enriquecimento da sua aprendizagem;

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Período de Integração

- A integração no serviço considera-se terminada quando o enfermeiro se mostrar apto a cumprir todas as funções específicas de cada área funcional do serviço.
- Após o período de integração com supervisão e orientação, o enfermeiro deverá continuar a investir na sua formação, adquirindo sempre novos conhecimentos e desenvolvendo competências.

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Índice

0.1. OBJETIVOS.....	54
0.2. OS INTERVENIENTES.....	54
0.2.1. Enfermeiro Gestor.....	55
0.2.2. Enfermeiro Integrador.....	55
0.2.3. Enfermeiro em Integração.....	56
0.3. PERÍODO DE INTEGRAÇÃO.....	56
0.4. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES.....	58
0.5. PLANO DE ATIVIDADES.....	59
0.6. AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS.....	73

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Cronograma de Atividades

ATIVIDADES	CRONOGRAMA DE ATIVIDADES						
	1.ª	2.ª	3.ª	4.ª	5.ª	6.ª	7.ª
• Apresentação de apresentação de acolhimento							
• Apresentação de necessidades e tarefas							
• Apresentação do C. de rotas dos enfermeiros a Plano de Trabalho	X						
• Conselho de Gestão de Equipamento e Integração do Serviço							
• Reunião de trabalho no âmbito do plano de trabalho							
• Organização de trabalho por rotinas de trabalho							
• Documentação de rotinas de trabalho							
• Organização de trabalho por rotinas de trabalho							
• Documentação de rotinas de trabalho							
• Organização de trabalho por rotinas de trabalho							
• Documentação de rotinas de trabalho							



**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Cronograma de Atividades

ATIVIDADES	CRONOGRAMA DE ATIVIDADES						
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª
• Promoção de contacto com o plano de Enfermeiros Integrados, em parceria com a Unidade de Saúde Familiar (USF) e o Serviço de Urgência				X	X		
• Elaboração do plano de integração de Enfermeiros Integrados						X	X
• Elaboração do plano de integração de Enfermeiros Integrados							X
• Elaboração do plano de integração de Enfermeiros Integrados							X
• Elaboração do plano de integração de Enfermeiros Integrados							X

MANUAL DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Índice

8.1. OBJETIVOS	54
8.2. OS INTERVENIENTES	54
8.2.1. Enfermeiro Gestor	55
8.2.2. Enfermeiro Integrador	55
8.2.3. Enfermeiro em Integração	55
8.3. PERÍODO DE INTEGRAÇÃO	56
8.4. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES	58
8.5. PLANO DE ATIVIDADES	59
8.6. AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS	73

MANUAL DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Plano de Atividades

• As atividades a desenvolver pelo Enfermeiro em integração no Serviço de Urgência estão organizadas cronologicamente por espaço temporal (incremento de dias de integração), tendo em conta os objetivos, os recursos humanos, os recursos materiais e o espaço físico / área funcional onde as atividades irão ocorrer.

MANUAL DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Plano de Atividades

**1ª SEMANA / 1º DIA / APRESENTAÇÃO**

- Enfermeiro Gestor ou Enfermeiro Responsável
- Serviço de Urgência, Vestiários

ULSOSA	PLANO DE ATIVIDADES
1ª SEMANA / 1º DIA / APRESENTAÇÃO	1ª SEMANA / 1º DIA / APRESENTAÇÃO
Objetivos	• Apresentar o plano de integração
Atividades a desenvolver	• Apresentar o plano de integração

MANUAL DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Plano de Atividades

**1ª SEMANA / 2ª DIA / TURNO DA MANHÃ**

- Enfermeiro Integrador de horário fixo
- Gabinete de Triage

ULSOSA	PLANO DE ATIVIDADES
1ª SEMANA / 2ª DIA / TURNO DA MANHÃ	1ª SEMANA / 2ª DIA / TURNO DA MANHÃ
Objetivos	• Apresentar o plano de integração
Atividades a desenvolver	• Apresentar o plano de integração

MANUAL DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Plano de Atividades

**1ª SEMANA / 3ª DIA / TURNO DA MANHÃ**

- Enfermeiro Integrador de horário fixo
- Balcoes

ULSOSA	PLANO DE ATIVIDADES
1ª SEMANA / 3ª DIA / TURNO DA MANHÃ	1ª SEMANA / 3ª DIA / TURNO DA MANHÃ
Objetivos	• Apresentar o plano de integração
Atividades a desenvolver	• Apresentar o plano de integração

MANUAL DE ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

11/06/2020

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Plano de Atividades

1ª SEMANA / 4º DIA / TURNO DA MANHÃ

- Enfermeiro Integrador de horário fixo
- Sala de Urgência, Sala de Pequena Cirurgia, Ortopedia

ULS/SP/ES	PLANO DE ATIVIDADES
Objetivos	1. Avaliar o conhecimento teórico e prático do enfermeiro em relação ao trabalho em Urgência.
Recursos Materiais	1. Sala de Urgência, Sala de Pequena Cirurgia, Ortopedia.
Recursos Humanos	1. Enfermeiro Integrador de horário fixo.
Equipamento	1. Sala de Urgência, Sala de Pequena Cirurgia, Ortopedia.
Atividades a desenvolver	1. Avaliar o conhecimento teórico e prático do enfermeiro em relação ao trabalho em Urgência.

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Plano de Atividades

1ª SEMANA / 5º DIA / TURNO DA MANHÃ

- Enfermeiro Integrador de horário fixo
- Após

ULS/SP/ES	PLANO DE ATIVIDADES
Objetivos	1. Avaliar o conhecimento teórico e prático do enfermeiro em relação ao trabalho em Urgência.
Recursos Materiais	1. Sala de Urgência, Sala de Pequena Cirurgia, Ortopedia.
Recursos Humanos	1. Enfermeiro Integrador de horário fixo.
Equipamento	1. Sala de Urgência, Sala de Pequena Cirurgia, Ortopedia.
Atividades a desenvolver	1. Avaliar o conhecimento teórico e prático do enfermeiro em relação ao trabalho em Urgência.

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Plano de Atividades

2ª SEMANA / 6º DIA / TURNO DA MANHÃ

- Enfermeiro Integrador de horário fixo
- SO1 e SO2

ULS/SP/ES	PLANO DE ATIVIDADES
Objetivos	1. Avaliar o conhecimento teórico e prático do enfermeiro em relação ao trabalho em Urgência.
Recursos Materiais	1. Sala de Urgência, Sala de Pequena Cirurgia, Ortopedia.
Recursos Humanos	1. Enfermeiro Integrador de horário fixo.
Equipamento	1. Sala de Urgência, Sala de Pequena Cirurgia, Ortopedia.
Atividades a desenvolver	1. Avaliar o conhecimento teórico e prático do enfermeiro em relação ao trabalho em Urgência.

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Plano de Atividades

2ª SEMANA / 7º e 8º DIAS / TURNO DA MANHÃ

- Enfermeiro Integrador de horário fixo
- Balcoes Azul/Verde e Amarelo/Laranja

ULS/SP/ES	PLANO DE ATIVIDADES
Objetivos	1. Avaliar o conhecimento teórico e prático do enfermeiro em relação ao trabalho em Urgência.
Recursos Materiais	1. Sala de Urgência, Sala de Pequena Cirurgia, Ortopedia.
Recursos Humanos	1. Enfermeiro Integrador de horário fixo.
Equipamento	1. Sala de Urgência, Sala de Pequena Cirurgia, Ortopedia.
Atividades a desenvolver	1. Avaliar o conhecimento teórico e prático do enfermeiro em relação ao trabalho em Urgência.

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Plano de Atividades

2ª SEMANA / 9º e 10º DIAS / TURNO DA MANHÃ

- Enfermeiro Integrador de horário fixo
- Sala de Emergência e Especialidades

ULS/SP/ES	PLANO DE ATIVIDADES
Objetivos	1. Avaliar o conhecimento teórico e prático do enfermeiro em relação ao trabalho em Urgência.
Recursos Materiais	1. Sala de Urgência, Sala de Pequena Cirurgia, Ortopedia.
Recursos Humanos	1. Enfermeiro Integrador de horário fixo.
Equipamento	1. Sala de Urgência, Sala de Pequena Cirurgia, Ortopedia.
Atividades a desenvolver	1. Avaliar o conhecimento teórico e prático do enfermeiro em relação ao trabalho em Urgência.

