



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS - VISEU**

## **NO CAMINHO DO DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL**

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: Daniela Maria Moreira Ribeiro Gonçalves Ferreira

VISEU, Junho de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS - VISEU**

## **NO CAMINHO DO DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL**

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: Daniela Maria Moreira Ribeiro Gonçalves Ferreira

Sob orientação de Patrícia Coelho

VISEU, Junho de 2011

## **Resumo**

No intuito do desenvolvimento pessoal e profissional, a motivação levou à aquisição de mais competências em que o curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (E.M.C.) ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde no Centro Regional das Beiras da Universidade Católica Portuguesa, se revelou como a resposta para colmatar as necessidades detectadas e desenvolver um corpo de conhecimento na área da E.M.C., entendendo-o como uma mais-valia para a minha prática profissional.

Para a produção deste documento segui uma estratégia analítica, descritiva e crítica. Para melhor percepção e compreensão, este relatório encontra-se estruturado em 5 capítulos gerais: Introdução, Módulo I, Módulo II, Módulo III (os quais englobam sub - capítulos com os objectivos delineados para cada um dos módulos, bem como as actividades desenvolvidas e respectiva análise crítica) e Conclusão. Os objectivos deste Relatório são: descrever e contextualizar cada local escolhido para realização dos Módulos; dar a conhecer todas as actividades desenvolvidas nos Módulos, relacionando-as com os objectivos propostos e ao longo de cada campo de estágio realizar uma análise crítica sobre as mesmas; descrever o meu percurso de aprendizagem, reflectindo sobre os ensinamentos clínicos.

Desenvolvi competências instrumentais actuando em conformidade com as “guidelines” internacionais, resolvendo problemas, tomando decisões adequadas e aumentando a capacidade de organização e planeamento dos cuidados prestados. Ampliei competências investigativas na execução de pesquisa bibliográfica para os diversos trabalhos realizados e para fundamentar as minhas decisões e actuações. As capacidades de autonomia, liderança, de adaptação a novas situações, de aprendizagem, de aplicação prática de conhecimentos teóricos adquiridos e a realização da gestão desenvolveram as minhas competências sistémicas. Alarguei as minhas competências interpessoais e capacidades de crítica e auto-crítica.

Na UCIP, realizei duas sessões de formação em serviço sobre: “Comunicação com o doente ventilado”. Organizei uma conferência a nível da instituição subordinada ao tema: “Terapia e Espiritualidade”. Elaborei um trabalho sobre “Compatibilidades de administração de antibioterapia em «y»”. Redigi ainda um estudo de caso sobre “Enxerto osteomiocutâneo maxilo-facial por carcinoma espinho-celular da mucosa jugal”. No Bloco Operatório (B.O.) desenvolvi uma sessão de formação em serviço sobre “Comunicação Assertiva no B.O.” e redigi um trabalho de revisão bibliográfica sobre: Ligamentoplastias. No serviço de urgência (S.U.) elaborei a Carta de Registo de Intervenções de Enfermagem, desenvolvi um trabalho subordinado ao tema: “Satisfação do doente: Contacto com o Enfermeiro da Triagem do S.U.” e redigi um estudo de caso sobre: “O Doente Politraumatizado”.

Após reflexão profunda acerca das experiências vividas e relacionando-as com o meu crescimento pessoal e profissional, posso afirmar que todos os estágios contribuíram indubitavelmente para a consolidação da minha aprendizagem.

---

## **Abstract**

In order of personal and professional development, motivation led to the acquisition of skills in the Masters program in Nursing with specialization in Medical-Surgical Nursing (EMC), conducted by the Institute of Health Sciences in Beiras' Regional Centre of Catholic University,, which became the answer to address the identified needs and develop a body of knowledge in the area of EMC, understanding it as an asset for my professional practice.

For the production of this document, I followed an analytical, descriptive and critical strategy. For better perception and understanding, this report is structured into 5 general chapters: Introduction, Module I, Module II, Module III (which includes sub - chapters with the objectives outlined for each of the modules as well as the activities and their examination), and Conclusion. The objectives of this report are: to describe and contextualize each location chosen for the modules, to disclose all activities in the modules, connecting them with their objectives and field throughout each stage to perform a critical analysis of the same; to describe my journey of learning, reflecting on clinical placements.

I developed instrumental skills acting in accordance with the international "guidelines", solving problems, making appropriate decisions and increasing the capacity for organization and planning of care. I have expanded investigative skills in the performance of literature for the various works done and to support my decisions and actions. The abilities of autonomy, leadership, adaptability to new situations, learning, practical application of theoretical knowledge and implementation of management have developed my systemic skills. I have broadened my interpersonal skills and abilities of criticism and self-criticism.

