



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Sandrina Maria Cabral Nunes

LISBOA, Junho de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Sandrina Maria Cabral Nunes

Sob orientação da Mestre Manuela Madureira

LISBOA, Junho de 2011

RESUMO

A unidade curricular Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem, é composta por três módulos, designadamente, o de cuidados intensivos/intermédios, o opcional e o de serviço de urgência.

Relativamente ao módulo cuidados intensivos/intermédios, estagiei na unidade de cuidados intensivos do Hospital Curry Cabral. Desenvolvi competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao doente submetido a cirurgia hepato-bilio-pancreática, com ventilação mecânica invasiva; divulguei aos enfermeiros escalas de monitorização de dor, enfatizando as estratégias de promoção da avaliação e controlo da dor aguda adoptadas no seio da equipa de enfermagem e, por último, colaborei na formação em serviço através da realização de uma sessão sobre a comunicação de más notícias em saúde.

No que concerne ao módulo opcional, estagiei no bloco operatório do Hospital da Luz. No seguimento, prestei cuidados de enfermagem especializados ao doente e sua família, no intra e pós-operatório imediato; e contribui para a melhoria e segurança dos cuidados ao doente através da realização de um plano de integração do enfermeiro de anestesia.

A respeito do módulo serviço de urgência, realizei o estágio no Hospital de Santa Maria. Prestei cuidados de enfermagem especializados ao doente e sua família em situação de urgência; contribui para a melhoria e segurança dos cuidados através da elaboração de fichas de procedimentos de enfermagem no serviço de urgência, nomeadamente no que toca a enema de limpeza e drenagem torácica; contribui para a melhoria dos cuidados ao doente através da sensibilização dos enfermeiros para a importância de uma adequada monitorização da dor, destacando a aplicação da escala comportamental da dor no que reporta a doentes em estado crítico.

Este relatório faz referência ao processo evolutivo das competências diferenciadas alcançadas ao nível da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa adulta, idosa e em situação crítica. Paralelamente, traduz o desenvolvimento de competências não só na concepção e gestão de cuidados, planeamento estratégico, supervisão e formação, como também na capacidade de liderança, com vista a motivar e a orientar a equipa de saúde para a mudança e, conseqüentemente, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The training course on Medical-Nursing, part of the the Master's degree in Nursing, is comprised by three modules, namely, intensive/intermediate care, emergency service and an optional module.

Considering the module on intensive/intermediate care, I opted for an internship at the intensive care unit of the Curry Cabral Hospital and set the following objectives: develop technical, scientific and relational competences in the instalment of specialized care to the patients submitted to hepatic-bilious-pancreatic surgery, with invasive ventilation mechanics; publish nurse scales on pain monitorization , with emphasis on strategies for the promotion of the evaluation and control of acute pain taken within a nursing team and, finally, collaborate on in-service training by setting-up a training session on communicating bad news in health.

Regarding the optional module, I selected an internship at the operating theatre of the Luz Hospital with the aim to develop the following: provide specialized nursing care to both patient and family, intra and immediate post operation stages; and contribute to the improvement and safety of patient care by elaborating a plan integrating the anaesthesia nurses.

Finally, for the emergency room module, I did my internship at the Santa Maria's Hospital, in order to grow on the following internship objectives: provide specialized care to patients and family in an emergency; contribute to the improvement and safety of medical care through the planning of nursing procedures in the emergency service, specific to enema of cleaning and thoracic drainage; improve patient care increasing nurses' awareness towards appropriate monitorization of the pain, in particular the application of the behavioural pain scale for a patient in a critical condition.

This report makes reference to the evolutionary process of distinct competences achieved in the delivery of nursing care to an adult, an elderly or a patient in a critical condition. This translates the development of competences not only in the conception and administration of cares, strategic planning, supervision and education, but also the building of leadership skills in order to motivate and guide the health care team to change and therefore seek a continuous improvement of the quality of the nursing practice.

AGRADECIMENTOS

À Professora Manuela Madureira, pela sua capacidade intelectual, no sentido de fazer deste trabalho o melhor possível;

Aos enfermeiros Susana Santos e João Sanches, pelas preciosas orientações referentes a este percurso;

Aos enfermeiros e doentes com quem tive oportunidade de me cruzar neste trajecto, por me terem facultado experiências enriquecedoras;

Ao meu marido, pelo incentivo e inspiração durante este trabalho e pela compreensão dos momentos em que não pude desempenhar o papel de esposa;

Aos meus filhos, por sobreviverem à minha ausência do convívio familiar;

À amiga Zulmira, pelas reflexões que me auxiliaram na construção deste relatório;

Aos amigos que perguntavam constantemente se já tinha acabado
– agora posso dizer – sim;

E a Deus, pela oportunidade que me deu.

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

AO – Assistente Operacional

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

BPS – *Behavioral Pain Scale*

ECG - Electrocardiograma

HCC – Hospital Curry Cabral

HL – Hospital da Luz

HSM – Hospital de Santa Maria

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SO – Sala de Observações

SUC – Serviço de Urgência Central

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

SUMÁRIO

0. INTRODUÇÃO Erro! Marcador não definido.

1. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DOS OBJECTIVOS DE ESTÁGIO

..... Erro! Marcador não definido.

1.1. MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS...Erro! Marcador não definido.

1.2. MÓDULO III – OPCIONAL - BLOCO OPERATÓRIO Erro! Marcador não definido.

1.3. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA .. Erro! Marcador não definido.

2. CONCLUSÃO Erro! Marcador não definido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS Erro! Marcador não definido.

ANEXOS Erro! Marcador não definido.

ANEXO I – Foto-reportagem da reorganização dos protocolos no placard da sala de enfermagem da UCI..... **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO II – Cartaz “Dor como 5º Sinal Vital” **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO III – Cartaz “Já perguntou ao seu doente se tem dor?” ... **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO IV – Documento de apoio “Escalas a usar na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Curry Cabral para a monitorização da dor”..... **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO V– Cartões de bolso “Escalas de Monitorização da Dor”**Erro! Marcador não definido.**

ANEXO VI – Guia de visualização fácil das escalas de monitorização da dor**Erro! Marcador não definido.**

ANEXO VII – Matriz da sessão de formação “Comunicação de Más Notícias em Saúde” ... **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO VIII – Diapositivos da sessão de formação Comunicação de Más Notícias em Saúde**Erro! Marcador não definido.**

ANEXO IX – Convite de divulgação de sessão de formação “Comunicação de Más Notícias em Saúde” **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO X – Convite personalizado de divulgação de sessão de formação “Comunicação de Más Notícias em Saúde” **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO XI – Ficha de avaliação de conhecimentos da sessão de formação “Comunicação de Más Notícias em Saúde” **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO XII – Plano de Integração do Enfermeiro de Anestesia... **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO XIII – Documento “Funções do enfermeiro de anestesia” **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO XIV – Foto-reportagem da reorganização/etiquetagem do material dos carros de apoio à anestesia do BO **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO XV – Foto-reportagem da reorganização/etiquetagem das prateleiras da Sala de Tratamentos 1 do SUC..... **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO XVI – Norma de procedimento de enfermagem – Enema de Limpeza ...**Erro! Marcador não definido.**

ANEXO XVII – Convite de divulgação da sessão de formação “Cuidar do doente com drenagens torácicas no serviço de urgência” **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO XVIII – Diapositivos da sessão de formação “Cuidar do doente com drenagens torácicas no serviço de urgência” **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO XIX – Matriz da sessão de formação “Cuidar do doente com drenagens torácicas no serviço de urgência” **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO XX – Ficha de avaliação de conhecimentos da sessão de formação “Cuidar do doente com drenagens torácicas no serviço de urgência” **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO XXI – Ficha de avaliação de sessão de formação “Cuidar do doente com drenagens torácicas no serviço de urgência” **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO XXII – Norma de Procedimento de Enfermagem -Doente com Drenagens Torácicas **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO XXIII – Poster “Dor – do que se diz ao que se sabe...” ... **Erro! Marcador não definido.**

ANEXO XXIV – Poster Monitorização da Dor no Doente Crítico Serviço de Urgência Central**Erro! Marcador não definido.**

ANEXO XXV – Documento de apoio “Monitorização da dor no doente crítico do Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria” **Erro! Marcador não definido.**

0. INTRODUÇÃO

A enfermagem tem como desafios futuros cuidar idosos, dado o elevado envelhecimento da população, a complexidade dos cuidados e a segurança que lhes é exigida numa prática cada vez mais em equipa, as implicações da investigação nas práticas e a necessidade de formação permanente (VIEIRA, 2009). No seguimento, torna-se premente a formação de enfermeiros especialistas em médico-cirúrgica, pois segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007, p. 15-16) “a apropriação de um domínio específico de enfermagem [a pessoa adulta, a pessoa idosa e a pessoa em situação crítica] reforça a visão holística e contextual da pessoa e potencia a adequação da resposta face à especificidade das necessidades em cuidados de enfermagem”. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros está em consonância com a ideia anteriormente apresentada, descrevendo o DECRETO-LEI nº 248/2009 (2009, p. 6762) o conteúdo funcional do enfermeiro especialista, nomeadamente:

- “j) Integrar júris de concursos, ou outras actividades de avaliação, dentro da sua área de competência;
- l) Planear, coordenar e desenvolver intervenções no seu domínio de especialização;
- m) Identificar necessidades logísticas e promover a melhor utilização dos recursos, adequando-os aos cuidados de enfermagem a prestar;
- n) Desenvolver e colaborar na formação realizada na respectiva organização interna;
- o) Orientar os enfermeiros, nomeadamente nas equipas multiprofissionais, no que concerne à definição e utilização de indicadores;
- p) Orientar as actividades de formação de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional”.

Neste sentido e no âmbito do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, realizei o Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, conseguinte a elaboração do presente documento, o qual está inserido na Unidade Curricular Relatório.

O estágio supra-citado compreende três módulos, designadamente, o de serviço de urgência, o de cuidados intensivos/intermédios, e o opcional. De forma a facilitar a elaboração e a conseqüente leitura do relatório, opto pela sequência temporal dos vários estágios.

O estágio referente ao Módulo II - Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) ocorreu no Hospital Curry Cabral (HCC). O destaque do HCC perante a comunidade científica e a população em geral relativamente à área hepato-bilio-pancreática foi um motivo que me

incentivou a realizar o estágio nesse hospital, bem como a sua proximidade com a minha residência, assim como exercer funções nessa instituição e de me identificar com a sua missão também contribui para a sua selecção. Para além disso, a equipa de saúde da UCI tem vindo a desenvolver um trabalho notável ao nível da enfermagem médico-cirúrgica, nomeadamente com a publicação, em 2008, do livro: “Manual de Ventilação Mecânica no Adulto – Abordagem ao Doente Crítico”.

A UCI está estruturada logisticamente com vinte e uma unidades de internamento distribuídas por uma área polivalente, uma cirúrgica e quatro quartos de isolamento. Também possui uma sala destinada a doentes crónicos, com capacidade para três doentes, visando a integração do doente nas actividades familiares e na sociedade. O doente que se encontra na unidade de cuidados intensivos pode ter patologias do foro cardiovascular, pulmonar, renal, hepático, pancreático e pode também encontrar-se em falência multi-orgânica ou numa situação de pós-operatório. Esta Unidade suscitou-me interesse para a concretização do estágio em virtude de estar interligada com o Centro Hepato-Bilio-Pancreático. Dispõe ainda de recursos humanos aos vários níveis de competências em número considerado suficiente, recursos físicos novos e de grandes dimensões e recursos materiais e equipamento de elevada tecnologia actualizada.

O estágio referente ao módulo opcional ocorreu no Bloco Operatório (BO) do Hospital da Luz (HL). A escolha pelo BO foi motivada pelo interesse em aprofundar conhecimentos em enfermagem perioperatória, com destaque para a fase intra-operatória, dado que exerço actualmente funções num serviço de cirurgia. A escolha deste hospital baseou-se no facto de este ser uma instituição recente inaugurada em 2007, ser referido pela inovação tecnológica presente nos equipamentos de última geração, de utilizar sistemas de informação de vanguarda, de publicar trimestralmente a revista Informação Espírito Santo Saúde, com artigos relacionados com novas técnicas cirúrgicas, e de se apresentar como o maior e mais moderno hospital privado do país. Para além disso, a Unidade Hospitalar da Espírito Santo Saúde assume o compromisso não só de diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz quem o procura através de uma medicina de excelência e inovação, como de seleccionar os profissionais de saúde de acordo com elevados padrões de qualidade. A arquitectura do hospital privilegia a funcionalidade, o conforto e a privacidade dos doentes e das suas famílias.

O HL disponibiliza todas as valências médicas e cirúrgicas, com ênfase em áreas diferenciadas organizadas em centros de excelência, como a oncologia, as doenças cardiovasculares, aparelho digestivo, neurociências, cirurgia minimamente invasiva, medicina e traumatologia desportiva e obesidade. Estruturalmente, o BO é composto por: oito salas de operações; uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), dividida em nove espaços para cuidados individuais aos doentes; e várias salas de apoio. As salas de operações são polivalentes. No que respeita a especificidades, a sala zero está equipada com um sistema de cirurgia robótica, a sala um com equipamento fixo para realização de cirurgia laparoscópica e a sala cinco está apetrechada com um aparelho de Tomografia Computorizada. Os procedimentos cirúrgicos são realizados com a colaboração de uma equipa de enfermagem

constituída normalmente por três enfermeiros por sala. No recobro, estão escalados dois enfermeiros para a prestação de cuidados de enfermagem a nove doentes.

O estágio de urgência foi desenvolvido no Serviço de Urgência Central (SUC) do Hospital de Santa Maria (HSM). A escolha deste local de estágio baseou-se no facto de ser um hospital central, com grande afluência de doentes, com patologias diversas, possibilitando-me uma panóplia de experiências. Outro facto que deu precedência à minha opção foi que o HSM (hospital da minha área de residência), junto com o Hospital Pulido Valente serem considerados estabelecimentos universitários de referência do Serviço Nacional de Saúde português, sendo o Centro Hospitalar Lisboa Norte E.P.E. constituindo por estas duas instituições. Na Missão deste Centro estão consagradas funções integradas de prestação de cuidados de saúde, de formação pré, pós-graduada e continuada, de inovação e de investigação, assumido como o maior centro de investigação clínica nacional. Nele estão presentes capacidades notáveis ao nível dos recursos humanos, das tecnologias praticadas e do saber. Outra motivação para a escolha reporta-se a que a par do apoio que presta às populações da zona de influência directa do hospital, garante também referência diferenciada em múltiplas áreas clínicas, no âmbito regional, nacional e dos países de expressão portuguesa (PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O SUC do HSM integra quatro áreas de actuação: ambulatório, internamento, bloco operatório e reanimação. A este serviço acorrem doentes politraumatizados, bem como doentes com diversas patologias, entre as quais se destacam: insuficiências cardíacas e respiratórias, acidentes vasculares cerebrais, intoxicações medicamentosas, descompensações metabólicas, entre outras.

No que diz respeito à enfermagem existem cinco equipas, cada uma com cerca de quinze elementos. A equipa de enfermagem do SUC possui uma grande versatilidade para se reajustar às necessidades do serviço ao longo do turno, manifestada nos momentos em que é necessário dar apoio aos colegas nos diferentes sectores do serviço para dar resposta a todas as situações de doença e manter a qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

O presente relatório corresponde a um processo de aprendizagem pessoal e profissional, pelo que no seu término proponho alcançar o seguinte objectivo geral: descrever reflexivamente as competências especializadas desenvolvidas. Relativamente aos objectivos específicos que pretendo atingir são: descrever de forma compreensiva e concisa os objectivos de estágio projectados e as correspondentes actividades; analisar criticamente os objectivos delineados no projecto de estágio e as respectivas actividades realizadas.

Para a elaboração deste relatório adopto a metodologia descritiva e analítica, sigo as orientações do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, recorro à pesquisa bibliográfica, bem como ao portfolio e às reflexões críticas elaboradas ao longo dos estágios. No que diz respeito às referências bibliográficas, opto por seguir a Norma Portuguesa 405, indo de encontro ao reportado no guia de elaboração e apresentação de trabalhos escritos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (BRAGUEZ, 2009).

Estruturalmente, por uma questão de organização, o actual relatório encontra-se dividido em três capítulos: introdução, análise do desenvolvimento dos objectivos de estágio e conclusão. Na introdução faço o enquadramento no curso; aponto os módulos realizados, bem como a justificação dessas opções; caracterizo sumariamente os locais de estágio; defino os objectivos do relatório e justifico a estrutura do trabalho. Assim, na análise do desenvolvimento dos objectivos de estágio abordo a descrição das experiências vivenciadas/actividades realizadas face aos objectivos traçados para cada módulo de estágio e respectiva reflexão fundamentada; identifico situações/problemas e sugiro/implemento estratégias de resolução e reporto-me ao desenvolvimento de competências. No terceiro capítulo são expressas as considerações finais, é feita uma sinopse das ideias chave focadas, uma avaliação dos objectivos do relatório traçados, uma identificação das dificuldades e limitações sentidas e os principais contributos e sugestões. Ressalvo que alguns anexos não fruem da visualização do meu nome como aluna nem do logótipo da Universidade Católica Portuguesa. Isto acontece porque esses anexos são fotografias da frente dos trabalhos realizados durante o estágio e a respectiva identificação está presente no verso dos trabalhos.

O rápido avanço científico e tecnológico que ocorre nos dias de hoje implica a aquisição contínua de competências, por parte do enfermeiro, com a finalidade de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, pelo que "(...) a aprendizagem deve ser concebida como um percurso e não como um ponto de chegada(...)" (ABREU, 2003, p.47). Desta forma, o presente relatório reporta-se ao desenvolvimento de competências no âmbito da praxis clínica especializada em enfermagem médico-cirúrgica.

1. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DOS OBJECTIVOS DE ESTÁGIO

O meu percurso profissional e académico possibilitou-me o desenvolvimento de competências para o desempenho de uma enfermagem avançada, no que respeita ao doente adulto, idoso e em situação crítica, respondendo com elevado grau de adequação às suas necessidades. Tal facto, conferiu-me "(...) como um prestador de cuidados num campo de intervenção particular e detentor de outras competências diferenciadas ao nível da concepção e gestão de cuidados, planeamento estratégico, supervisão de cuidados, assessoria, formação e investigação" (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007, p. 16). Neste sentido, analiso criticamente os vários focos do enfermeiro especialista que desenvolvi, por intermédio da concretização dos objectivos de estágio. Assim, na UCI do HCC defini os seguintes objectivos: desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao doente submetido a cirurgia hepato-bilio-pancreática, com ventilação mecânica invasiva; contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao doente e sua família através da divulgação aos enfermeiros de escalas de monitorização de dor; colaborar na formação em serviço através da realização de uma sessão de formação sobre a comunicação de más notícias em saúde.

No que concerne ao módulo opcional, BO, no HL, defini os seguintes objectivos: prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente e sua família, no intra e pós-operatório imediato; e contribuir para a melhoria e segurança dos cuidados ao doente, através da elaboração de um plano de integração do enfermeiro de anestesia.

A respeito do módulo serviço de urgência, no HSM, planeei a concretização dos seguintes objectivos de estágio: prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente e sua família em situação de urgência; contribuir para a melhoria e segurança dos cuidados através da elaboração de fichas de procedimentos de enfermagem no serviço de urgência; contribuir para a melhoria dos cuidados ao doente através da sensibilização dos enfermeiros para a importância de uma adequada monitorização da dor.

1.1. MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O estágio referente ao módulo UCI foi realizado no HCC. O Hospital Curry Cabral é, actualmente, um Hospital Geral, situado numa zona nobre da cidade de Lisboa. Está dotado de meios técnicos modernos e de recursos humanos especializados que prestam cuidados a uma população de quase trezentos mil habitantes. Possui treze serviços de diferentes especialidades, nomeadamente vocacionados para a área médico-cirúrgica e ortopédica. São de salientar, a formação de novos especialistas, quer para o próprio hospital quer para todo o país, e o seu enorme prestígio como escola de formação e investigação científica (HOSPITAL CURRY CABRAL. GUIA DO UTENTE, 2008).

Na UCI estão doentes em estado crítico que necessitam de ventilação mecânica ou de vigilância hemodinâmica contínua. Como foi referido na Introdução, a UCI tem capacidade para admitir vinte e um doentes em situação crítica. A UCI também possui uma unidade destinada a doentes crónicos, com capacidade para três doentes, cujos critérios de admissão são: doentes com dependência de ventilação mecânica definitiva, incapacidade total de se auto-cuidarem ou de a família os substituir nessa actividade, dependência de cuidados de enfermagem contínuos, incapacidade por parte da comunidade de dar resposta a estes doentes.

Os cinquenta enfermeiros da UCI estão distribuídos por cinco equipas de enfermagem, cada qual com um enfermeiro chefe de equipa e utilizam o método individual de trabalho.

Na UCI, direccionei a prestação de cuidados especializados para o doente cirúrgico e sua família, por considerar ser mais pertinente tendo em conta o meu percurso profissional no desempenho de funções em serviços de cirurgia.

Relativamente ao objectivo levantado no projecto de estágio alusivo à prevenção da infecção hospitalar foi reformulado, por sugestão da enfermeira orientadora, uma vez que este tema e respectiva intervenção já tinha sido abordado por enfermeiros estagiários anteriores. Assim, tendo em conta as necessidades dos enfermeiros do serviço e sob orientação da enfermeira orientadora, direccionei o objectivo para a avaliação e controlo da dor aguda, nomeadamente através da divulgação de escalas de monitorização da dor.

Objectivo I - Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao doente submetido a cirurgia hepato-bilio-pancreática, com ventilação mecânica invasiva e respectiva família

Considero que a excelência do desempenho profissional está interligada com o processo de integração na equipa de saúde e na unidade. Assim, colaborei com a enfermeira orientadora e com os enfermeiros na prestação de cuidados, conhecendo os recursos disponíveis, os projectos desenvolvidos, os protocolos existentes, o circuito do doente e família, a dinâmica da equipa de enfermagem e o registo informático implementado.

Prestei cuidados de enfermagem especializados a doentes de médio e alto risco e respectivas famílias, designadamente submetidos a transplante hepático, hepatectomia direita e esquerda, segmentectomia do fígado e duodenopancreatectomia. Alguns dos doentes cirúrgicos que vinham do bloco operatório já não se encontravam ventilados mecanicamente, pelo que sempre que entrava um doente cirúrgico em ventilação mecânica ficava ao meu cuidado e da enfermeira orientadora, de forma a facilitar o cumprimento do meu objectivo.

As intervenções no pós-operatório imediato das cirurgias referenciadas anteriormente visam corrigir a hipotermia pós-operatória, a instabilidade hemodinâmica e a manutenção da ventilação (URDEN, STACY e LOUGH, 2008).

A capacidade de gerir o quadro clínico do doente em estado crítico; a capacidade de adaptação a novas situações; a segurança e a autonomia foram algumas das características

que fui apreendendo com o investimento na prestação de cuidados de enfermagem, a par de pesquisa bibliográfica actualizada.

A avaliação constante do doente e família contribuiu para o planeamento de acções especializadas de enfermagem a prestar e conseqüentemente a satisfação das necessidades, tendo analisado que os focos de enfermagem mais frequentes eram o comprometimento dos sinais vitais, o risco de infecção e a ansiedade elevada do doente e família.

A família sente-se ansiosa pelo sofrimento do seu familiar, pelas dúvidas que têm do seu estado clínico, pela envôlvência dos equipamentos que o monitorizam, pela dificuldade em comunicar com ele e pelo desejo de querer estar perto dele. Para conceber e implementar cuidados de saúde à família na UCI utilizei o modelo de sistemas de família, pela natureza da prática clínica da UCI. Com este modelo centrei-me na inter-relação dos vários membros do sistema familiar, pois HANSON (2005, p.297) refere que

“a perspectiva do sistema familiar encoraja os enfermeiros da especialidade médico-cirúrgica a expandirem a sua visão sobre o doente de modo a incluírem os membros da família. (...) Os enfermeiros podem explorar os efeitos da doença por lesão dentro de todo o sistema familiar; isto é, podem realçar a totalidade, em vez da redução em partes”.

A minha abordagem dos sistemas de família teve como intervenções: orientar a família dentro do contexto hospitalar (preparação do familiar ou da pessoa significativa para o ambiente particular da UCI, explicação dos objectivos dos equipamentos de monitorização e encaminhamento dos familiares no seu circuito), promover uma relação de ajuda (utilizando estratégias de comunicação - empatia, escuta, disponibilidade, interesse, atenção); responder às perguntas da família ou ajudá-la a obter respostas (explicação sobre a evolução do estado de saúde; encorajar a interacção entre família e doente (comunicação com o doente ventilado, visitas em horário alargado e em situações específicas mais do que uma visita por doente); incentivar o envolvimento da família nos cuidados (ingestão de líquidos, refeições, posicionamentos) e vigiar as relações familiares.

O conhecimento do doente e família foi outro dos focos de enfermagem que esteve sempre presente, elaborando ensinamentos, de acordo com as necessidades individuais, com o objectivo de diminuir a ansiedade face ao desconhecido e promover o auto-cuidado, tornando-os elementos activos no processo de tratamento. Concordo com URDEN, STACY e LOUGH (2008) quando afirmam que os ensinamentos devem ser iniciados de forma gradual imediatamente após o doente apresentar aptidão cognitiva. Assim, avaliei o grau de conhecimento, informei sobre os diagnósticos de enfermagem, expliquei antecipadamente os cuidados de enfermagem, instruí sobre exercícios pós-operatórios, ensinei sobre sinais e sintomas de complicações no período pós-operatório e foquei as possíveis alterações no estilo de vida.

A comunicação com os doentes ventilados e conscientes interiorizou em mim a real importância de escutar com atenção e estar disponível para me colocar no lugar do outro a fim de tentar compreender as suas necessidades. Foi necessário desenvolver códigos e sinais que permitissem chegar aos significados sem palavras, já que os comportamentos de cada doente

assentam na sua perspectiva individual, nas suas experiências, nos seus costumes e na própria interpretação da condição vivenciada.

Os equipamentos de suporte ventilatório constituem uma forma de manter a função respiratória dos doentes que por doença, traumatismo ou status anestésico, não conseguem realizar esta actividade de forma autónoma. Com vista a assegurar a prestação de cuidados de qualidade ao doente que necessita de ventilação mecânica, aprofundei conhecimentos acerca dos equipamentos, dos diferentes modos ventilatórios e dos procedimentos envolvidos. Tornase importante saber interpretar, por exemplo, que o sinal de alarme de pressão de limite superior nas vias aéreas, valores de saturação baixos e a presença de roncos à auscultação, nos indicam que pode haver necessidade de aspiração de secreções ou verificar a presença de obstrução do tubo endotraqueal, evitando-se assim, procedimentos rotineiros incorrectos. Quando observei a aspiração de secreções “por rotina”, sinalizei a situação e desenvolvi competências nos enfermeiros, explicando que de acordo com URDEN, STACY e LOUGH (2008, p. 680) “a aspiração é um procedimento estéril que só é realizado quando o doente necessita e não por rotina”. Esta prática conduz ao aumento do risco de infecção pela desconexão frequente desnecessária, bem como complicações respiratórias (hipoxémia, atelectasias) e cardíacas (disritmias) que poderão advir da sua realização. Esta sinalização permitiu mostrar a incorporação na prática de resultados de investigação válidos e relevantes, no âmbito da especialização.

Esporadicamente, detectei momentos de ruído mais intenso na UCI, quer em conversas entre profissionais de saúde, ou entre profissionais e visitas, ou pelos próprios equipamentos. Promovi momentos de reflexão acerca da situação junto dos intervenientes, estimulando a oportunidade de mudança de comportamento. O interesse manifestado pela equipa foi notável e concordámos que as nossas intervenções são importantes e podem ser significativas. No que respeita aos equipamentos, por exemplo, agimos antecipadamente, nomeadamente pelo ajusto dos alarmes à situação clínica do doente ou pela troca prévia de soros/seringas que estavam a terminar a sua perfusão, o que veio contribuir para a diminuição do ruído.

Da conversa com a enfermeira chefe, com a enfermeira orientadora e com os demais enfermeiros levei a cabo uma mudança que foi recebida com agrado, a compilação dos protocolos e colocação no placard da sala de trabalho de enfermagem, em substituição de estarem colados na parede junto à bancada onde se prepara a medicação, o que levava a apresentarem-se frequentemente com mau aspecto (ANEXO I).

A ausência de experiência significativa anterior com o sistema de registos informáticos de enfermagem SAPE foi algo sentido como dificuldade, mas superada através de pesquisa bibliográfica e aliado a uma prática constante, mantendo assim o meu processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

Objectivo II - Contribuir para a melhoria dos cuidados ao doente através da divulgação aos enfermeiros de escalas de monitorização da dor

Na prestação directa dos cuidados tive a percepção que a equipa de enfermagem subvalorizava a dor aguda pela sua não monitorização em relação aos restantes sinais vitais. Também verifiquei que os doentes apresentavam com frequência dor moderada a intensa, dependendo do tipo de cirurgia.