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Plano de Atividades

3ª SEMANA / 11º e 12º DIAS / TURNO DA MANHÃ

- Enfermeiro Integrador de horário fixo
- Após

ULS/SP/ES	PLANO DE ATIVIDADES
Objetivos	1. Avaliar o conhecimento teórico e prático do enfermeiro em relação ao trabalho em Urgência.
Recursos Materiais	1. Sala de Urgência, Sala de Pequena Cirurgia, Ortopedia.
Recursos Humanos	1. Enfermeiro Integrador de horário fixo.
Equipamento	1. Sala de Urgência, Sala de Pequena Cirurgia, Ortopedia.
Atividades a desenvolver	1. Avaliar o conhecimento teórico e prático do enfermeiro em relação ao trabalho em Urgência.

10

11/06/2020

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Plano de Atividades

**3ª SEMANA / 13ª e 14ª DIAS / TURNO DA MANHÃ**

- Enfermeiro Integrador de horário fixo
- SO1 e SO2

ULS/URG	PLANO DE ATIVIDADES
ESPAÇO TEMPORAL	3ª SEMANA / 13ª e 14ª DIAS / TURNO DA MANHÃ
Objetivos	• Avaliar o conhecimento teórico e prático do enfermeiro integrador sobre o funcionamento do Serviço de Urgência e do Hospital.
Recursos Materiais	Sala de Integração e Acolhimento de Novos Enfermeiros
Equipe/Função	Enfermeiro Integrador, Enfermeiro em Integração, Enfermeiro em Serviço de Urgência, Enfermeiro em Sala de Emergência e Especialidades, Enfermeiro em Serviço de Urgência, Enfermeiro em Sala de Emergência e Especialidades
Atividades a desenvolver	• Realizar a integração e acolhimento do enfermeiro integrador, avaliando seu conhecimento teórico e prático sobre o funcionamento do Serviço de Urgência e do Hospital.

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Plano de Atividades

**3ª SEMANA e 4ª SEMANA / 15ª (Tarde), 16ª (Manhã) e 17ª (Noite) DIAS / ROULEMENT**

- Enfermeiro Integrador em horário de Roulement
- Balões Azul/Verde e Amarelo/Laranja

ULS/URG	PLANO DE ATIVIDADES
ESPAÇO TEMPORAL	3ª SEMANA e 4ª SEMANA / 15ª (Tarde), 16ª (Manhã) e 17ª (Noite) DIAS / ROULEMENT
Objetivos	• Avaliar o conhecimento teórico e prático do enfermeiro integrador sobre o funcionamento do Serviço de Urgência e do Hospital.
Recursos Materiais	Sala de Integração e Acolhimento de Novos Enfermeiros
Equipe/Função	Enfermeiro Integrador, Enfermeiro em Integração, Enfermeiro em Serviço de Urgência, Enfermeiro em Sala de Emergência e Especialidades, Enfermeiro em Serviço de Urgência, Enfermeiro em Sala de Emergência e Especialidades
Atividades a desenvolver	• Realizar a integração e acolhimento do enfermeiro integrador, avaliando seu conhecimento teórico e prático sobre o funcionamento do Serviço de Urgência e do Hospital.

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Plano de Atividades

**4ª SEMANA / 18ª (Tarde), 19ª (Manhã) e 20ª (Noite) DIAS / ROULEMENT**

- Enfermeiro Integrador em horário de Roulement
- Sala de Emergência e Especialidades

ULS/URG	PLANO DE ATIVIDADES
ESPAÇO TEMPORAL	4ª SEMANA / 18ª (Tarde), 19ª (Manhã) e 20ª (Noite) DIAS / ROULEMENT
Objetivos	• Avaliar o conhecimento teórico e prático do enfermeiro integrador sobre o funcionamento do Serviço de Urgência e do Hospital.
Recursos Materiais	Sala de Integração e Acolhimento de Novos Enfermeiros
Equipe/Função	Enfermeiro Integrador, Enfermeiro em Integração, Enfermeiro em Serviço de Urgência, Enfermeiro em Sala de Emergência e Especialidades, Enfermeiro em Serviço de Urgência, Enfermeiro em Sala de Emergência e Especialidades
Atividades a desenvolver	• Realizar a integração e acolhimento do enfermeiro integrador, avaliando seu conhecimento teórico e prático sobre o funcionamento do Serviço de Urgência e do Hospital.

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Plano de Atividades

**5ª SEMANA / 21ª (Tarde), 22ª (Manhã) e 23ª (Noite) DIAS / ROULEMENT**

- Enfermeiro Integrador em horário de Roulement
- Serviço de Urgência

ULS/URG	PLANO DE ATIVIDADES
ESPAÇO TEMPORAL	5ª SEMANA / 21ª (Tarde), 22ª (Manhã) e 23ª (Noite) DIAS / ROULEMENT
Objetivos	• Avaliar o conhecimento teórico e prático do enfermeiro integrador sobre o funcionamento do Serviço de Urgência e do Hospital.
Recursos Materiais	Sala de Integração e Acolhimento de Novos Enfermeiros
Equipe/Função	Enfermeiro Integrador, Enfermeiro em Integração, Enfermeiro em Serviço de Urgência, Enfermeiro em Sala de Emergência e Especialidades, Enfermeiro em Serviço de Urgência, Enfermeiro em Sala de Emergência e Especialidades
Atividades a desenvolver	• Realizar a integração e acolhimento do enfermeiro integrador, avaliando seu conhecimento teórico e prático sobre o funcionamento do Serviço de Urgência e do Hospital.

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Plano de Atividades

**5ª e 6ª SEMANAS / 24ª (Tarde), 25ª (Manhã) e 26ª (Noite) DIAS / ROULEMENT**

- Enfermeiro Integrador em horário de Roulement
- Serviço de Urgência

ULS/URG	PLANO DE ATIVIDADES
ESPAÇO TEMPORAL	5ª e 6ª SEMANAS / 24ª (Tarde), 25ª (Manhã) e 26ª (Noite) DIAS / ROULEMENT
Objetivos	• Avaliar o conhecimento teórico e prático do enfermeiro integrador sobre o funcionamento do Serviço de Urgência e do Hospital.
Recursos Materiais	Sala de Integração e Acolhimento de Novos Enfermeiros
Equipe/Função	Enfermeiro Integrador, Enfermeiro em Integração, Enfermeiro em Serviço de Urgência, Enfermeiro em Sala de Emergência e Especialidades, Enfermeiro em Serviço de Urgência, Enfermeiro em Sala de Emergência e Especialidades
Atividades a desenvolver	• Realizar a integração e acolhimento do enfermeiro integrador, avaliando seu conhecimento teórico e prático sobre o funcionamento do Serviço de Urgência e do Hospital.

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Índice

8.1. OBJETIVOS	54
8.2. OS INTERVENIENTES	54
8.2.1. Enfermeiro Gestor	55
8.2.2. Enfermeiro Integrador	55
8.2.3. Enfermeiro em Integração	55
8.3. PERÍODO DE INTEGRAÇÃO	55
8.4. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES	58
8.5. PLANO DE ATIVIDADES	59
8.6. AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS	73



11/06/2020

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Avaliação de Conhecimentos

• Após as seis semanas de integração deverá proceder ao preenchimento das grelhas de avaliação por cada área funcional do serviço, com base nas quais se decidirá se o integrando está apto a entrar nos turnos.

ÁREA	CONHECIMENTOS	DESEMPENHO	ATITUDE
1. ATENDIMENTO AO DOENTE			
2. ATENDIMENTO ÀS EQUIPES			
3. ATENDIMENTO ÀS EQUIPES DE ENFERMAGEM			
4. ATENDIMENTO ÀS EQUIPES DE SAÚDE			
5. ATENDIMENTO ÀS EQUIPES DE SAÚDE			
6. ATENDIMENTO ÀS EQUIPES DE SAÚDE			
7. ATENDIMENTO ÀS EQUIPES DE SAÚDE			
8. ATENDIMENTO ÀS EQUIPES DE SAÚDE			
9. ATENDIMENTO ÀS EQUIPES DE SAÚDE			
10. ATENDIMENTO ÀS EQUIPES DE SAÚDE			

ULSPH/CS MANUAL DE ACOANHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS**  
Avaliação de Conhecimentos

- A avaliação da eficácia do programa de integração não termina poucos dias após terminar o processo de integração do novo enfermeiro.
- É necessário manter o contacto com o processo de adaptação deste, havendo regularmente contactos entre ambas as partes, constituindo estas ótimas oportunidades de verificar a eficácia do programa de integração que foi estabelecido.