In the ICU, I conducted two in-service training sessions on "Communicating with the ventilated patient." I organized a conference at the institution on the topic: "Therapy and Spirituality." I drafted a paper on "Compatibility of administration of antibiotics in 'y'. Also drafted a case study on "Maxillofacial osteomiocutaneous graft due to thorn-cell carcinoma of the buccal mucosa". In the Operating Room, I developed an in-service training session on "Assertive Communication in the Operating Room" and drafted a literature review on: "Ligament". In the emergency department, I drafted the Nursing discharge letter, I made a paper on the theme: "Patient satisfaction: Contact with the triage nurse of the Emergency Department" and I wrote a case study on "multiple injuries".

After deep reflection on the experiences and relating them to my personal and professional growth, I can say that all stages undoubtedly contributed to the consolidation of my learning."

---

## **Agradecimentos**

Dificilmente o presente trabalho teria sido concretizado sem a solidariedade e o estímulo intelectual que, de diferentes formas, me foi proporcionado por colegas, professores, amigos e familiares.

Não posso deixar de particularizar este reconhecimento aos que mais implicados estiveram neste percurso.

À Mestre Patrícia Coelho, pela sua orientação intelectualmente empenhada e, não menos decisiva, pelo ânimo transmitido nos momento mais difíceis.

A todos os enfermeiros tutores e equipas de enfermagem, pela sua orientação e colaboração no processo de aprendizagem.

A todos os professores do III Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pelo contributo dado à minha formação.

À minha colega e amiga Carla Loureiro, pela sua amizade, companheirismo e motivação.

Aos meus familiares e amigos pelo apoio e compreensão prestados e pelas infindas horas em que estive ausente e me esperaram sempre com um abraço e um sorriso, em especial ao Pedro e à Helena.

A todos o meu profundo bem-haja.

---

## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

ABC – Airways, Breathing, Circulation

AESOP – Associação Dos Enfermeiros Da Sala Operatória Portugueses

ALARA – As Low As Reasonable Possible

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCI – Comissão De Controlo De Infecção

CHTMAD – Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNEVC – Comissão Nacional De Ética Para As Ciências Da Vida

CVVHDF – Hemodiafiltração veno-venosa contínua

DGS – Direcção Geral De Saúde

EOE – Estatuto Da Ordem Dos Enfermeiros

ERC – European Resuscitation Council

GHAF – Gestão Hospitalar De Armazém E Farmácia

H1N1 - hemaglutinina 1, neuraminidase 1

HEPA - High Efficiency Particulate Air

IACS – Infecções associados aos cuidados de saúde

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

IRA – insuficiência renal aguda

JCI – Joint Commission International

NINDS - National Institute of Neurological Disorders and Stroke

OE – Ordem Dos Enfermeiros

ONR – Ordem De Não Reanimar

RENDA – Registo Nacional De Não Dadores

Rt-PA – Factor Activador Do Plasminogénio Tecidual

SAV – Suporte Avançado De Vida

SO – Sala De Observações

SOS – “save our souls”

SU – Serviço de Urgência

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TAC-CE – Tomografia Axial Computorizada – Crânio-Encefálica

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCPA – Unidade De Cuidados Pós-Anestésicos

UNAIBODE - União Nacional Das Associações De Enfermeiros De Bloco Operatório Com Diploma De Estado

VMER – Viatura Medica De Emergência E Ressuscitação

## **Índice**

<b>1 – Introdução</b>	<b>9</b>
<b>2– Módulo I – Serviço De Urgência Geral</b>	<b>13</b>
2.1 – Objectivos, Actividades Desenvolvidas E Análise Crítica	13
<b>3 - Módulo II – Unidade De Cuidados Intensivos Polivalente</b>	<b>29</b>
3.1 - Objectivos, Actividades Desenvolvidas E Análise Crítica	29
<b>4 - Módulo III – Bloco Operatório</b>	<b>42</b>
4.1 - Objectivos, Actividades Desenvolvidas E Análise Crítica	42
<b>5 – Conclusão</b>	<b>56</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>59</b>

## **Anexos**

Anexo I- Caracterização Do Local De Estágio do Módulo I – Serviço de Urgência	
Anexo II- Caracterização Do Local De Estágio do Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	
Anexo III- Caracterização Do Local De Estágio do Módulo III – Bloco Operatório	
Anexo IV- Contra-Indicações Para Trombólise	
Anexo V – Trabalho sobre: “Satisfação do doente: Contacto com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência”	
Anexo VI – Carta de Registo de Intervenções de Enfermagem	
Anexo VII – Estudo de caso: “O Doente Politraumatizado”	
Anexo VIII- Conferência: “Terapia e Espiritualidade” – fotografias e póster	
Anexo IX – Tabela de “Compatibilidades e incompatibilidades de administração de antibioterapia em «Y»”	
Anexo X – Plano de sessão e diapositivos da acção de formação: “Comunicação com o doente ventilado”	