Da observação dos enfermeiros no seu desempenho e diálogo com a enfermeira chefe, enfermeira orientadora e com os demais enfermeiros, identifiquei barreiras para a avaliação e controlo da dor aguda, nomeadamente em relação ao doente (incapacidade de comunicar verbalmente e falta de conhecimento); em relação aos profissionais de saúde (pouca formação no âmbito da dor aguda, desconhecimento de escalas de avaliação da dor, nomeadamente em doentes em que não se consegue obter uma resposta verbal, e subestimação em monitorizar a dor) e ao serviço (não aplicação de instrumentos de avaliação), o que vai de encontro a URDEN, STACY e LOUGH (2008, p. 125), quando afirmam que a “falta de educação relativamente à dor, bem como à subestimação da dor do doente e a sua avaliação incompleta e difícil têm sido identificadas como barreiras significativas ao seu tratamento adequado”.

Tendo em conta as necessidades dos enfermeiros do serviço e sob orientação da enfermeira orientadora, formulei o objectivo: contribuir para a melhoria dos cuidados ao doente através da divulgação aos enfermeiros de escalas de monitorização da dor aos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos.

Para dar início às actividades que conduziam à concretização do objectivo, realizei pesquisa bibliográfica e elaborei dois cartazes de sensibilização acerca da importância da dor (ANEXO II e ANEXO III), expondo-os na sala de trabalho da UCI, no decurso da Semana Europeia da Luta Contra a Dor. Através da reflexão em conjunto, motivada pela exposição dos cartazes, os enfermeiros ficaram despertos para a ideia do registo sistemático da dor, que foi bem aceite pelos elementos da equipa.

A Direcção-Geral da Saúde, através da Circular Normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003, instituiu a “Dor como o 5º sinal vital”. Várias escalas estão esplanadas na circular referenciada que podem ser utilizadas para a monitorização da dor. Tendo em conta que a escala numérica e a escala das faces são as preconizadas para o HCC, para a monitorização da dor, foram essas as seleccionadas para aplicação junto dos doentes conscientes presentes na UCI. No entanto, um problema se levantava: como avaliar a dor em doentes inconscientes, em que não se consegue obter uma resposta verbal, nomeadamente quando sedados e ventilados? Da pesquisa bibliográfica realizada e da reflexão em conjunto com a enfermeira orientadora e demais enfermeiros, ressaltou a Escala Comportamental da Dor como a mais adequada para a monitorização da dor a doentes nas circunstâncias referidas.

No seguimento, contactei a enfermeira pertencente à equipa responsável pela tradução e validação para a população portuguesa da *Behavioral Pain Scale* (BPS), a exercer funções no Serviço de Medicina Intensiva dos Hospitais da Universidade de Coimbra, onde utilizam a

escala com sucesso e cuja experiência está descrita no artigo de FERREIRA [et al] (2008). A BPS retratada no artigo de PAYEN [et al] (2001) é considerada confiável para a avaliação da dor em doentes sedados e ventilados. Payen e colegas usaram a intensidade das expressões faciais para a avaliação da dor em doentes críticos e inconscientes. O aumento do número de movimentos faciais é directamente proporcional ao aumento da dor. A tensão muscular é outro potencial indicador comportamental de dor que tem sido relacionado com a intensidade da dor. Relativamente à adaptação ao ventilador esta tem sido valorizada pelos profissionais como um registo de dor, associada aos outros indicadores descritos.

Fazendo uso do trabalho científico já publicado, entendi ser pertinente usufruir desta experiência, após obter a respectiva autorização. No seguimento, desloquei-me às Unidades de Cuidados Intensivos do Hospital Pulido Valente e do Hospital de Santa Maria no sentido de obter informações sobre a avaliação da Dor nestas Unidades. Na primeira, utilizam a referida escala com êxito, na segunda ainda se encontra em projecto de implementação. Assim, ficou combinado com a enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe que a estratégia de divulgação das escalas passaria pelo contacto pessoal com os enfermeiros ao longo dos turnos, aproveitando também o momento das passagens de ocorrências para promoção da divulgação das escalas/sensibilização para a importância da sua aplicação.

No Dia Mundial de Luta Contra a Dor, a 15 de Outubro, após ter tido a oportunidade de participar nas Comemorações deste dia no HSM, dei início à apresentação do projecto de divulgação das escalas na UCI do HCC. Ao mesmo tempo, apresentei um documento de apoio aos enfermeiros, elaborado por mim, explicitando as várias escalas de monitorização da dor, nomeadamente as duas escalas aplicáveis a doentes conscientes, a escala numérica e a escala das faces, preconizadas pela instituição e a escala comportamental da dor (ANEXO IV). Foram distribuídas cópias do documento por cada chefe de equipa/dossier de equipa. Com a finalidade de facilitar a utilização das escalas, ofereci cartões de bolso aos enfermeiros, com as respectivas escalas (ANEXO V). Do mesmo modo, formulei ainda um guia de visualização fácil das escalas a usar, em protectores de mesa, formato A3, que foram colocados junto dos três computadores, em cada sala, facilitando a avaliação formal da dor (ANEXO VI).

As dificuldades que surgiram na divulgação das escalas prenderam-se com questões de tempo, de ser uma equipa de enfermagem grande, com cerca de cinquenta elementos e com o facto de muitos enfermeiros desconhecerem as escalas. No entanto, estas dificuldades foram ultrapassadas através da persistência, da motivação, da sugestão, do trabalho em conjunto. Mais de noventa por cento dos enfermeiros tiveram contacto com as escalas e foram facultadas explicações, sugestões de aplicabilidade e documentação de apoio. Durante a abordagem individual, a maior parte dos enfermeiros referiu que tinha ficado sensibilizado para a importância da monitorização da dor no doente crítico. Ao mesmo tempo, uma vez divulgadas as escalas, os enfermeiros sugeriram a obrigatoriedade da monitorização da dor de todos os doentes da UCI, ideia esta partilhada pelos enfermeiros chefes de equipa e pela enfermeira chefe. No seguimento, ficou combinado que na próxima reunião dos enfermeiros da UCI seria formalizada a monitorização da dor, através de protocolo. Notei, assim, suficiente motivação

nos enfermeiros da unidade para darem continuidade a este trabalho. Tive ainda oportunidade de conversar sobre esta temática com alguns médicos do serviço, que se mostraram muito interessados e com alunas do quarto ano da licenciatura em enfermagem a realizar estágio na referida unidade. Deixei a sugestão da criação de um grupo de trabalho, em conjunto com médicos do serviço, para a elaboração de protocolos de analgesia e de sedação que se possam adaptar ao contexto do estado do doente, assim como ao plano terapêutico para o mesmo.

O processo de melhoria contínua da prestação de cuidados de enfermagem pela avaliação e controlo da dor aguda na UCI passou, assim, por incentivar a equipa de enfermagem para uma correcta avaliação e controlo da dor aguda através da sensibilização para a monitorização da dor, e não simplesmente para a sua vigilância, para o seu registo e para a eficácia das intervenções farmacológicas e não farmacológicas implementadas.

Durante a prestação de cuidados de enfermagem ao doente e família demonstrei-me como um modelo positivo face à avaliação, controlo e registo da dor aguda, indo de encontro à DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2008, p. 5) quando expressa que “o controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde”. Favoreci a formação da equipa de enfermagem através da execução de um dossier com artigos científicos de forma a auxiliar na gestão da dor aguda.

Após as várias intervenções que efectuei, alguns enfermeiros já estavam despertos para a importância de uma correcta avaliação e controlo da dor aguda, pois no final do estágio registavam a monitorização da dor no SAPE, bem como nas passagens de ocorrências já verbalizavam dados relativos à mesma. A utilização do tempo da passagem de turno, entre os enfermeiros, para debater e discutir a situação do doente e a ajuda singular que podem prestar-lhe é imprescindível para exercerem a excelência da sua arte (HESBEEN, 2000). Assim, estes comportamentos da equipa são positivos porque traduzem mudança no sentido da melhoria dos cuidados prestados ao doente. Aliás, durante este percurso, e partilhando da opinião de SAKELLARIDES (2005), apercebi-me que qualquer projecto de mudança só será eficaz com a contribuição, motivação e empenho dos diversos actores, dada a complexidade dos contextos e dos conteúdos do trabalho, bem como das redes de causalidade dos diferentes problemas.

Objectivo III - Elaborar uma sessão de formação sobre a comunicação de más notícias em saúde

Em reunião com a enfermeira chefe, com a enfermeira orientadora e com o enfermeiro responsável pela formação, apercebi-me que a equipa de enfermagem tinha proposto, como necessidade de formação, uma sessão sobre comunicação de más notícias, pelo que foi sugerido e prontamente aceite ser formadora nessa sessão. Realizei pesquisa bibliográfica neste âmbito e conversei com os enfermeiros em momentos convenientes e com a enfermeira

orientadora, no sentido de obter informação acerca das suas necessidades mais prementes no âmbito desta temática.

Durante o estágio detectei que os enfermeiros apresentavam dificuldades e não se sentiam confortáveis em comunicar uma má notícia, assim como se sentiam frustrados pelo facto de não saberem qual o melhor método de concretizarem essa comunicação, havendo até alguma fuga desta responsabilidade. A problemática residia na forma de comunicar a má notícia, o que vai de encontro ao que PEREIRA (2008, p. 90), opina, referindo que: “A forma como o profissional dialoga e comunica com o doente tem por vezes mais importância que o próprio conteúdo da mensagem”.

Para SANCHO (2000, p. 27), má notícia significa “toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro”. Por este motivo, ninguém gosta de ser portador de más notícias, pois como refere BARROSO (2000, p. 175), “(...) transmitir uma má notícia é sempre uma tarefa difícil, que exige muita diplomacia”.

Os dilemas na informação não se colocam a nível da informação funcional, como o número de visitas ou horário das refeições, mas essencialmente a nível da informação técnica “potencialmente dolorosa” de como comunicar más notícias relativas a diagnóstico/prognósticos graves – pois esse tipo de informação tem sempre algo de relativo, subjectivo, provoca desprazer nos profissionais e a sua transmissão tende a ser evitada. No profissional de saúde é gerado um conflito interno entre contar ou não uma má notícia a um doente ou a um seu familiar. Porém, as questões a serem colocadas deveriam ser: qual a melhor maneira de contar esta notícia? Como vou dividir, organizar estas informações? (PEREIRA, 2008). Vários enfermeiros da UCI referiram que transmitir uma má notícia é uma tarefa difícil e que gostavam de ter linhas orientadoras sistematizadas para levarem a cabo essa actividade. Na verdade, não existe uma norma para comunicar más notícias, pois cada pessoa tem as suas particularidades e características, pelo que a actuação do profissional deve ser adaptada a cada caso. No entanto, BUCKMAN (2001) preconiza vários princípios a ter em conta na preparação da entrevista com o doente, propondo um protocolo de seis etapas para dar más notícias, nomeadamente: começar, adequadamente, com atitudes cordiais, tendo em conta o contexto; descobrir quanto o doente sabe da sua doença; averiguar quanto o doente quer saber; dividir e partilhar informação; responder às questões do doente; planear e combinar o acompanhamento. SANCHO (2000) também propõe algumas sugestões para comunicar as más notícias, de destacar a criação de um ambiente de confiança, dando a notícia de forma gradativa, adaptada à vontade e personalidade do doente/família. Os aspectos referidos, não constituindo uma fórmula, podem ser orientadores.

PEREIRA (2008) salienta que o profissional de saúde se deve preparar para responder às questões dos doentes e familiares de forma adequada, respeitadora e honesta, tendo em conta a fragilidade de cada pessoa, os seus anseios e angústias, incluindo a recusa e a incapacidade de saber a verdade objectiva. Segundo o mesmo autor, o profissional deve ter sensibilidade e perspicácia para poder responder ao que o doente quer saber, calar quando

este não parece estar preparado para ouvir, sem infantilizar, sem eufemismos, sem banalizar o momento e sem retirar a esperança.

Assim, indo de encontro às necessidades de formação dos enfermeiros acerca deste tema e de acordo com a enfermeira orientadora, elaborei a matriz da sessão de formação (ANEXO VII) e os diapositivos a apresentar (ANEXO VIII).

O convite de divulgação da sessão de formação (ANEXO IX) foi exposto, de acordo com a enfermeira chefe e com a enfermeira orientadora, no respectivo placard de informação. Posteriormente elaborei uns cartões convite personalizados (ANEXO X) que distribuí a cada enfermeiro de modo a informar a data e a hora da sessão, algo que os enfermeiros valorizaram e manifestaram ser um gesto personalizado e “original” - consideraram.

Os formandos mantiveram-se muito participativos na sessão de formação e foi rica a troca de experiências acerca da temática. No final foi distribuída a ficha de avaliação de conhecimentos e, seguidamente feita a sua correcção (ANEXO XI). A avaliação de conhecimentos por parte dos enfermeiros foi de cem por cento. No que toca ao documento de avaliação da sessão formativa foi utilizado o já preconizado e utilizado pelo Centro de Formação do HCC. A avaliação global da formação, realizada pelos formandos, foi de quatro vírgula seis numa escala de zero a cinco.

Para DIAS (2004, p. 37) “o formador, para além de ser portador de conhecimentos e de os saber transmitir, deverá ter a capacidade de reconstrução, no qual encaminha o formando, no sentido de este se tornar autor da sua própria formação”. No final da sessão, os formandos referiram que já se sentiam mais capacitados e confortáveis na comunicação de más notícias e respectivo acompanhamento dos doentes e família, o que corrobora com PEREIRA (2008, p. 424), ao afirmar que “é importante que (...) os enfermeiros estejam atentos e sejam capazes de ajudar os doentes e familiares a mobilizarem energias que as capacitem para fazer face aos desafios que vão surgir e de as acompanhar na caminhada de forma contínua e sistemática, numa lógica de continuidade de cuidados”. Desta forma, tive oportunidade de demonstrar um alto nível de conhecimentos na minha área profissional e de especialização, contribuindo positivamente para a formação da equipa.

O estágio coincidiu com o decurso do Ciclo de Conferências: “Saber Mais Sobre...” promovido pelo Instituto de Ciências da Saúde. Neste âmbito, divulguei aos enfermeiros da UCI esta iniciativa da Universidade Católica Portuguesa e tivemos oportunidade de assistir, em Lisboa, à Conferência “Comunicação de Más Notícias em Saúde”, cujo prelector foi o Prof. Doutor José Carlos Bermejo, Director do *Centro de Humanización de la Salud em Três Cantos*, de Madrid. Durante a prelecção foram abordados vários tópicos relacionados com a comunicação de más notícias, nomeadamente que é um acto humano, que se tem que averiguar o que o doente está em condições de saber, que nada deve ser dito que não seja verdade e que dizer a verdade pressupõe o compromisso de ajudar a integrá-la e partilhar as preocupações. Estes aspectos corroboram com a opinião dos autores referenciados anteriormente e reforçam o que foi reflectido durante a sessão de formação proporcionada aos enfermeiros.

1.2. MÓDULO III – OPCIONAL - BLOCO OPERATÓRIO

O estágio referente ao módulo de enfermagem perioperatória foi realizado no BO do HL. O HL, com cerca de três anos de existência, situado em Lisboa, é uma instituição do Grupo Espírito Santo Saúde, assumindo-se como o maior e mais moderno hospital privado do país (HOSPITAL DA LUZ, 2010).

O HL disponibiliza aos doentes todas as valências médicas e cirúrgicas. O bloco operatório é composto por: oito salas de operações e várias salas de apoio. As salas de operações são polivalentes, podendo realizar-se em cada uma delas qualquer cirurgia a doentes das várias especialidades cirúrgicas. A UCPA situa-se num local adjacente às salas de operações. Estruturalmente, a UCPA consiste numa sala grande, dividida em nove espaços equipados com monitor de sinais vitais, equipamento de aspiração e rampa de oxigénio, gaveta com materiais de uso frequente, para cuidados individuais aos doentes. Possui um carro de emergência, que está organizado de modo uniforme em relação a todos os carros de emergência da instituição.

Os colaboradores que desempenham regularmente funções no BO são anestesistas, cirurgiões, médicos de Anatomia Patológica, enfermeiros, assistentes operacionais (AO), técnicos e administrativos.

Relativamente à equipa de enfermagem, no âmbito da coordenação, esta é composta por uma enfermeira coordenadora das actividades cirúrgicas e dois enfermeiros, respectivamente direccionados para a gestão dos recursos humanos e equipamentos, contando com vinte e seis enfermeiros na prestação directa de cuidados. Os procedimentos cirúrgicos são realizados com a colaboração de uma equipa de enfermagem constituída normalmente por três enfermeiros por sala (enfermeiro instrumentista, enfermeiro de anestesia e enfermeiro circulante).

As cirurgias programadas realizam-se de segunda a sexta-feira, no período compreendido entre as oito horas e as vinte e três horas e trinta minutos, sendo este o horário normal de funcionamento do BO. Os procedimentos cirúrgicos urgentes fora do horário supracitado (noites, fins-de-semana e feriados) são assegurados por uma equipa de prevenção, composta por cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e assistentes operacionais.

Os doentes submetidos a anestesia cumprem, a posteriori, um período na UCPA, com uma duração de tempo que o médico anestesista e o enfermeiro considerem adequada. Nesta unidade, os cuidados de enfermagem são prestados por dois enfermeiros para os nove doentes. São excepção os doentes intervencionados em regime de cirurgia de ambulatório que são transferidos imediata e directamente para o Hospital de Dia Cirúrgico. De acordo com a especificidade da cirurgia que o doente foi submetido, este pode, por exemplo, ser transferido para a UCI, situada no mesmo piso.

Relativamente ao objectivo levantado no projecto de estágio que consistia na elaboração e implementação de um manual de boas práticas relacionado com a segurança do

doente, este foi reformulado, uma vez que verifiquei a existência de adequação por parte dos profissionais neste sentido. Assim, tendo em conta as necessidades dos enfermeiros do serviço e sob sugestão e orientação da enfermeira orientadora, direcionei o objectivo para a elaboração de um plano de integração do enfermeiro de anestesia e, no seguimento, de um documento alusivo às funções do enfermeiro de anestesia.

Objectivo I - Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente e sua família, no intra e pós-operatório imediato

Para a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP, 2006), um programa de integração no BO deve ser flexível e adaptado a cada enfermeiro, dependendo da sua experiência profissional, sendo que um ano é o tempo atribuído para a adaptação de um enfermeiro com experiência profissional. Uma vez que as horas de contacto definidas para cada módulo de estágio são cento e oitenta, o ideal de integração passa a ser algo utópico. Perante tal limitação, mas de modo a facilitar uma rápida adaptação ao contexto, desenvolvi várias etapas, das quais saliento: entrevistas informais com a enfermeira coordenadora das actividades cirúrgicas, enfermeira responsável pelos recursos humanos, enfermeiro responsável pelos materiais e equipamentos e com a enfermeira orientadora de estágio, durante as quais me foram transmitidas informações sobre a instituição; visita guiada ao serviço, tendo sido apresentada à equipa e familiarizada com a forma de organização; consulta de normas e protocolos existentes, observação das funções desempenhadas pelos enfermeiros, de modo a interiorizar o conteúdo funcional de cada uma delas; partilhas com os demais elementos da equipa multidisciplinar.

Os cuidados perioperatórios são definidos pela AESOP (2006, p. 9) como o “conjunto de actividades desenvolvidas pelos enfermeiros perioperatórios para dar resposta às necessidades do doente submetido a cirurgia e ou qualquer procedimento invasivo”. A AESOP (2006, p. 107) refere ainda que a enfermagem perioperatória é “o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual, o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos no trabalho realizado.” Neste contexto, a mesma associação, defende ser função do enfermeiro perioperatório “identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente/família, para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as acções de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem estar do indivíduo antes, durante e após a cirurgia” (AESOP, 2006, p. 9).

As competências do enfermeiro perioperatório especialista vão para além das funções supracitadas, sendo que o mesmo deve ser responsável por otimizar os recursos disponíveis, avaliando, planeando, implementando e determinando os cuidados a prestar ao cliente perioperatório, de forma independente e em conjunto com terceiros. Nesta função alargada, o

enfermeiro especialista é responsável por proporcionar aos outros membros da equipa a liderança, a direcção e a experiência clínica para a obtenção dos melhores resultados junto do cliente. Especificamente no âmbito da prestação de cuidados, cabe ao enfermeiro especialista coordenar, facilitar, gerir e ou propor alterações do processo de enfermagem personalizado (AESOP, 2006).

No BO o doente encontra-se num mundo desconhecido, onde o que o rodeia não faz parte do seu quotidiano (RIBEIRO, 2010). Assisti a expressões como: “estou nervoso”; “quanto tempo vai demorar a cirurgia?”; “tenho medo do que me possa acontecer”. Tanto a anestesia como a intervenção cirúrgica são factores geradores de grande stress (SMELTZER [et al.], 2002). Porque não integrar este conceito numa abordagem multidisciplinar de preparação do doente/família para o acto operatório?

O primeiro contacto do doente com o enfermeiro do BO do HL faz-se aquando da sua entrada na zona de *transfer*. O ideal era que fosse realizada a visita pré-operatória. Considero que a humanização dos hospitais passa não só por uma intervenção a nível de infra-estruturas, equipamentos e recursos humanos, mas sobretudo por uma mudança de atitudes de todos aqueles que prestam cuidados de saúde, que conduzam a uma plena satisfação dos doentes.

A visita pré-operatória deve ser entendida como uma actividade de enfermagem essencial, no sentido de melhor satisfazer as necessidades dos doentes, tendo em vista a humanização dos cuidados no BO, uma vez que é a base para planificar uma ajuda individualizada e estabelecer objectivos de actuação. A visita pré-operatória permite um primeiro contacto com o doente, esclarecimentos e informações acerca dos procedimentos a que será submetido, proporcionando a criação de uma relação de ajuda eficaz com o doente/família, no sentido de promover um clima de confiança e segurança no período perioperatório (SMELTZER [et al.], 2002).

Um estudo de FONSECA (2010) confirmou que os doentes que foram sujeitos a visita pré-operatória de enfermagem apresentavam níveis de ansiedade intra-operatória significativamente mais baixos que os que não tiveram essa visita, observável através da redução dos valores tensionais e da frequência cardíaca, no grupo sujeito a visita de enfermagem e, no aumento desses valores, no grupo que não teve visita pré-operatória.

Perante as mais valias que a visita pré-operatória encerra e com a aprovação e evidente motivação da enfermeira orientadora e demais enfermeiros, ofereci a minha disponibilidade à equipa de coordenação do BO, para colaborar na implementação dessa visita. No entanto, apesar de reconhecerem a sua fulcral importância, foi referido que de momento não se podia iniciar esse processo por motivos inerentes à organização actual do BO, existindo barreiras administrativas, hierárquicas, disponibilidade de tempo e de recursos para implementar e sistematizar esta prática. Considero os argumentos apresentados plausíveis, pois sem dúvida que o BO da instituição tem estado num processo de adaptação ao aumento exponencial de cirurgias programadas e de urgência que tem havido. Partilhei com os colegas artigos científicos relacionados com as vantagens das visitas pré e pós operatória. Pareceu unânime no seio da equipa e dos superiores hierárquicos a importância de que se

reveste este tema, pelo que ficou a ideia de uma possível implementação no futuro, quando estiverem reunidas condições, tudo em prol da melhoria da qualidade dos cuidados. Também ficou a sugestão da elaboração de um estudo que incluísse, por exemplo, a investigação sobre a satisfação dos doentes a quem fosse proporcionada a visita pré-operatória em comparação aos que não lhes era facultada a mesma. Este estudo poderia vir a reforçar a importância da visita pré-operatória na instituição e do papel preponderante do enfermeiro, bem como justificar a afectação de mais enfermeiros a este projecto.

Para colmatar a ausência de visita pré-operatória, verifiquei que os enfermeiros valorizam muito a fase de acolhimento do doente no BO. Pude constatar, através da observação, que os enfermeiros identificam-se durante o acolhimento, de um modo geral sem a máscara colocada, apresentam uma postura de disponibilidade e dão o tempo necessário ao doente para levantar questões. Confirmam precocemente a identificação do doente e da cirurgia. Há ainda a preocupação de evitar a presença de mais do que um doente no *transfer* do BO. Concordo com HESBEEN (2000) quando afirma que o acolhimento, o escutar, a disponibilidade, a criatividade do enfermeiro articulada com os seus conhecimentos científicos e competências técnicas, revelam-se elementos fundamentais a um cuidar com qualidade. Tive oportunidade de realizar o acolhimento de doentes no BO. Recordo situações em que os doentes traziam em mente alguns mitos relacionados quer com a anestesia geral, quer com o bloqueio sub-aracnoideu, e o papel preponderante que tive na desmitificação pareceu reduzir significativamente os níveis de ansiedade dos doentes.

No que concerne à prestação de cuidados, desempenhei funções de enfermeiro anestesista, circulante e de UCPA, avaliando, diagnosticando, monitorizando e gerindo cuidados de enfermagem complexos e mudanças rápidas no doente cirúrgico através da humanização dos cuidados de enfermagem, da responsabilidade profissional, ética e legal. Apesar da minha motivação ser elevada, mas dada a contingência temporal do estágio e pelo facto de ser uma área de aprendizagem tão vasta, não foi possível o desenvolvimento da prática de Enfermeiro Instrumentista.

Demonstrei ao doente, família e equipa de saúde que o cuidar humanizado está presente na prática diária num bloco operatório, pela centralização dos cuidados de enfermagem no doente e família como um todo e não um conjunto de tarefas técnicas diferenciadas ou indicações médicas, pois como opina FAIRCHILD (1996, p. 3) "cirurgia é uma experiência humana única. Única porque é distinta de qualquer outra forma de terapia, e humana, porque requer que os cuidados de enfermagem holísticos sejam eficazes".

No momento intra-operatório prestei cuidados de enfermagem humanizados, nomeadamente pelo não uso de máscara cirúrgica nas áreas semi-restritas, reforçando a comunicação através da expressão facial; pela manutenção de uma interacção positiva com o doente, suprimindo o aparato tecnológico; pelo respeito do seu espaço íntimo, considerando a sua estrutura cultural e social e pela atenção às suas necessidades singulares, prestando cuidados de enfermagem personalizados. Este último aspecto passou pela preparação do ambiente intra-operatório em termos de: grau de luminosidade (penumbra), sons (timbre de voz

suave, música de acordo com as preferências do doente), temperatura, objectos pessoais para as crianças, família (presença dos pais na UCPA). De forma a eliminar o carácter tecnicista do ambiente operatório, demonstrei uma atitude compreensiva, tranquilizadora através do sorriso e toque. A qualidade da atenção que prestei ao doente quer através da comunicação verbal, quer não verbal deu sentido à experiência cirúrgica que vivenciei, reparando “(...) frequentemente que o calor da relação com a enfermeira, a suavidade da sua voz, vêm compensar o isolamento técnico da pessoa doente, que não vê senão rostos mascarados e não percebe senão o contacto frio das mãos enluvadas” (PHANEUF, 2005, p. 397).

O tempo de espera do doente na sala de indução para a cirurgia foi um aspecto que diminuí ao máximo para melhorar a humanização do bloco operatório, pois a “vivência da hospitalização pode ser agravada quando envolve a espera por uma intervenção cirúrgica (...), esta pode levar o doente a uma série de conflitos internos, como o medo e a ansiedade, medo de invalidez ou até mesmo da morte, que são considerados riscos iminentes em uma cirurgia” (ANTÓNIO, MUNARI e COSTA, 2002, p. 34).

ZUZELO (2003, p. 369) enfatiza que “para ser eficaz, o enfermeiro especialista clínico deve ser auto-consciente, positivo, honesto, auto-reflexivo, auto-crítico e tomador do risco. Adicionalmente, o enfermeiro especialista clínico é melhor servido ao ser credível, empenhado e entusiástico”. Então, os conhecimentos e destreza, o agir como modelo, a excelência colocada nos cuidados de enfermagem, o investimento em oportunidades de aprendizagem, a motivação, o espírito de equipa, as decisões clínicas tomadas, o comportamento e a linguagem adequado às situações, a identificação de problemas clínicos, a busca constante de fundamentação para os problemas e a aplicação das descobertas da investigação, das normas e das recomendações aos problemas levantados, foram aspectos que facilitaram o desenvolvimento da capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica.

O relativo tempo de contacto do enfermeiro com o doente, exige do enfermeiro uma avaliação precisa e rápida durante todo o período, sejam cirurgias electivas ou urgentes, o que me levou a basear na Teoria do Processo de Enfermagem de Ida Orlando (TOMEY e ALLIGOOD, 2004), reconhecendo e satisfazendo as necessidades imediatas e únicas de ajuda do doente como um todo pela interacção dinâmica entre ambos. Esta abordagem permitiu-se identificar os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais que se encontram implícitos no comportamento verbal e não verbal do doente, designadamente, estilos de vida e respostas anteriores a situação de doença, internamento e intervenção cirúrgica. Deste modo, esta teoria mostrou-se útil e versátil, uma vez que me tornou num elemento de referência para o doente pela relação de parceria estabelecida e resolução concreta das suas necessidades, sendo esta opinião partilhada por ROSENTHAL (1996, p. 257) pois advoga que “um enfermeiro perioperatório que usa a abordagem teórica interpessoal de Orlando irá descobrir as necessidades escondidas do doente. Esta descoberta irá produzir atempadamente intervenções de enfermagem terapêuticas”.