ULSPH/CS MANUAL DE ACOANHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**SUMÁRIO**

- DEFINIÇÃO GERAL DO PROBLEMA
- ANÁLISE DO PROBLEMA
- OBJETIVOS DO MANUAL
- DESTINATÁRIOS
- CONCEITOS
- APRESENTAÇÃO DO MANUAL
- PLANO DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS

ULSPH/CS MANUAL DE ACOANHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

*"Se você quer construir um navio, não reúna pessoas para coletar madeira e não atribua tarefas e trabalho a elas. O ideal é ensinar-las a ansiar pela imensidão infinita do mar"*

Antoine de Saint-Exupéry

ULSPH/CS MANUAL DE ACOANHIMENTO E INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS

**QUESTÕES**

ULSPH/CS

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Fernandes, A.; Geraldes, J.; Batista, M.; Alves, P. (2010). *Integração de Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral*. Revista Sinais Vitais. N.º 92. Setembro 2010.
- Jorge, G. S. (2012). *Manual de Integração no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio* (Trabalho realizado no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Quirúrgica). Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico, Setúbal.
- *Manual de Acolhimento e Integração de Enfermeiros no Serviço de Urgência* (2013). Centro Hospitalar Médio Tejo EPE. Abrantes.
- *Manual de Integração* (2017). Instituto Português de Oncologia do Porto FG, EPE, Porto.
- Neves, L. M. R. (2012). *Acolhimento e Integração dos funcionários no Hospital de Faro, EPE*. Elaborado Manual de Acolhimento (Dissertação de Mestrado) Universidade do Algarve. Faro.

ULSPH/CS

12

11/06/2020

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem* – Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Lisboa: OE.
- Paula, M. (2019). *Guia de Integração na função de Enfermeiro Circulante* (Trabalho realizado no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem Perioperatória). Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal.
- Silva, P. (2010). *O Enfermeiro e o Serviço de Urgência* (Relatório Crítico de Atividades 2008/2010). Hospital Doutor José Maria Grande. Portalegre.
- Silva, P. (2013). *O Enfermeiro e o Serviço de Urgência* (Trabalho realizado no âmbito de uma aula ao 4º ano de Enfermagem). Escola Superior de Saúde. Portalegre.

13

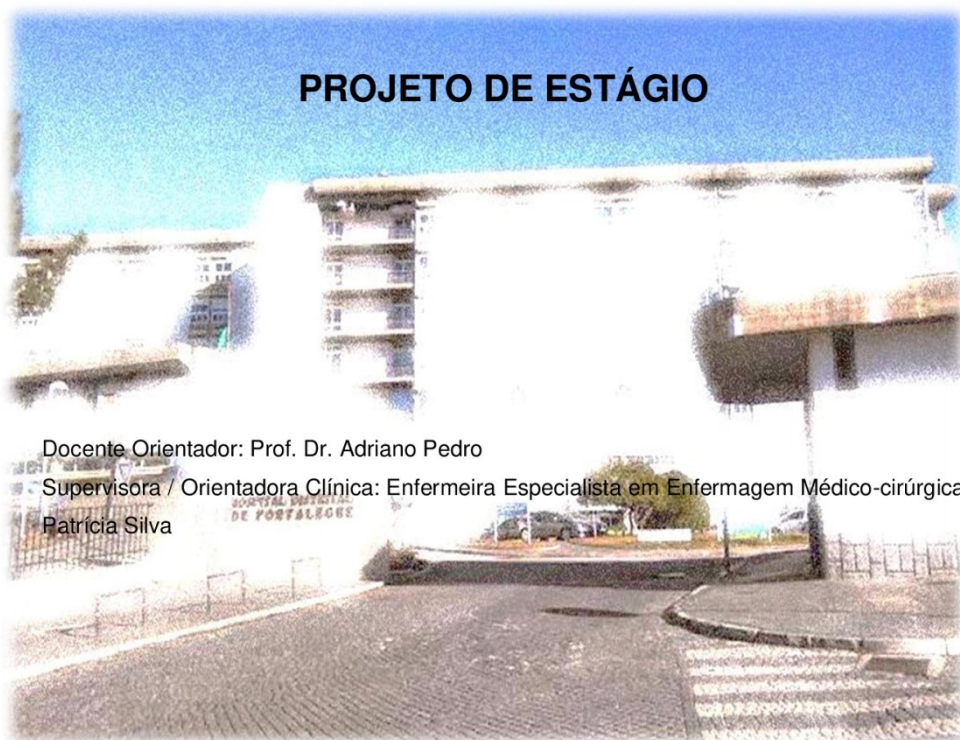
Apêndice XII– **Projeto de estágio**

*Estágio Final*



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE  
Mestrado em Enfermagem em Associação**

CURSO DE Mestrado em Enfermagem com Especialidade  
em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Unidade Curricular: ESTÁGIO FINAL



Docente Orientador: Prof. Dr. Adriano Pedro

Supervisora / Orientadora Clínica: Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica  
Patrícia Silva

Maria Manuela Prates Mata d'Oliveira – N.º 195

**Setembro  
2019**

*Instituto Politécnico de Portalegre – Mestrado em Enfermagem em Associação*

2

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO**

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIDADE**  
**EM ENFERMAGEM MEDICO-CIRÚRGICA**  
Unidade Curricular: ESTÁGIO FINAL

Docente Orientador: Prof. Dr. Adriano Pedro

Supervisora / Orientadora Clínica: Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica  
Patrícia Silva

**PROJETO DE ESTÁGIO**

Maria Manuela Prates Mata d'Oliveira – N.º 195

**Setembro**  
**2019**

**Abreviaturas**

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

OE – Ordem dos Enfermeiros

HDJMG- Hospital Dr. José Maria Grande

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

**Índice**

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	4
<b>1. - LOCAIS DO ESTÁGIO E SUA CARATERIZAÇÃO</b> .....	6
<b>2. - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	8
2.1. - <b>COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b> .....	8
2.1.1. - <b>Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</b> .....	8
2.1.2. - <b>Domínio da melhoria da qualidade</b> .....	9
2.1.3. - <b>Domínio da gestão de cuidados</b> .....	11
2.1.4. - <b>Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b> .....	12
2.2. - <b>COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA, EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA</b> .....	13
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	18
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	19



## **INTRODUÇÃO**

No âmbito do plano de estudos da unidade curricular estágio final do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, a pessoa em situação crítica, foi proposto a elaboração de um projeto de estágio, de modo a proporcionar o desenvolvimento e aquisição de competências na área do cuidar da pessoa em situação crítica.

O serviço de urgência (SU) surge assim, como o local que tem características específicas e que exige que os enfermeiros que aí trabalham estejam preparados para receber uma diversidade de doentes/famílias que ali recorrem, sabendo identificar e agir prioridades e prestar cuidados de qualidade adequados.

Será no serviço de urgência e na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Doutor José Maria Grande (HDJMG) e Unidade de Cuidados Intensivos do HDJMG, que como aluna de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, a pessoa em situação crítica, que terei a oportunidade de experimentar a realidade inerente a um contexto de cuidados de Enfermagem ao doente Crítico/família, sejam elas de natureza científica, técnica ou humana.

O estágio final no serviço de urgência decorrerá entre 16 de Setembro de 2019 e 31 de Dezembro de 2020, sendo orientado pela Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica Patrícia Silva. Na Unidade de Cuidados Intensivos que decorrerá entre o dia 01 de Janeiro de 2020 a 31 de Janeiro de 2020 sob a orientação do Enfermeiro Especialista Médico-cirúrgico João Meira. Estes dois estágios são orientados pelo Professor Responsável Doutor Adriano Pedro.

Tem-se como objetivos desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista de âmbito geral, descritas no Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019) e desenvolver as competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à pessoa em situação crítica, definidas no Regulamento nº 135/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018). Estas estão direcionadas para a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica, para a dinamização da resposta a situações de catástrofe em emergência multi-vítima, e para a maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta adequada e em tempo útil.