---



Anexo XI – Estudo de caso: “Carcinoma Espinocelular Queratinizante Da Mucosa Jugal Com Enxerto Osteomiocutâneo Microvascularizado”

Anexo XII- Plano de sessão e diapositivos da acção de formação: “Comunicação Em Enfermagem – Bloco Operatório”

Anexo XIII – Trabalho sobre: “Ligamentoplastia”

## **1 - INTRODUÇÃO**

A realidade vivida no seio do desenvolvimento da enfermagem culmina com uma crescente qualificação profissional baseada na diferenciação das habilidades técnicas, científicas, relacionais e deontológicas. A crescente profissionalização dos cuidados e serviços de saúde é um facto inquestionável, o enfermeiro de hoje é um profissional preparado para tomar decisões, com um leque de funções muito abrangentes, desde o contacto directo com o doente à co-responsabilização na tomada de decisões relativamente à opção e escolha do tratamento.

Assim, a autonomia e a responsabilização devem configurar-se como o corolário da centralidade dos cuidados, em qualquer área de actuação do enfermeiro. Sendo que a nossa própria razão de ser, enquanto profissionais, decorre da necessidade de cuidados, que deverão ser prestados com excelência, equidade e proximidade. Tendo em mente esta filosofia e sendo profissional desde Fevereiro de 2005, senti-me motivada a adquirir mais competências, podendo especializar-me e assim tornar-me numa melhor Enfermeira.

Desta forma, enveredei pelo Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde no Centro Regional das Beiras da Universidade Católica Portuguesa, na qual o modelo ensino-aprendizagem se baseia no processo de Bolonha, modelo esse centrado no aluno e na aquisição de competências por parte deste, entendendo-o como uma mais-valia para a minha aprendizagem e consequente prática profissional.

De acordo com o descrito no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro, Especialista: "...é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção..." (Ministério da saúde, 2011, p.8648)

É dever dos Enfermeiros, aprimorar, sistematicamente a qualidade e a eficácia da prática de Enfermagem e obter conhecimentos e competências que reflectam a nossa prática actual. Os ensinamentos clínicos facultam-nos a vivência de uma panóplia de experiências enriquecedoras para a nossa formação profissional e também pessoal. Durante o Estágio, a reflexão da e sobre a prática foi contínua uma vez que o objectivo da reflexão deve ser o de fortalecer o potencial da pessoa sobre o seu meio ambiente e de ampliar aptidões para conseguir deslocar as competências alcançadas de uma situação para a outra.

Após uma fase de aprendizagem e de consubstanciação de conhecimentos, assume-se como basilar a reflexão e análise do dinamismo desenvolvido durante o estágio e que concorreram para o aperfeiçoamento das minhas competências instrumentais, pedagógicas, investigativas e sistémicas.

A escolha dos locais para a realização dos Módulos de Estágio não foi efectuada de modo aleatório. Pretendi desenvolver esta etapa dando um aspecto lógico e contínuo à minha formação. Foi de extrema importância poder trabalhar nestes campos de actuação da Enfermagem, uma vez que aquando da Licenciatura e mesmo em termos profissionais, ainda não tinha tido algumas oportunidades.

O Módulo I foi desenvolvido no serviço de Urgência Geral do Centro hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Unidade de Vila Real, no período de 4 de Outubro a 30 de Novembro do ano de 2010. Os tutores responsáveis foram os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Isabel Lima, Sónia Pereira e Rui Bento.

O Serviço de Urgência é para a comunidade o serviço mais visível do hospital, onde se espera um atendimento rápido e diferenciado. É pois pretensão deste serviço não defraudar as expectativas da comunidade onde se encontra inserido. Este serviço localiza-se actualmente no piso 0 do Hospital de Vila Real, situado provisoriamente em estruturas pré-fabricadas. Dentro do serviço existem diversas áreas, que irei seguidamente abordar quanto à sua função, bem como a descrição organizacional do serviço, que será remetida para **anexo I**. A opção por este campo de estágio deve-se a dois factores, por um lado por ser o serviço de urgência central da instituição onde exerço funções e cuja realidade desconhecia, por outro por se tratar de um hospital central altamente referenciado, permitindo dessa forma vir a ser um óptimo campo de aprendizagem, devido à diversidade de experiências que me poderia proporcionar.

Posteriormente, iniciei o Módulo II na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital de São Teotónio, Entidade Pública Empresarial, que decorreu entre 3 de Janeiro e 28 de Fevereiro de 2011, sob a tutoria da Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Ana Teixeira e Enfermeira Graduada Helena Gomes.