A família de um doente que vai ser operado é uma componente essencial dos cuidados de enfermagem porque o estado de saúde do doente afecta-a e simultaneamente a família afecta o estado de saúde do doente, logo “os enfermeiros da especialidade médico-cirúrgica precisam de avaliar o impacto da hospitalização nas famílias, e prestar cuidados de acordo com essa avaliação” (HANSON, 2005, p. 295). Deste modo, usei a teoria do stress familiar (Mc CUBBIN e Mc CUBBIN, 1993), por ser uma teoria concisa e facilmente aplicável. A abordagem desta teoria é especialmente útil para ajudar os enfermeiros a reconhecerem que a percepção da família acerca dos factores de stress é frequentemente mais importante do que a realidade objectiva (HANSON, 2005). Com a finalidade de observar os factores de stress da família à hospitalização, os recursos que dispõe, o significado da patologia para si, desenvolvi uma relação, segundo HUPCEY (1998) citado por HANSON (2005, p. 296), pela aplicação de estratégias de

“(...) demonstração de empenho (por ex., reagindo ao membro da família como uma pessoa que está a passar tempo com a família, antecipando as necessidades da mesma), de perseverança (por ex. aprender muito acerca da família, passar tempo com famílias mais difíceis) e estarem envolvidos (por ex., ser um advogado da família, dobrando ou quebrando regras)”.

O meu desempenho fortaleceu os recursos da família de forma a lidarem com os obstáculos, agindo como um facilitador na avaliação do seu factor de stress, no reconhecimento dos seus pontos fortes e fracos, na focalização e investimento dos seus pontos fortes, na promoção de uma percepção realisticamente positiva da situação, na preparação para oportunidades e ameaças da situação, na aplicação de situações e na visualização do êxito dos mecanismos de resolução adoptados.

FAIRCHILD (1996, p. 79) advoga que o papel do enfermeiro perioperatório corresponde em “(...) preparar o cliente e família para a cirurgia, prestar conforto e apoio ao cliente e família e usar julgamento de enfermagem sólido e técnicas de resolução de problemas para assegurar uma experiência cirúrgica segura e eficaz”, logo, o meu processo de decisão clínica passou por um olhar as situações com várias e novas perspectivas, através da reflexão da prática, para orientar a minha acção na prestação de cuidados de modo a melhorar as minhas práticas e a transpor a complexidade de alguns cuidados de enfermagem; prestar cuidados de enfermagem criativos devido à singularidade do doente e família, à alta complexidade das situações e à forma diferente de encará-las; desenvolver a capacidade de me auto-gerir de forma a lidar com as minhas dificuldades e desenvolver a capacidade de estabelecer relações com o doente, família e equipa de saúde de forma a responder às suas expectativas. Assim, este processo visou a avaliação dos dados, a concepção e exploração dos possíveis cuidados de enfermagem a implementar e a selecção dos cuidados de enfermagem mais eficazes e inovadores, traduzindo-se numa atitude intuitiva e curiosa na interpretação de alterações ténues na sintomatologia, exames complementares de diagnóstico, parâmetros de monitorização, procedimentos operatórios, potenciais riscos... e de uma atitude confiante, autónoma, criativa, responsável, precursora e audaciosa na respectiva implementação dos cuidados de enfermagem. Tal facto é partilhado por ROTHROCK (2008, p.

2) ao referir que “uma parte da enfermagem perioperatória é (...) compreender a necessidade de certos procedimentos técnicos; saber como e quando iniciá-los; ser criativo na manutenção dos procedimentos quando a situação exige flexibilidade; e avaliar a segurança, o custo e os resultados dos cuidados prestados”.

No processo de tomada de decisão foi determinante conhecer os recursos humanos e materiais existente no bloco operatório, para além do auto-conhecimento e auto-controlo das minhas limitações, de modo a ajustar o cuidar ideal ao doente e família nessas circunstâncias. Promovi a reflexão em momentos oportunos, através do debate de artigos científicos de revistas da AESOP, que disponibilizei aos enfermeiros, otimizando a resposta da equipa de saúde e traduzindo-se em obtenção de ganhos em saúde. Os enfermeiros consideraram o conteúdo pertinente e actual, assim como a sua integração na prática clínica diária.

Cabe ao enfermeiro perioperatório zelar pela segurança do doente, protegendo o ambiente cirúrgico contra a contaminação. O vestuário no bloco, como menciona a AESOP (2006) é um importante factor no controlo da contaminação do ambiente cirúrgico e o corpo humano a maior fonte de contaminação microbiana. Neste âmbito, considero que há conformidade, por parte dos profissionais, no que respeita ao fardamento a utilizar nas diferentes áreas do BO, há adequação na manutenção da assepsia, bem como no que toca aos procedimentos relativos à higienização das mãos. O BO é, hoje em dia, um dos locais de prestação de cuidados mais dispendioso de um hospital, pela tecnologia existente, pela diferenciação das cirurgias, pela especialização dos intervenientes e pela situação clínica do doente, pelo que o seu acesso tem que ser feito por barreiras e o conceito de assepsia progressiva tem de ser um dos mecanismos de controlo da infecção. Isto é tido em conta no BO do HL.

Constatai que, de um modo geral, há preocupação para que permaneçam três enfermeiros por sala de operações. No entanto, nem sempre isso acontece, ficando a função de enfermeiro circulante diluída pelos demais. A dotação segura aponta para três elementos por sala. Na sua prática diária, o Enfermeiro Circulante “tem atribuições específicas de responsabilidade no que se refere à segurança do doente e equipe cirúrgica, segurança do ambiente, controlo da infecção e gestão de riscos inerentes a um bloco operatório e gestão organizacional da sala de operações” (AESOP, 2006, p. 129), ou seja, desenvolve competências relacionais, reflecte sobre o processo de cuidados e dá visibilidade ao cuidar. O ideal é que o enfermeiro circulante não precise de sair da sala para ir buscar material, mas quando isso aconteceu os pares que desempenhavam as funções de enfermeiro instrumentista facilitaram o meu desempenho de funções de enfermeiro circulante, até porque adoptei sempre uma atitude de antecipação ao pedido daquele. A confiança que depositaram em mim contribuiu para o aumento da minha motivação e destreza. Ao mesmo tempo, senti que a equipa se sentia confortável com a minha presença, reconhecendo segurança.

Na prática, para além de verificar o plano operatório, destaco as seguintes actividades:

- Colaboração da preparação do material necessário para o acto cirúrgico;

- Acolhimento do doente no BO, transferi-lo para a marquesa e acompanhá-lo até à sala operatória, mantendo-o o mais confortável possível, respeitando a sua unicidade);
- Colaboração, juntamente com o enfermeiro de anestesia e AO, no posicionamento do doente (noto que há preocupação por parte dos enfermeiros no respeito pela privacidade do doente);
- Apoio à enfermeira instrumentista e à restante equipa cirúrgica no acto de se vestirem de estéril;
- Colaboração com a enfermeira instrumentista na colocação das mesas cirúrgicas, acompanhando-a atentamente no providenciar dos dispositivos médicos necessários; verificando a integridade das embalagens e seus prazos de validade; abrindo o material esterilizado verificando indicadores de esterilização externos; mantendo a distância da mesa evitando a sua contaminação; e abrindo os dispositivos médicos respeitando a técnica asséptica cirúrgica, entregando-os directamente às mãos da enfermeira instrumentista;
- Execução da ligação e direcção dos focos de luz operatórios;
- Fornecimento de novos dispositivos médicos necessários no decorrer da cirurgia, permanecendo atenta ao decorrer da cirurgia e tentando antecipar-me às necessidades da equipa cirúrgica, procurando responder com efectividade às necessidades da enfermeira instrumentista; e repondo na mesa cirúrgica os dispositivos médicos necessários, nomeadamente, compressas, fios de sutura, etc., cumprindo a técnica asséptica cirúrgica;
- Colaboração com a enfermeira instrumentista na contagem das compressas;
- Acondicionamento e registo das peças para anatomia patológica;
- Adequação dos gastos às necessidades do procedimento cirúrgico, não abrindo material sem confirmação da enfermeira instrumentista e repetindo-lhe os pedidos em voz alta;
- Prevenção de riscos para o doente, por exemplo, vigiando atentamente a área estéril e, cumprindo e fazendo cumprir as regras de assepsia, certificando se a electrocirurgia está a ser utilizada de acordo com as regras de segurança; e alertando para antecedentes pessoais do doente que possam conferir-lhe risco acrescido;
- Colaboração na execução do penso cirúrgico, disponibilizando material necessário;
- Proporcionar um despertar confortável ao doente, ajudando a substituir lençóis humedecidos/sujos por secos e aquecidos; solicitando sempre um lençol aquecido e promovendo a sua colocação adequada;
- Colaboração no transporte e na transferência do cliente para a UCPA/UCI.

De acordo com a AESOP (2006, p.8) "(...) o enfermeiro perioperatório assegura uma ambiente seguro e terapêutico mantendo os padrões de «boa prática»". A gestão do risco configura qualidade ao cuidar, uma vez que a intervenção cirúrgica apresenta riscos associados à infecção, termorregulação, electricidade, medicação, local da cirurgia, funcionamento e equipamentos, entre outros. ZUZELO (2003, p. 369) explica que "o enfermeiro

especialista clínico trabalhando em colaboração com uma equipa multidisciplinar pode procurar explorar e reduzir a incidência de erros em ambiente cirúrgico”. Senti que os enfermeiros deste serviço adoptam, de uma maneira geral, medidas adequadas para garantir um ambiente cirúrgico seguro, quer para o doente, nomeadamente através da confirmação da lista de verificação (checklist) de segurança cirúrgica, quer para os profissionais de saúde, por exemplo usando protecção adequada aquando do funcionamento de equipamentos de radiologia, garantindo assim a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

No que respeita à dor, é um diagnóstico com intervenções de enfermagem a serem implementadas no BO, sendo que a administração de fármacos analgésicos consiste numa das intervenções possíveis. Fiquei confortável em observar que a dor é, de um modo geral, valorizada no doente operado, sendo a analgesia tanto mais eficaz se for administrada antes da dor se instalar e esse aspecto tem sido tido em consideração tanto em sala de BO, como na UCPA. Alusivo à dor, a Ordem dos Enfermeiros publicou em 2008 um Guia Orientador de Boa Prática, onde Lucília Nunes opina que “a negação ou a desvalorização da dor do Outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional” (OE, 2008, p. 7).

O papel do enfermeiro perioperatório orienta-se não só para a técnica, mas também para as necessidades humanas centradas no cuidar e na relação de ajuda. Os cuidados relacionam-se com a segurança e a prevenção da infecção, o controlo da dor, a manutenção da temperatura corporal e a adequação dos posicionamentos cirúrgicos (AESOP, 2006). Em relação à temperatura corporal, logo no primeiro turno que efectuei na UCPA ressaltou que os doentes referiam frio. Deparei-me com dificuldade na resposta às solicitações, dado existirem apenas três aquecedores individuais, portanto em número insuficiente, uma vez que a lotação é para nove doentes, e muitas vezes estes aquecedores ainda eram solicitados para as salas de operações. Sinalizei a situação detectada ao enfermeiro responsável pela área dos equipamentos, que se mostrou muito receptivo ao facto. Foi com satisfação que constatei, passado alguns dias, que tinham sido adquiridos mais três aquecedores individuais para a UCPA.

Objectivo II - Contribuir para a melhoria e segurança dos cuidados ao doente através da elaboração de um plano de integração do enfermeiro de anestesia

A integração é para LOUREIRO [et al.] (2002, p. 17) “um processo sistematizado com a finalidade de facilitar ao recém-admitido, toda a informação e treino necessários permitindo a adaptação às novas funções”. Esta inicia-se no momento de admissão e prolonga-se durante toda a vida profissional, sempre que ocorra uma modificação real do contexto de trabalho. Todos os trabalhadores requerem uma formação inicial para se familiarizarem com a instituição e com o serviço em específico.

As pessoas têm que se adaptar às organizações, serem orientadas nas suas

actividades dentro da mesma, conhecer a sua missão e os seus objectivos, ou seja ajustarem-se à cultura organizacional (AESOP, 2006).

Uma integração bem planeada beneficia a instituição e o enfermeiro, uma vez que quanto mais rapidamente o elemento recém-admitido se adaptar ao seu meio, mais depressa dará uma contribuição efectiva à instituição em causa. O êxito da integração dependerá da motivação com que o novo elemento encara as novas funções, mas também das condições psicológicas e pedagógicas facultadas por quem o recebe e integra. Este processo de mudança tem em vista a valorização pessoal e profissional, que só será possível se a instituição se empenhar em realizar integrações adaptadas às necessidades de cada elemento. Para que este processo se realize com sucesso, é importante a existência de um plano de integração (AESOP, 2006).

FREDERICO (1999, p. 132) advoga que o plano de integração “é um plano elaborado e destinado a familiarizar os novos elementos com a linguagem da organização, os usos e costumes, a própria estrutura da organização, os principais produtos e serviços, a missão, os valores, os objectivos”. O instrumento de trabalho referido visa sistematizar os objectivos e as actividades a serem realizadas para os atingir, assim como as responsabilidades do enfermeiro integrador e do integrando. Ao mesmo tempo, o plano de integração permite ainda a realização de uma avaliação das várias fases, possibilitando a introdução de mudanças que visem a melhoria do processo.

O enfermeiro de anestesia é responsável pelo doente numa fase de grande dependência, uma vez que ao estar sedado ou anestesiado é mais susceptível e vulnerável a qualquer tipo de risco ou acidente. Os avanços tecnológicos e científicos da anestesia e da cirurgia implicam que o enfermeiro de anestesia possua um conhecimento aprofundado e actualizado de todo o processo anestésico-cirúrgico, com o objectivo de prestar cuidados nesta área, de máxima qualidade (AESOP, 2006). Assim, foi neste âmbito, e no sentido de contribuir para a melhoria e segurança dos cuidados, que elaborei um plano de integração do enfermeiro de anestesia (ANEXO XII), bem como um compêndio das funções do enfermeiro de anestesia (ANEXO XIII). A colaboração da enfermeira orientadora do estágio, de outros colegas e coordenadores responsáveis pela área cirúrgica foi pertinente, no sentido de o ajustar às reais necessidades do serviço, podendo, numa fase posterior, o plano de integração ser alargado para o enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista.

A elaboração do plano de integração do enfermeiro de anestesia foi baseada nas recomendações da AESOP e permitiu-me desenvolver competências no âmbito da integração de novos enfermeiros.

A enfermeira orientadora desempenha funções de responsável pela área da anestesia no BO. Assim, tive a oportunidade de colaborar com a enfermeira, em prol da gestão e da qualidade dos cuidados, na revisão/reorganização do material presente nos carros de apoio à anestesia e nos carros de apoio à grande anestesia, direccionando para novos níveis de stock e procedendo à etiquetagem das gavetas de medicação e material de uso frequente (ANEXO XIV). O procedimento descrito facilita uma actuação mais rápida e eficaz, impedindo a

acumulação de material desnecessário e a escassez de outro essencial. Desenvolvi, assim, competências na área de gestão.

1.3. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

O estágio referente ao módulo de urgência/emergência foi realizado no Hospital de Santa Maria, que por sua vez integra o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. O Hospital de Santa Maria é um hospital central que ao longo de mais de sessenta anos desde a sua inauguração, se consolidou como uma grande instituição de prestação de cuidados, de formação de profissionais e de investigação científica.

Ao SUC do HSM acorrem todos os tipos de doentes, com as patologias mais diversas, entre as quais destaco: politraumatizados, insuficiências cardíacas e respiratórias, acidentes vasculares cerebrais, intoxicações medicamentosas e descompensações metabólicas.

No SUC está implementado o Sistema de Triagem de Manchester, que consiste em estabelecer uma triagem de prioridades clínicas de atendimento, através da identificação objectiva e sistemática dos critérios de gravidade, dando a conhecer a prioridade clínica e o tempo recomendado até à observação médica. Esta identificação é realizada por um enfermeiro e compreende cinco categorias diferenciadas por cores (por ordem crescente de gravidade): branco, azul, verde, amarelo, laranja e vermelho. Uma correcta triagem encaminha o doente para um tratamento que pode ser imediato (emergente), iniciado com alguma brevidade (urgente) ou adiado (não urgente).

O SUC integra quatro áreas de actuação: ambulatório, internamento, bloco operatório e reanimação. A área de ambulatório possui várias instalações, das quais se destacam as salas de espera, as salas de tratamentos, as de pequena cirurgia e os gabinetes de observação.

Relativamente ao internamento, que corresponde à Sala de Observações (SO), possui dezasseis unidades dotadas de equipamento para intervenções de urgência. Neste espaço os doentes permanecem em observação pela equipa de enfermagem e médica, geralmente por um período não superior a vinte e quatro horas.

O BO do SUC é constituído por duas salas de cirurgia, uma sala de indução e uma sala de recobro (três camas). Esta unidade recebe apenas cirurgias emergentes.

A área de reanimação está dividida em duas salas contíguas: reanimação I (sala de traumatologia) e reanimação II (sala de medicina).

No que respeita aos recursos humanos, o SUC conta com uma vasta equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, AO, assistentes sociais e voluntários.

No que diz respeito à enfermagem existem cinco equipas, cada uma com cerca de quinze elementos, distribuídos por diversas funções, entre as quais a coordenação de equipa, a coordenação de SO, a prestação directa de cuidados e as transferências de doentes. Os recursos humanos e materiais tornam-se em tudo relevantes de forma a dar uma resposta adequada às necessidades dos doentes em tempo útil.

O método de trabalho adoptado é o método individual, onde cada enfermeiro é responsável pelos doentes a seu cargo, prestando os cuidados de enfermagem que necessitam e assegurando a continuidade na prestação, bem como a integridade bio-psico-social dos utentes e respectiva família.

Relativamente ao objectivo levantado no projecto de estágio alusivo a contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem através da elaboração de uma acção de formação sobre o cliente com trauma abdominal foi reformulado, por sugestão do enfermeira orientador, uma vez que este tema já tinha sido abordado por uma enfermeira estagiária anterior. Assim, tendo em conta as necessidades dos enfermeiros do serviço e sob orientação do enfermeiro orientador, direccionei o objectivo para a elaboração de fichas de procedimentos de enfermagem no serviço de urgência.

Objectivo I - Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente de médio e alto risco e sua família, em contexto de urgência/emergência

O meu processo de integração no SUC iniciou-se de forma progressiva. Delineei a primeira semana de estágio para me integrar da estrutura física, da articulação com os outros serviços. Para tal, foi imprescindível a colaboração com o enfermeiro orientador na prestação de cuidados, a consulta de protocolos/normas, bem como a localização e funcionamento dos materiais e equipamentos frequentemente utilizados.

De forma a facilitar o cumprimento do objectivo delineado, centralizei a minha prática principalmente no SO e nas salas de reanimação. Deste modo, aquando em SO desenvolvi competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente em estado crítico, de médio e alto risco, nomeadamente com traumatismo crânio-encefálico, politraumatizados, doentes com insuficiências cardíacas e respiratórias, acidentes vasculares cerebrais, intoxicações medicamentosas e descompensações metabólicas, realizando os registos necessários das informações colhidas e das intervenções de enfermagem. No seguimento, colaborei também no acompanhamento de doentes para realização de exames auxiliares de diagnóstico e nas transferências intra-hospitalares, salvaguardando o conforto e a segurança dos doentes. Ao mesmo tempo, encaminhei para o coordenador de equipa de enfermagem várias questões administrativas (transferências, altas, realização de exames complementares de diagnóstico, pedidos de terapêutica, material ou equipamento, transportes, entre outros). Destaco várias oportunidades de experiências, nomeadamente:

- Actuação em concordância com a Via Verde AVC aquando do surgimento de doentes com AVC;
- Colaboração nos testes de conformidade a ventiladores mecânicos e desfibriladores cardíacos;
- Prestação de cuidados de enfermagem individualizados e diferenciados a doentes submetidos a ventilação mecânica;

- Análise de resultados de gasimetria detectando alterações no equilíbrio ácido-base e actuação em concordância;
- Identificação de alterações no ECG e prestação de cuidados de enfermagem adequados.

Para além do supracitado, quando a exercer funções numa das salas de reanimação e na ausência de doentes nas mesmas, colaborei com o enfermeiro a exercer funções na Sala de Tratamento 1, revelando momentos adicionais de aprendizagem muito enriquecedores, entre eles:

- Estabelecimento de uma relação terapêutica com os demais doentes em estado crítico e familiares, baseando-me em princípios fundamentais aquando da comunicação, tais como o respeito, a empatia e a capacidade de escuta. Dentro desta temática, julgo o feedback dos doentes e familiares como um dos principais factores de avaliação, sendo que o mesmo tem revelado sentimentos de satisfação. De salientar que na procura permanente da excelência no exercício profissional, a satisfação do cliente é reconhecida formalmente pela Ordem dos Enfermeiros como um dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.
- Prestação de cuidados de enfermagem individualizados e diferenciados ao doente com intoxicação medicamentosa;
- Aplicação de imobilizadores ao doente com trauma e mobilização de forma adequada.

No decorrer do estágio senti um crescimento em termos de maturidade e perspicácia no processo de avaliação do doente e família e no processo de tomada de decisão, prevendo alterações com base em mudanças ténues da sintomatologia e actuando de forma a prevenir um agravamento do estado de saúde do doente. Concordo com SHEEHY (2011) quando advoga que uma avaliação inicial adequada e atenta é a base de todos os cuidados prestados ao doente no Serviço de Urgência e que a experiência orienta o enfermeiro na identificação dos sistemas que devem ser examinados em função das queixas do doente.

Durante o estágio prestei cuidados a doentes de etnia cigana, sem-abrigo, seropositivos, toxicodependentes, entre outros. A enfermagem transcultural permitiu-me consciencializar dos padrões desviantes da cultura padrão, evitar estereotipagem, avaliando correctamente o doente e família e prestar cuidados de enfermagem em conformidade, tal como afirma LEININGER (1995, p. 118) "(...) um relato do cliente o mais detalhado e correcto possível, de forma a que as decisões apropriadas do cuidar de enfermagem sejam específicas, benéficas e significativas para o cliente".

O foco de enfermagem que identifiquei mais frequentemente no doente e família foi a ansiedade elevada, a par do défice de conhecimento. A ansiedade estava relacionada com a indefinição do diagnóstico ou do prognóstico, à alteração súbita dos hábitos de vida, à duração da hospitalização, ao impedimento da presença de um familiar e a própria estereotipagem dos serviços de urgência. No seguimento, informei o doente e família acerca dos diagnósticos de

enfermagem e encaminhei a família para o médico responsável para o esclarecimento de dúvidas médicas, promovi a presença de um acompanhante, otimizei o ambiente (ruído, luminosidade) e expliquei a dinâmica e objetivos do SUC., adequando sempre o discurso às circunstâncias, nomeadamente ao quadro clínico do doente, à faixa etária e literacia. Avaliei que as situações de urgência eram perturbadoras não só para o próprio doente como para a própria família por serem inesperadas, o que alterava a estrutura familiar e como tal repercutia-se nas relações dos papéis da família. Para além das intervenções anteriormente referidas, foram muito importantes o respeito e promoção de capacidades adaptativas de coping, o reforço da expressão de emoções e o auxílio da família a reconhecer as suas necessidades e a sua preparação para a alta. Concordo com HANSON (2005, p. 309) quando afirma que “oferecer oportunidades flexíveis para as visitas, ajudará a satisfazer as necessidades dos membros da família e dos doentes, e pode também promover a manutenção de processos típicos da família. Os familiares podem querer falar com o enfermeiro sobre outras estratégias para normalizar a vida familiar”.

Os familiares desejavam, frequentemente, informações sobre o doente, na tentativa de conciliar a sua vida familiar com a vida profissional, pelo que tive sempre em atenção em informar o doente e família acerca dos cuidados de enfermagem, o local onde iria ser submetido a intervenção cirúrgica, o serviço onde o doente iria ficar internado. Sugeri e possibilitei que o familiar fosse tomar as refeições e/ou descansar, alertando para a importância do seu estado de saúde no sentido de apoiar o doente, ficando no processo do doente registado o número de telefone do familiar no caso de ser preciso a sua presença e foi também disponibilizado ao familiar os números de telefone de contacto do SUC. Senti-me como um elemento de referência, demonstrado pelas expressões verbais e não verbais aquando da minha presença, expressões de gratidão. Conferi significado particular aos cuidados prestados pois como refere HESBEEN (2000, p. 64) “é a maneira como um acto ou um gesto toma sentido para a pessoa, que faz com que ele lhe seja de ajuda e que contribua para o seu bem estar” e tal como opina PHANEUF (2005, p. 12) “(...) a comunicação e a relação de ajuda figuram entre os factores importantes da humanização dos cuidados”.

Independentemente do sector onde exerci funções, pretendi uma actuação que maximizasse a qualidade dos cuidados prestados e a segurança clínica do doente, caminhando para a excelência dos cuidados de enfermagem. Nesta linha de pensamento, e no âmbito da gestão de risco, procedi também à identificação, contextualização/análise de problemas e suas prioridades, seguidas do planeamento e implementação de acções planeadas para os resolver, que passo a descrever.

A pesquisa bibliográfica referente às patologias mais comuns que os doentes apresentavam no SUC e correspondentes cuidados de enfermagem, bem como os fármacos mais frequentes foram pontos fulcrais para fornecer sustentabilidade teórico-prática no meu desempenho. Durante o estágio notei dificuldades, por parte de alguns enfermeiros, perante a diluição/administração de medicamentos por via parentérica, nomeadamente quando os fármacos não eram de uso habitual. No contexto, disponibilizei um guia de consulta fácil, que

se intitula “Guia de preparação e administração de medicamentos por via parentérica” (DINIS 2002) para utilização no SUC. O mesmo aconteceu aquando da avaliação e transferência de doentes politraumatizados em situação de emergência. Assim, com o intuito de ser uma fonte de partilha de experiências e saberes com os enfermeiros e alunos, de forma a dar suporte à prática e sensibilizar para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de, deixei um exemplar do “Manual de Trauma” (NUNES [et al.] 2009) no SUC, Os enfermeiros e alunos manifestaram bastante interesse, tendo permitido espaços de discussão e reflexão.

A minha prestação de cuidados de enfermagem foi valorizada e reconhecida pelos profissionais de saúde, pois frequentemente fui abordada pelos mesmos para esclarecer questões relacionadas com a minha área de especialidade, funcionando como consultora na tomada de decisões. Nestes momentos, assumi uma postura de perito, sendo os temas mais frequentes relacionados com cuidados de enfermagem pré e pós operatórios (jejum, tricotomia, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, tratamento de feridas), controlo de infecção (técnica asséptica, algaliação, armazenamento de material estéril, circuitos), relacionados com a gestão de cuidados (transporte de doentes, articulação com outros serviços, gestão de vagas, resolução de conflitos com familiares)

No SUC entram doentes com múltiplas lesões, sendo frequente apresentarem feridas de diversos tipos. SHEEHY (2011) opina que o enfermeiro de urgência está em condições de minorar possíveis complicações a estas feridas, mercê de avaliação, cuidados escrupulosos da ferida e ensino aquando da alta. Concomitantemente, houve mobilização de conhecimentos apreendidos no decurso da minha vida profissional na enfermagem perioperatória transmitidos à equipa do SUC (classificação de feridas, tipos de feridas, processo de cicatrização de feridas, antissépticos, desinfeção cirúrgica das mãos, desinfeção do campo operatório, anestesia local) e mobilizei conhecimentos apreendidos durante o estágio no SUC para a prestação de cuidados especializados a doentes em situações de urgência/emergência em serviços de internamento médico/cirúrgicos.

No seguimento do estágio fui-me apercebendo que os solutos e material da Sala de Tratamentos I não se encontravam devidamente identificados, o que poderia conduzir a erros e demora na sua procura, em situações de urgência. Ao mesmo tempo, devido a ausência de dotação de stock, aconteceu surgir material ora em excesso ora em escassez. No âmbito da gestão do risco e gestão de stock de material, tomei a iniciativa de me voluntariar para proceder à identificação do material existente na sala (ANEXO XV), com respectivo nível de stock, com incentivo e aceitação imediata do enfermeiro chefe, orientador, e enfermeiros.

Objectivo II - Contribuir para a melhoria e segurança dos cuidados ao doente através da elaboração de fichas de procedimentos de enfermagem no serviço de urgência

Quanto à elaboração de fichas de procedimentos de enfermagem no serviço de urgência, após pesquisa, leitura, actualização bibliográfica, partilha com os colegas e tendo em conta a minha experiência em serviço cirúrgico, procedi à sua elaboração. De entre as

necessidades do serviço, destacou-se o procedimento administração de enema de limpeza e cuidados de enfermagem ao doente com drenagens torácicas, com vista a uniformizar procedimentos de enfermagem e consequente melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, ao fazerem parte do Manual de Normas de Enfermagem do SUC. Um exemplar do Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos, da Direcção Geral de Saúde, de 2008, foi divulgado aos colegas e arquivado no SUC, para consulta. Esta foi uma das referências na qual me baseei, adaptando os procedimentos seleccionados às condições do SUC e adicionando informação complementar relevante.