Para atingir os objetivos e desenvolver as competências a que me proponho, pretendo inicialmente realizar as seguintes ações:

- Reunião e visita guiada com o Enfermeiro-chefe/Enfermeiro Supervisor, no sentido de conhecer a instituição/serviço;

*Estágio Final*

- Apresentação à equipa de enfermagem e à equipa multidisciplinar;
- Observação das dinâmicas e métodos de trabalho da equipa multidisciplinar de forma a compreender a dinâmica do mesmo;
- Observação do funcionamento e organização do serviço, nomeadamente: conhecer circuito de atendimento do doente e sua família e processo de articulação intra e extra-hospitalar;
- Identificação e localização do equipamento clínico existente no serviço, tendo especial atenção ao equipamento de emergência e reanimação;
- Participação com a equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar na prestação de cuidados, de forma a compreender e integrar a sua dinâmica, reuniões, momentos de formação, passagens de turno, proporcionados pela equipa, com vista a uma partilha de conhecimentos;
- Consulta de normas, procedimentos, protocolos, regulamentos e modelos em uso na instituição/serviço.
- Estabelecer uma relação de confiança com os profissionais de saúde, promovendo um bom relacionamento inter-pessoal;
- Membro ativo na equipa na prestação de cuidados ao doente em estado crítico.

## **1. LOCAIS DO ESTÁGIO E SUA CARATERIZAÇÃO**

De forma a clarificar as competências a desenvolver que irão contribuir para a aquisição de competências como futura Enfermeira Especialista, torna-se fundamental elaborar a caracterização do serviço de urgência do HDJMG de modo a contextualizar o local onde irá decorrer o estágio. O estágio na Unidade de Cuidados Intensivos do HDJMG só decorrerá de 01 de Janeiro a 31 de Janeiro de 2020, pelo que, não havendo conhecimento do referido serviço, este só será caracterizado posteriormente.

O HDJMG situa-se no Alto Alentejo e está integrado na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA). Possui como missão “promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente, na procura contínua de soluções que reduzem a morbilidade e permitem obter ganhos em saúde” (ULSNA, 2017).

O Serviço de Urgência (SU) do HDJMG está categorizado como Urgência Médico-cirúrgica e o serviço é composto por duas partes distintas na prestação de cuidados: Urgência Geral, que se destina à prestação de cuidados urgentes e/ou emergentes e o Serviço de Observação (SO), que se destina à prestação de cuidados continuados no sentido de promover e permitir a vigilância e estabilização do estado clínico dos doentes, em regime de internamento.

A Urgência Geral é composta pelo gabinete de triagem e por dois balcões: um azul/verde e outro amarelo/laranja, estando a sala de emergência destinada a doentes com pulseira vermelha/laranja ou com outra cor distinta, mas que venha a apresentar instabilidade hemodinâmica, no período de permanência no serviço.

O SO é constituído por 18 camas, sendo por vezes este número ultrapassado por excesso de doentes com necessidade de internamento, ficando internados no corredor do serviço (sendo criadas cama temporárias no corredor do serviço de urgência por falta de resposta dos serviços de internamento).

Após realizar a triagem, o doente é encaminhado para a sala de espera comum aguardando a observação pelo médico de triagem. São encaminhados diretamente para o balcão de doentes urgentes/emergentes, cuja cor da pulseira, atribuída através do Sistema de Triagem de Manchester, seja laranja.

*Estágio Final*

O doente é atendido no sector correspondente à colocação da pulseira, podendo a situação clínica exigir a observação de mais do que uma especialidade médica (Medicina Interna, Ortopedia, Cirurgia Geral, Psiquiatria, Oftalmologia, Ginecologia/Obstetrícia), após a observação do médico da triagem.

Crianças com idade inferior a dezoito anos são encaminhadas para a Urgência Pediátrica, exceto as emergentes, que pela sua situação clínica são atendidas na sala de emergência. Este serviço funciona em espaço próprio, com circuitos específicos de encaminhamento das crianças, funcionando diariamente das 8 às 24 horas, sendo assegurado pela equipa do serviço de Pediatria. Das 00 às 8 horas pela equipa de Urgência Geral.

O serviço é constituído, na generalidade, por um médico responsável pelo Departamento de Urgência e Emergência, um médico diretor de serviço, um médico da especialidade de ortopedia, dois médicos da especialidade de medicina interna e dois médicos da especialidade de cirurgia geral. Dois obstetras, um pediatra, um psiquiatra, um oftalmologista e um urologista. Possui uma enfermeira chefe, cinco equipas de enfermagem em horário por *roulement* e cinco enfermeiros com horário fixo, perfazendo o número total de quarenta e nove enfermeiros. Dispõe de vinte assistentes operacionais.

As equipas de enfermagem são fixas e englobam os assistentes operacionais. Cada equipa detém um enfermeiro chefe de equipa e faz a distribuição dos enfermeiros e assistentes operacionais para cada turno, consoante o horário e de acordo com o plano semanal.

No SU geral é utilizado o método por posto de trabalho e no SO o método por enfermeiro responsável.

## **2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Os estágios são por norma, alturas privilegiadas em que se aprofundam conhecimentos e desenvolvem habilidades de modo a dar resposta a situações complexas, estabelecendo nesse sentido, prioridades de intervenção à pessoa/ família.

Durante o período inicial do ensino clínico/integração no serviço, pretendo apresentar o meu projeto ao enfermeiro chefe e ao supervisor clínico. Isto vai permitir-me adquirir competências e desenvolve-las numa base comum de conhecimentos bem documentados.

O enfermeiro especialista é “...um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomadas de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas ao campo da sua intervenção.” (OE, 2011a)

No decorrer do estágio final, pretende-se o desenvolvimento das atividades e ações que de seguida se discriminam e que visam a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista, em pessoa em situação crítica.

### **2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

O Regulamento Competências Comuns do Enfermeiro Especialista define um conjunto de competências em todas as áreas de especialização e adequados e possíveis de serem utilizadas em todos os contextos de prestação de cuidados. Refere mesmo que o enfermeiro deve ser detentor de uma “(...) elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, (...) um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (OE, 2019)

No decorrer do estágio final, pretende-se o desenvolvimento das seguintes competências comuns do enfermeiro especialista:

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

---

**COMPETÊNCIAS** A1: Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.  
A2: Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

---



<b>ATIVIDADES / AÇÕES A DESENVOLVER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rever do Código Deontológico dos Enfermeiros/Profissão;</li> <li>• Verificar Código de Ética da Unidade de Saúde do Norte Alentejano;</li> <li>• Prestar cuidados ao doente/família, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos da profissão;</li> <li>• Cooperar com o Supervisor Clínico na deteção de situações que podem eventualmente comprometer a segurança, a privacidade ou mesmo a dignidade dos doentes/família, e na adoção de medidas que as previnam;</li> <li>• Acompanhar o Supervisor Clínico e a equipa de enfermagem, enquanto profissionais de saúde que promovam a proteção dos direitos humanos, em contexto real na prestação de cuidados;</li> <li>• Informar o doente/família sobre cuidados prestados, sempre que possível;</li> <li>• Evitar juízos de valor ao doente/família, no que diz respeito às suas crenças e costumes;</li> <li>• Refletir sobre as decisões da equipa que requerem um elevado julgamento ético e clínico.</li> </ul>
<b>UNIDADES DE COMPETENCIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada;</li> <li>• Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas;</li> <li>• Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de responsabilidade;</li> <li>• Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão;</li> <li>• Promove a proteção dos direitos humanos;</li> <li>• Gere na equipa, de forma apropriadas práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.</li> </ul>
<b>RECURSOS A UTILIZAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Físicos</u>: Locais de estágio, revisão bibliográfica e os sistemas de informação/informáticos de saúde da instituição;</li> <li>• <u>Humanos</u>: A equipa multidisciplinar, supervisor clínico, equipa de enfermagem, utente/família;</li> <li>• <u>Temporais</u>: No período espaço/temporal do ensino clínico no serviço de urgência do Hospital Dr. José Maria Grande.</li> </ul>

### 2.1.2. Domínio da melhoria da qualidade

<b>COMPETÊNCIAS</b>	<p><b>B1: Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas na área da governação clínica.</b></p> <p><b>B2: Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</b></p>
<b>ATIVIDADES / AÇÕES A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultar os projetos institucionais existentes, na área da qualidade e melhoria contínua no serviço;</li> </ul>