A UCIP iniciou a sua actividade em Agosto de 1997, com a instalação do novo Hospital de Viseu, mantendo-se desde então em funcionamento. Situa-se no 3º andar do Hospital de São Teotónio – Viseu. A sua localização é estratégica, uma vez que está ao lado do Bloco Operatório Central e no andar de cima do Serviço de Urgência, donde provêm uma boa parte dos utentes internados na unidade. Este serviço é autónomo. Dentro do serviço existem diversas áreas, que irei seguidamente abordar quanto à sua função, bem como a descrição organizacional do serviço, que será remetida para **anexo II**. A atribuição deste campo de estágio foi determinada pelo plano de estudos da universidade. Todavia não posso negar a minha satisfação pois o hospital de São Teotónio e até mesmo a referida unidade destacam-se dos demais pela excelência dos cuidados aí prestados.

O terceiro e último Módulo, opcional, foi cronologicamente o primeiro a ser desenvolvido, realizado entre 05 de Julho e 30 de Setembro de 2010, no Bloco Operatório do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Unidade de Lamego, sob a tutoria da Enfermeira Chefe e Especialista em médico-cirúrgica Olga Ramos.

O Bloco Operatório da unidade de Lamego situa-se na parte superior do hospital (correspondendo ao segundo piso), entre os serviços de Cirurgia/Ortopedia e Esterilização.

É um serviço autónomo, constituído por 2 salas cirúrgicas e uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos com lotação de 3 camas. Possui características próprias cuja descrição remeto para **anexo III**. A opção por este campo de estágio, foi uma escolha pessoal, determinada não só pelo facto de poder desenvolver o estágio na instituição onde exerço funções, mas também por considerar que, apesar de ser um bloco de pequenas dimensões, de um hospital pequeno, ser um serviço no qual se prestam cuidados de elevada qualidade.

Em consonância com os Senhores Enfermeiros Tutores de cada serviço e, por considerar que conseguia uma melhor organização e delineação dos objectivos, realizei um projecto para cada campo de estágio, no qual constavam os objectivos específicos para cada um deles, bem como as actividades que pretendia desenvolver. No processo ensino/aprendizagem está preconizada uma aprendizagem activa, em que é privilegiada a dinâmica individual e de grupo com vista a desenvolver potencialidades críticas e reflexivas, numa perspectiva construtivista, orientada para a resolução de problemas de saúde nas componentes física, psicológica, comportamental e social.

Desta forma, torna-se necessário planear actividades a desenvolver durante o período de estágio. Tais actividades serão descritas e analisadas no decorrer deste relatório, consoante se analisar cada um dos módulos de estágio. Assim, torna-se fundamental delinear os objectivos deste Relatório de Estágio, sendo eles:

- Descrever e contextualizar cada local escolhido para realização dos Módulos;
- Dar a conhecer todas as actividades desenvolvidas nos Módulos, relacionando-as com os objectivos propostos e ao longo de cada campo de estágio realizar uma análise crítica sobre as mesmas;
- Descrever o meu percurso de aprendizagem, reflectindo sobre os estágios;
- Servir como instrumento para a obtenção do grau de mestre.

No que diz respeito aos objectivos, para cada módulo de estágio, e de acordo com o plano de estudos, foram estabelecidos os seguintes:

**A** – Demonstrar capacidade de integração no serviço e na equipa multidisciplinar e adaptação a novos contextos relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

**B** – Integrar conhecimentos, lidar com questões complexas e emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, bem como desenvolver competências para cuidar a pessoa/família em situações complexas e de alto risco, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

**C** – Promover a melhoria dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O meu desempenho profissional, comportamentos e competências desenvolvidas, foram de encontro aos objectivos preconizados no plano de estudos da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e nos seguintes objectivos pessoais transversais aos três módulos de estágio, sendo eles:

- Conhecer a estrutura física, recursos humanos e materiais existentes, bem como o funcionamento / dinâmica do serviço;
- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Desenvolver competências que promovam a capacidade crítica, reflexiva e atitude científica permitindo o desenvolvimento pessoal e profissional;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização;
- Desenvolver saberes e competências que permitam a excelência na prestação de cuidados, especialmente no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica;
- Participar na formação em serviço na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Adoptar medidas preventivas de infecção relacionada com os cuidados de saúde;
- Manter, de forma contínua e autónoma, o próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- Colaborar na gestão dos cuidados de enfermagem.

Para melhor percepção e compreensão, este relatório encontra-se estruturado em 5 capítulos gerais: o primeiro é constituído por uma introdução ao presente trabalho; os 3 capítulos subsequentes referem-se a cada um dos módulos de estágio (seguindo a ordem Módulo I, Módulo II, Módulo III), os quais englobam sub - capítulos relacionados com os objectivos delineados para cada um dos módulos, bem como as actividades desenvolvidas e respectiva análise crítica. No último capítulo, teço algumas considerações finais do relatório de estágio.