No que respeita à escolha do procedimento enema de limpeza, surgiu do facto de ser sugerido pelo enfermeiro orientador e de observarmos que diversos enfermeiros, em várias situações, adicionavam ingredientes desadequados à solução de enema. Ao mesmo tempo esta era colocada a um nível muito elevado no suporte (geralmente suporte de soros). Da reflexão partilhada com os enfermeiros e com o enfermeiro orientador, ressaltou de que faziam assim porque era hábito no serviço de urgência, imitando pelo simples facto de já terem visto anteriormente ser efectuado daquela maneira, desconhecendo os possíveis riscos destas acções para o doente. A reflexão tornou-se particularmente importante pelo facto de ser um hospital escola e de ser local de estágio para inúmeros alunos de Licenciatura em Enfermagem. As estratégias adoptadas para a resolução deste problema passaram, para além dos momentos de reflexão sobre o tema entre enfermeiros, pela elaboração de uma norma de procedimento (ANEXO XVI), com colaboração do enfermeiro orientador, enfermeiros e enfermeiro chefe, ficando um exemplar da norma exposto na sala de trabalho do SUC e outro exemplar arquivado no Manual, disponível para os enfermeiros. Posteriormente à apresentação e divulgação da norma à equipa, tive a oportunidade, durante o estágio, de assistir a duas situações de administração de enema de limpeza a doentes distintos. No primeiro caso, verifiquei que o enfermeiro adoptou as intervenções consideradas adequadas aquando da administração do enema. Na segunda situação, o enfermeiro que ia administrar o enema ao doente dirigiu-se a mim, como elemento de referência, no sentido de clarificar alguns aspectos, como a adequada posição do doente e a solução de enema a utilizar, solicitando que eu o acompanhasse na intervenção, pelo que agi em conformidade. Neste contexto, partilho da opinião de ABREU (2007), quando salienta que os momentos informais de formação em contexto de trabalho assumem um lugar de relevo na evolução das práticas profissionais.

Em relação ao tema das drenagens torácicas, ao longo dos turnos e à medida que surgiam doentes com drenagens torácicas, fui-me apercebendo de que o desempenho dos enfermeiros não era uniforme. Concomitantemente ressaltaram aspectos que poderiam ser melhorados com formação, no sentido de contribuir para a melhoria e segurança dos cuidados ao doente, dos quais destaco a colocação de dois clampes por cada dreno à cabeceira do doente, a importância da manutenção da esterilidade e permeabilidade do circuito, o estar desperto para os riscos e complicações, o ensino ao doente e o incentivo à sua mobilidade.

A integração na equipa de saúde e na própria dinâmica do SUC foi crucial de forma a realizar um diagnóstico da situação real e uma correcta análise das necessidades formativas,

sucedendo-se a criação de objectivos de formação autênticos para os formandos. Assim, não me centrei somente nos conhecimentos teóricos, mas também na sua aplicabilidade em contexto real do SUC e às características individuais da equipa de saúde e do próprio SUC, visto que “a aprendizagem é um processo que envolve o sujeito e o meio no qual está inserido, no qual se inscrevem aspectos individuais, colectivos e organizacionais; considerar apenas um destes elementos torna-se insuficiente para a compreensão da complexidade dos processos formativos dos adultos (...)” (PIRES, 2005, p. 254).

Da reunião com o enfermeiro chefe e com o enfermeiro orientador, face à análise das necessidades formativas, definiu-se a concretização da sessão de formação cinco vezes, subordinada ao tema “Cuidar do doente com drenagens torácicas no Serviço de Urgência”, pretendendo ser uma sessão de formação para cada equipa de enfermagem.

Para a divulgação das sessões de formação foi exposto, em cada um dos quatro placares de informação, um exemplar do convite (ANEXO XVII), com concordância prévia do enfermeiro chefe.

A apresentação em power point sobre drenagens torácicas (ANEXO XVIII) foi elaborada em consonância com o enfermeiro orientador, com o enfermeiro chefe, com enfermeiros do SUC e do Serviço de Cirurgia Córdio-Torácica. Foi revista por médicos de cirurgia cardiotorácica.

Foi elaborado um plano de sessão (ANEXO XIX), uma ficha de avaliação de conhecimentos (ANEXO XX) e uma ficha de avaliação da sessão (ANEXO XXI).

A preparação do material didáctico teve em conta a pedagogia de adultos para estimular os formandos a participarem activamente na sessão de formação. Foram disponibilizados os dispositivos de drenagem torácica em uso no hospital para que os formados tomassem contacto com estes à medida que ia sendo explicado o correcto funcionamento destes. Os diapositivos em suporte de papel foram distribuídos aos formandos, pelo que foi propositada a inclusão de alguns diapositivos com texto de forma a constituir um documento de apoio.

Assistiram à sessão de formação trinta e sete enfermeiros, constituindo aproximadamente metade do total de enfermeiros do SUC. Contou-se ainda com a presença de dezoito alunos do curso de licenciatura de enfermagem do quarto ano, que mostraram interesse em participar na sessão. Houve enfermeiros que assistiram à formação que incentivaram os pares para irem na próxima sessão. No entanto, houveram enfermeiros que não foram por se encontrarem de férias, ou de baixa médica. O horário das sessões foi sugerido pelo enfermeiro chefe, correspondendo portanto com o final do turno da manhã. Vários enfermeiros referiram não poderem ir à sessão por o horário não ser o mais adequado, coincidindo com o fim do turno e início de outro, referindo fadiga e incompatibilidade horária com outros compromissos pessoais/profissionais. O ideal parecia ser a sessão de formação durante o horário laboral, mas seria inviável por coincidir com o exercício insubstituível de funções dos enfermeiros. Ao mesmo tempo, uma vez que já tínhamos tido doentes com drenagens torácicas antes das sessões de formação, fui solicitada como elemento de

referência para momentos de formação informal, partilha, esclarecimento de dúvidas junto dos enfermeiros, pelo que esses sentiram que não havia necessidade de participarem posteriormente na sessão de formação formal.

Durante a sessão, os formandos presentes foram muito participativos, com momentos de partilha de experiências e exposição de questões. Como factor motivacional inicial dei ênfase à importância da nossa actuação em situação emergente, realçando o facto de uma das causas potencialmente reversíveis de paragem respiratória ser o pneumotórax hipertensivo. A avaliação de conhecimentos através do questionário Verdadeiro/Falso por parte dos formandos foi de cem por cento. Tal como OLIVEIRA (2005), identifiquei diversos aspectos nas sessões de formação que contribuíram, de alguma forma, para aumentar o sucesso da aprendizagem, a salientar, a motivação, o ambiente envolvente, a correcta estruturação do plano de sessão, a disponibilidade para uma participação activa e a repetição dos conceitos mais importantes.

A avaliação da globalidade da formação, realizada pelos colegas e alunos, foi de quatro vírgula oito numa escala de zero a cinco. Noventa por cento dos formandos referiu ter ido à formação pela necessidade de saber mais sobre o tema. Em relação aos contributos da sessão para o desempenho, todos referiram que foi contribuir para a melhoria e segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao doente com drenagens torácicas no Serviço de Urgência Central. Os formandos manifestaram que as sessões de formação coincidiram com as suas expectativas e reforçaram positivamente o meu papel de formadora.

A norma de procedimento sobre drenagens torácicas (ANEXO XXII) foi apresentada. Os formandos referiram que seria útil ficar junto ao carro de técnicas do serviço a listagem de material a usar na colocação e remoção de drenos torácicos, pelo que agi em conformidade com o sugerido.

Como forma de dar continuidade às sessões de formação, efectuei o acompanhamento dos enfermeiros aquando da prestação de cuidados a doentes com drenagens torácicas e verifiquei uma redefinição das práticas e adequação dos saberes actualizados nas sessões de formação, como por exemplo a colocação de dois clampes por dreno à cabeceira do doente, o clampar só em situações muito específicas e pelo menor tempo possível, o ensino ao doente e o incentivo à sua mobilidade.

Objectivo III - Contribuir para a melhoria dos cuidados através da sensibilização dos enfermeiros para a importância de uma adequada monitorização da dor

A dor é um fenómeno complexo caracterizado pela sua subjectividade e multidimensionalidade. A avaliação da dor deve ser realizada de uma forma detalhada e completa, baseando-se frequentemente na auto-percepção do doente, sempre que possível. Nesta apreciação é fundamental perceber que o doente narra a sua dor com a influência de inúmeros factores, tais como o sexo, a idade, o tipo de educação, as experiências dolorosas ao longo da vida, emocionais e culturais (CASTRO [et al.], 2006).

Nos doentes utilizadores do serviço de urgência existe uma grande vulnerabilidade à dor, quer pela gravidade das situações clínicas, quer ainda pelas inúmeras intervenções terapêuticas a que os mesmos estão sujeitos.

No momento da triagem a monitorização da dor tem carácter obrigatório, constituindo-se como um factor decisivo para a atribuição de uma cor de prioridade de atendimento. A Direcção-Geral de Saúde emitiu uma circular Normativa que equipara a dor a 5º sinal vital. Deste modo, passou a ser considerado como boa prática clínica, a avaliação e o registo regular da intensidade da dor, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, à semelhança do que acontece com os outros sinais vitais (DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE, 2003). No entanto, em SO, os enfermeiros não quantificam a dor nem efectuam o respectivo registo. Neste contexto, a Circular normativa que equipara a dor a quinto sinal vital não é correctamente aplicada e que segundo a DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2008, p.8) "(...) talvez fruto do desconhecimento e da falta de sensibilização para o dever e direito ao controlo da dor, dos profissionais de saúde e da população em geral, respectivamente". Assim, pretendi sensibilizar os enfermeiros para a importância da monitorização da dor, através de alertas junto dos pares, reflexões em momentos oportunos com os colegas e chefes de equipas.

Para MULLER [et al.] (2008), a tendência dos prestadores de cuidados para subvalorizar a dor dos doentes baseia-se por vezes em preconceitos. Para RODRIGUES e CARVELA (2006, p. 37) "preconceitos são as nossas convicções que destroem a visão da realidade". De acordo com a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008), existem mitos, crenças e preconceitos que dificultam a avaliação e controlo da dor. Neste contexto, elaborei um cartaz de sensibilização (ANEXO XXIII) para a importância de uma adequada monitorização da dor, desmistificando conceitos que podem, eventualmente, constituir obstáculos na monitorização e tratamento da dor.

Ao mesmo tempo, verifiquei a ausência de conhecimento, por parte dos enfermeiros, de escalas de monitorização de dor em doentes inconscientes, que não apresentam resposta verbal, nomeadamente quando sedados e ventilados. Tendo em conta este facto, agi no sentido de divulgar a escala comportamental da dor aos enfermeiros do serviço de urgência, processo facilitado pelo facto de já ter trabalhado este tema na Unidade de Cuidados Intensivos, no âmbito de um estágio anterior, pelo que fez todo o sentido dar continuidade.

Como estratégias de divulgação da escala de monitorização da dor em doentes críticos, ou seja da BPS, para além do contacto pessoal com os enfermeiros ao longo dos turnos, elaborei um poster de visualização fácil (ANEXO XXIV), em formato A2, em que um exemplar ficou exposto na sala de reanimação I, ficando o outro no SO. Para além dos posters, elaborei um documento de apoio (ANEXO XXV) explicitando os aspectos essenciais em relação à aplicação da escala e disponibilizei um dossier com vários artigos relacionados com a temática. Aproveitando o facto de estar reunida com vários elementos de cada equipa de enfermagem aquando da realização das sessões de formação descritas anteriormente, o documento foi apresentado e oferecido um exemplar em suporte de papel a cada formando. A excelente relação interpessoal contribuiu para o êxito da sensibilização dos enfermeiros para a

importância de uma adequada monitorização da dor, pois “(...) a capacidade de relacionamento interpessoal deverá estar presente em todos os momentos, sendo, no entanto, primordial em situações de formação em contexto profissional, dada a imediaticidade e proximidade da relação (DIAS, 2004, p.18).

Os enfermeiros mostraram grande interesse na utilização da escala e referiram que seria pertinente inserir a escala no Sistema Alert[®], facilitando o registo da monitorização da dor no doente crítico. No seguimento, expus a situação ao enfermeiro chefe, que prontamente aceitou a sugestão e no dia 25 de Março de 2011, seguiu um pedido, via e-mail, da Directora Clínica do SUC dirigido ao Director do Serviço de Sistemas de Informação, de inserção da BPS no Sistema Alert[®] do SUC. Esta acção significa que a minha presença no SUC contribuirá para uma mudança estrutural do sistema, com vista à melhoria contínua dos cuidados ao doente, uma vez que “a generalização da avaliação e registo da intensidade da dor poderá ter um impacto muito significativo na terapêutica da dor nas unidades prestadoras de cuidados de saúde e proporcionar um grande salto qualitativo na humanização dos cuidados por elas prestados” (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2008, p.8).

2. CONCLUSÃO

As situações vividas em contexto de estágio e a minha capacidade de me interrogar e pensar na minha prática clínica facilitaram o desenvolvimento das minhas competências. A atenção constante para o doente e seus familiares, os momentos de reflexão com os elementos da equipa de saúde, a fundamentação das acções e tomada de decisão baseada na evidência científica, uma conduta de modelo e a dinâmica de grupo no sentido de mudança de práticas foram características que me levaram ao desenvolvimento de competências de maneira a entender o doente (adulto, idoso, ou em situação crítica) e a família perante os processos de saúde/doença que vivenciaram, bem como à actuação com alto grau de adequação às suas necessidades e com responsabilidade profissional, ética e legal. Neste contexto, HESBEEN (2000, p.2) opina que “é a partir de uma lógica do «utente» ou lógica de cuidados que se pode insuflar nos contextos de cuidados uma nova atmosfera de humanidade e melhorar a qualidade real do serviço que se oferece”. Assim, tive presente, constantemente, o significado particular para o doente e família dos cuidados de enfermagem necessários, orientando neste sentido a minha prática clínica.

No papel de enfermeira especialista evolui como profissional reflexivo, demonstrando consciência crítica para a prática de enfermagem, na prestação de cuidados ao doente e família. Abordei questões complexas de um modo sistemático e criativo, tentando produzir sempre um discurso pessoal bem fundamentado, tendo em consideração as perspectivas dos vários profissionais com quem trabalhei, assim como as funções por eles exercidas.

A pluralidade de situações vivenciadas nos três locais de estágio conferiu valor à minha aprendizagem, como também os materiais disponíveis nesses serviços e os profissionais existentes.

A reformulação de alguns objectivos que foram definidos no projecto de estágio tornou o meu desempenho num desafio, otimizando o desenvolvimento de competências e demonstrando capacidade de análise e adaptação.

Na minha opinião, os objectivos definidos no início do relatório foram atingidos porque descrevi e analisei os objectivos delineados no projecto de estágio, as actividades desenvolvidas e os obstáculos encontrados e ultrapassados, tendo aprofundado o processo de reflexão sobre as minhas capacidades, conhecimentos, comportamentos e limitações, pois “(...) é através de um trabalho de reflexão sobre o resultado das acções empreendidas pelo sujeito que este aprende, tornando-se mais eficaz e competente. Cada sujeito desenvolve assim, a partir de um processo reflexivo, as suas teorias da acção, que o orientarão para a acção futura” (PIRES, 2005, p. 228). Assim, considero que consegui desenvolver as competências preconizadas para o exercício do conteúdo funcional do enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica.

Coloquei em todas as actividades inerentes à elaboração deste relatório uma grande motivação de modo a transparecer a sustentabilidade do meu desempenho profissional. O presente relatório conduziu-me a novos horizontes do meu desenvolvimento pessoal e

profissional em termos de valores, atitudes e competências, o que corrobora com DIAS (2004, p.58-59), quando afirma que:

“a formação é um processo de transformação que envolve a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (capacidades), do saber-ser (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e a permanente actualização e adaptação que estas exigem). Todos estes saberes são cruciais para que haja da parte do formando um saber-transformar, ou seja, uma interacção entre estes saberes e uma adaptação aos contextos de trabalho”.

Considero que a metodologia de trabalho utilizada no presente documento foi adequada, aludindo a bibliografia recente que considerei pertinente, com vista a fundamentar o desenvolvimento das minhas competências.

No decorrer da execução do relatório senti que o período temporal de um mês definido para a sua execução era reduzido, pelo que sugiro dois meses.

Ao mesmo tempo, considero que deveria ser proporcionada a oportunidade de elaborar o projecto de estágio aquando da presença dos alunos nos serviços e não antecipadamente, uma vez que só através desse contacto se poderão delinear objectivos reais.

Nos futuros estágios seria interessante que o módulo serviço de urgência contemplasse um período de tempo destinado à assistência pré-hospitalar.

O facto de realizar o estágio referente à especialidade em enfermagem médico-cirúrgica num serviço onde não se tem experiência constituiu um desafio. Assim, sugiro a possibilidade de se alterar o plano de estudos do curso de forma a suportar a realização de apenas dois estágios e não três, pois considero que seria uma mais-valia ser-nos disponibilizado mais tempo para a integração nos serviços e para o desenvolvimento de competências em unidades específicas.

Relativamente às limitações, o período de duração de cada módulo revelou-se curto, não possibilitando o desenvolvimento de projectos mais ambiciosos, nomeadamente, por exemplo, a realização de estudos empíricos com recurso às metodologias de investigação.

Este relatório constituiu uma caminhada que evidenciou a aplicação da formação teórica e prática, o incremento de uma prática clínica baseada na evidência, a importância da mudança de comportamentos com vista a uma melhoria dos cuidados prestados, traduziu-se em ganhos em saúde para o cidadão. No seguimento, considero ter desenvolvido as competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica previstas no plano de estudos, conduzindo-me ao destino último de grau de perito em enfermagem médico-cirúrgica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson Correia – **Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a Excelência em Saúde?** Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, 2003. 70 p. ISBN 972-8485-35-2.

ABREU, Wilson Correia – **Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas.** Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, 2007. 295p. ISBN 978-972-8485-87-0.

ANTÓNIO, Priscila da Silva; MUNARI, Denize Bouttelet; COSTA, Hérica Kelly – Fatores Geradores de Sentimentos do Paciente Internado Frente ao Cancelamento de Cirurgias. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** Goiânia Goiás. ISSN 1518-1944. vol. 4, nº 1 (Janeiro/Julho 2002), p. 33-39).

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES – **Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados.** Loures: Lusodidacta, 2006. 356p. ISBN 972-8930-16-X.

BARROSO, Eduardo – **Coragem Eduardo!** 3ªed [S.L.]: Oficina do Livro, 2000.

BRAGUEZ, Liliana – **Guia de elaboração e apresentação de trabalhos escritos.** Adaptado do Documento da Escola de Enfermagem Pós-Básica de Lisboa. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde. Escola Superior Politécnica de Saúde. 63 p. 2009.

BUCKMAN, Robert – **S’asseoir pour parler: l’art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades: guide du professionnel de santé.** Paris: Masson. 2001.

CASTRO, Susana [et al.] - Dor: Um Fenómeno a Reflectir – Experiência de Dor no Adulto. Coimbra: **Revista Sinais Vitais.** nº 68 (Setembro 2006), p 34-36.

DECRETO-LEI nº 248/2009. **D.R. I Série.** 184 (2009-09-22) 6761-6765.

DIAS, José Manuel – **Formadores: Que desempenho?** Loures: Lusociência, 2004. 197 p. ISBN 972-8383-75-4.

DINIS, Ana Paula - **Guia de Preparação e Administração de medicamentos por via parentérica.** Coimbra: 1ª Edição, 2002. ISBN 972-95729-9-2.

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE – **Circular Normativa Nº 09/DGCG – A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da Intensidade da Dor.** Lisboa: DGS, 2003. 4 p.

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE – **Circular Normativa Nº 11/DGCS/DPCD – Programa Nacional de Controlo da Dor.** Lisboa: DGS, 2008. 16 p.

FAIRCHILD, Susan S.- **Perioperative Nursing: Principles and Practice.** 2ªed. Boston: Little, Brown and Company, 1996, 686 p. ISBN 0-316-25969-1.

FERREIRA, Alda [et al.] – Cuidar do doente crítico com dor: um desafio no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) – **Revista Sinais Vitais.** nº 77 (Março 2008) p. 24-28.

FONSECA, Marta – Influência da visita pré-operatória na ansiedade intra-operatória reflectida nos valores da tensão arterial e da frequência cardíaca - **Revista Investigação em Enfermagem.** nº 22 (Agosto 2010).

FREDERICO, Manuela; LEITÃO, Maria dos Anjos – **Princípios de Administração para Enfermeiros.** Coimbra: Edições Sinais Vitais, 1999. 193p. ISBN 972-8485-09-3.

HANSON, Shirley May Harmon – **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, prática e Investigação.** 2ªed. Loures: Lusociência, 2005. 457 p. ISBN 972-8383-83-5.

HESBEEN, Walter – **Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva de Cuidar.** Loures: Lusociência, 2000, 201 p. ISBN 972-8383-11-8.

HOSPITAL CURRY CABRAL – **Guia do Utente Hospital Curry Cabral** – Lisboa: Hospital Curry Cabral, 2008.

HOSPITAL DA LUZ. – **Hospital da Luz. Espírito Santo Saúde.** Institucional, 2010 [Em linha] [Consult.13/03/2010]. Disponível em <http://www.hospitaldaluz.pt>

LEININGER, Madeleine – **Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practices.** 2ªed. New York: McGraw-Hill, 1995. 727 p. ISBN: 0-07-037660-3.

LOUREIRO, Cândida [et al.] – Integração e orientação dos enfermeiros. **Revista Informar.** Lisboa. nº 27 (2002), p. 16-22.

Mc CUBBING, M. A.; Mc CUBBING, H. I. – **Families coping with illness: The resiliency model of family stress adjustment and adaptation.** In C. B. Danielson, et al – Families, Health and Illness: Perspectives on Coping in Intervention. St. Louis: Mosby, 1993.

MULLER, André [et al.] – **Cuidados de enfermagem e dor**. Loures: Lusociência, 2008. ISBN 978-972-83833-2-9.

NUNES, Fernando [et al.] – **Manual de Trauma – 5ª ed.** Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-972-8930-52-3.

OLIVEIRA, Fernando – **Preparação e Desenvolvimento de Sessões de Formação**. 5ª ed. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional, 2005. 51 p. ISBN 972-900003-83-1.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Desenvolvimento profissional: Certificação de Competências (Fundamentos e Proposta de Sistema). **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. Suplemento nº 26 (Junho, 2007), p. 9-20.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dor: Guia Orientador de Boa Prática**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008. 44 p. ISBN 978-972-99646-9-5.

PAYEN, Jean-François [et al.] – Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. **Critical Care Med.** vol.29, nº 12 (2001), p. 1159-1166.

PEREIRA, Maria Aurora G. P. – **Comunicação de más notícias e gestão do luto**. Coimbra: Formasau, 2008. 446 p. ISBN 978-972-8485-92-4.

PHANEUF, Margot - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusodidacta, 2005. 668 p. ISBN: 978-972-83838-4-8.

PIRES, Ana Luísa de Oliveira – **Educação e Formação ao Longo da Vida: Análise crítica dos Sistemas e Dispositivos de Reconhecimento e Validação de Aprendizagens e de Competências**. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2005. 652 p. ISBN 972-31-1093-8.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. - **Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE** – Site Institucional, 2008. [Em linha] [Consult.13/03/2010].Disponível em <http://www.hsm.min-saude.pt>

RIBEIRO, Patrícia I. A. M. - Pré-operatório: o universo da apreensão e do desconhecimento. Estudo de factores que influenciam o nível de ansiedade estado do doente, no pré-operatório. **Revista Investigação em Enfermagem**. nº 22 (Agosto 2010).

RODRIGUES, Ana M.; CARVELA, Elsa C. P. – Mitos e Preconceitos Sobre a Dor. Coimbra: **Revista Sinais Vitais**. nº 68 (Setembro 2006), p 37-40.

ROSENTHAL, Barbara C. – An Interacionist's Approach to Perioperative Nursing. **AORN Journal**. Denver. ISSN 001-2092. vol 64, nº2 (Agosto 1996), p. 254-260.

ROTHROCK, Jane C. – **Cuidados de enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. 13ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. 1247 p. ISBN 978-989-8075-07-9.

SAKELLARIDES, Constantino – **De Alma a Harry. Crónica da Democratização da Saúde**. Coimbra: Edições Almedina, 2005. 234 p. ISBN 9724024423.

SANCHO, Marcos Gómez – **Como dar las males noticias em medicina**. 2ªed. Madrid: Arán Ediciones, S.A., 2000.

SHEEHY, Susan – **Enfermagem de Urgência: Da Teoria à Prática**. 6ªed. Loures: Lusociência, 2011. 801 p. ISBN 978-972-8930-63-9.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. - **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**, V.1, 9ªed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, 509p. ISBN 85-277-0721-7.

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. 754 p. ISBN 972-8383-74-6.

URDEN, Linda D.; STACY, Kathleen M.; LOUGH, Mary E. – **Theland's Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção**. 5ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. 1265 p. ISBN 978-989-8075-08-6.

VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro: Da compaixão à Proficiência**. 2ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009. 158 p. ISBN: 978-972-54-0195-8.

ZUZELO, Patti Rager – Clinical Nurse Specialist Practice: Spheres of Influence. **AORN Journal**. Denver. ISSN 001-2092. vol.77, nº 2 (Fevereiro 2003), p. 361-372.

ANEXOS

ANEXO I – Foto-reportagem da reorganização dos protocolos no placard da sala de enfermagem da UCI

Foto-Reportagem

Reorganização dos protocolos no placard da sala de enfermagem
Unidade de Cuidados Intensivos - Hospital Curry Cabral



ANEXO II – Cartaz “Dor como 5º Sinal Vital”



UNIVERSIDADE CATOLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

SEMANA EUROPEIA DE LUTA CONTRA A DOR

11 a 16 de Outubro de 2010



Dor como 5º Sinal Vital

O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva Humanização das Unidades de Saúde.

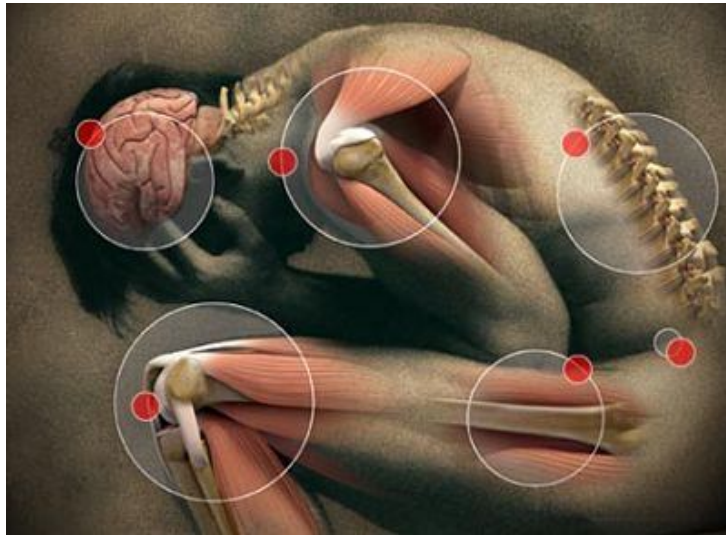
A avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de modo contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

Circular Normativa Nº 9/DGCG de 14/06/2003

ANEXO III – Cartaz “Já perguntou ao seu doente se tem dor?”

SEMANA EUROPEIA DE LUTA CONTRA A DOR

A Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) assinala, em Portugal, a Semana Europeia de Luta Contra a Dor, de 11 a 16 de Outubro de 2010.



Hoje, já perguntou ao seu doente se tem DOR?

ANEXO IV – Documento de apoio “Escalas a usar na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Curry Cabral para a monitorização da dor”

ESCALAS A USAR NA UCI DO HOSPITAL CURRY CABRAL PARA A MONITORIZAÇÃO DA DOR

Início da divulgação – 15 de Outubro de 2010

DESCRIÇÃO

- O registo da monitorização da dor deve ser efectuado uma a duas vezes por turno, e sempre que se justifique, tendo em conta as necessidades de cada utente. Sugestão de horário: 1h 6h 10h 14h 18h 22h
- Deve ser utilizado, preferencialmente, o mesmo instrumento de avaliação para cada doente, excepto se a situação clínica se modificar.
- Privilegiar o auto-relato como fonte de informação na pessoa com funções cognitivas mantidas.
- Deve efectuar-se o ensino sobre o instrumento de avaliação e validar a sua compreensão com o utente.

REGISTOS

- Inserir, a nível informático, no processo do utente, a intervenção “monitorização da dor”, seleccionando o respectivo horário e, se necessário, referindo a escala seleccionada. Complementar a informação nos registos de continuidade dos cuidados.

ESCALAS

No **utente consciente com processo do pensamento mantido**, deve utilizar-se a **Escala Numérica (EN)**, sempre que se consiga quantificar a dor. A EN consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor					Dor máxima					

In: Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003

Pretende-se equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica.

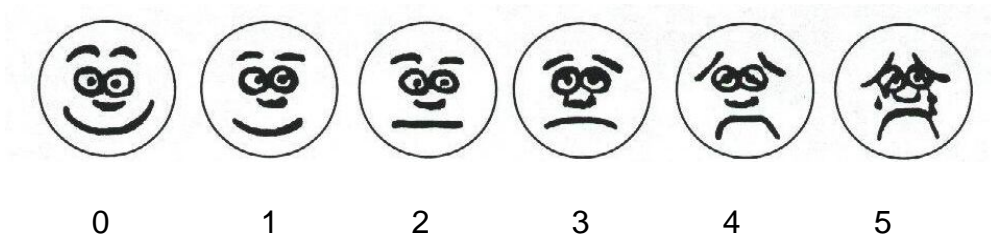
0 – “Sem Dor”

10 – “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável)

Se não for possível a EN pode optar-se pela Escala de Faces

É solicitado que o doente classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada.

Escala de Faces



Expressão de felicidade – “Sem dor”

Expressão de máxima tristeza – “Dor máxima”

Validar com o doente:

- Local
- Qualidade
- Duração
- Frequência
- Intensidade
- Factores de alívio
- Factores de agravamento da dor

Utente com dor crónica, validar:

- Estratégias de coping utilizadas
- Implicações da dor nas actividades de vida
- Sinais e sintomas associados
- Uso de medidas farmacológicas
- Uso de medidas não farmacológicas

Efectuar ensino sobre medidas de controlo da dor, estabelecidas para cada doente e família, segundo plano terapêutico instituído.