*Estágio Final*

<b>DESENVOLVER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecer potenciais áreas que lograrão ser alvo de projetos de acompanhamento/melhoria da qualidade e que possam ser aperfeiçoados;</li> <li>• Colaborar na equipa multidisciplinar no desenvolvimento de projetos institucionais em curso no serviço para a melhoria contínua da qualidade;</li> <li>• Cooperar com o Supervisor Clínico na apreciação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, particularmente ao utente crítico e em especial, assente na evidência científica presente.</li> </ul>
<b>UNIDADES DE COMPETENCIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade;</li> <li>• Incorpora diretivas e conhecimentos na prática;</li> <li>• Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e resultado;</li> <li>• Planeia programas de melhoria contínua;</li> <li>• Lidera programas de melhoria.</li> </ul>
<b>RECURSOS A UTILIZAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Físicos</u>: Locais de ensino clínico, revisão bibliográfica e os sistemas de informação/informáticos de saúde da instituição;</li> <li>• <u>Humanos</u>: A equipa multidisciplinar; o enfermeiro chefe, o supervisor clínico, equipa de enfermagem, os utentes/família;</li> <li>• <u>Temporais</u>: No período espaço/temporal do ensino clínico no serviço de urgência do Hospital Dr. José Maria Grande.</li> </ul>

<b>COMPETÊNCIAS</b>	<b>B3: Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</b>
<b>ATIVIDADES / AÇÕES A DESENVOLVER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar as áreas clínicas de prestação de cuidados ao doente /família, recursos humanos, materiais, físicos existentes no serviço;</li> <li>• Reconhecer os meios e as particularidades de cada uma das áreas mencionadas;</li> <li>• Promover um ambiente originador de segurança e proteção para a equipa de enfermagem, doente e família, nas diferentes circunstâncias da praxis de enfermagem;</li> <li>• Considerar a individualidade de cada doente, estimando as suas preferências sempre que seja possível, atendendo ao seu estado clínico e contingências do serviço;</li> <li>• Incentivar a equipa multidisciplinar, para a adoção de medidas de gestão dos riscos inerentes à prestação de cuidados ao doente/família.</li> </ul>
<b>UNIDADES DE COMPETENCIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo;</li> <li>• Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.</li> </ul>



<b>RECURSOS A UTILIZAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Físicos:</b> Locais de ensino clínico, revisão bibliográfica e os sistemas de informação/informáticos de saúde da instituição;</li> <li>• <b>Humanos:</b> A equipa multidisciplinar; o enfermeiro chefe, o supervisor clínico. equipa de enfermagem, os utentes/família;</li> <li>• <b>Temporais:</b> No período espaço/temporal do ensino clínico no serviço de urgência do Hospital Dr. José Maria Grande.</li> </ul>
----------------------------	---

### 2.1.3. Domínio da gestão de cuidados

<b>COMPETÊNCIAS</b>	<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><b>C2: Adapta a liderança e a gestão de recursos às instituições e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</b></p>
---------------------	---

<b>ATIVIDADES / AÇÕES A DESENVOLVER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar a necessidade de encaminhamento do doente /família para cuidados de outro profissional de saúde;</li> <li>• Adequar os cuidados prestados, identificando as necessidades e diagnostico, implementando ações e avaliando as mesmas durante o processo de cuidar do doente;</li> <li>• Comunicar eficazmente com a equipa multidisciplinar acrescentando informações importantes de forma a melhorar os cuidados prestados ao doente/família;</li> <li>• Reunir com a Enfermeira Chefe do serviço;</li> <li>• Conhecer as principais estratégias de liderança utilizada na gestão da equipa do serviço, tendo em conta os recursos físicos e humanos;</li> <li>• Reconhecer junto da Enfermeira Chefe e do Supervisor Clínico, das competências inerentes do enfermeiro especialista, visando uma organização e gestão de recursos humanos competente e sustentável: equipa de assistentes operacionais e equipa de enfermagem;</li> <li>• Refletir com a Enfermeira Gestora e com o Supervisor Clínico, visando os diferentes modelos de liderança, e a sua adaptação às várias situações;</li> <li>• Analisar os métodos utilizados pela Enfermeira Chefe, pelo Supervisor Clínico e pelos coordenadores de equipa, para superar os problemas experimentados no processo de liderança e gestão organizacional;</li> <li>• Participar com a Enfermeira Chefe no planeamento e coordenação das equipas de enfermagem e assistentes operacionais-prestação de cuidados diretos ao doente, e também na supervisão das tarefas delegadas.</li> </ul>
<b>UNIDADES DE COMPETENCIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;</li> <li>• Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade;</li> <li>• Otimiza o trabalho da equipa adequado os recursos às necessidades de cuidados;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.</li> </ul>
<b>RECURSOS A UTILIZAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>Físicos</u>: Local do ensino clínico, revisão bibliográfica e os sistemas de informação/informáticos de saúde da instituição;</li> <li><u>Humanos</u>: A equipa de assistentes operacionais; o enfermeiro chefe, o supervisor clínico, equipa de enfermagem, os utentes/família;</li> <li><u>Temporais</u>: No período espaço/temporal do ensino clínico no serviço.</li> </ul>

#### 2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

<b>COMPETÊNCIAS</b>	<b>D1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</b>
<b>ATIVIDADES / AÇÕES A DESENVOLVER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar e gerir as suas condutas, posturas pessoais, receios e complexidades experimentadas na relação terapêutica com os doentes/famílias e na interação com a equipa multidisciplinar;</li> <li>Identificar dificuldades pessoais e profissionais durante o ensino clínico;</li> <li>Identificar estratégias de gestão de conflitos, usadas pela enfermeira Chefe, e/ou do Supervisor Clínico, e equipa de enfermagem;</li> <li>Resolver de forma eficaz possíveis conflitos na circunstância da prestação de cuidados;</li> <li>Modificar atitudes e comportamentos de maneira a dar resposta adequada a diversas situações;</li> <li>Refletir, juntamente com o Supervisor, acerca do desempenho ao longo do ensino Clínico.</li> </ul>
<b>INDICADORES DE AVALIAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;</li> <li>Gere respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional.</li> </ul>
<b>RECURSOS A UTILIZAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>Físicos</u>: Local do ensino clínico, revisão bibliográfica e os sistemas de informação/informáticos de saúde da instituição;</li> <li><u>Humanos</u>: A equipa de assistentes operacionais; o enfermeiro chefe, o supervisor clínico, equipa de enfermagem, os utentes/família;</li> <li><u>Temporais</u>: No período espaço/temporal do ensino clínico no serviço.</li> </ul>

<b>COMPETÊNCIAS</b>	<b>D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.</b>
<b>ATIVIDADES / AÇÕES A DESENVOLVER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rever bibliografia pertinente no âmbito da pessoa em situação crítica;</li> <li>Investigar artigos recentes com matérias pertinentes para a prática clínica;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partilhar saberes resultantes da pesquisa, com os enfermeiros da equipa;</li> <li>• Reunir com a Enfermeira Chefe e Enfermeiro Responsável pela formação, com o objetivo de identificar as necessidades formativas do serviço;</li> <li>• Observação da intervenção do Supervisor Clínico e os restantes especialistas, enquanto dinamizadores da integração de conhecimentos recentes na prática clínica;</li> <li>• Comprovar a importância da formação em serviço na prática clínica dos enfermeiros, inquirindo a apreciação dos mesmos nos diversos locais de ensino clínico;</li> <li>• Utilizar conhecimentos científicos na sua praxis;</li> <li>• Participar no Curso de Eletrocardiografia avançada a 28 de Setembro de 2019;</li> <li>• Elaborar um artigo científico.</li> </ul>
<b>INDICADORES DE AVALIAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;</li> <li>• Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade;</li> <li>• Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.</li> </ul>
<b>RECURSOS A UTILIZAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Físicos</u>: Local do ensino clínico, revisão bibliográfica e os sistemas de informação/informáticos de saúde da instituição;</li> <li>• <u>Humanos</u>: A equipa de assistentes operacionais; o enfermeiro chefe, o supervisor clínico, equipa de enfermagem, os utentes/família;</li> <li>• <u>Temporais</u>: No período espaço/temporal do ensino clínico no serviço.</li> </ul>

## 2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA, EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem, à Pessoa em Situação Crítica, define este tipo de cuidados como sendo “(...) altamente qualificados (...)”. (OE, 2018).