Para a produção deste documento segui uma estratégia de descrição, análise e crítica dos objectivos propostos e das actividades desenvolvidas nos respectivos Módulos práticos, bem como do relato das experiências vividas. Para tal, baseei-me nas normas referenciadas pelo Guia de Estágio da Universidade Católica Portuguesa e na orientação da Mestre Patrícia Coelho. Isto permite alcançar no fim uma clara revisão da globalidade da minha *performance* enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Por tudo o que foi descrito considero estar no “caminho” do meu desenvolvimento pessoal e profissional, não só pelo espaço que percorri mas também pela direcção que irei tomar.

## **2 - MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL**

O serviço de urgência é a unidade de um hospital que tem como objectivo prestar cuidados de saúde, em tempo útil e de qualidade, a todo o cidadão que ali acorra em situação de emergência ou urgência, garantindo o respeito, a segurança e a dignidade da pessoa humana, funcionando todos os dias, 24 horas por dia, com médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde.

### **2.1 – OBJECTIVOS, ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E ANÁLISE CRÍTICA**

Para consolidação das reflexões efectuadas, irei seguidamente, fundamentar cada objectivo através de uma análise crítica das actividades desenvolvidas e competências adquiridas

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Conhecer a estrutura física, recursos humanos e materiais existentes, bem como o funcionamento / dinâmica do serviço.

#### **Actividades desenvolvidas**

- Visitei a estrutura física do serviço e observar a sua localização e acessos;
- Observei os equipamentos e materiais existentes;
- Procedi a entrevista informal com o Enfermeiro Chefe para conhecer a equipa multidisciplinar, suas dinâmicas e metodologias de trabalho;
- Consultei e apliquei normas e protocolos existentes no serviço.

No primeiro dia de estágio reuni com o enfermeiro-chefe que me deu a conhecer alguns aspectos da urgência, nomeadamente metodologia de trabalho e constituição da equipa multidisciplinar. Posteriormente, o enfermeiro especialista acompanhou-me numa visita guiada pelo serviço, procedendo às explicações relativas aos equipamentos que aqui existem em grande variedade, visto tratar-se de uma urgência central. Após a visita, consultei normas e protocolos do serviço.

No SU existe uma área designada de “corredor”, a área mais problemática do Serviço de Urgência do Hospital de Vila Real. A percebi-me imediatamente que este espaço é um local de grande afluência de doentes. Aqui encontram-se doentes deitados em macas ou sentados em cadeiras de rodas e que aguardam observação médica, ou então que já foram observados e que aguardam outras intervenções. É um espaço adjacente à sala de tratamentos de Enfermagem e à sala de inaloterapia. Ao observar atentamente a organização e distribuição dos doentes nestes espaços, conclui que existem variados problemas ligados à privacidade dos doentes e à prevenção de IACS. De acordo com a Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (2007), no seu manual de Recomendações sobre a organização do serviço de urgência, os espaços que foram referidos anteriormente apresentam a quase totalidade dos requisitos.

No entanto, detectei uma situação-problema, ao verificar que no corredor as macas dos doentes estão em contacto umas com as outras e não existem cortinas a separá-las e na sala de Enfermagem poderão estar presentes mais do que três ou quatro doentes ao mesmo tempo, sendo efectuadas técnicas que exigem o máximo de assepsia possível. Da mesma forma, a sala de inaloterapia é claustrofóbica, os doentes não possuem nenhuma separação entre si enquanto é efectuado o tratamento. Em espaços em que ocorre uma ampla difusão de partículas, gotículas e microorganismos não seria desejável maior isolamento para os doentes que possuem patologias e outros que poderão ter o seu sistema imunitário debilitado?

De acordo com a Direcção-Geral de Saúde (2009) a distância entre duas camas de uma enfermaria deverá ser, idealmente, de 1,3 metros. Apesar de não referir concretamente o Serviço de Urgência pode-se depreender que a distância entre as macas neste serviço deverá ser semelhante. No mesmo sentido, aponta para uma distância de 1 metro entre os leitos dos doentes. Relativamente à sala de inaloterapia a qualidade do ar é extremamente importante no que se refere à transmissão de patologias transmissíveis por via aérea. Portanto, deveria existir um sistema de renovação e tratamento do ar com pressão negativa, bem como uma distância mínima de 1,5 metros entre os doentes e a existência de cortinas a separá-los (D.G.S., 2009)

Sempre que foi possível, mantive o máximo de privacidade para os doentes. No entanto, relativamente à sua separação, para prevenir o risco de IACS, tornou-se difícil tendo em conta que os doentes estão demasiado próximos uns dos outros e a estrutura física do serviço não permite que seja de outra forma.