No doente sedado e ventilado (quando não se consegue obter uma resposta verbal) pode utilizar-se a **Behavior Pain Scale (BPS)**, ou seja, a **Escala Comportamental da Dor**.

Contempla 3 indicadores de avaliação:

- Expressão facial
- Comportamento dos membros
- Adaptação ventilatória

Cada indicador tem quatro parâmetros e respectivos scores (entre 1 e 4)

- Score máximo de 12 (dor máxima)
- Score mínimo 3 (sem dor)

O objectivo é manter o doente com score total inferior ou igual a 4. Avaliações de dor superiores ou iguais a 5, com analgesia instituída, implicam ajuste terapêutico com aumento analgésico. Em ventilação espontânea com score total superior a 3 implica terapêutica analgésica (anulado parâmetro adaptação ventilatória). Em doentes tetraplégicos com score total superior a 3 implica terapêutica analgésica (anulado o parâmetro dos membros superiores/inferiores).

Item	Descrição	Score
Expressão facial	Relaxada	1
	Ligeiramente contraída (ex: sobrancelhas arqueadas)	2
	Contração franca (ex: pálpebras cerradas)	3
	Fácies de dor	4
Membros superiores/inferiores	Sem movimento	1
	Parcialmente flectidos e tensos	2
	Rígidos com dedos crispados/cerrados	3
	Totalmente contraídos/rígidos	4
Adaptação ventilatória	Adaptado	1
	Adaptado com acessos de tosse esporádicos	2
	Desadaptação/bloqueio ventilatório frequente	3
	Bloqueio ventilatório constante	4

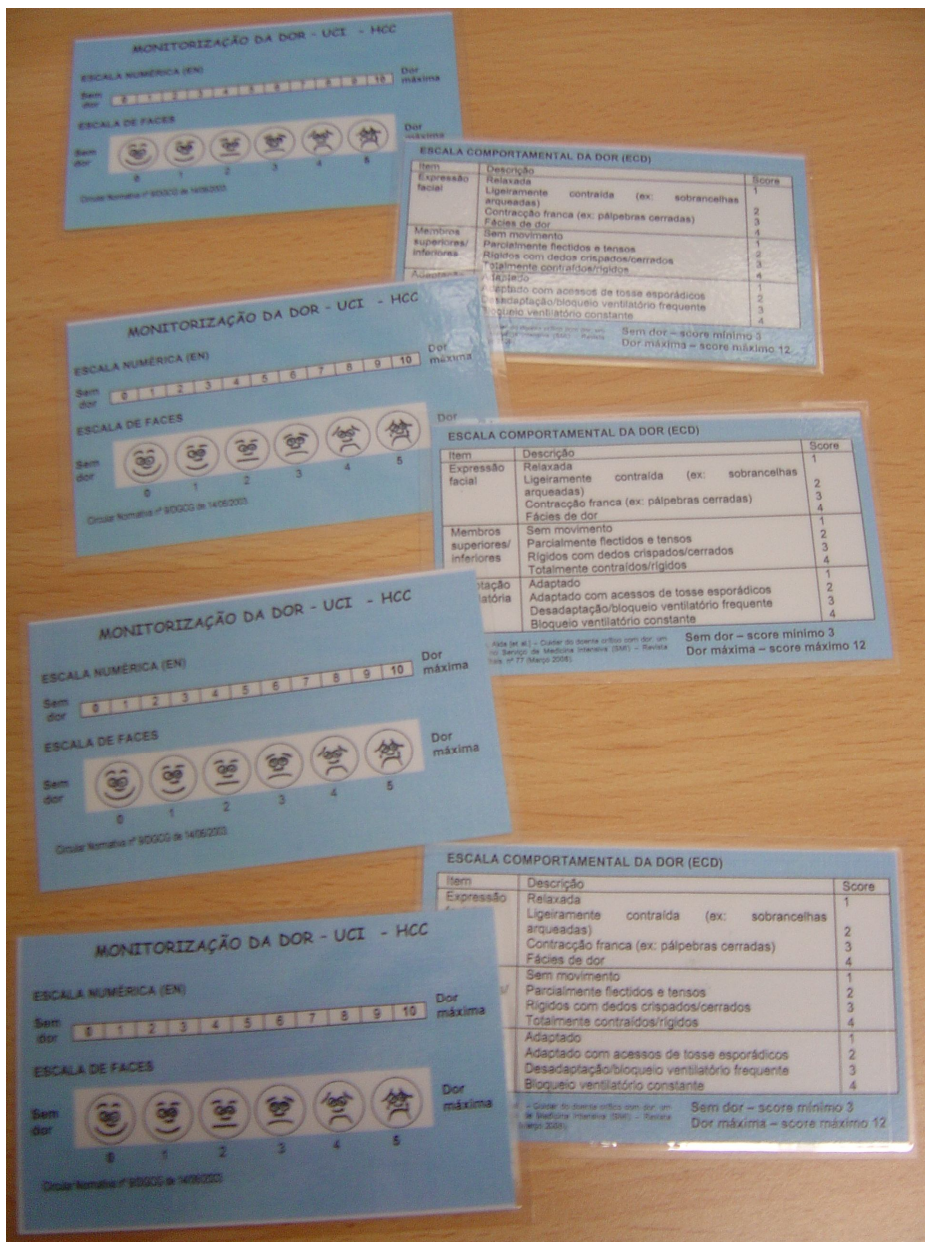
RECOMENDAÇÕES GERAIS

- Garantir que a avaliação da dor é comunicada aos membros da equipa multiprofissional
- Cooperar com os restantes elementos da equipa multiprofissional no estabelecimento de um plano terapêutico
- Implementar o plano terapêutico na sua área de competência
- Avaliar as medidas e/ou terapêutica instituída e efectuar o registo.

Elaborado por: Sandrina Nunes, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa.

ANEXO V– Cartões de bolso “Escalas de Monitorização da Dor”

Cartões de Bolso – “Escala de Monitorização da Dor” UCI - Hospital Curry Cabral



Elaborado por: Sandrina Nunes, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, UCP. Outubro, 2010.

ANEXO VI – Guia de visualização fácil das escalas de monitorização da dor

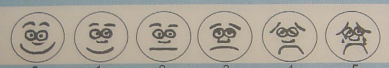
Guia de visualização fácil das escalas de monitorização da dor UCI - Hospital Curry Cabral

MONITORIZAÇÃO DA DOR
UCI – HOSPITAL CURRY CABRAL

ESCALA NUMÉRICA (EN)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Sem dor Dor máxima

ESCALA DE FACES


 0 1 2 3 4 5
 Sem dor Dor máxima

Circular Normativa nº 9/DGGG de 14/09/2003.

ESCALA COMPORTAMENTAL DA DOR (ECD)

Item	Descrição	Score
Expressão facial	Relaxada	1
	Ligeiramente contraída (ex: sobrancelhas arqueadas)	2
	Contração franca (ex: pálpebras cerradas)	3
	Fúrias de dor	4
Membros superiores/ inferiores	Sem movimento	1
	Parcialmente flectidos e tensos	2
	Rígidos com dedos crispados/ cerrados	3
Adaptação ventilatória	Totalmente contraídos/rígidos	4
	Adaptado	1
	Adaptado com acessos de tosse esporádicos	2
	Desadaptação/bloqueio ventilatório frequente	3
	Bloqueio ventilatório constante	4

Sem dor – score mínimo 3 Ferreira, Alca [et al.] – Cuidar do doente crítico com dor: um desafio no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) – Revista Sinais Vitais, nº 77 (Março 2008).
Dor máxima – score máximo 12

Elaborado por: Sandrina Nunes, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem,
 Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, UCP. Outubro, 2010.

ANEXO VII – Matriz da sessão de formação “Comunicação de Más Notícias em Saúde”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Matriz da sessão de formação
“Comunicação de Más notícias em Saúde”
UCI – Hospital Curry Cabral

Elaborado por: Sandrina Nunes,
no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem,
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, UCP.

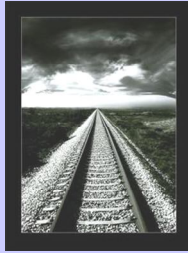
Lisboa
Novembro, 2010

Módulo	Acolhimento ao doente/família
Tema	Comunicação de Más Notícias em Saúde
Destinatários	Enfermeiros da UCI do Hospital Curry Cabral
Data e duração	9 de Novembro de 2010 - 1 hora
Disposição da sala	Em U
Objectivo geral	No fim da sessão os formandos deverão ser capazes de identificar a importância de uma adequada comunicação de más notícias
Objectivos específicos	No fim da sessão os formandos deverão ser capazes de: <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a informação ao doente e família como um direito destes e um dever dos profissionais de saúde • Relatar pelo menos dois benefícios do acesso à informação por parte do doente • Enumerar as seis etapas de como dar más notícias, segundo o protocolo de Buckman
Local	Biblioteca da UCI, Hospital Curry Cabral, piso 2
Domínio do saber	Saber-saber
Metodologia	Método expositivo, interrogativo e activo
Factores motivacionais	Formulação de perguntas Exemplos da realidade
Desenvolvimento dos conteúdos programáticos	A comunicação e a relação interpessoal As questões éticas na comunicação: <ul style="list-style-type: none"> - A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes - O Código Deontológico dos Enfermeiros

	<p>Definição de má notícia</p> <p>O processo de comunicação de más notícias</p> <p>Protocolo para dar más notícias</p> <p>O processo de gestão do luto</p>
Conclusão	No fim da sessão os formandos deverão ser capazes de identificar a importância de uma adequada comunicação de más notícias.
Avaliação	<p>Tipo: Avaliação Somativa</p> <p>Técnica: Formulação de Perguntas (Avaliação Escrita)</p> <p>Instrumento: Questões de verdadeiro ou falso</p>
Auxiliares pedagógicos	<p>Cópia do exercício de avaliação</p> <p>Computador</p> <p>Powerpoint</p> <p>Videoprojector</p>
Material a distribuir	<p>Fotocópias dos diapositivos</p> <p>Cópia do exercício de avaliação</p>

ANEXO VIII – Diapositivos da sessão de formação “Comunicação de Más Notícias em Saúde”

Comunicação de Más Notícias em Saúde



<http://sigurhead.blogs.sapo.pt>

9 de Novembro de 2010

Unidade de Cuidados Intensivos
Hospital Curry Cabral

Sandrina Nunes

Curso de Mestrado em Enfermagem,
área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica.

Comunicação de Más Notícias em Saúde

Gravidade das situações

- Repercussões físicas, sociais e familiares
- Área cinzenta de grande dificuldade na relação doente/família/profissional de saúde
- Uma das situações mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais

Controvérsia em torno de quem, o quê,
como informar os doentes

Sandrina Nunes

A Comunicação e a Relação Interpessoal

Comunicar

Processo dinâmico e aberto onde tudo o que faz parte da situação, tudo o que está em contacto com o doente é importante e transmite uma mensagem.

Sandrina Nunes

Objectivo Básico da Comunicação em Saúde

Ajudar o doente a concretizar as percepções do que necessita e a ir negociando e desenvolvendo, em conjunto, as possíveis estratégias de ajuda que podem ser levadas a cabo.

Sandrina Nunes

As Questões Éticas na Comunicação (1)

A ética orienta o ser humano para o agir

O acto de informar deve assentar em quatro **princípios** fundamentais da bioética:

- da beneficência
- da não maleficência
- da autonomia
- da justiça

Sandrina Nunes

Pires, 2001

As Questões Éticas na Comunicação (2)

A informação ao doente e à família é reconhecida como um direito destes e um dever dos profissionais de saúde no contexto das suas práticas.



Sandrina Nunes

As Questões Éticas na Comunicação (3)

A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes está consagrada na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto)

O doente tem direito a:

- **ser informado** sobre a sua situação de saúde (de forma clara, tendo sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente);
- **não querer ser informado** do seu estado de saúde, devendo esta vontade ser inequivocamente expressa e indicar, caso o entenda quem deverá ser informado em seu lugar.

Sandrina Nunes

As Questões Éticas na Comunicação (4)

O Código Deontológico dos Enfermeiros (O.E., 1998), no Artigo 84º, consagra o dever de informação.

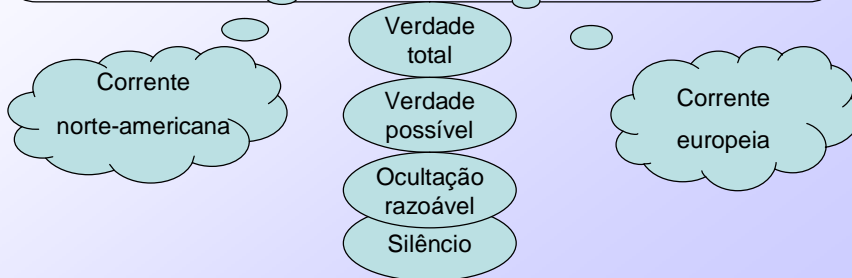
O Enfermeiro assume o dever de:

- a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem
- d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre maneira de os obter.

Sandrina Nunes

As Questões Éticas na Comunicação (5)

A problemática da informação não tem sido pacífica ao longo dos anos, pois a posição relativamente à ocultação/comunicação da verdade referente à situação patológica de um doente não é consensual.



Sandrina Nunes

As Questões Éticas na Comunicação (6)

- O problema da verdade é mais o como e o quando, do que o dar ou não dar acesso a ela
- A verdade é um valor e a mentira um anti-valor
- Encontrar o equilíbrio é o ideal, pois dizer a verdade não significa dizer toda a verdade, mas sim aquela que o doente é capaz de receber e suportar.

Esperança

Sandrina Nunes

A Informação (1)

A informação:

- ajuda as pessoas a enfrentar a sua nova situação e a reagirem ao sentimento de descontrolo
- reduz a incerteza
- facilita o doente a envolver-se no processo de cuidar

A ausência de informação e o silêncio em redor do doente é a confirmação, muitas vezes, das suas suspeitas, aumentando os seus receios face a um diagnóstico que pressente, mas que não é transmitido verbalmente.

Sandrina Nunes

A Informação (2)

O processo de informar deve ser baseado no interesse e no desejo expresso de cada doente

- ✿ saber qual a informação que o doente necessita para participar activamente no seu processo de cura – nem toda a informação é útil
- ✿ averiguar se estes pretendem ter ou não uma participação activa no seu processo de doença



Saber a preocupação central do doente

Dias, 1994

Sandrina Nunes

O que é uma Má Notícia?

“Toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro”

Sancho (2000, p. 27)

Por este motivo,
ninguém gosta de ser
portador de más notícias



Sandrina Nunes

Dificuldades relacionais/
comunicacionais
presentes em muitos
profissionais de saúde

Representação de Má Notícia - Perspectiva dos Profissionais de Saúde e Cidadãos

Quase sempre associada a doença

“Doença grave sem cura”

“Doença oncológica”

“Morte”

“Acidente” associado a “perda de capacidade física”



Perda

Sandrina Nunes

Situações de Má Notícia em Saúde

- Doenças incapacitantes em que não se vislumbra cura
- Doenças degenerativas
- Doenças do foro psiquiátrico progressivamente desestruturantes
- Morte de um familiar ou outra pessoa significativa
- Problema (ex: internamento repentino ou uma doença aguda com impacto na vida pessoal, familiar e profissional)

Sandrina Nunes



Medos dos Profissionais de Saúde

Medo:

- de ser culpado ou de lhe atribuírem responsabilidades
- de expressar uma relação emocional
- de não saber todas as respostas colocadas pelo doente e familiares/ou outras pessoas significativas
- pessoal acerca da doença e da morte
- reacções do doente e família

Fracasso

Sandrina Nunes

Comunicação de Más Notícias

Competência profissional

- Os profissionais de saúde, para além de planear e gerir os momentos que envolvem a transmissão de más notícias, também têm de gerir os seus próprios medos e estar preparados para aceitar as naturais hostilidades do doente e da família.

Sandrina Nunes



Como Comunicar Más Notícias? (1)

Não existe uma norma para comunicar más notícias, pois cada pessoa tem as suas particularidades e características próprias, pelo que a actuação do profissional deve ser adaptada ao caso.

A forma como o profissional dialoga e comunica como o doente tem por vezes mais importância que o próprio conteúdo da mensagem.



As aptidões de comunicação podem ser treinadas



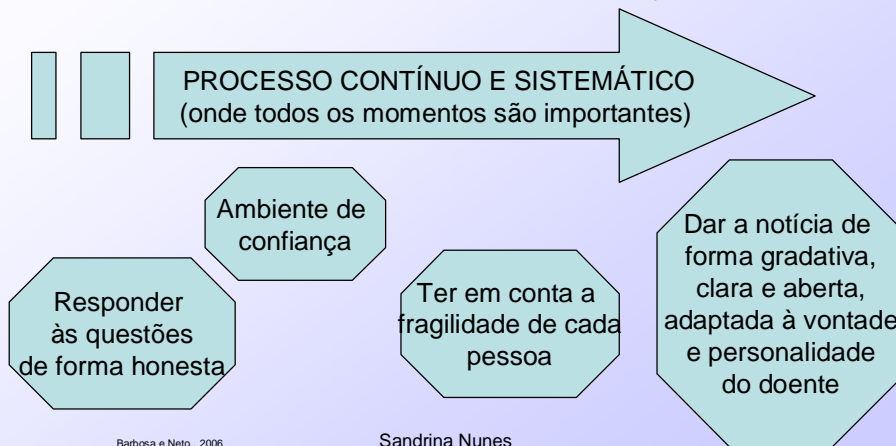
Pereira, 2008

Sandrina Nunes



Como Comunicar Más Notícias? (2)

- Qual a melhor maneira de contar esta notícia?
- Como vou dividir, organizar estas informações?



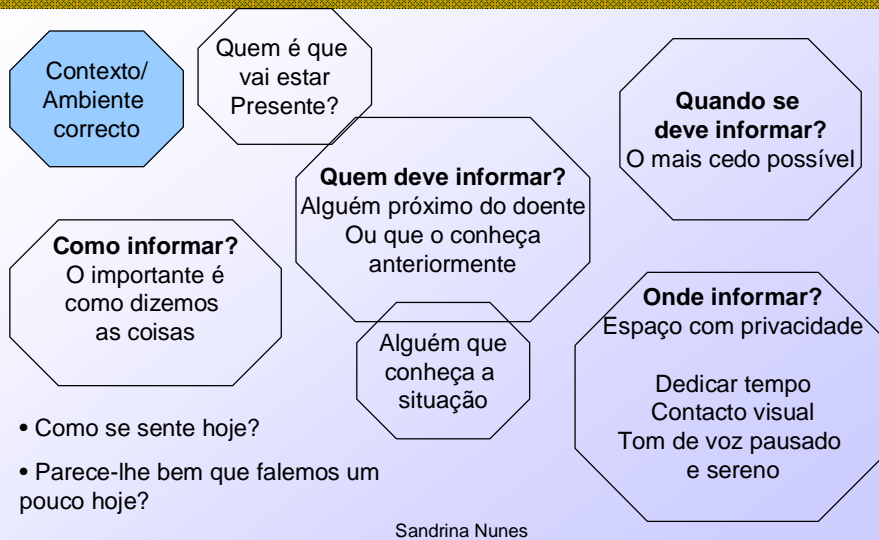
Protocolo de Buckman para a comunicação de más notícias - seis etapas

1. Começar adequadamente, com atitudes cordiais, tendo em conta o contexto e quem deve estar presente
2. Descobrir quanto o doente sabe da sua doença
3. Descobrir quanto o doente quer saber
4. Dividir e compartilhar a informação
5. Responder às questões do doente
6. Planear e combinar o acompanhamento

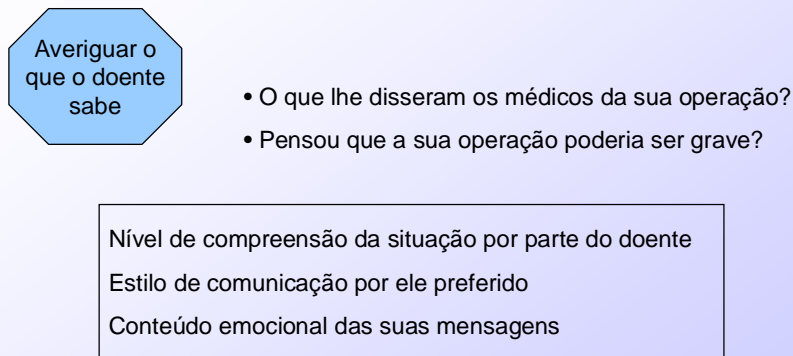
Buckman (2001)

Sandrina Nunes

Etapa 1 – Protocolo de Buckman



Etapa 2 – Protocolo de Buckman



Sandrina Nunes

Etapa 3 – Protocolo de Buckman

Averiguar o que o doente deseja saber

- Se piorar, é uma das pessoas que quer saber a cada momento o que está a acontecer?
- Deseja que falemos em detalhe sobre o seu diagnóstico ou prefere que hoje discutamos apenas o plano que poderemos seguir?
- Parece-me preocupado...
- O que lhe faz pensar que vai morrer dentro de pouco tempo?

Às vezes o doente não espera uma resposta, nem uma informação extensa. Só quer desabafar.

Sandrina Nunes

Etapa 4 – Protocolo de Buckman

Compartilhar informação

- Os resultados que recebemos têm alterações complexas...
- De acordo com o que me contou, a evolução não tem sido a mais favorável...

Começar com a técnica de tiro de aviso, que permite lançar algumas pistas de que algo não está bem, de que teremos notícias desagradáveis para comunicar.

A verdade constitui um processo e deverá ser dada em pequenas proporções – tempo de transição.

Não dar falsas esperanças, mas manter a esperança de não sofrer, de que estará acompanhado...

Sandrina Nunes

Etapa 5 – Protocolo de Buckman

Responder às
emoções doente

- Compreendo como deve estar a sentir-se
- É natural que esta notícia o deixe perturbado

Reflexão de sentimentos, no sentido de validar como normal uma determinada reacção emocional (choro, silêncio, riso, ansiedade).

O toque pode ter uma importância fulcral.

Sandrina Nunes

Etapa 6 – Protocolo de Buckman

Organizar
e
planificar

Resumo das situações.

Plano em função das necessidades e prioridades analisadas com o doente.

Estratégias de lidar (coping) do doente, redes de apoio social e familiar.

Marcar um próximo contacto ou orientar o doente para outro profissional.

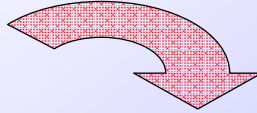
Sandrina Nunes

A Equipa Multidisciplinar na Comunicação de Más Notícias

Princípio básico:
Congruência informativa



Informações díspares
provocam sentimentos
de inquietude, confusão
e falta de confiança.



Equipa de Saúde

É importante que cada elemento
tenha presente o seu papel e
que todos percebam que
trabalham para um mesmo fim.

Durá, 1998

Sandrina Nunes

O Processo de Gestão do Luto

Fases e reacções do doente e família

Insensibilidade e incredulidade

Negar a perda - raiva

Desorganização e desespero

Reorganização

Worden, 1997

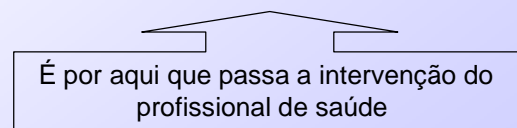
Sandrina Nunes

Modelo de Crise para Trabalhar com as Famílias e Vítimas de Perda

3 fases da crise:

- Falta de informação face a uma situação completamente nova
- Solidão e sensação de falta de apoio
- Sensação de inexistência de opções disponíveis

Kfir e Slevin (1996)



Sandrina Nunes

Os Profissionais de Saúde e a Gestão do Luto

Três tipos de suporte:

Informacional – disponibilizar informação relevante, ex: tratamentos disponíveis, efeitos secundários dos tratamentos, modo de lidar com estes

Instrumental – ajuda específica, ex: apoio financeiro, fornecimento de material de apoio, prestação de cuidados

Emocional – percepção de disponibilidade, atenção e abertura para partilha pensamentos e sentimentos

Fontes de Suporte:

Esposa/marido, companheiro, outras pessoas significativas

Amigos, grupos de apoio social, profissionais de saúde,

Assistência social

Sandrina Nunes

Worden, 1997

Grupos de Apoio Social

Pessoas que vivenciaram ou estão a vivenciar a mesma experiência de doença.

Durá, 1998



Sandrina Nunes

Se eu pudesse...

*Se eu pudesse viver novamente,
Trataria de cometer mais erros...
Não tentaria ser tão perfeito...
Relaxaria mais...
Correria mais riscos...
Viajaria mais...
Contemplaria mais entardeceres...
Subiria mais montanhas...
Nadaria em mais rios...
Iria a lugares, que nunca fui...
Comeria mais gelados...
Seria mais irresponsável...
Teria mais problemas reais e menos problemas imaginários...
Mas, se eu pudesse voltar a viver, trataria de
Ter, só bons momentos,
Porque se não sabem,
Disto é feita a vida:
Só de momentos
Não os perca agora...*

(Autor desconhecido em situação de doença)



Sandrina Nunes

Referências Bibliográficas

- BARBOSA, António; NETO, Isabel (2006) Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa:FML.
- BUCKMAN, Robert (2001) *S'asseoir pour parler:l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades: guide du professionnel de santé*. Paris: Masson.
- DIAS, Maria do Rosário (1994) "Informar os doentes oncológicos. Uma perspectiva de intervenção" in Teresa Mendonça McIntyre *Psicologia da saúde: Areas de intervenção e perspectivas futuras*. Braga: Associação Portuguesa de Psicólogos, 139-156.
- DURÁ, Estrella (1998) "Aspectos psicosociales de la informational paciente com cancer" *Enfermagem Oncológica*, 5, 22-32.
- KFIE, Nira; SLEVIN, Maurice (1996) "A intervenção na crise em doentes oncológicos", in Roslyn Comey *Desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina*. Lisboa. Climepsi Editores 73-78.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários. Ordem dos Enfermeiros.
- PEREIRA, Maria Aurora Gonçalves (2008) Comunicação de más notícias e gestão do luto. Coimbra: Formasau.
- PIRES, Ana Maria Lanita (2001) "Cuidar em fim de vida. Aspectos éticos", *Cadernos de Bioética*, 25, 85-94.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (1999) *Carta dos Direitos e Deveres dos doentes*. 2ª ed. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- SANCHO, Marcos Gómez (2000) *Como dar las malas noticias en medicina*. 2ªed. Madrid: Arán Ediciones, S.A.
- WORDEN, J. William (1997) *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

Sandrina Nunes

ANEXO IX – Convite de divulgação de sessão de formação “Comunicação de Más Notícias em Saúde”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Convite

Sessão de Formação

Tema: Comunicação de Más Notícias em Saúde

Dia: 9 de Novembro de 2010

Hora: 14 horas

Local: Biblioteca da Unidade de Cuidados Intensivos, Hospital Curry Cabral

Formadora: Sandrina Nunes (Enfermeira – Estágio de Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica, UCP)

ANEXO X – Convite personalizado de divulgação de sessão de formação “Comunicação de Más Notícias em Saúde”

Este convite é para si

Sessão de Formação

Tema: Comunicação de Más Notícias em Saúde

Data e hora: 9/11/2010, às 14:00

Local: Biblioteca da UCI , Hospital Curry Cabral

Formadora: Enf. Sandrina Nunes (Estágio de
Especialização em Enf. Médico-Cirúrgica,
Universidade Católica Portuguesa)

ANEXO XI – Ficha de avaliação de conhecimentos da sessão de formação “Comunicação de Más Notícias em Saúde”



Ficha de Avaliação de Conhecimentos
Sessão de Formação - 9/11/2010
Comunicação de Más Notícias em Saúde

Responda às seguintes afirmações colocando um V (verdadeiro) ou F (falso):

- 1 - A informação não é um direito do doente.
- 2 - A informação ao doente e à família é um dever dos profissionais de saúde.
- 3 - O Código Deontológico dos Enfermeiros consagra o dever de informação.
- 4 - Em todas as situações deve-se dar sempre a totalidade de informação ao doente.
- 5 - A informação facilita o doente a envolver-se no processo de cuidar.
- 6 - A informação não ajuda as pessoas a enfrentar a sua nova situação e a reagirem ao sentimento de desconforto.
- 7- A comunicação de más notícias é um processo contínuo e sistemático.
- 8 - O Protocolo de Buckman para a comunicação de más notícias passa por 6 etapas: conseguir o ambiente correcto, descobrir o que o doente já sabe, descobrir o que o doente quer saber, partilhar a informação, responder às questões do doente e planear e acompanhar.

ANEXO XII – Plano de Integração do Enfermeiro de Anestesia



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



Plano de Integração do Enfermeiro de Anestesia

Bloco Operatório do Hospital da Luz

Sandrina Nunes

Lisboa,
Janeiro de 2011



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Plano de Integração do Enfermeiro de Anestesia
Bloco Operatório do Hospital da Luz

Trabalho elaborado por Sandrina Nunes, sob
orientação da Enfermeira Susana Santos

Lisboa
Janeiro de 2011

SUMÁRIO

0. INTRODUÇÃO	90
1. PLANO DE INTEGRAÇÃO	91
1.1. PRESSUPOSTOS	91
1.2. CARACTERÍSTICAS DO ENFERMEIRO INTEGRADOR	92
1.3. TEMPO DE INTEGRAÇÃO	92
1.4. ETAPAS	92
1.5. AVALIAÇÃO	96
2. CONCLUSÃO	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
ANEXOS	99
ANEXO I – Ficha de avaliação formativa do enfermeiro de anestesia.....	100
ANEXO II – Ficha de avaliação do plano de integração do enfermeiro de anestesia.....	102

0. INTRODUÇÃO

A sociedade é caracterizada por organizações. O funcionamento das organizações só é possível quando as pessoas estão no seu posto de trabalho e desempenham adequadamente os papéis para os quais foram seleccionadas, admitidas e preparadas. As pessoas que ingressam numa organização são submetidas a um processo de socialização e integração, fundamental para o desempenho adequado das suas actividades (AESOP, 2006).