Do mesmo modo, “Os cuidados de enfermagem à pessoa crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, (...), tendo em vista a sua recuperação total”. (OE, 2011b).

No decorrer do estágio final, pretende-se o desenvolvimento das seguintes competências específicas do enfermeiro especialista, em pessoa em situação crítica:

COMPETÊNCIAS	Cuida da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.
ATIVIDADES / AÇÕES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar recursos materiais, equipamentos técnicos e dispositivos médicos usados para a prestação de cuidados diferenciados, presentes no serviço;</li> <li>• Prestar cuidados ao doente crítico e sua família/pessoas significativas em sala de emergência e sala de observação;</li> <li>• Mobilizar conhecimentos para a prática clínica;</li> <li>• Identificar atempadamente focos de instabilidade hemodinâmica na pessoa em situação crítica;</li> <li>• Planificar, priorizar e organizar as intervenções específicas para a prestação de cuidados ao utente crítico/família, visando a estabilização hemodinâmica;</li> <li>• Implementar intervenções delineadas, de maneira a garantir a prestação de cuidados diferenciados de forma adequada e eficiente e útil;</li> <li>• Avaliar os resultados dos cuidados prestados e reformulação da planificação caso necessário;</li> <li>• Refletir com o Supervisor Clínico sobre os procedimentos realizados por ele e pelos outros enfermeiros especialistas e também as propostas de mudança/melhoria á prática clínica evidenciada por mim na prestação de cuidados diferenciados;</li> <li>• Colaborar, juntamente com a equipa, de procedimentos específicos, com os quais não tenha anteriormente contactado;</li> <li>• Prestar cuidados diferenciados holísticos ao doente/família em situação crítica, considerando a necessidade de gestão dos focos de dor, relacionado com o bem-estar físico, psicossocial e espiritual, ansiedade e medo;</li> <li>• Utilização de conhecimentos científicos no tratamento da dor dos doentes críticos;</li> <li>• Adaptar técnicas e estratégias de comunicação apropriadas à situação clínica do doente/família, de acordo com o contexto da prestação de cuidados;</li> <li>• Estabelecer uma relação terapêutica que promova a partilha de emoções e sentimentos por parte do doente/família, como recurso para potencializar os ganhos em saúde;</li> <li>• Elaborar registos de enfermagem completos e precisos durante o estágio.</li> </ul>
INDICADORES DE AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação de instabilidade e risco de falência orgânica;</li> <li>• Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos;</li> <li>• Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas;</li> <li>• Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica;</li> </ul>



*Estágio Final*

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;</li> <li>• Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.</li> </ul>
<b>RECURSOS A UTILIZAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Físicos</u>: Local do ensino clínico, revisão bibliográfica e os sistemas de informação/informáticos de saúde da instituição;</li> <li>• <u>Humanos</u>: A equipa de assistentes operacionais; o enfermeiro chefe, o supervisor clínico, equipa de enfermagem, os utentes/família;</li> <li>• <u>Temporais</u>: No período espaço/temporal do ensino clínico no serviço.</li> </ul>
<b>COMPETÊNCIAS</b>	<b>Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.</b>
<b>ATIVIDADES / AÇÕES A DESENVOLVER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer e interpretar o plano de catástrofe da ULSNA;</li> <li>• Refletir /partilhar experiências com a Enfermeira Chefe e com o Supervisor Clínico, sobre a importância do serviço de urgência e da sua equipa de enfermagem, em situações de catástrofe ocorridas;</li> <li>• Cooperar com o Supervisor Clínico no reconhecimento do tipo de catástrofe, dos principais riscos e da categoria potencial de urgência essencial na gestão e atribuição de funções à equipa multidisciplinar, em caso de situação ocorrida durante o estágio;</li> <li>• Refletir com o Supervisor Clínico sobre a articulação e a eficiência da equipa em circunstância de catástrofe, reconhecendo rapidamente as medidas corretivas para as não conformidades verificadas, em situação de gravidade major, que caso ocorra durante o ensino clínico.</li> </ul>
<b>INDICADORES DE AVALIAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência;</li> <li>• Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situações de emergência multi-vítima ou catástrofe;</li> <li>• Gere os cuidados em situações de emergência e ou catástrofe.</li> </ul>
<b>RECURSOS A UTILIZAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Físicos</u>: Local do ensino clínico, revisão bibliográfica e os sistemas de informação/informáticos de saúde da instituição;</li> <li>• <u>Humanos</u>: A equipa de assistentes operacionais; o enfermeiro chefe, o supervisor clínico, equipa de enfermagem, os utentes/família;</li> <li>• <u>Temporais</u>: No período espaço/temporal do ensino clínico no serviço.</li> </ul>

<b>COMPETÊNCIAS</b>	<b>Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de 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>
<b>ATIVIDADES / AÇÕES A DESENVOLVER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer os principais indicadores e diretivas constantes no Plano Nacional de Controlo de Infeção e das resistências aos antimicrobianos- Plano Nacional de Saúde/Direção Geral de Saúde;</li> <li>• Conhecer os projetos institucionais e no serviço, no âmbito da prevenção e controlo de infeção;</li> <li>• Ler documentos/protocolos do grupo de coordenação local da instituição, relacionados com a prevenção e controlo de infeção e das resistências aos antimicrobianos;</li> <li>• Cumprir protocolos existentes na instituição;</li> <li>• Observar e analisar os procedimentos realizados pelo Supervisor Clínico e pela restante equipa multidisciplinar, visando a prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos em contexto de prestação de cuidados ao doente em situação crítica, especificamente em caso de necessidade de suporte ventilatório invasivo;</li> <li>• Refletir/observar com o Supervisor Clínico e equipa de enfermagem, acerca da eficiência das medidas aplicadas pela equipa multidisciplinar, visando a prevenção, o controlo de infeções e resistência aos antimicrobianos no serviço;</li> <li>• Prestar cuidados ao doente em situação crítica, executando as medidas de prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos de acordo com a Direção Geral de Saúde, e da instituição no serviço;</li> <li>• Cooperar com o Supervisor Clínico em projetos que envolvam monitorização e avaliação de medidas de prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos, com apresentação de dados à equipa, caso esta necessidade se torne pertinente durante o ensino clínico.</li> </ul>
<b>INDICADORES DE AVALIAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhece um plano de prevenção e controlo de infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação e ou falência orgânica;</li> <li>• Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das IACS à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.</li> </ul>
<b>RECURSOS A UTILIZAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Físicos</u>: Local do ensino clínico, revisão bibliográfica e os sistemas de informação/informáticos de saúde da instituição;</li> <li>• <u>Humanos</u>: A equipa de assistentes operacionais; o enfermeiro chefe, o supervisor clínico, equipa de enfermagem, os utentes/família;</li> <li>• <u>Temporais</u>: No período espaço/temporal do ensino clínico no serviço.</li> </ul>

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A elaboração do presente Projeto de Estágio permitiu tomar consciência do percurso a seguir ao longo do estágio, assim como estruturar e delinear as principais metas a atingir, decorrentes de uma reflexão profunda de todas as atividades a desenvolver, tendo em vista a obtenção das competências do enfermeiro especialista e mestre, competências essas que deverão sempre percorrer um caminho conjunto.

O presente documento pretende ser um guia orientador desta etapa da especialidade sendo que algumas das atividades poderão ser condicionadas pelas especificidades dos locais de estágio, podendo não vir a ser concretizadas.

Contudo, poderão existir outras atividades não especificadas, que não estavam planeadas, mas que por circunstâncias diversas, poderão ocorrer, o que serão enriquecedoras para obtenção de novas competências.

Assim, este não será um documento estanque, mas sim sujeito a possíveis mudanças e reestruturações que demonstrem ser uma mais-valia para a sua concretização.

Todos os esforços serão desenvolvidos no sentido que se possa adquirir o maior número de competências.

Poderei também contar com algumas dificuldades em relação à disponibilidade de tempo para frequentar o Estágio e para realizar os trabalhos exigidos e aqueles que me proponho efetuar, mas mesmo assim sinto-me com bastante motivação e empenho para esta nova fase do meu percurso formativo.

Posso referir que neste momento estou consciente do meu crescimento e motivada para aprofundar novos conhecimentos, sendo que a elaboração deste projeto de estágio contribuiu para desenvolver a minha capacidade de autoanálise e consciencialização das minhas potencialidades.