Face à minha pouca experiência em Serviços de Urgência procurei o Enfermeiro Chefe para obter algum esclarecimento relativamente a este assunto. Segundo ele, terá sido feito um estudo rigoroso aquando da instalação dos contentores para que fossem preenchidos todos os requisitos mas infelizmente é visível que os espaços não cumprem as normas. Idealmente deveriam existir espaços individualizados onde cada doente permanecesse desde a sua admissão até à sua alta ou internamento. A esperança reside nas futuras instalações onde supostamente tudo estará de acordo com os requisitos exigidos, e cujas obras apenas estarão concluídas após o término do estágio.

Desta forma penso ter atingido o objectivo a que me propus, visto ter adquirido competências que me permitem integrar em serviços novos e diferentes do meu trajecto profissional.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

#### Actividades desenvolvidas

- Estabeleci e mantive relações de trabalho construtivas com os vários elementos da equipa, valorizando os papéis de cada um;
- Executei tarefas inerentes ao enfermeiro de urgência;

- Desenvolvi as capacidades comunicacionais;
- Partilhei conhecimentos tendo em vista a resolução de problemas;
- Procedi à tomada de decisão conjunta.

Nos cuidados de urgência nada é rotineiro, aliás a única constante é a mudança que, habitualmente é rápida, drástica e imprevisível (Sheehy, 2001).

Assim pela sua abrangência foi um serviço que desde logo me cativou e motivou no sentido do enriquecimento e aquisição de novas competências, conhecimentos e experiências. Desta forma, atendendo à diversidade de situações que o serviço abarca e às diferentes valências existentes, foi meu propósito prestar cuidados de enfermagem nos vários sectores, bem como conhecer os circuitos pelos quais o doente poderá passar dentro do SU.

Na sala de macas, designada oficialmente por sala de decisão clínica, encontra-se apenas um enfermeiro responsável por nove doentes. Estes doentes deveriam apenas aguardar decisão clínica (estada máxima de 18 horas), mas na realidade encontram-se muitas vezes aí internados, durante vários dias, com necessidade de monitorização contínua e uma vigilância mais intensiva, pela falta de vagas no SO/Internamentos. Na minha opinião não há condições neste local para tal. Os doentes encontram-se deitados em macas dias inteiros. Muitos deles apresentam alteração da mobilidade e necessidade de ajuda total nas suas actividades de vida diárias, pelo que necessitam de posicionamentos frequentes bem como de cuidados de higiene e conforto que aqui não são prestados, levando ao surgimento de úlceras de pressão.

Tive oportunidade de conversar com a minha tutora acerca desta problemática. Os doentes na sala de macas não têm direito a cuidados de higiene, nem sequer existem notas de enfermagem contrariamente aos doentes internados em S.O. Ela concordou comigo, referindo ser uma “luta” muito antiga entre médicos e enfermeiros. Quanto ao facto de não se efectuarem registos de enfermagem, tomámos a decisão de falar com o enfermeiro-chefe que prometeu abordar o assunto perante a equipa na próxima reunião de serviço.

A grande maioria dos turnos que realizei foi passada na sala de observação. Esta tem capacidade para nove doentes internados com indicação para monitorização e vigilância contínuas até um máximo de 24 horas, tempo que, na maioria das situações, se prolongava, sistematicamente por vários dias. Tive a oportunidade de prestar cuidados a pessoas com patologias de diversos foros, proporcionando-me assim um leque de conhecimentos vastíssimo nas diversas valências. Foi também onde me senti completamente integrada na dinâmica e funcionamento, talvez por ser de longe a área mais organizada do S.U.

O aspecto menos positivo diz respeito ao método de trabalho adoptado. Não existe prestação individual de cuidados ao doente, mas sim método de trabalho em equipa. Os doentes apenas são distribuídos pelos dois enfermeiros, na altura da realização das notas de enfermagem. O que se constata é que nem sempre o enfermeiro que prestou cuidados ao doente é aquele que



vai escrever as suas notas de evolução. Como pode o enfermeiro escrever notas de evolução se não foi ele que deu continuidade aos cuidados? A enfermagem precisa considerar o ser humano em sua totalidade no processo de cuidar e educar, respeitando suas características individuais, suas crenças, seus costumes valorizando o papel de cada profissional na realização deste processo. A interação entre a equipa de saúde, o doente e a família são essenciais para a efectivação do cuidado. Portanto, o profissional de enfermagem não deve restringir o cuidado na execução de procedimentos técnicos, mas precisa inserir a promoção da saúde na sua assistência resgatando o princípio norteador da enfermagem que é a educação do doente para o autocuidado. (Umann [et al]. 2010).