Pela especificidade dos cuidados perioperatórios, o tempo de integração dos enfermeiros é habitualmente demorado e complexo. Segundo a AESOP (2006), um programa de integração é essencial ao processo de adaptação do novo enfermeiro, o qual deve ser devidamente estruturado e adequado às características reais do serviço e dos integrandos, tendo em conta as suas experiências anteriores, os seus sentimentos e emoções, contribuindo assim para um bom desempenho e conseqüente melhoria da qualidade dos cuidados.

Um enfermeiro em integração é um iniciado, no continuum de iniciado a perito (BENNER, 2001), pelo que deve ser acompanhado pelo integrador até se sentir com autonomia e autoconfiança suficiente para desempenhar as suas funções.

O presente plano de integração do enfermeiro de anestesia pretende facilitar o processo de integração deste, com vista a uma rápida e eficaz adaptação ao bloco operatório. É elaborado com base nas recomendações preconizadas pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP, 2006). Assim, este trabalho encontra-se estruturado em três partes, a introdução, o plano de integração e a conclusão. Na introdução faço o enquadramento da temática, indico o objectivo e a estrutura do trabalho. No capítulo seguinte, apresento os pressupostos do plano, referencio as características do enfermeiro integrador, o tempo, as etapas e as actividades de integração do enfermeiro de anestesia e, no seguimento, a avaliação. Na terceira parte é feita uma sinopse das ideias chave focadas.

1. PLANO DE INTEGRAÇÃO

Um plano de integração é um processo adaptativo que abrange o conhecimento e manuseamento do equipamento, o inter-relacionamento com as estruturas da unidade e o conhecimento técnico e científico. É um processo interactivo e dinâmico que envolve o integrador e o integrando, assim como toda a equipa multidisciplinar, devendo ser utilizados todos os recursos disponíveis, que permitam ao integrando aprofundar conhecimentos e adquirir experiência.

De seguida, apresentam-se os objectivos específicos do plano de integração do enfermeiro de anestesia:

- Promover a partilha de informação, favorecendo a aquisição de competências do integrando necessárias ao desempenho das suas funções de enfermeiro de anestesia;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional do novo enfermeiro;
- Contribuir para melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem;
- Facilitar a integração, tanto para o enfermeiro que chega, como para quem o acolhe;
- Favorecer uma uniformidade de actuação;
- Ajudar no esclarecimento de dúvidas e na orientação da execução das acções;
- Proporcionar um clima de confiança ao novo enfermeiro.

1.1. PRESSUPOSTOS

Para que o presente plano de integração para enfermeiros de anestesia possa constituir uma realidade, admitem-se os seguintes pressupostos:

- O novo enfermeiro, porque iniciado, não pode responder às necessidades globais do serviço, durante o seu período de integração;
- A duração do período de integração deve ser validada individualmente;
- O novo enfermeiro é também responsável pela sua própria integração, participando activamente na sua formação, desenvolvendo a criatividade, o espírito crítico e esclarecendo dúvidas;
- O enfermeiro integrador deve proporcionar um ambiente de aprendizagem ao novo enfermeiro, permitindo a maior diversidade de experiências possível;
- As dificuldades identificadas devem ser analisadas pelos intervenientes e ajustada a forma de as ultrapassar.

O integrando apresenta, inicialmente, uma postura de observação e escuta activa, passando gradualmente a colaborar com o enfermeiro integrador no desempenho das funções inerentes ao enfermeiro de anestesia, sempre supervisionado pelo integrador. O integrando desenvolve actividades relacionadas com o cuidar e com a técnica, adquire conhecimentos científicos sobre anestesia, devendo o integrador disponibilizar-se para esclarecer as dúvidas apresentadas, fornecendo ou indicando bibliografia específica.

1.2. CARACTERÍSTICAS DO ENFERMEIRO INTEGRADOR

O enfermeiro integrador é nomeado pelo enfermeiro coordenador, preferencialmente entre os enfermeiros especialistas ou peritos, devendo apresentar:

- Motivação para aplicar o programa de integração;
- Boas relações humanas;
- Brio profissional;
- Conhecimentos técnicos e científicos actualizados;
- Capacidade de planeamento e de orientação;
- Disponibilidade;
- Sentido de responsabilidade;
- Conhecimento da estrutura organizacional;
- Capacidades pedagógicas;
- Possuir as habilidades necessárias ao processo ensino/aprendizagem;
- Possuir conhecimentos e competências na área da enfermagem perioperatória.

1.3. TEMPO DE INTEGRAÇÃO

A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas preconiza dois meses como o período de integração de enfermeiro de anestesia. No entanto, um plano de integração deve ser flexível e adaptado a cada enfermeiro, dependendo da sua experiência profissional, e só será concluído quando o integrando sentir que se encontra em condições de dar resposta plena aos objectivos delineados.

1.4. ETAPAS

Descrevem-se, de seguida, as várias etapas e as correspondentes actividades do enfermeiro integrador e integrando, do processo de integração do enfermeiro de apoio à anestesia.

ETAPAS	ACTIVIDADES DO INTEGRADOR	ACTIVIDADES DO ENFERMEIRO INTEGRANDO
<ul style="list-style-type: none">• Realizar o acolhimento do doente no bloco operatório	<ul style="list-style-type: none">- Prepara a sala operatória para receber o doente (temperatura, humidade, luminosidade, ruído)- Acolhe o doente pelo seu nome e apresenta-se- Mantém um ambiente calmo e interpreta a expressão verbal e não verbal do doente- Recebe o processo e toda a informação sobre o doente	<ul style="list-style-type: none">- Colabora na preparação da sala operatória- Observa o acolhimento ao doente e participa nele, relembrando os conhecimentos adquiridos no apoio psicológico ao doente

	- Respeita a cultura, as crenças religiosas e o pudor do doente	
<ul style="list-style-type: none"> Conhecer as diferentes técnicas anestésicas 	<ul style="list-style-type: none"> Define o conceito de anestesia e explica as diferentes técnicas anestésicas, fornecendo bibliografia Justifica a técnica anestésica utilizada em cada doente de acordo com a cirurgia 	<ul style="list-style-type: none"> Está atento às explicações Lê o suporte teórico fornecido Compreende a técnica anestésica utilizada em cada tipo de dente Coloca dúvidas
<ul style="list-style-type: none"> Conhecer a ação e mecanismos de interação dos fármacos utilizados na anestesia do doente 	<ul style="list-style-type: none"> Explica o tipo de fármacos utilizados durante uma anestesia Explica, sucintamente, as ações e interações dos fármacos Descreve e demonstra as diluições preconizadas para alguns fármacos Justifica a necessidade do registo dos estupefacientes (controlo farmacêutico e legislação) Fornece e indica algumas referências bibliográficas 	<ul style="list-style-type: none"> Ouve atentamente as explicações Compreende as ações e interações dos anestésicos Observa e colabora nas diluições dos fármacos e lê os protocolos Observa as folhas de registos dos estupefacientes e compreende a sua função Procura bibliografia recomendada e lê a fornecida Coloca dúvidas
<ul style="list-style-type: none"> Conhecer o funcionamento de todo o equipamento necessário à anestesia 	<ul style="list-style-type: none"> Demonstra e explica o funcionamento dos ventiladores existentes nas salas operatórias Solicita o auxílio do anestesista para explicação sobre ventilação dos doentes Explica os procedimentos relacionados com a manutenção (desinfecção e esterilização) e o teste dos ventiladores Fornece suporte teórico relativo a cada ventilador Demonstra e descreve o funcionamento dos monitores multiparâmetros Realiza e explica os procedimentos relativos à limpeza e desinfecção dos monitores e acessórios Demonstra o funcionamento da mesa operatória, os seus comandos e acessórios necessários ao posicionamento do doente Explica quais os procedimentos protocolados quanto à limpeza e desinfecção da mesa operatória e a sua realização pelos assistentes operacionais Demonstra o funcionamento dos aspiradores de vácuo, a sua conexão 	<ul style="list-style-type: none"> Ouve atentamente as explicações Observa e manipula o ventilador Procura documentar-se com o suporte teórico fornecido Escuta atentamente Percebe o funcionamento dos monitores multiparâmetros Manipula os monitores multiparâmetros Observa o modo de funcionamento da mesa operatória Manipula os comandos da mesa operatória e tenta compreender as posições que ele realiza Coloca os acessórios na mesa operatória e compreende como se articulam Observa o modo de funcionamento dos aspiradores, a sua conexão e

	<p>à rampa e o modo de substituição dos sacos e válvulas (realizado pelos assistentes operacionais)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explica o funcionamento do desfibrilhador cardíaco e a necessidade de se encontrar sempre em carga. - Mostra o carro de apoio à anestesia e o que contém - Mostra o carro de apoio à grande anestesia e o que contém - Mostra stock de fármacos e soros - Mostra a sala onde se encontra o material de consumo clínico, para reposição do carro de anestesia 	<p>substituição</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observa e manipula o desfibrilhador cardíaco - Manipula as gavetas do carro de apoio à anestesia e do carro de apoio à grande anestesia - Compreende a ordem de arrumação do carro - Manipula o material de entubação endotraqueal (laringoscópio e lâminas) - Observa o stock de fármacos e soros - Identifica a sala onde se encontra o material de consumo clínico - Coloca dúvidas
<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar com o anestesista e realizar procedimentos de enfermagem durante a anestesia 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoriza o doente - Realiza cateterismo venoso periférico - Prepara a anestesia seleccionada - Administra fármacos, com a indicação do anestesista - Coloca mesa de entubação endotraqueal, nasogástrica e cateterismos centrais, quando necessário - Assiste o anestesista na: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administração de fármacos ▪ Entubação do doente ▪ Cateterismos de veias centrais e periféricas ▪ Preparação de soluções parentéricas e hemoderivados ▪ Manutenção da ventilação do doente ▪ Manutenção da permeabilidade das vias parentéricas ▪ Controlo do balanço hídrico ▪ Manutenção de uma vigilância intensiva para despiste de situações de urgência ▪ Extubação e oxigenação do cliente - Realiza cateterismo vesical 	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora na monitorização do doente e tem em atenção os parâmetros iniciais - Observa e colabora na preparação da anestesia, colaborando nas diluições dos fármacos - Observa e colabora na colocação da mesa de entubação e cateterismos, demonstrando iniciativa - Coloca dúvidas - Observa e colabora no apoio ao anestesista desde o início ao fim da anestesia
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar registos de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza os registos intra-operatórios do doente - Elabora os registos dos cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> - Observa a realização dos registos de enfermagem intra-operatórios e efectua-os

	<p>prestados tendo em conta a continuidade de cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regista fármacos, tipos de cateterismos, administração de hemoderivados, situações de urgência 	<ul style="list-style-type: none"> - Coloca dúvidas
<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar na transferência do doente para a UCI/UCPA 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunica com o enfermeiro da UCI/UCPA de modo a providenciar a saída do cliente - Assegura a permeabilidade dos cateterismos e a oxigenação/ventilação do doente durante o transporte - Acompanha o doente e o anestesista durante a transferência - Colabora na transferência do doente da mesa operatória para a cama 	<ul style="list-style-type: none"> - Observa e colabora na transferência do doente para a Unidade
<ul style="list-style-type: none"> • Transmitir informações orais e escritas que permitam a continuidade dos cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> - Transmite informações orais e escritas ao enfermeiro da Unidade, que permitam assegurar a continuidade de cuidados - Realiza a transmissão oral das informações em voz baixa, sucintamente, identificando o cliente, a patologia, a intervenção realizada, o cirurgião, os exames realizados, as acções de enfermagem desenvolvidas no intra-operatório 	<ul style="list-style-type: none"> - Observa a transmissão de informações sobre o doente, entre o enfermeiro do bloco operatório e o enfermeiro da Unidade. Realiza-a, posteriormente. - Demonstra iniciativa e autonomia no decurso da integração
<ul style="list-style-type: none"> • Reorganizar a sala operatória e proceder à sua reposição 	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza a arrumação e reorganização da sala - Selecciona o equipamento que deve ser limpo e desinfectado pelos assistentes operacionais - Repõe os stocks de material de consumo e fármacos no carro de apoio à anestesia - Verifica a existência e funcionalidade de todo o material de entubação traqueal - Realiza o teste de funcionamento do ventilador - Assegura que a sala fica apta para receber outro cliente 	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora na arrumação e reorganização da sala operatória - Colabora na selecção do equipamento que necessita ser limpo e desinfectado - Auxilia na reposição do stock do carro de apoio à anestesia - Coadjuva na verificação do material de entubação traqueal - Colabora na realização do teste de funcionamento do ventilador

1.5. AVALIAÇÃO

A reflexão/avaliação é uma actividade que deve ser efectuada ao longo de todo o processo de integração. No decurso da integração do enfermeiro de anestesia devem ser analisadas as estratégias utilizadas, bem como a evolução do novo elemento, no sentido de eventuais alterações necessárias e adequadas a cada momento.

Ao integrando devem ser proporcionados meios de apoio e desenvolvimento acompanhado com o objectivo de alcançar, sustentar e desenvolver uma alta qualidade na prática, reflectir sobre o papel que desempenha na complexidade dos cuidados e sobre a qualidade das suas práticas.

Terminada a fase de integração, deve ser analisado o desempenho do integrando, como enfermeiro de anestesia, de acordo com o plano de integração. Deste modo, o enfermeiro integrando deve preencher a ficha de avaliação formativa (ANEXO I) e a ficha de avaliação do plano de integração do enfermeiro de anestesia (ANEXO II). Os enfermeiros integrando e integrador participam em reunião de avaliação formativa com o enfermeiro coordenador, reflectindo sobre o percurso efectuado.

2. CONCLUSÃO

O plano de integração do enfermeiro de anestesia apresentado procura servir de “guia”, abrangendo a generalidade das etapas de integração no exercício de funções de enfermeiro de anestesia, no bloco operatório, do Hospital da Luz.

O carácter flexível do plano de integração elaborado permite uma reformulação e adaptação a cada novo elemento, uma vez que as experiências, os conhecimentos, as atitudes e o ritmo de aprendizagem são diferentes de pessoa para pessoa.

O contributo dos momentos de reflexão e a existência das fichas formativas permitem a avaliação do processo em geral e da participação dos intervenientes em particular.

Espera-se que este plano facilite todos os que, ao longo do seu percurso profissional, realizam integração de enfermeiros no bloco operatório, nomeadamente a nível de funções de enfermeiro de anestesia. No que respeita aos integrandos, que estes sintam que há um “fio condutor” na integração, tornando-se assim participantes activos da sua aprendizagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS – **Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática dos Cuidados.** Loures: Lusodidacta, 2006. 356 p. ISBN 972-8930-16-X.
- BENNER, P. – **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem.** Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 294 p. ISBN 972-85835-97-X.

ANEXOS

ANEXO I – Ficha de avaliação formativa do enfermeiro de anestesia

FICHA DE AVALIAÇÃO FORMATIVA DO ENFERMEIRO DE ANESTESIA

Tendo em atenção os objectivos deste período de integração e as actividades desenvolvidas como enfermeiro de anestesia, assinale o seu posicionamento com um círculo, na coluna da direita, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1 o nível mais baixo, e 5 o nível mais elevado.

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE ANESTESIA

ESCALA

Realiza o acolhimento do doente no BO	1	2	3	4	5
Conhece as diferentes técnicas anestésicas	1	2	3	4	5
Conhece a acção e mecanismos de interacção dos fármacos utilizados	1	2	3	4	5
Conhece ao funcionamento de todo o equipamento necessário à anestesia do doente	1	2	3	4	5
Colabora com o anestesista e responsabiliza-se pelos cuidados anestésicos ao doente durante a cirurgia	1	2	3	4	5
Realiza registos de enfermagem intra-operatórios	1	2	3	4	5
Colabora na transferência do doente para a UCI/UCPA	1	2	3	4	5
Transmite informações orais e escritas que permitam a continuidade de cuidados	1	2	3	4	5
Reorganiza a sala operatória e procede à sua reposição	1	2	3	4	5

O integrando deverá atingir, pelo menos, a pontuação 3 em todos os itens. Contudo, não se pretende transformar este processo numa avaliação quantitativa. O que se pretende é que seja realizada a avaliação das etapas preconizados pelo programa de integração, e que seja avaliada a necessidade de prolongar ou não o tempo de integração para um desempenho eficaz desta função.

Observações:

Data da avaliação:

Integrando

Integrador

Enf. Coordenador

AEXO II – Ficha de avaliação do plano de integração do enfermeiro de anestesia

FICHA DE AVALIAÇÃO DO PLANO DE INTEGRAÇÃO DO ENFERMEIRO DE ANESTESIA

Terminado o plano de integração, pretende-se que o integrando realize a sua avaliação. Esta tem como objectivo verificar a eficácia do plano e identificar a necessidade de introduzir medidas correctivas, que facilitem a integração de novos profissionais. Assim, assinale na coluna da direita, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1 o nível mais baixo, e 5 o nível mais elevado.

	ESCALA				
O plano de integração deu resposta às suas expectativas?	1	2	3	4	5
Considera que os conteúdos abordados foram adequados?	1	2	3	4	5
Considera importante o suporte teórico fornecido?	1	2	3	4	5
O tempo de integração preconizado para o desenvolvimento do plano foi adequado?	1	2	3	4	5
Como considera o empenho do seu integrador face à resposta das suas necessidades?	1	2	3	4	5

Observações/Sugestões:

Data da avaliação:

Integrando

Integrador

Enf. Coordenador

ANEXO XIII – Documento “Funções do enfermeiro de anestesia”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Funções do Enfermeiro de Anestesia

Bloco Operatório

Documento elaborado por Sandrina Nunes,
sob orientação da Enfermeira Susana Santos.

Lisboa
Janeiro, 2011

Consideração inicial:

Este documento destina-se a ser introduzido no Manual do Bloco Operatório do Hospital da Luz, através de suporte informático, pelo que se apresenta com o *layout* correspondente.

A elaboração deste documento teve por base as linhas orientadoras preconizadas pela Associação Portuguesa de Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas, em 2006.

MANUAL DO BLOCO OPERATÓRIO

PROCEDIMENTO DO BLOCO OPERATÓRIO

1. NOME:

Funções do enfermeiro de anestesia

2. OBJECTIVOS:

- Identificar as competências técnicas, científicas e relacionais do enfermeiro de anestesia
- Compreender o significado e a abrangência das funções do enfermeiro de anestesia
- Sensibilizar os enfermeiros para a importância de promover o papel do enfermeiro de anestesia no seio da equipa multidisciplinar

3. PARTICIPANTES:

Enfermeiros do bloco operatório

4. PONTOS IMPORTANTES:

- O enfermeiro perioperatório deve desenvolver competências na área de anestesia, nomeadamente através do conhecimento e compreensão das várias técnicas anestésicas, agentes anestésicos e interacção farmacológica dos mesmos, técnicas e métodos de monitorização.
- Quando colabora com o médico anestesista, o enfermeiro de anestesia é responsável pelo doente numa fase de grande dependência, sendo por isso necessário:
 - Manter uma observação e vigilância intensivas
 - Ter capacidade para despistar sinais e sintomas de complicações que possam surgir
 - Estar apto para actuar em situações de urgência e emergência.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA DOS PROCEDIMENTOS:

Na véspera da cirurgia:

Actividade	Critérios
Consulta o programa operatório	Toma conhecimento do nome do doente Verifica o tipo de cirurgia e necessidades especiais solicitadas pelo cirurgião e anestesista Identifica o nome do cirurgião e anestesista Verifica o tempo previsto para o acto cirúrgico Toma conhecimento da técnica anestesia planeada para o doente, junto do anestesista Previne, reduz e controla a ocorrência de situações de risco pelo facto do doente estar sob efeito de terapêutica sedativa, com diminuição dos reflexos e sonolência

No dia da cirurgia:

Actividade	Critérios
Verifica o plano operatório	Confirma a identidade do doente Confirma o tipo de cirurgia e necessidades especiais solicitadas pelo cirurgião e anestesista Identifica o nome do cirurgião e anestesista Verifica o tempo previsto para o acto cirúrgico Confirma a técnica anestésica planeada para o doente, junto do anestesista
Prepara o material necessário para o acto anestésico	Confirma a disponibilidade dos equipamentos e dispositivos médicos solicitados pelo anestesista Verifica e testa a funcionalidade de todos os equipamentos: aspirador, ventilador, monitor, módulos de monitorização, seringas infusoras, manta térmica e outros acessórios necessários para a anestesia e monitorização Valida listas de verificação da funcionalidade dos equipamentos Verifica o stock de fármacos de urgência Prepara os fármacos para a indução e manutenção anestésica, de acordo com a indicação do anestesista Prepara todo o material necessário à entubação endo/nasotraqueal Prepara módulos e kits de monitorização solicitados pelo anestesista

Actividade	Critérios
Valida a operacionalidade da suite operatória	<p>Verifica se os parâmetros de temperatura, humidade e ventilação na sala de operações estão de acordo com os valores aconselhados e as necessidades do doente e equipa</p> <p>Verifica as condições de higienização da sala de operações para a recepção do doente</p>
Acolhe o doente no bloco operatório	<p>Providencia a chegada do doente ao bloco operatório no horário definido</p> <p>Acolhe o doente na zona de <i>transfer</i>, identifica-o pelo seu nome e apresenta-se</p> <p>Interpreta toda a expressão verbal e não verbal do doente</p> <p>Mostra disponibilidade para responder a questões</p>
Valida a preparação pré-operatória do doente	<p>Confirma o jejum</p> <p>Confirma a ausência de prótese de próteses (visual, auditiva ou outra)</p> <p>Confirma a existência de exames complementares de diagnóstico, assim como reserva de hemoderivados, se for o caso</p> <p>Verifica a existência de consentimento informado para a realização da cirurgia</p>
<i>Transfer</i> do doente para a mesa operatória	<p>Avalia e promove os recursos necessários para um <i>transfer</i> seguro</p> <p>Explica ao doente o funcionamento do <i>transfer</i></p> <p>Solicita a colaboração do doente no procedimento, de acordo com o seu nível de dependência</p> <p>Promove a privacidade e o conforto do doente durante o <i>transfer</i> para a mesa operatória</p>
Acompanha o doente até à sala de indução/operatória	<p>Elucida o doente acerca do percurso a fazer até à sala de indução</p> <p>Estabelece diálogo adequando a linguagem ao doente</p> <p>Assegura o conforto e a segurança do doente durante o transporte</p>
Instala o doente na sala de indução	<p>Transmite ao doente segurança e tranquilidade</p> <p>Explica ao doente o motivo da sua permanência na sala de indução</p> <p>Esclarece o doente sobre os procedimentos que executa</p> <p>Procede à monitorização <i>standard</i> e outra adicional, caso solicitada pelo anestesista</p> <p>Efectua o cateterismo, tendo em conta as necessidades e as preferências do doente</p>

<p>Instala o doente na suite operatória</p>	<p>Apresenta ao doente os restantes membros da equipa</p> <p>Proporciona um ambiente confortável, calmo e sem ruídos</p> <p>Respeita os direitos individuais, valores e desejos do doente</p> <p>Colabora com o anestesista, preparando e disponibilizando todos os dispositivos médicos e equipamentos necessários para efectuar procedimentos inerentes à monitorização invasiva</p>
<p>Colabora na indução anestésica do doente</p>	<p>Colabora eficaz e eficientemente em todos os procedimentos e manobras anestésicas</p> <p>Assegura parâmetros e conexão do cliente à prótese ventilatória</p> <p>Mantém o silêncio na sala e evita que se mexa no doente durante a fase de indução</p>
<p>Colabora na algaliação do doente</p>	<p>Selecciona o material necessário para a algaliação</p> <p>Mantém a privacidade do doente</p> <p>Elucida o doente, se estiver acordado, acerca dos objectivos do procedimento, pedindo colaboração</p> <p>Posiciona o doente</p> <p>Executa a algaliação</p> <p>Reposiciona o doente</p> <p>Efectua registos relativos ao procedimento</p>
<p>Colabora no posicionamento do doente</p>	<p>Avalia e disponibiliza os recursos necessários tendo em vista o posicionamento do doente</p> <p>Efectua o posicionamento em colaboração com o anestesista e o cirurgião, tendo em atenção as limitações fisiológicas e/ou patológicas do doente</p> <p>Isola o dente de qualquer superfície metálica</p> <p>Evita a queda, deslizamento ou movimentos intempestivos aquando das mobilizações</p> <p>Apoia as articulações durante as mobilizações</p> <p>Liberta a caixa torácica para facilitar a mecânica abdominal e torácica</p> <p>Previne lesões nervosas, vasculares e osteoarticulares, protegendo o cliente com posicionadores anti-escaras sob os pontos de apoio</p> <p>Protege zonas de pressão, nomeadamente ombros, cotovelos, sacro, cristas ilíacas, maléolos e calcanhares</p> <p>Assegura protecção ocular de acordo com a indicação do anestesista, no sentido de evitar lesões no globo ocular do doente</p> <p>Mantém o alinhamento da cabeça ou coloca-a em rotação moderada, a fim de evitar o estiramento do plexo cervical</p>

<p>Promove a manutenção da temperatura corporal do doente</p>	<p>Instala os membros superiores em posição fisiológica, para evitar estiramento e compressão dos ramos do plexo braquial</p> <p>Acolchoa e posiciona os membros inferiores, para prevenir compressão do nervo ciático, poplíteo e artéria femoral</p> <p>Verifica orelhas e órgãos genitais</p> <p>Acompanha sondas e drenos durante as mobilizações e verifica a sua fixação</p> <p>Promove a acessibilidade aos cateteres e módulos de monitorização</p> <p>Assegura a privacidade do doente</p> <p>Avalia e disponibiliza equipamentos para o aquecimento do doente</p> <p>Mantém o doente coberto</p> <p>Coloca sonda de monitorização de temperatura corporal</p> <p>Protege e envolve os membros superiores e inferiores com dispositivos para aquecimento</p> <p>Coloca manta térmica de acordo com a via de abordagem e o campo operatório</p> <p>Assegura nível de aquecimento do cliente de acordo com os parâmetros solicitados pelo anestesista</p> <p>Enxuga líquidos derramados, após a desinfeção da pele</p> <p>Detecta e previne riscos no doente, inerentes à utilização de sistemas de aquecimento, nomeadamente queimaduras</p> <p>Controla o bom funcionamento do equipamento de aquecimento</p>
<p>Mantém a observação e vigilância intensiva do doente</p>	<p>Vigia parâmetros vitais e informa o anestesista de quaisquer alterações</p> <p>Monitoriza o débito urinário</p> <p>Verifica a permeabilidade e fixação dos catéteres, vigiando locais de inserção</p> <p>Verifica se a posição do doente se mantém, no sentido de garantir um nível de segurança óptimo</p> <p>Impede qualquer apoio da equipa cirúrgica sobre o doente</p> <p>Avalia a existência de potenciais reacções cutâneas e integridade da pele</p> <p>Promove a manutenção do conforto e bem-estar</p> <p>Avalia continuamente a eficácia das suas intervenções</p>

<p>Previne e minimiza os riscos potenciais de incidentes ou acidentes</p>	<p>Identifica riscos potenciais a que o doente está exposto</p> <p>Promove a protecção do cliente a nível dos riscos identificados</p> <p>Vigia sinais e sintomas e/ou alterações provocadas por acidentes relacionados com:</p> <ul style="list-style-type: none"> Riscos eléctricos (bisturi eléctrico, laser ultra-sónico e equipamento de aquecimento) Riscos químicos e tóxicos (fuga na rampa de gases) Riscos de contaminação biológica (transmissão de infecção por contacto directo ou por outros vectores – respiratório, cutâneo, conjuntival) Riscos ligados a radiações (laser, intensificador de imagem, raio X) <p>Verifica a conformidade e integridade dos equipamentos</p> <p>Respeita as regras de funcionamento dos equipamentos</p> <p>Valida datas de manutenção e controlos de qualidade dos equipamentos</p> <p>Promove avaliações periódicas da poluição por gases anestésicos e outros</p> <p>Rejeita equipamentos não conformes, sinalizando a avaria ou alteração detectada, transmitindo ao Responsável a ocorrência</p>
<p>Actua em conformidade nas situações de emergência</p>	<p>Avalia continuamente o estado geral do doente</p> <p>Interpreta sinais do doente que possam vir a constituir uma situação de emergência</p> <p>Responde pronta e eficazmente às solicitações do anestesista e equipa cirúrgica</p> <p>Atende aos princípios de controlo e vigilância quando da administração de hemoderivados</p> <p>Administra terapêutica de acordo com a prescrição médica, respeitando as recomendações de manipulação e preparação dos fármacos</p> <p>Monitoriza e comunica a eficácia da terapêutica</p>
<p>Colabora no despertar do doente</p>	<p>Prepara, se necessário, fármacos para a reversão/continuidade da anestesia</p> <p>Prepara o equipamento de aspiração</p> <p>Colabora no reposicionamento do doente</p> <p>Colabora com o anestesista no “acordar” do doente</p> <p>Vigia estabilidade hemodinâmica</p> <p>Previne e controla reacções decorrentes do efeito dos agentes</p>

Transfer do doente para a UCPA/UCI	<p>anestésicos, como por exemplo a depressão respiratória</p> <p>Providencia ao doente um despertar confortável, evitando que se faça barulho na sala de operações</p> <p>Mantém o aquecimento do doente</p> <p>Disponibiliza equipamentos de suporte ventilatório e módulos de monitorização para o transporte do cliente até à UCPA/UCI</p> <p>Comunica com o enfermeiro da UCPA/UCI</p> <p>Efectua uma avaliação rápida e objectiva do doente, observando a integridade da pele no sentido de identificar possíveis lesões decorrentes do posicionamento e da colocação do eléctrodo neutro</p> <p>Implementa medidas para reduzir a incidência de dor</p> <p>Mantém a privacidade e conforto do doente</p> <p>Reúne os documentos que fazem parte do processo clínico do doente, juntamente com os registos das intervenções de enfermagem do intra-operatório</p> <p>Providencia a saída do doente da sala de operações em segurança</p> <p>Colabora no transporte do doente</p> <p>Assegura transferência rápida e segura do doente, estabelecendo prioridades em função do estado hemodinâmico do doente</p> <p>Transmite informações orais e escritas relevantes para a continuidade dos cuidados, validadas no suporte informativo dos cuidados de enfermagem intra-operatórios que acompanham o processo do doente</p>
------------------------------------	--

No fim da cirurgia:

Actividade	Critérios
Realiza a traçabilidade da intervenção	<p>Regista ocorrências</p> <p>Preenche toda a documentação protocolada que permita fazer a traçabilidade da intervenção (registo de material utilizado, ficha de abertura de suite operatória, ficha de operacionalidade dos equipamentos, ficha de controlo dos estupefacientes e hemoderivados administrados ao doente)</p> <p>Comunica ao Responsável os desvios e não conformidades identificadas</p>
Cumprir o protocolo de higienização da sala de operações e equipamentos	<p>Colabora na limpeza e desinfeção do material e equipamento que esteve em contacto com o doente</p> <p>Selecciona outro equipamento a ser descontaminado pelo assistente operacional</p> <p>Supervisiona a higienização da sala</p> <p>Monitoriza as condições da sala para receber o próximo doente</p>

Supervisiona e repõe a sala de operações	<p>Repõe o stock de fármacos</p> <p>Orienta o assistente operacional para a reposição do material e equipamento utilizado no procedimento anestésico e respectiva monitorização</p> <p>Comunica ao Responsável faltas ou ruptura de stock</p>
Prepara a sala para o próximo doente	<p>Confirma no plano operatório a identidade do doente seguinte</p> <p>Procede à selecção e verificação do material e equipamento necessário para o próximo doente, tendo em vista as suas necessidades específicas</p> <p>Monitoriza a operacionalidade da sala de operações</p>

6. BIBLIOGRAFIA

- ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS – **Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática dos Cuidados.** Loures: Lusodidacta, 2006. 356 p. ISBN 972-8930-16-X.
- ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS – **Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório.** 2ª ed. Lisboa: AESOP, 2010. 135 p. ISBN 972-9171-65-3.