**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

OE (2011a). *Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro*. Diário da República, 2ª Série n.º 35. Lisboa: Assembleia da República, 8656 – 8657.

OE. (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: OE.

OE (2018). *Regulamento n.º 135/2018 de 16 de julho*. Diário da República, 2ª Série n.º 135. Lisboa: Assembleia da República, 19359 – 19360. Acedido em 28 de setembro de 2019 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

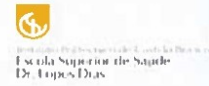
OE (2019). *Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2ª Série n.º 26. Lisboa: Assembleia da República, 4744 – 4749. Acedido em 28 de setembro de 2019 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

ULSNA (2017). *Missão, Atribuições e Legislação*. In *Unidade Local de Saúde de Portalegre, EPE*. Acedido a 28 de setembro de 2019 em <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao/>

## **ANEXOS**

Anexo I – **Declaração de Aceitação de Orientação**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



### DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro aceitar a orientação do trabalho proposto no Projeto de Estágio da estudante **Maria Manuela Prates Mata D'Oliveira**, nº 195, do curso de **Mestrado em Enfermagem**.

Trata-se de um trabalho que se enquadra no âmbito da Área de Especialização em **Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica**, que versa sobre a temática da “Manual de acolhimento e integração de enfermeiros no serviço de urgência do Hospital Dr. José Maria Grande”.

Por se afigurar um trabalho credível, adequado e pertinente e porque reconheço na mestrandade adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico a sua orientação.

Portalegre, 7 de novembro de 2019

O Orientador

Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (PhD)

**Anexo II – Parecer do Conselho de Administração da ULSNA e Comissão de Ética**

021

ULSNA

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO E.P.E.  
 Entrada Nº 101908448-10v.  
 Data 16/06/2020  
 Naumentado - P. J. P.

INFORMAÇÃO

N.º 14/2020, de 09 de junho

ULSNA, E.P.E.  
 Conselho de Administração

Joaquim Araújo, Presidente

Vera Esposo, Diretora Clínica

Jorge Laurencio Marques, Engenheiro Diretor

Ana Amélia Silva, Vogal Executiva

Rui Carlos Silva, Vogal Executivo

Acolhimento 2020  
 2020.39

De: Maria Luíza Lopes  
 Para: Sr. Enf.º Diretor- Dr. Jorge Marques  
 C/C:

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do projeto "Manual de Acolhimento e Integração de Enfermeiros no Serviço de Urgência."

PARECER

Ass  
 2020/06/16

DESPACHO/DELIBERAÇÃO

Comunicação - 1º e 2º e após - je a partir de liberação. Informar-se os entes locais, a Comissão de Ética, ao Conselho e ao SFDA.

2020, 08, 17

A Sr.ª Enf.ª Maria Manuela Pratos Mata de Oliveira, a exercer funções no Centro de Saúde de Ponte de Sôr, solicitou autorização para realização de um projeto de intervenção, subordinado ao tema: "Manual de Acolhimento e Integração de Enfermeiros no Serviço de Urgência."

Cumpra apreciar:

I- Enquadramento

O projeto encontra enquadramento e justificação no âmbito da unidade curricular projeto/estágio, inserida no Mestrado em Enfermagem em associação, na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica à pessoa crítica a ser ministrado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.

A requerente assume a integração como um processo essencial a qualquer profissional de enfermagem, daí a necessidade de elaboração de um manual de integração numa área tão específica e tão diversa como é o Serviço de Urgência que se assume como facilitador da integração do pessoal de enfermagem num serviço tão diverso. Como questão prévia, a Comissão de Ética abordou a requerente para que esta elaborasse um Manual que não contemplasse apenas o Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande, mas sim todos os serviços de urgência da ULSNA, F. P. L.

Todavia, a requerente justificou o facto de contemplar apenas o HDJMG com a dificuldade em integrar dois serviços de urgência com particularidades e especificidades diferentes, situação que não lhe parece viável, tudo conforme melhor resulta do correio eletrónico que a mesma enviou.

II- Objetivos

Objetivo geral

- Promover o processo de integração e acolhimento de enfermeiros no serviço de urgência.

CES  
 14/2020



**Objetivos específicos**

- Elaborar um manual de integração e orientação de enfermeiros no serviço de urgência;
- Divulgar o manual de integração de enfermeiros no serviço de urgência;
- Implementar o manual de integração de enfermeiros no serviço de urgência.

**III- Tipo de Projeto**

Trata-se de um projeto de intervenção.

**IV- População alvo**

Enfermeiros a exercer funções no Serviço de Urgência do HDJMG, bem como novos elementos do referido grupo profissional que vier a ser colocado naquele serviço.

**V- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude**

O instrumento de colheita de dados consistirá no questionário que a requerente anexou. Compulsada as questões a colocar, conclui-se pela sua pertinência face aos objetivos do projeto, não existindo questões ético legais a suscitar.

**VI- Metodologia no Tratamento dos Dados**

Os dados a recolher não integram a categoria de dados sensíveis.  
Tratam-se de elementos para caracterizar a população alvo e perceber a realidade da situação.

**VII- Conclusões e propostas**

Compulsada a justificação e enquadramento do projeto, concluímos pela importância do mesmo. Os documentos e o instrumento de recolha de dados que integram o projeto estão em conformidade com as normas instituídas, considerando-se que a informação a recolher não integra a classificação de dados sensíveis e, conseqüentemente não viola questões ético legais. Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente projeto e por considerar a importância na sua realização, delibera dar parecer favorável à realização do projeto: "Manual de Acolhimento e Integração de Enfermeiros no Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande."

Após conclusão do trabalho, a investigadora deverá agendar a sua apresentação na ULSNA, E.P.E.

A decisão que recair sobre esta informação deverá ser notificada:

- À Investigadora, Sr.ª Enf.ª Maria Manuela Prates Oliveira Milheiras;
- Aos seus orientadores, Prof. Doutor Adriano Pedro e Sr.ª Enf.ª Patricia Silva;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

P'la Comissão de Ética

Anexo: Requerimento com projeto e restante documentação.

MARDA LUIZA Almeida de Sousa  
NUNES  
Lopes  
FERREIRA  
Presidente da Comissão de Ética



**Anexo III – Parecer do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre**



DELIBERAÇÃO - 2019 / 25

CONSELHO TÉCNICO-CIENTÍFICO

ASSUNTO: **APROVAÇÃO DOS PROJETOS DE Mestrado de Enfermagem em Associação – ANO LETIVO 2019/2020 – 3ª EDIÇÃO**

De acordo com Regulamento do Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação, O CTC da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre emite parecer favorável aos temas, planos de trabalho correspondentes e respetivos orientadores de cada um dos Ramos de Especialidade de acordo com o mapa que se anexa:

Portalegre, 4 de dezembro de 2019

O Presidente do Conselho Técnico-Científico

(Raul Alberto Carrilho Cordeiro, *Professor Adjunto*)

ESS.CON-TCL7-Rev.2



**Anexo IV – Certificado de participação “Desafios em emergência pré-hospitalar”**



Associação Humanitária de Bombeiros Voluntários de  
Ponte de Sor

## CERTIFICADO de PARTICIPAÇÃO

### “Desafios em Emergência Pré-Hospitalar”

Certifica-se que *Maria Manuela Prates Mata Oliveira*, participou no Workshop “Desafios em Emergência Pré-Hospitalar”, que decorreu no dia 4 de maio de 2019, no Auditório do Centro de Artes e Cultura de Ponte de Sor, organizado pelo Corpo de Bombeiros Voluntários de Ponte de Sor, com uma duração de oito horas.

Ponte de Sor, 4 de maio de 2019

O Comandante do Corpo de Bombeiros

(Simão Luís Pechira Velez)

Apoia:



**Anexo V– Certificado de formação profissional “Suporte básico de vida e desfibrilhação automática externa”**



**FEMÉDICA**<sup>®</sup>  
FORMAÇÃO E EMERGÊNCIA MÉDICA

## CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

[Portaria n.º 474/2019, de 6 de Junho]

Certifica-se que:

**Maria Manuela Prates Mata Oliveira**

Natural de Ponte de Sor, nascida a 05/05/1970, nacionalidade Portuguesa, sexo Feminino, titular do n.º de identificação 09139712 0ZY2 (Cartão do Cidadão), concluiu com aproveitamento o Curso de Formação Profissional em

### **Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa**

Que decorreu no dia 06/10/2018, com a duração total de 7 horas, tendo obtido a classificação final de 19.0 valores, numa escala de 0 a 20.