Os cuidados prestados pelo método individual baseiam-se no conceito de cuidado global e implicam afectação de um enfermeiro a um único cliente ou mais do que um (se a “carga de trabalho” o permitir), sendo que o foco de enfermagem é o cliente pretendendo-se que receba cuidados individualizados de alta qualidade, nos quais participe tão activamente, quanto possível (Pinheiro, 1994). Assim, o enfermeiro deverá efectuar a colheita de dados, o diagnóstico e a planificação dos cuidados; assegurar a sua continuidade através da elaboração de planos escritos; planejar a alta desde o momento de admissão; prestar cuidados durante o seu turno de trabalho; transmitir aos seus enfermeiros associados toda a informação pertinente, pela leitura nas notas de enfermagem respeitantes a cada cliente, no final do turno, e avaliar todas as intervenções de enfermagem realizadas.

Desta forma abordei mais uma vez a minha tutora e expus-lhe o meu ponto de vista. Apesar de considerar de extrema importância ambos saberem o estado clínico de todos os doentes, penso que o método individual será o mais adequado, possibilitando desta forma uma optimização e continuidade de cuidados. Ela reconheceu a importância do referido método de trabalho mas frisou que o método em uso no serviço se encontra profundamente enraizado no seio da equipa e dificilmente sofrerá alterações.

No que concerne à articulação do SU com outros serviços/instituições, tive oportunidade de assistir a entradas/transferências para serviços da mesma instituição, e para outras instituições de saúde. Acompanhei também por diversas vezes os doentes na realização de exames complementares de diagnóstico, dos quais se destaca a TAC com contraste, em que a presença de um enfermeiro é indispensável. Outra oportunidade gratificante surgiu quando acompanhei uma doente com diagnóstico de bradicardia, trazida ao SU pela VMER à sala de hemodinâmica a fim de colocar *pacemaker* provisório.

Perante o exposto considero ter atingido o objectivo a que me propus, o facto de ter executado todas estas actividades contribuiu indubitavelmente para o meu crescimento profissional e para o meu desempenho enquanto futura enfermeira especializada, visto ter adquirido competências comunicacionais e ter desenvolvido competências que me irão permitir trabalhar em equipa multi e interdisciplinar, tais como a tomada de decisão fundamentada na evidência científica e nas responsabilidades sociais e éticas, zelo pelos cuidados prestados na área da enfermagem

médico-cirúrgica e utilização de forma adequada de informação proveniente da formação inicial e pós-graduada, bem como da experiência pessoal e profissional.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Desenvolver competências que promovam a capacidade crítica, reflexiva e atitude científica permitindo o desenvolvimento pessoal e profissional;

**Actividades desenvolvidas**

- Adoptei decisões tendo por base a prática baseada na evidência;
- Analisei e reflecti de forma crítica as situações relacionadas com a área de especialização bem como dos cuidados prestados;
- Contribuí para o desenvolvimento pessoal e profissional dos elementos da equipa;
- Utilizei a iniciativa e a criatividade para resolução de situações;
- Procedi à discussão e esclarecimento de dúvidas junto do enfermeiro tutor do estágio.

Ocorreram durante o estágio algumas situações que eu identifiquei como sendo situações-problema ou práticas menos bem desenvolvidas por parte de alguns profissionais do serviço de urgência e que serão descritas e analisadas ao longo deste relatório. Uma dessas situações está relacionada com uma paragem cardio-respiratória. Aquando da chegada da vítima à sala de emergência os profissionais iniciaram de imediato suporte avançado de vida. No entanto pude constatar que apesar de os algoritmos terem sido actualizados, os profissionais desconheciam tais actualizações.

De facto, o conselho europeu de ressuscitação emanou novas recomendações. As alterações mais importantes nas recomendações ERC (2010) para o Suporte Avançado de Vida incluem: a importância das compressões torácicas de elevada qualidade, que deverão apenas ser interrompidas, para permitir intervenções específicas e pelo mínimo tempo possível; desvalorização do murro précordial; a aplicação de três choques seguidos em caso de fibrilhação ventricular / taquicardia ventricular sem pulso; não recomendação de administração de fármacos por via traqueal; já não se recomenda o uso, por rotina, de atropina na assistolia ou actividade eléctrica sem pulso; redução na ênfase na entubação traqueal a menos que possa ser efectuada por operacional altamente qualificado e com o mínimo de interrupção das compressões torácicas, privilegiando-se o uso de máscara laríngea.