ANEXO XIV – Foto-reportagem da reorganização/etiquetagem do material dos carros de apoio à anestesia do BO

Foto – Reportagem

Reorganização/etiquetagem do material dos carros de apoio à anestesia do Bloco Operatório do Hospital da Luz

Antes



Depois



Antes



Depois



Elaborado por: Sandrina Nunes, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, UCP. Janeiro, 2011.

ANEXO XV – Foto-reportagem da reorganização/etiquetagem das prateleiras da Sala de Tratamentos 1 do SUC

Foto – Reportagem

Reorganização/etiquetagem das prateleiras da Sala de Tratamentos 1 - Serviço de Urgência Central Hospital de Santa Maria

Antes




Depois



Elaborado por: Sandrina Nunes, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, UCP. Março, 2011.

ANEXO XVI – Norma de procedimento de enfermagem – Enema de Limpeza

	SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL	
NORMA – Procedimentos de Enfermagem - Enema de Limpeza		Aprovado em:
Elaborado em 03/2011, por: Enf. Sandrina Nunes (aluna da Especialidade Médico-Cirúrgica - UCP Lisboa) Enf. João Sanches	Revisto por:	Revisão em:

1 – Nome

Enema de Limpeza

2 – Objectivo

Uniformizar as intervenções de enfermagem

3 – Participantes

Enfermeiros

4 – Notas Técnicas

A administração de um enema, ou clister, consiste em instilar uma solução no recto ou no cólon sigmoideu, pelo ânus, através de uma sonda rectal, com o objectivo de promover a eliminação de fezes/preparar o intestino para exames complementares de diagnóstico ou intervenções cirúrgicas.

Antes do enema:

- Avaliar o estado do utente: última dejectão, padrões intestinais normais, hemorróidas, mobilidade, controlo do esfíncer exteno, dor abdominal – determinar os factores que indicam a necessidade de efectuar um enema
- Avaliar se há aumento da pressão intra-craniana, glaucoma, cirurgia rectal ou prostática recente – estas afecções contra-indicam o uso de enemas
- É preferível não fazer um enema quando há fístulas anais, rectocolite hemorrágica, hemorróidas, colite ulcerosa ou doença de Crohn (doença inflamatória do intestino)
- Determinar se o doente compreende o objectivo do enema – permite planejar o ensino adequado

- Rever a prescrição médica para enema – é necessária uma prescrição médica que reporte o número e tipo de enema a administrar). Por norma, o doente não deve ser submetido a mais de três enemas consecutivos, para evitar a perturbação do equilíbrio hidroelectrolítico

Depois do enema:

- Determinar se houve saída de fezes ou se há líquido retido. Anotar anomalias como a presença de sangue ou muco.
- Avaliar o estado do abdómen: cólicas, rigidez ou distensão podem indicar um problema grave. O excesso de volume pode distender ou perfurar o intestino.

Resultados inesperados e respectivas intervenções:

- Abdómen rígido e distendido – suspender o enema se o líquido ainda estiver a ser instilado e informar o médico
- Desenvolvimento de cólicas abdominais, urgência em evacuar, ou se a solução refluir – interromper a administração e informar o médico
- Desenvolvimento de hemorragia – suspenda a administração do enema, informe o médico, permanecer junto do doente e avaliar os sinais vitais.

Enemas de limpeza - soluções:

- Hipotónicas – ex: água
- Isotónicas – ex: soro fisiológico
- Hipertónicas – disponíveis comercialmente, ex: *Enema Fleet*

5 – Sequência dos procedimentos

A - Quem executa

- O enfermeiro, após prescrição médica
- O doente ou o prestador de cuidados quando instruído

B – Frequência

- De acordo com a prescrição médica, situação clínica e preferência do doente

C – Orientações quanto à execução

- Atender às preferências e à privacidade do doente
- Manter a cabeceira da cama em plano horizontal, se a situação clínica do indivíduo o permitir, para facilitar a progressão da solução
- Administrar a solução (máximo de 1000ml) à temperatura corporal. A água muito quente pode provocar a queimadura da mucosa intestinal. A água fria (abaixo de 21°C) pode provocar espasmo da mucosa, dificultando a entrada e a retenção
- A solução de enema deve ser prescrita. De um modo geral prepara-se uma solução salina fisiológica: adicionar a 1000 ml de água tépida da torneira 2 colheres de sal de mesa. A alternativa ao descrito poderá ser soro fisiológico preparado comercialmente. É interdito o uso de substâncias agressivas para a mucosa intestinal.
- Administrar o enema a baixa pressão (50 cm acima do nível da cama) para evitar o peristaltismo violento ou mesmo a perfuração do intestino, no caso de este ser frágil
- Inserir a sonda rectal cerca de 5 a 10 cm. Se a tentativa de introdução da ponta da sonda produzir dor, não administrar o enema, porque podem haver estenoses, abscessos, ou outras lesões do ânus ou recto.
- Gerir o tempo de acordo com a quantidade de líquido a introduzir (exemplo: 1 litro de solução deve ser introduzido aproximadamente em 10 minutos)
- Fechar a tubuladura no final do enema e antes que o saco esteja completamente vazio, para evitar introduzir ar no intestino e evitar o refluxo de líquido rectal na tubuladura
- Apreciar a capacidade do doente para reter a solução

6 – Recursos materiais

Irrigador, tubo de ligação e “clamp” ou torneira, sonda rectal, lubrificante, solução prescrita, termómetro para medir a temperatura da solução, luvas, compressas, resguardo descartável, arrastadeira, suporte para suspender o irrigador, papel higiénico, recipiente para sujos de acordo com a norma de triagem de resíduos hospitalares, material para higiene do períneo após a eliminação

7 – Procedimentos

Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1. Providenciar os recursos para junto do doente 2. Lavar as mãos 3. Instruir o utente sobre o procedimento 4. Monitorizar sinais vitais, se necessário 5. Posicionar o doente ou assisti-lo a posicionar-se em decúbito semi-ventral esquerdo (posição de Sims), com o joelho direito flectido, expondo apenas a região anal 6. Aplicar o resguardo descartável sob as nádegas do doente 7. Aprontar a arrastadeira num local de fácil acesso 8. Preparar o irrigador com a solução prescrita e colocá-la no suporte, entre 30-45 cm acima do nível da cama 9. Calçar as luvas 10. Adaptar a sonda rectal à tubuladura do irrigador 11. Remover o ar do sistema 12. Aplicar lubrificante na sonda 13. Observar o ânus afastando as nádegas 14. Inserir suavemente a sonda no ânus, entre 5 a 10 cm, na direcção do umbigo, 	<ol style="list-style-type: none"> 1 – Gerir o tempo 2. Prevenir a contaminação 3. Encorajar e promover o autocuidado, diminuir a ansiedade 4. Obter valores de referência 5. Facilitar a introdução da solução, devido à curvatura do cólon sigmóide e recto 6. Promover o conforto do doente, proteger a roupa da cama 8. Facilitar a introdução do líquido sem provocar desconforto abdominal 9. Prevenir contaminação 11. Evitar a entrada de ar no intestino 12. Facilitar a introdução e a progressão suave 14. Prevenir traumatismo da mucosa rectal devido à colocação acidental do tubo contra a parede rectal, facilitar a progressão da sonda segundo o trajecto anatómico do cólon. A inserção para além dos limites adequados pode causar perfuração intestinal. Expirar promove o relaxamento do esfíncter anal externo. 16. Aumentar temporariamente a pressão, facilitando a progressão da

<p>solicitando ao indivíduo para respirar profundamente</p> <p>15. Imobilizar a sonda, abrir a torneira e inserir lentamente a solução</p> <p>16. Posicionar o irrigador cerca de 50cm acima da base da cama</p> <p>17. Clampar o sistema</p> <p>18. Remover a sonda</p> <p>19. Remover as luvas</p> <p>20. Solicitar ao doente que retenha a solução 10 a 15 minutos, se possível</p> <p>21. Providenciar o uso do sanitário ou da arrastadeira</p> <p>22. Executar o autocuidado higiene ou assistir o indivíduo</p> <p>23. Posicionar o indivíduo ou assisti-lo a posicionar-se</p> <p>24. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>25. Lavar as mãos</p>	<p>solução</p> <p>17. Prevenir a saída da solução</p> <p>20. Promover a eficácia do tratamento</p> <p>22. Promover o conforto</p> <p>25. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
--	---

(Adaptado de VEIGA et al., 2008)

8 – Registos

Data e hora; reacção do doente; tipo e volume do enema; tempo de administração; características do produto eliminado – cor, consistência, quantidade de fezes e de líquido expelidos; educação para a saúde.

9 – Complicações da Administração de Enemas

A administração de enemas não está isenta de complicações. Estas últimas incluem desequilíbrios hídricos e electrolíticos, traumatismos dos tecidos, estimulação vagal e dependência. Os desequilíbrios hídricos são devidos, normalmente, à concentração da solução do enema. O corpo absorve água das soluções hipotónicas.

É preciso ter muito cuidado ao administrar enemas a pessoas susceptíveis a desequilíbrios hídricos (exemplo: recém-nascidos ou pessoas com patologia cardíaca ou renal descompensada). Pode ocorrer intoxicação pela água, cujos sintomas incluem fraqueza, tonturas, palidez, transpiração e dificuldade respiratória. Também podem surgir sinais de insuficiência cardíaca congestiva ou edema cerebral. Por outro lado, as soluções hipertónicas captam líquidos dos espaços intersticiais e podem provocar depleção de líquidos, especialmente em crianças e pessoas susceptíveis.

Podem ocorrer outros desequilíbrios hidroelectrolíticos. **Normalmente, a solução salina normal é mais segura, devido à sua isotonicidade.** No entanto, em pessoas que tenham problemas na retenção de sódio (exemplo: doentes com insuficiência cardíaca congestiva ou cirrose hepática), o organismo absorve o sódio, que provoca retenção de líquidos. Portanto, estes doentes não deverão fazer enemas com soluções salinas. Outros desequilíbrios podem também ocorrer como hipocaliémia, hipocalcémia e hiperfosfatémia.

Os enemas também podem causar traumatismos dos tecidos por quatro razões principais: extremidade da sonda, administração da solução a alta pressão, utilização de soluções de espuma de sabão, aumento do peristaltismo. Se a extremidade da sonda do enema tiver quaisquer áreas lascadas ou partidas, pode provocar **lacerações ou escoriações da mucosa rectal**. As pressões elevadas ou as extremidades das sondas rectais podem provocar **roturas da parede intestinal**. Pode não ocorrer dor no momento da perfuração e as primeiras indicações serem **sinais de peritonite**. Também pode ocorrer **traumatismo tecidual** provocado pelo peristaltismo, em pessoas com doença inflamatória do intestino. O aumento da motilidade do intestino favorece o **aparecimento de cólicas, hemorragias** e de outras complicações. **A espuma de sabão produz irritação química da mucosa, podendo provocar inflamação rectal e colite.** Os reflexos vasovagais produzidos pela distensão do recto podem provocar enfarte do miocárdio ou outras perturbações cardíacas graves.

10 – Bibliografia

- ARNE, Schaffler; NICOLE, Menche – **Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem – Manual para Enfermeiros e outros Profissionais de Saúde**. Loures: Lusociência, 2004.
- BOLANDER, Verolyn Rae - **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica**. 1ªed. Loures: Lusodidacta, 1998.
- BRUNNER, Lilian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith – **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 6ª ed, vol.1. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koojan, S.A., 1990.
- PAUCHET-TRAVERSAT, Anne Françoise; et al. – **Cuidados de Enfermagem – fichas técnicas. Fundamentos de Enfermagem, cuidados técnicos centrados na pessoa cuidada**. 3ª ed. Loures: Lusociência. 2003.
- POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne Griffin – **Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos**. 5ª ed. Loures, Lusociência, 2006.
- ROTHROCK, Jane C. – **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. 13ª ed. Loures: Lusodidacta. 2008.
- VEIGA, Bárbara; et al. – **Manual de normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos**. 2ª ed. Lisboa: Ministério da Saúde – Administração Central do Sistema de Saúde, IP. 2008.

ANEXO XVII – Convite de divulgação da sessão de formação “Cuidar do doente com drenagens torácicas no serviço de urgência”

Convite

Sessão de Formação

***Tema: Cuidar do Doente com Drenagens Torácicas
no Serviço de Urgência***

Dias: 21, 22, 23, 24, 25 de Março de 2011

Hora: 15 horas

*Local: Gabinete do Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência
Central do Hospital de Santa Maria*

*Formadora: Sandrina Nunes (Enfermeira – Estágio de
Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica, UCP)*

ANEXO XVIII – Diapositivos da sessão de formação “Cuidar do doente com drenagens torácicas no serviço de urgência”



Cuidar do doente com drenagens torácicas no Serviço de Urgência



Serviço de Urgência Central
Hospital de Santa Maria

Enfermeira Sandrina Nunes

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem,
área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica. Março, 2011.

sandrinanunes@hotmail.com

Objectivos

Objectivo Geral:

Identificar a importância de uma adequada prestação de cuidados ao doente com drenagens torácicas

Objectivos Específicos:

- Reconhecer as **principais indicações** para drenagem torácica
- Relatar pelo menos três procedimentos a realizar **antes** da colocação de uma drenagem torácica
- Enumerar pelo menos três cuidados na **manutenção da permeabilidade do circuito** de drenagem torácica
- Indicar pelo menos um aspecto a ter em atenção na **remoção** de drenos torácicos

Sumário

Anatomo-fisiologia do sistema respiratório

Drenagens torácicas

- Principais indicações
- Princípios
- Locais de inserção dos drenos torácicos
- Sistemas e tipos drenagem
- Riscos e complicações
- Clampagem do sistema



Cuidados de Enfermagem

- Preparação do material para a colocação e remoção de drenos torácicos
- Antes, durante e após os procedimentos de colocação e remoção de drenos torácicos
- Drenos torácicos e actividade física

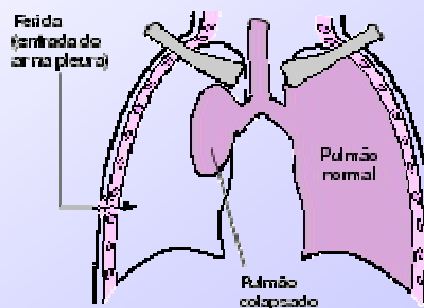
Anatomo-fisiologia do sistema respiratório

O **espaço pleural** é ocupado pelo líquido pleural.

Um aumento patológico deste volume líquido (por sangue, exsudados) ou a existência de ar no espaço pleural **vai diminuir ou mesmo anular a pressão negativa preexistente.**

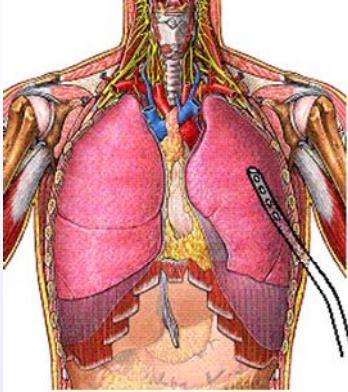


Colapso pulmonar (parcial ou total)



Principais indicações para drenagem torácica

Decisão médica



Depende:

Extensão do pneumotórax

Sinais e sintomas apresentados

Doença pulmonar subjacente

Pneumotórax

Hemotórax

Doentes submetidos a cirurgia cardíaco-torácica

Derrame pleural

Fístula broncopleurais

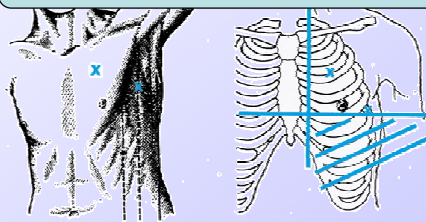
Doentes submetidos a ventilação mecânica que fazem barotrauma

Locais de inserção dos cateteres torácicos

Pode haver necessidade de se colocar mais do que um dreno no mesmo doente e em locais diferentes dos a seguir enunciados mas, de um modo geral:

- no 2º ou 3º espaço intercostal anterior, na linha média clavicular (para drenar um pneumotórax)
- no 4º ou 5º espaço intercostal, na linha média axilar (para drenar líquidos)

Sob controle radiológico



Princípios em que se baseia a drenagem torácica

A drenagem torácica pode executar-se por acção:

- Gravitacional
- Pressão positiva intrapleurar (o ar e os fluidos em excesso na cavidade pleural estão sob tensão)
- Pressão negativa no sistema (conexão a um aspirador de baixa pressão)



Classificação dos sistemas de drenagem

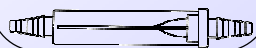
Método de manutenção do sentido do circuito:

- Selo de água



- Valvulares

(válvula unidireccional de Heimlich)



Processo de drenagem:

- Passivo

- Activo



Equipamento:

- Simples

(1 frasco colector do drenado e selo de água)

- Duplo frasco

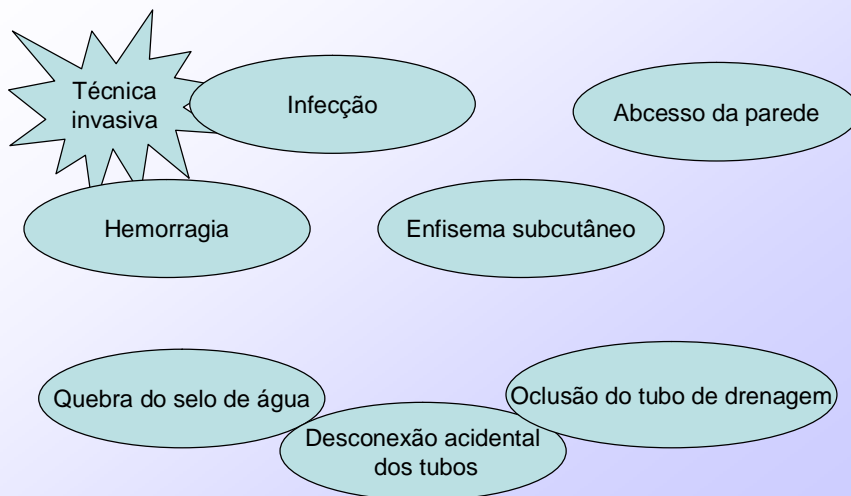
(1º colector do drenado, 2º selo de água)

- Triplo frasco

(1º colector do drenado, 2º selo de água, 3º sistema de vácuo)

- Descartáveis

Riscos e complicações



Clampagem do sistema de drenagem torácica

Em que situações?

Desconexão acidental dos tubos
Quebra dos frascos
Mudança de frasco

Riscos? Sim

Funciona como oclusivo do tubo de drenagem

Se tosse, aumenta a pressão intrapulmonar

Agravamento do derrame ou do pneumotórax

Menor espaço de tempo possível

Se dificuldade respiratória desclampar imediatamente

Como clampar?

2 clampes
(se pinças de Kocker, proteger as pontas), colocadas abaixo do catéter torácico, em sentido oposto.

Preparação do material para a colocação de drenos torácicos

Anti-séptico
Seringas e agulhas
Anestésico local
Lâmina de bisturi
Linhas de sutura
Clampes (pinças) – 2 para cada tubo
Kit de pequena cirurgia
Compressas esterilizadas
Adesivo
Luvas e bata esterilizadas, máscaras, barrete
Campos esterilizados (um com janela, outro sem)
Resguardo descartável
Dreno torácico
Frasco de drenagem com tubuladura
Água destilada (500 ml)
Preparar sistema para drenagem activa, se necessário (aspirador de baixa pressão)
Contentor de cortantes e perfurantes



Sistema de drenagem no Serviço de Urgência Central



THORA-SEAL™ I

Conjunto de um frasco de plástico de 2000 ml para o sistema de drenagem torácica subaquática.

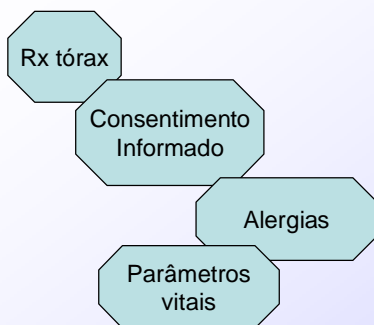
Sistema de drenagem no Serviço de Urgência Central



Instruções de Utilização:

- Encher o frasco com fluido estéril até ao nível indicado (370 ml) e enroscar bem a tampa
- Assegurar que o tubo de vedação subaquática **está abaixo do nível da água** (cerca de 2 cm)
- Encaixar bem o apoio nas ranhuras existentes na base da unidade. Colocar o conjunto montado no chão ao lado da cama
- O apoio pode ser utilizado para pendurar temporariamente a unidade durante o transporte do doente

Cuidados de enfermagem antes e durante a colocação de dreno torácico



Explicar:

- natureza do procedimento
- as sensações de pressão que vão surgir
- posição
- necessidade de exposição de todo o tórax
- sensação de frio do anti-séptico
- importância de ficar imóvel, respirar calmamente, não tossir

Apoiar e tranquilizar o doente durante todo o procedimento
Colaborar com o médico

Cuidados de enfermagem após a colocação de dreno torácico

Penso Rx tórax

Registos de enfermagem

Ensino ao doente

Avaliar o doente com especial incidência para a alteração da frequência respiratória, vertigem, lipotímia, opressão torácica, tosse incontroável, muco espumoso e/ou sanguinolento e sinais de hipoxémia

Manter dois clampes por tubo em local visível e de fácil acesso (cabeceira do doente)

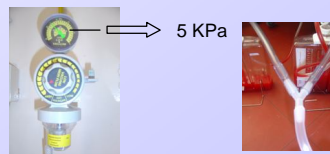
Cuidados de enfermagem na manutenção das drenagens torácicas

- Certificar de que as ligações estão bem presas



- Observar a **oscilação** de líquido na tubuladura em sincronia com a respiração do doente (no caso de **drenagem passiva**) – indicação de que o circuito está permeável

- No caso de **drenagem activa**, a fonte de aspiração de baixa pressão deve ser ligada ao tubo curto de decompressão.



Um **borbulhar inicial/ocasional** no frasco de drenagem indica que o ar está a ser evacuado do tórax do doente. Já um **borbulhar contínuo é sinal de uma fuga de ar** - tente localizar a origem da fuga/contacte o médico.

Cuidados de enfermagem na manutenção das drenagens torácicas

Manutenção da permeabilidade e esterilidade do circuito

- **Manter sempre a unidade abaixo do nível do tórax do doente**
- Manter o tubo sem angulações/dobras
- Verificar se o tubo não está obstruído por coágulos de sangue ou fibrina. “Mungir” o tubo (aperto suave e delicado) em SOS, na direcção do sistema de drenagem
- Substituir o sistema de drenagem quando o frasco atingir 2/3 da sua capacidade
- Registrar as alterações de volume na coluna de escrita. Drenagens superiores a 100 ml durante 2 horas consecutivas ou uma alteração súbita na quantidade de sangue drenado requer investigação.

Dreno torácico e actividade física

A presença de um dreno torácico não é impeditiva da mobilidade geral do doente.

- Preferir a posição sentado ou semi-fowler às horizontais, sempre que possível
- Incentivar à realização de inspirações profundas e a tossir
- Estimular movimentos do braço do lado afectado (movimentos circulares) para evitar lesões decorrentes da imobilidade
- Estimular mudanças de posição

Preparação do material para a remoção de drenos torácicos

Soro fisiológico
Anti-séptico
Kit de pensos
Fios de sutura (se necessário)
Gaze gorda (se necessário)
Campo esterilizado
Luvas e bata esterilizadas
Máscaras
Compressas esterilizadas
Adesivo
Clampes
Lâmina de bisturi
Resguardo
Aspirador de baixa pressão



Remoção de drenos torácicos

Após confirmação de total reexpansão pulmonar
Ausência de fugas gasosas ou drenagens não significativas
(inferior a 50-100 cc nas 24h)

Confirmado por
Rx tórax

Analgesia
(cerca de
30 minutos
antes)

Prevenir a infecção e a
entrada de ar

Remoção de drenos torácicos

Um executante e um ajudante



- Lavar a incisão com soro fisiológico, realizar a antissépsia
- **Aspiração activa** (para diminuir o risco de entrada de ar no espaço pleural)
- Pedir ao doente que execute manobra de Valsava- **inspiração profunda**, com respiração suspensa
- Retirar o dreno num movimento rápido, pressionando ao mesmo tempo com gaze gorda (opcional) e compressa. Simultaneamente segurar o fio da sutura deixado aquando da introdução do dreno e apertá-lo unindo os bordos do orifício
- Realizar penso compressivo.

Rx tórax



Os pontos são retirados, geralmente, ao 8º dia, no Centro de Saúde.



Resumo

Principais indicações para drenagens torácicas



Patologia pleural - médica, cirúrgica ou traumática

Informar o doente, apoiar, tranquilizar

Conhecer os riscos e despistar complicações

Manter a permeabilidade e esterilidade do circuito

Bibliografia (1)

- ARNE, Schaffler; NICOLE, Menche – **Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem – Manual para Enfermeiros e outros Profissionais de Saúde**. Loures: Lusociência, 2004.
- BRUNNER, Lilian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith – **Enfermagem Médico-Cirúrgica**, 6ª ed, vol.1. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koojan, S.A., 1990.
- CASTILHO, Amélia; et al. – Cuidados de enfermagem ao doente com drenagens torácicas. **Referência: Revista de Educação em Enfermagem**. Nº 5 (Nov. 2000), p.71-74.
- CATELA, Alda; FERNANDES, Susana – Cuidados de enfermagem aos doentes com drenagens torácicas decorrentes da cirurgia cardiotorácica. **Servir**. Vol.53. Nº1 (Jan/Fev 2005), p. 17-25.
- CEREJO, Maria Nazaré – O Utente com Sistemas de Drenagem Cirúrgica: Cuidados de enfermagem. **Sinais Vitais**. Nº 41 (Março, 2002), p. 13-16.
- COSTA, Aldina; et al. – Norma de procedimentos de enfermagem no doente com drenagem torácica. **Nursing**. Nº168 (Julho/Agosto 2002), p. 25-30.
- NUNES, Fernando; et al. – **Manual de Trauma – 5ª ed.** – Loures: Lusociência. 2009.
- PAUCHET-TRAVERSAT, Anne Françoise; et al. – **Cuidados de Enfermagem – fichas técnicas. Fundamentos de Enfermagem, cuidados técnicos centrados na pessoa cuidada**. 3ª ed. Loures: Lusociência. 2003.