Massamá, 6 de Outubro de 2018

O Responsável pela Entidade Formadora Certificada

*Pedro Rodrigues*

Dr. Pedro Rodrigues

Válido até 06/10/2023

Certificado n.º 78SBVD2018-8501  
EA.SBV-DAE.10.05.2018



Anexo VI– **Certificado de participação “*Advanced Provider Course*”**





**ITLS**  
International  
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS  
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS  
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS  
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

## Certificate of Participation

**Maria Manuela Prates Mata D' Oliveira , RN**

**has completed the  
Advanced Provider Course**

**date**  
5/13/2019

**course site**  
IP Portalegre, Portalegre, INTL (International)

**course director**  
Dr. 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: 18.00 Course #: 174TLS-F2-AP02 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 350, Dallas, Texas 75234 - 972.247.4442 - jscott@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITL50026)

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**  
International  
Trauma Life Support

292546-37414

**Maria Manuela Prates Mata D' Oliveira , 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 **5/13/2019** Expiration Date **05/2022**

Course Number **37414**

Course Location

Anexo VII– **Certificado de qualificação “*Advanced Life Support*”**



European Resuscitation Council vzw  
Emile Vanderveldelaan 35  
BE-2845 Niel - Belgium

**Maria Manuela Prates D'Oliveira**  
05/05/1970

Recebeu a qualificação de ERC  
**Advanced Life Support (ALS)**  
**Operacional**  
Em Portalegre, Portugal

Isabel SANTOS  
Course Director



Data do último curso: 15/06/2019

Este certificado é válido de 15/06/2019 e expirará em 15/06/2024,  
a menos que a trajetória de recertificação dinâmica seja iniciada antes de 15/06/2021 em <https://Cosy.ERC.edu>  
O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e reciclagem.  
Para verificar a validade deste certificado, por favor aceda a <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-812-688835

**Anexo VIII– Certificado de formação profissional “Eletrocardiografia - Essencial”**



## CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

[Portaria n.º 474/2010, de 8 de Julho]

Certifica-se que:

**Maria Manuela Prates Mata Oliveira**

Natural de Ponte de Sor, nascida a 05/05/1970, nacionalidade Portuguesa, sexo Feminino, titular do n.º de identificação 09139712 0ZY2 (Cartão do Cidadão), concluiu com aproveitamento o

Curso de Formação Profissional em

**Eletrocardiografia - Essencial**

Que decorreu no dia 03/08/2019, com a duração total de 4 horas.

Massamá, 3 de Agosto de 2019

O Responsável pela Entidade Formadora Certificada

*Pedro Rodrigues*

Dr. Pedro Rodrigues

Certificado n.º 8ECES2019-8501



**Anexo IX– Certificado de formação profissional “Eletrocardiografia - Avançada”**





## CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Portaria nº 474/2010, de 8 de Julho)

Certifica-se que:

**Maria Manuela Prates Mata Oliveira**

Natural de Ponte de Sor, nascida a 05/05/1970, nacionalidade Portuguesa, sexo Feminino, titular do nº. de identificação 09139712 0ZY2 (Cartão do Cidadão), concluiu com aproveitamento o Curso de Formação Profissional em

**Eletrocardiografia - Avançada**

Que decorreu no dia 28/09/2019 com a duração total de 6 horas, tendo obtido a classificação final de 18.0 valores, numa escala de 0 a 20.

Massamá, 28 de Setembro de 2019

O Responsável pela Entidade Formadora Certificada

Dr. Pedro Rodrigues

Certificado n.º 8ECAV2019-8501



**ACADEMIA  
FEMÉDICA**





**Anexo X– Poster científico “Controlo de Hemorragias - Conceptualização de Cuidados de Saúde em Situações de Exceção e Catástrofe”**

**Mestrado em Enfermagem**  
Em associação



## Controlo de Hemorragias - Conceptualização de Cuidados de Saúde em Situações de Exceção e Catástrofe

Matos, Maria <sup>(1,2)</sup>; Oliveira, Maria <sup>(1,2)</sup>; Caselhas, Suzete <sup>(1,2)</sup>; Marques, Jorge <sup>(4)</sup>; & Pereira, Mariana <sup>(5)</sup>;

<sup>(1)</sup> Serviço de Urgência Básico de Ponte de Sor; <sup>(2)</sup> Mestrandos no curso Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica; Unidade Curricular: Enfermagem Médico Cirúrgica 3; <sup>(4)</sup> Professor na ESS do IP Portalegre; <sup>(5)</sup> Professora Adjunta na ESS do IP Setúbal

### Introdução

- As situações de exceção e catástrofe são cada vez mais frequentes, conseqüentes a alterações ligadas à gênese do nosso planeta e ao exponencial crescimento demográfico;
- Estes cenários originam por norma sinistros com multivítimas;
- Nas ocorrências multivítimas as situações de hemorragia exsanguinante contribuem para um elevado número de mortos.



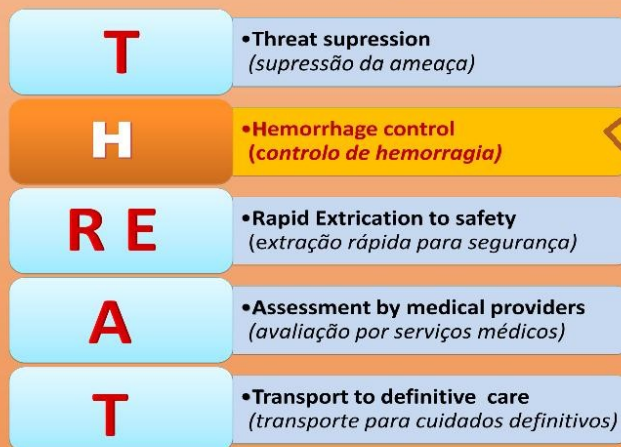
### Objetivo

- Identificar estratégias que potenciem o controlo de hemorragias, em situações de exceção .

### Metodologia

- Revisão integrativa de literatura com suporte da base de dados eletrónica EBSCO e Biblioteca do Conhecimento Online.

### Resultados e Discussão



- Indivíduos presentes no local podem controlar imediatamente a hemorragia (Jacobs, 2015);
- Aplicação rápida do torniquete (menos de 2 min.) por elemento do público (Goolsby et al, 2015);
- Programas de treino de controlo de hemorragia disponíveis ao público e oferecidas pelos empregadores, Comunidade de cuidados de saúde em geral. (Jacobs, 2016);
- Kits de controle de hemorragia, devem, à semelhança dos desfibrilhadores automáticos externos, estar amplamente disponíveis em locais públicos para utilização imediata. (Jacobs, 2016);

### Conclusões

- A ação dos cidadãos presentes no local de uma ocorrência multivítimas reveste-se de importância extrema no controlo de eventuais hemorragias exsanguinantes, uma vez que a ausência de uma ação imediata se traduz em morte do indivíduo;
- A implementação de programas de formação para o público e a disponibilidade de equipamentos próprios para o controlo de hemorragias, em espaços com elevada concentração de pessoas, tal como acontece com os desfibrilhadores automáticos externos, favorece a sobrevivência em caso de ocorrência multivítimas.



### Referências

Goolsby, C., Brantley, A., Chen, E., Mack, E. & Olsen, C. (2015, Setembro). Just-in-time to Save Lives: A Pilot Study of Layperson Tourniquet Application. *Academic Emergency Medicine*, 9 (22) 1113-1117. DOI: 10.1111/acem.12742. Jacobs, L. (2015, Agosto). The Hartford Consensus III: Implementation of Bleeding Control. *Connecticut State Medical Society*, 7 (79), 431-435. Disponível em <https://eds.b.ebscohost.com>. Jacobs, L. (2016, Abril). The Hartford Consensus N: A Call for Increased National Resilience. *Connecticut State Medical Society*, 4 (80) 239-244. Disponível em <https://eds.b.ebscohost.com>. Lei, R., Swartz, M., Harvin, J., Cotton, B., Hildcomb, J., Wade, C., Adams, S. (2019, Fevereiro). *Stop the Bleed Training empowers learners to act to prevent unnecessary hemorrhagic death*. *The American Journal of Surgery*, 2 (217) 368-372. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2018.08.025