Bibliografia (2)

- PHIPPS, Wilnea J.; BRUCIA, Josephine – **Intervenções em pessoas com problemas respiratórios, in Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Lisboa: Lusodidacta, 1990.
- POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne Griffin – **Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2006.
- RIBEIRO, António da Conceição – Drenagens torácicas. **Nursing**. Ano 11. Nº139 (Dez.1999), p.33-37.
- RODRIGUES, Marta – Cuidados de Enfermagem em Doentes com Drenagem torácica. **Sinais Vitais**. Nº 42 (Maio 2002), p. 37-39.
- ROTHROCK, Jane C. – **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. 13ª ed. Loures: Lusodidacta. 2008.
- SANTOS, Maria Elisa; LOPES, Custódia Rosa – Cuidados de Enfermagem a doentes submetidos a pleuroscopia. **Servir**. Lisboa, vol. 42 (3),1994.
- THELAN, Lynne A.; et al. – **Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção**. 5ª ed. Lisboa: Lusodidacta, 2008.
- VEIGA, Bárbara; et al. – **Manual de normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos**. 2ª ed. Lisboa: Ministério da Saúde – Administração Central do Sistema de Saúde, IP. 2008.

ANEXO XIX – Matriz da sessão de formação “Cuidar do doente com drenagens torácicas no serviço de urgência”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Matriz da sessão de formação
“Cuidar do doente com drenagens torácicas no
Serviço de Urgência”
Hospital de Santa Maria

Elaborado por: Sandrina Nunes,
no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem,
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, UCP.

Lisboa
Março, 2011

Módulo	Manual de Procedimentos de Enfermagem
Tema	Cuidar do doente com drenagens torácicas no Serviço de Urgência
Destinatários	Enfermeiros do Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria
Data	21 de Março de 2011, às 15 horas, com repetição nos dias 22,23,24 e 25 de Março de 2011
Duração	1 hora diária
Disposição da sala	Em U
Objectivo geral	No fim da sessão os formandos deverão ser capazes de identificar a importância de uma adequada prestação de cuidados ao doente com drenagens torácicas
Objectivos específicos	<p>No fim da sessão os formandos deverão ser capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer as principais indicações para drenagem torácica • Relatar pelo menos três procedimentos a realizar antes da colocação de uma drenagem torácica • Enumerar pelo menos três cuidados a ter na manutenção da permeabilidade do circuito de drenagem torácica • Indicar pelo menos um aspecto a ter em atenção na remoção de drenos torácicos

Local	Gabinete do Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria
Domínio do saber	Saber-saber
Metodologia	Método expositivo, interrogativo e activo
Factores motivacionais	Formulação de perguntas, exemplos da realidade.
Desenvolvimento dos conteúdos programáticos	Anatomo-fisiologia do sistema respiratório Drenagens torácicas – indicações, princípios, locais de inserção dos cateteres torácicos, sistemas e tipos de drenagem, riscos e complicações Cuidados de Enfermagem – Antes, durante e após a colocação de drenagens torácicas e aquando da remoção de drenos torácicos
Conclusão	No fim da sessão os formandos deverão ser capazes de identificar a importância de uma prestação de cuidados adequada ao doente com drenagens torácicas
Avaliação	Tipo: Avaliação Somativa Técnica: Formulação de Perguntas (Avaliação Escrita) Instrumento: Questões de verdadeiro ou falso
Auxiliares pedagógicos	Cópia do exercício de avaliação Computador, Powerpoint Videoprojector
Material a distribuir	Fotocópias dos diapositivos Cópia do exercício de avaliação

ANEXO XX – Ficha de avaliação de conhecimentos da sessão de formação “Cuidar do doente com drenagens torácicas no serviço de urgência”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Ficha de Avaliação de Conhecimentos

Sessão de Formação – Março de 2011

“Cuidar do doente com drenagens torácicas no serviço de urgência

Responda às seguintes afirmações, colocando um V (Verdadeiro) ou F (Falso):

- 1 - A presença de pneumotórax pode ser indicação para colocação de drenagem torácica.
- 2 - O processo de drenagem torácica pode ser passivo ou activo.
- 3 - Na inserção de um dreno torácico não há risco de hemorragia nem de infecção.
- 4 - Deve-se clampar o sistema de drenagem torácica várias vezes ao dia e pelo maior espaço de tempo possível.
- 5 - Na colocação e remoção de drenos torácicos devem ser explicados os procedimentos ao doente e pedir a sua colaboração.
- 6 - Após a colocação do dreno torácico não é necessário efectuar qualquer tipo de ensino ao doente.
- 7- Na manutenção da permeabilidade do circuito é importante manter o tubo sem angulações e rotações, mantendo o sistema de drenagem abaixo do nível do tórax.
- 8 - A presença de um dreno torácico é impeditiva de qualquer tipo de mobilidade do doente.
- 9 - Não é necessário administrar analgesia antes da remoção de um dreno torácico.
- 10 - A remoção de drenos torácicos deve ser efectuada sob aspiração activa.

ANEXO XXI – Ficha de avaliação de sessão de formação “Cuidar do doente com drenagens torácicas no serviço de urgência”



Avaliação da Sessão de Formação
“Cuidar do doente com drenagens torácicas no serviço de urgência”
Março de 2011

1 - Assinale, com uma cruz, uma ou mais razões que o motivaram a assistir a esta sessão de formação. Caso considere que existe outra, indique-a na linha em baixo:

Necessidade de saber mais sobre esta matéria	
Convite da colega	
Necessidade curricular	

2 - De acordo com a sua opinião e com a escala em anexo, assinale a resposta:

Não satisfaz	Satisfaz pouco	Satisfaz	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5


Face aos objectivos propostos a acção de formação	1	2	3	4	5
O desempenho do formador	1	2	3	4	5
A metodologia utilizada	1	2	3	4	5
Os conteúdos abordados	1	2	3	4	5
A pertinência da temática	1	2	3	4	5
O tempo utilizado na sessão de formação	1	2	3	4	5
Os meios pedagógicos utilizados	1	2	3	4	5
Na globalidade, a sessão de formação	1	2	3	4	5

3 - Quais os contributos desta sessão de formação para o seu desempenho:

4 - Sugestões:

Obrigado pela sua colaboração.

ANEXO XXII – Norma de Procedimento de Enfermagem – “Doente com Drenagens Torácicas”

	SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL	
NORMA – Procedimento de Enfermagem - Doente com Drenagens Torácicas		Aprovado em:
Elaborado em 3/2011, por: Enf. Sandrina Nunes (aluna da Especialidade Médico-Cirúrgica - UCP Lisboa) Enf. João Sanches	Revisto por:	Revisão em:

1 – Nome

Cuidados de enfermagem ao doente com drenagens torácicas

2 – Objectivo

Uniformizar as intervenções de enfermagem

3 – Participantes

Enfermeiros

4 – Notas Técnicas

A drenagem torácica consiste na introdução de um ou mais drenos na cavidade pleural para a remoção de ar e/ou líquido e, conseqüentemente, restabelecer a pressão negativa no espaço intra-pleural, permitindo a reexpansão pulmonar.

Existem fundamentalmente dois tipos de drenagens:

- Passiva – feita para o exterior por acção da gravidade, dos movimentos respiratórios do doente e da pressão positiva intrapleural (o ar e os fluidos em excesso na cavidade pleural estão sob tensão)
- Activa – feita para o exterior através da pressão negativa exercida através da conexão a um aspirador de baixa pressão.

5 – Sequência dos procedimentos

A - Quem executa

- O enfermeiro colabora com o médico na colocação e remoção dos drenos torácicos e realiza os cuidados de manutenção

B – Frequência

- De acordo com a necessidade do doente

C – Orientações quanto à execução

- Consultar o processo clínico para individualizar os cuidados
- Atender às preferências e à privacidade do doente
- Verificar as condições ambientais (temperatura, ventilação, ruído, odores e iluminação)
- Utilizar técnica asséptica
- Providenciar o sistema de drenagem sub-aquática Thora-Seal
- Encher o frasco com água destilada até ao nível indicado – 370 ml
- Enroscar bem o conjunto da tampa e o tubo de vedação aquática no gargalo de rosca do frasco
- Assegurar que o tubo de vedação subaquática está abaixo do nível da água, cerca de 2 cm.
- Não retirar a tampa protectora do conector do tubo até estar pronto para utilização
- Retirar do frasco o apoio do chão de arame levantando a patilha dianteira do suporte do apoio do chão. Encaixar bem o apoio nas ranhuras existentes na base da unidade. Colocar o conjunto montado no chão num local apropriado ao lado da cama. O apoio também pode ser utilizado para pendurar temporariamente a unidade durante o transporte do doente.
- Certificar de que as ligações estão bem presas, colocar cinta de aperto nas conexões
- Substituir o sistema de drenagem quando o frasco atingir 2/3 da sua capacidade
- No caso de drenagem activa, a fonte de aspiração de baixa pressão deve ser ligada ao tubo curto de descompressão. Regular a pressão segundo prescrição médica, geralmente 5 KPa.
- Manter o circuito com os tubos alinhados sem angulações ou ansas pendentes, que impeçam ou dificultem a drenagem
- Vigiar a câmara sub-aquática para detecção de borbulhar contínuo/inesperado ou alteração súbita da quantidade do líquido drenado
- Registrar as alterações de volume na coluna de escrita. Volumes superiores a 100 ml, durante 2 horas consecutivas, requerem investigação



- Evitar espremer por rotina os tubos torácicos devido ao aumento da pressão negativa intratorácica gerada. Se existirem coágulos no líquido drenado ou obstrução no circuito, os tubos podem ser espremidos com precaução e suavidade e de acordo com orientação médica
- Vigiar o utente regularmente para verificação da mobilidade torácica e detecção precoce de complicações
- Comunicar imediatamente ao médico sinais de respiração rápida e superficial, sudorese, cianose, enfisema subcutâneo, hemorragia, alterações significativas dos parâmetros vitais, pois podem ser indicadores de pneumotórax hipertensivo, hemorragia grave, embolia pulmonar ou tamponamento cardíaco.
- Aquando da remoção da drenagem torácica, se existir mais do que um dreno, clampar todos os drenos, com excepção daquele que se vai retirar, o que previne a entrada de ar na cavidade pleural aquando da retirada do tubo torácico.

6 – Recursos materiais

Na colocação do dreno torácico

Mesa com campo esterilizado contendo:

Anti-séptico; seringas e agulhas; anestésico local; lâmina de bisturi; linhas de sutura; clampes (pinças) – 2 para cada tubo; kit de pequena cirurgia; compressas esterilizadas; adesivo, luvas e bata esterilizadas, máscaras, barrete, campos esterilizados (um com janela, outro sem), resguardo descartável, dreno torácico, frasco de drenagem com tubuladura, água destilada (500 ml), preparar sistema para drenagem activa se necessário (aspirador de baixa pressão), recipientes para sujos.

Na remoção do dreno torácico

Mesa com campo esterilizado contendo:

Soro fisiológico, anti-séptico, kit de pensos, fios de sutura (se necessário), gaze gorda (se necessário), campo esterilizado, luvas e bata esterilizadas, máscaras, compressas esterilizadas, adesivo, clampes, lâmina de bisturi, resguardo, aspirador de baixa pressão, recipientes para sujos.

7 – Procedimentos

Fase de inserção do dreno

Acções de Enfermagem	Justificação
26. Providenciar os recursos para junto do doente	1 – Gerir o tempo
27. Lavar as mãos	2. Prevenir a contaminação
28. Instruir o utente sobre o procedimento	3. Encorajar e promover o autocuidado, diminuir a ansiedade
29. Monitorizar sinais vitais	4. Obter valores de referência
30. Posicionar o doente de acordo com a sua situação de saúde e a indicação médica	5. Facilitar a execução do procedimento
31. Aplicar o resguardo impermeável sob o doente	6. Proteger a roupa da cama
32. Lavar as mãos	7. Prevenir contaminação
33. Aprontar o material esterilizado	10. Obter um sistema de drenagem fechado
34. Colaborar com o médico na inserção do dreno torácico	11. Prevenir o refluxo, facilitar a drenagem, prevenir acidentes
35. Aplicar a extremidade do dreno ao sistema de drenagem e verificar se as conexões estão bem vedadas	12. Avaliar a permeabilidade do sistema de drenagem
36. Posicionar os recipientes de drenagem abaixo do nível do tórax, através do suporte	13. Prevenir contaminação
37. Observar se há oscilação na coluna de água do recipiente	14. Prevenir infecção
	15. Prevenir deslocação acidental
	16. Garantir a permeabilidade do sistema de drenagem
	17. Prevenir complicações
	18. Verificar o correcto posicionamento do dreno torácico
	19. Promover o conforto, facilitar a

<p>que funciona como selo de água</p> <p>38. Lavar as mãos</p> <p>39. Executar o penso no local de inserção do dreno</p> <p>40. Imobilizar o dreno fixando-o ao tórax do utente</p> <p>41. Verificar se as tubuladuras têm angulações</p> <p>42. Monitorizar sinais vitais</p> <p>43. Assegurar a execução de uma radiografia de tórax</p> <p>44. Posicionar ou assistir o doente a posicionar-se</p> <p>45. Incentivar o doente a mobilizar-se regularmente</p> <p>46. Assegurar a recolha e a lavagem do material</p> <p>47. Lavar as mãos</p>	<p>drenagem</p> <p>20. Facilitar a ventilação e a drenagem</p> <p>22. Prevenir a transmissão cruzada de micorganismos</p>
--	---

(Adaptado de VEIGA, et al., 2008)

Fase de manutenção do dreno

Acções de Enfermagem	Justificação
<p>Nota: Pontos 1 a 7 – Acções de Enfermagem e respectivas justificações coincidentes com as da fase de Inserção do Dreno</p> <p>8. Calçar luvas não esterilizadas</p> <p>9. Remover o penso do local de inserção do dreno</p> <p>10. Examinar o local de inserção do dreno</p> <p>11. Remover as luvas</p>	<p>10. Detectar precocemente a ocorrência de enfisema subcutâneo, fuga de ar, sinais inflamatórios</p> <p>12. Prevenir contaminação</p> <p>14. Prevenir infecção</p>

<p>12. Lavar as mãos</p> <p>13. Aprontar o material de penso</p> <p>14. Calçar luvas esterilizadas</p> <p>15. Executar o penso no local de inserção</p> <p>16. Imobilizar o dreno fixando-o ao tórax do utente</p> <p>17. Inspeccionar o padrão respiratório e mobilidade torácica</p> <p>18. Vigiar todo o sistema de drenagem</p> <p>19. Vigiar a oscilação do nível do líquido do tubo que fica introduzido na água do recipiente que funciona como selo de água, quando se utiliza a drenagem passiva</p> <p>20. Vigiar o borbulhar do líquido no frasco, no caso de drenagem de pneumotórax</p> <p>21. Assegurar a execução de radiografia de tórax segundo indicação médica</p> <p>22. Incentivar o doente a fazer inspirações profundas e a mobilizar-se regularmente</p> <p>23. Instruir ou assistir o doente na mobilização do membro</p>	<p>16. Prevenir deslocação acidental</p> <p>17. Detectar precocemente a existência de complicações respiratórias</p> <p>18. Detectar a existência de angulações, ansas pendente, coágulos, fugas no sistema de drenagem</p> <p>19. A não oscilação pode indicar: angulação das tubuladuras, obstrução das tubuladuras por coágulos, deslocação do dreno, reexpansão do pulmão</p> <p>20. Verificar a eficácia do sistema de drenagem (o borbulhar rápido e inesperado durante a inspiração e/ou expiração pode indicar a existência de fístulas ou fugas de ar no sistema de drenagem)</p> <p>21. Avaliar a reexpansão pulmonar e a eficácia da drenagem da cavidade pleural</p> <p>22. Facilitar a drenagem de líquido e/ou ar</p> <p>23. Prevenir a diminuição da amplitude articular como consequência da defesa à dor</p> <p>24. Clampar imediatamente o dreno aquando da substituição do recipiente, desconexão acidental de qualquer conexão, quebra do selo de água</p> <p>25. Providenciar conforto, facilitar a</p>
--	--

<p>superior do lado da drenagem</p> <p>24. Aprontar, junto do doente, dois clampes de drenagem torácica para cada dreno</p> <p>25. Posicionar ou assistir o utente a posicionar-se</p> <p>26. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>27. Lavar as mãos</p>	<p>drenagem</p> <p>27. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
--	---

(Adaptado de VEIGA et al, 2008)

Fase de remoção do dreno

Acções de Enfermagem	Justificação
<p>Nota: Pontos 1 a 7 – Acções de Enfermagem e respectivas justificações coincidentes com as da fase de inserção do dreno</p> <p>8. Administrar analgesia, se prescrita, cerca de 30 minutos antes da remoção do dreno</p> <p>9. Aprontar o material esterilizado</p> <p>10. Colocar a drenagem em aspiração activa, segundo indicação médica</p> <p>11. Pedir ao doente que execute manobra de Valsava (inspiração profunda, com respiração suspensa)</p> <p>12. Colaborar com o médico na remoção do dreno torácico</p> <p>13. Lavar as mãos</p> <p>14. Executar penso compressivo</p>	<p>8. Prevenir ou diminuir a dor, aumentar a colaboração do doente</p> <p>10 e 11. Diminuir o risco de entrada de ar no espaço pleural</p> <p>13. Prevenir a contaminação</p> <p>14. Prevenir infecção</p> <p>15 e 16. Prevenir complicações</p> <p>17. Providenciar conforto</p> <p>19. Prevenir a transmissão cruzada de microorganismos</p> <p>20. Assegurar a continuidade de</p>

15. Monitorizar sinais vitais 16. Assegurar a execução de uma radiografia de tórax 17. Posicionar ou assistir o doente a posicionar-se 18. Assegurar a recolha e a lavagem do material 19. Lavar as mãos 20. Elaborar carta de transferência de enfermagem, se for o caso. Retira pontos ao 8º dia ou segundo indicação médica.	cuidados
--	----------

8 – Registos

Data e hora, reacção do doente, médico que executou a técnica, tipo de drenagem colocada, local de inserção, fonte de aspiração prescrita, características do produto drenado, características do penso, incidentes ocorridos, realização de RX do tórax, educação para a saúde.

9 – Bibliografia

- ARNE, Schaffler; NICOLE, Menche – **Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem – Manual para Enfermeiros e outros Profissionais de Saúde**. Loures: Lusociência, 2004.
- BRUNNER, Lilian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith – **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 6ª ed, vol.1. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koojan, S.A., 1990.
- CASTILHO, Amélia; et al. – Cuidados de enfermagem ao doente com drenagens torácicas. **Referência: Revista de Educação em Enfermagem**. Nº 5 (Nov. 2000), p.71-74.
- CATELA, Alda; FERNANDES, Susana – Cuidados de enfermagem aos doentes com drenagens torácicas decorrentes da cirurgia cardiotorácica. **Servir**. Vol.53. Nº1 (Jan/Fev 2005), p. 17-25.
- CEREJO, Maria Nazaré – O Utente com Sistemas de Drenagem Cirúrgica: Cuidados de enfermagem. **Sinais Vitais**. Nº 41 (Março, 2002), p. 13-16.
- COSTA, Aldina; et al. – Norma de procedimentos de enfermagem no doente com drenagem torácica. **Nursing**. Lisboa. Nº168 (Julho/Agosto 2002), p. 25-30.
- NUNES, Fernando; et al. – **Manual de Trauma** – 5ª ed. – Loures: Lusociência. 2009.

- PAUCHET-TRAVERSAT, Anne Françoise; et al. – **Cuidados de Enfermagem - fichas técnicas. Fundamentos de Enfermagem, cuidados técnicos centrados na pessoa cuidada.** 3ª ed. Loures: Lusociência. 2003. 856p.
- PHIPPS, Wilnea J.; BRUCIA, Josephine – **Intervenções em pessoas com problemas respiratórios, in Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Lisboa: Lusodidacta, 1990.
- POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne Griffin – **Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos.** 5ª ed. Loures: Lusociência, 2006.
- RIBEIRO, António da Conceição – Drenagens torácicas. **Nursing.** Ano 11. Nº139 (Dez.1999), p.33-37.
- RODRIGUES, Marta – Cuidados de Enfermagem em Doentes com Drenagem torácica. **Sinais Vitais.** Nº 42 (Maio 2002), p. 37-39.
- ROTHROCK, Jane C. – **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico.** 13ª ed. Loures: Lusodidacta. 2008.
- SANTOS, Maria Elisa; LOPES, Custódia Rosa – Cuidados de Enfermagem a doentes submetidos a pleuroscopia. **Servir.** Lisboa, vol. 42 (3),1994.
- THELAN, Lynne A.; et al. – **Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção.** 5ª ed. Lisboa, Lusodidacta, 2008.
- VEIGA, Bárbara; et al. – **Manual de normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos.** 2ª ed. Lisboa: Ministério da Saúde – Administração Central do Sistema de Saúde, IP. 2008.

ANEXO XXIII – Poster “Dor – do que se diz ao que se sabe...”



Dor

Do que se diz ao que se sabe...

Introdução

A dor induz sofrimento, reflectindo-se negativamente na qualidade de vida da pessoa. Ao mesmo tempo, existem mitos, crenças e preconceitos que condicionam a experiência de dor. O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes que dela padecem. O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da dor.

Objectivos

Desmistificar conceitos que possam, eventualmente, constituir obstáculos na monitorização e tratamento da dor. Sensibilizar os enfermeiros para a importância de uma adequada monitorização da dor.

O que se diz

Estímulos comparáveis produzem o mesmo nível de dor em todas as pessoas.

O comportamento das pessoas reflecte a sua dor.

As pessoas dizem quando têm dor.

A dor só existe na presença de lesão.

Os ansiolíticos aliviam a dor.

Os profissionais de saúde são os peritos na avaliação da dor.

O que se sabe

Todas as pessoas têm um limiar de sensação uniforme, mas o limiar de percepção dolorosa é influenciado por factores físicos, psicossociais e culturais, **variando de pessoa para pessoa, ou na mesma pessoa conforme a situação.**

Para além do **auto-relato**, não existe nenhum indicador fisiológico ou comportamental específico de dor.

As pessoas podem negar a existência de dor, se não conhecerem o profissional de saúde, se tiverem medo, se recearem a via de administração, para protegerem os familiares ou por razões sócio-económicas.

Toda a dor é real independentemente da causa.

Os ansiolíticos diminuem a ansiedade, mas não possuem acção analgésica.

Os profissionais de saúde devem **reconhecer a pessoa como o melhor avaliador da sua dor**. A família e os cuidadores principais são parceiros activos no controlo da dor.

A intensidade da dor é sempre a referida pelo doente.

A avaliação e registo da intensidade da dor tem de ser feita 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.

Conclusão

A dor e os efeitos da terapêutica devem ser sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática, na abordagem de todas as pessoas que sofram de dor, elevando o registo da sua intensidade à categoria equiparada de sinal vital. Não se desvaloriza **o que se diz** sobre a dor, mas com fundamentação conclui-se que nem sempre vai de acordo **ao que se sabe**.

ANEXO XXIV – Poster “Monitorização da Dor no Doente Crítico – Serviço de Urgência Central”



Monitorização da Dor no Doente Crítico

Serviço de Urgência Central

O auto-relato da dor deve ser privilegiado como fonte de informação na pessoa com funções cognitivas mantidas. No entanto, há situações em que os doentes apresentam alterações do estado de consciência, não se conseguindo obter uma resposta verbal, como é o caso dos doentes sedados e ventilados. Nestas circunstâncias, é recomendada a hetero-avaliação da dor, com recurso à **Behavioral Pain Scale (BPS)**, ou seja, à **Escala Comportamental de Dor** (FERREIRA et al., 2008).

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

Item	Descrição	Score
Expressão facial	Relaxada	1
	Ligeiramente contraída (ex: sobrancelhas arqueadas)	2
	Contração franca (ex: pálpebras cerradas)	3
	Fácies de dor	4
Membros superiores/inferiores	Sem movimento	1
	Parcialmente flectidos e tensos	2
	Rígidos com dedos crispados/cerrados	3
	Totalmente contraídos/rígidos	4
Adaptação ventilatória	Adaptado	1
	Adaptado com acessos de tosse esporádicos	2
	Desadaptação/bloqueio ventilatório frequente	3
	Bloqueio ventilatório constante	4

Cada item de avaliação tem quatro parâmetros e respectivos scores (entre 1 e 4)

Score total máximo 12 (dor máxima)

Score total mínimo 3 (sem dor)

O objectivo é manter o doente com score total inferior ou igual a 4 (PAYEN et al, 2001)

Em ventilação espontânea com score total superior a 3 implica terapêutica analgésica (anulado o item adaptação ventilatória)

Em doentes tetraplégicos com score total superior a 3 implica terapêutica analgésica (anulado o item membros superiores/inferiores)

Reconhecer empiricamente que o doente crítico padece de dor, por si só, não contribui para o seu tratamento, pelo que é imperativo efectuar uma monitorização criteriosa, através da aplicação da Escala Comportamental de Dor, de forma a permitir uma comunicação mais eficiente entre os profissionais e contribuir para um tratamento eficaz, bem como para a melhoria dos cuidados prestados e da qualidade de vida do doente.

Referências Bibliográficas

FERREIRA, Aida [et al.] – Cuidar do doente crítico com dor: um desafio no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) – *Sinais Vitais*, Nº 77 (Março 2008), p. 24-28.
PAYEN, Jean-François [et al.] – Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Med*, Vol.29, nº 12 (2001), p. 1159-1166.

ANEXO XXV – Documento de apoio “Monitorização da dor no doente crítico do Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria”



Documento de Apoio

Monitorização da Dor no Doente Crítico Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria

A existência de dor é um factor de stress significativo nos doentes em estado crítico, uma vez que contribui para uma panóplia de complicações, tais como: confusão, ventilação inadequada, imobilidade, privação do sono, depressão e imunossupressão (SWEARINGEN e KEEN, 2005).

Com frequência não é valorizada a dor nestes doentes, na medida em que a maioria das vezes estão impossibilitados de comunicar verbalmente, devido a vários aspectos, dos quais se destacam a entubação, a sedação e a curarização (FERREIRA et al., 2008).

A dificuldade na medição da dor no doente crítico constitui um obstáculo ao seu adequado tratamento. Incorporar a sua monitorização no Serviço de Urgência revela-se um desafio e uma prioridade, uma vez que a sua quantificação é considerada uma mais valia para a optimização dos cuidados prestados.

O auto-relato da dor deve ser privilegiado como fonte de informação na pessoa com funções cognitivas mantidas. No entanto, há situações em que os doentes apresentam alterações do estado de consciência, não se conseguindo obter uma resposta verbal, como é o caso dos doentes **sedados e ventilados**. Assim, efectua-se uma hetero-avaliação da dor, utilizando a **Behavioral Pain Scale (BPS)**, ou seja, a **Escala Comportamental de Dor**.

A BPS contempla 3 indicadores de avaliação:

- Expressão facial
- Comportamento dos membros
- Adaptação ventilatória

Cada indicador tem quatro parâmetros e respectivos scores (entre 1 e 4)

- Score máximo de 12 (dor máxima)
- Score mínimo 3 (sem dor)

ESCALA COMPORTAMENTAL DE DOR

Item	Descrição	Score
Expressão facial	Relaxada	1
	Ligeiramente contraída (ex: sobrancelhas arqueadas)	2
	Contração franca (ex: pálpebras cerradas)	3
	Fácies de dor	4
Membros superiores/inferiores	Sem movimento	1
	Parcialmente flectidos e tensos	2
	Rígidos com dedos crispados/cerrados	3
	Totalmente contraídos/rígidos	4
Adaptação ventilatória	Adaptado	1
	Adaptado com acessos de tosse esporádicos	2
	Desadaptação/bloqueio ventilatório frequente	3
	Bloqueio ventilatório constante	4

O objectivo é manter o doente com score total inferior ou igual a 4. Avaliações de dor superiores ou iguais a 5, com analgesia instituída, implicam ajuste terapêutico com aumento analgésico. Em ventilação espontânea com score total superior a 3 implica terapêutica analgésica (anulado parâmetro adaptação ventilatória). Em doentes tetraplégicos com score total superior a 3 implica terapêutica analgésica (anulado o parâmetro dos membros superiores/inferiores) (PAYEN et al., 2001).

REGISTOS

- O registo da monitorização da dor deve ser efectuado aquando do registo dos restantes parâmetros vitais, e/ou sempre que se justifique, tendo em conta as necessidades de cada utente
- Inserir, a nível informático, no processo do utente, a “monitorização da dor”, referindo a escala seleccionada (BPS), complementando a informação nos registos de continuidade dos cuidados.

RECOMENDAÇÕES GERAIS

- Garantir que a avaliação da dor é comunicada aos membros da equipa multiprofissional
- Cooperar com os restantes elementos da equipa multiprofissional no estabelecimento de um plano terapêutico
- Implementar o plano terapêutico na sua área de competência
- Avaliar as medidas e/ou terapêutica instituída e efectuar o registo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FERREIRA, Alda [et al.] – Cuidar do doente crítico com dor: um desafio no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) – **Sinais Vitais**. Nº 77 (Março 2008) p. 24-28.
- PAYEN, Jean-François, [et al.] – Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. **Critical Care Med**. Vol.29, Nº 12 (2001) p. 1159-1166.
- SWEARINGEN, Pamela L.; KEEN, Janet H. – **Manual de Enfermagem no Cuidado Crítico**. 4ªed. RS: Editora Artmed, 2005.

Elaborado por: Sandrina Nunes, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob orientação do Enfermeiro João Sanches. Março de 2011.