Perante tal constatação alertei posteriormente os profissionais para o facto de existirem alterações no SAV a fim de estes se actualizarem pois considero que todos os profissionais têm o dever de se manter formados e informados. Falei também com a minha tutora acerca do assunto a fim de elaborar um póster de fácil visualização para colocar na sala de emergência com as referidas alterações. Desta forma a informação estaria acessível a todos os profissionais, não podendo estes alegar desconhecimento. A minha tutora referiu que existe no serviço um enfermeiro com tais funções e que já estaria a elaborar algo semelhante, pelo que ela considerou desnecessário o trabalho que eu me propusera realizar.

Tendo em conta o descrito considero ter atingido o objectivo para o qual me propus e ter adquirido competências tais como reflexão na e sobre a prática dos cuidados e tomada de decisão baseada na evidência científica, bem como promoção do desenvolvimento pessoal e profissional, tanto meu como dos vários elementos da equipa multidisciplinar. Considero também ter desenvolvido competências quanto à resolução de problemas, utilizando, não só, uma vez mais a evidência científica, mas também a iniciativa e a criatividade.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização;

**Actividades desenvolvidas**

- Abordei questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família, especialmente na área da especialização;
- Pesquisei e seleccionei informação pertinente tendo em vista o aprofundar de conhecimentos necessários à actuação perante situações complexas e inesperadas;
- Zelei pelos cuidados prestados aos doentes no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica;
- Desenvolvi capacidades comunicacionais e a relação terapêutica.

Poder lidar com situações novas, com as quais não estou habituada no meu serviço, foi sem dúvida algo muito importante. Não quero com isso menosprezar o trabalho desenvolvido em alguns sectores, mas estaria a esconder o que realmente vivi. A sala de reanimação proporciona um leque complexo e diversificado de situações clínicas relacionadas com o doente crítico. Desta forma, encontra-se repleta de instrumentos complexos, devido ao tipo de situações clínicas aí existentes, os quais servem de apoio aos cuidados específicos e diferenciados prestados. Quando há entrada de um doente ou mais doentes, é accionada uma sirene, audível em todo o Serviço, indicando a necessidade de apoio do corpo clínico e de enfermagem. A presença de mais elementos é fulcral, uma vez que está apenas um enfermeiro escalado para a Sala, por turno.

A primeira vez que ouvi este alarme também me dirigi para a sala ficando a observar a sua dinâmica e pronta a ajudar quando necessário. Este movimento repetiu-se algumas vezes, não tantas quantas as desejadas. Todavia tive a oportunidade de lidar com situações emergentes e nunca experimentadas. Senti que no momento emergente contavam com o meu contributo, dediquei-me com o máximo empenho para estar à altura das exigências momentâneas. Prestei cuidados directos e específicos a doentes hemodinamicamente instáveis, em falência respiratória e/ou cardíaca, intoxicados, politraumatizados e vítimas de AVC, de entre outros.

Duas das situações mais marcantes referem-se precisamente a vítimas de AVC. Por um lado uma vítima de avc isquémico que fez trombólise e por outro - uma vítima de AVC hemorrágico, em morte cerebral, cujos órgãos foram preservados para doação.

A doença cerebrovascular é em Portugal, a principal causa de morte dos portugueses e como a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas (D.G.S., 2008). O acidente vascular cerebral pode ser definido como um défice neurológico, de início súbito, que se prolonga por 24 horas. (Phipps, 2003). O AVC é uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas neurológicos deficitários, de instalação aguda e com duração superior a 24 horas, secundários à perda focal de função cerebral, causada por um distúrbio na circulação cerebral que pode ser de natureza hemorrágica ou isquémica. (Tuna e Pereira, 2008)

É de toda a importância que a abordagem ao AVC isquémico seja simultaneamente célere e eficaz. Já no hospital, o primeiro objectivo é confirmar se os sintomas focais que o doente apresenta são, de facto, resultantes de AVC (Adams [et al]. 2007). Assim, obter uma boa história clínica e fazer uma exploração objectiva, com particular ênfase da parte neurológica, é fundamental. Na anamnese, é essencial definir a hora exacta em que surgiram os sintomas. No que concerne à exploração física, deve assegurar-se, em primeiro lugar, a permeabilidade da via aérea e a respiração, segundo o algoritmo ABC.

Desta forma colaborei com os enfermeiros na anamnese no momento da entrada do doente na unidade hospitalar, contribuindo para que não houvesse perdas de tempo desnecessárias, uma vez que a questão temporal é primordial.

O segundo objectivo da abordagem intra-hospitalar ao AVC agudo consiste na realização de exames complementares de diagnóstico para, em primeiro lugar, diferenciar o tipo de AVC (Adams [et al]. 2007), pois esta diferenciação é determinante para o tratamento. A TAC-CE sem contraste é o exame de primeira linha devido ao facto de se encontrar disponível na maioria dos hospitais, ser de fácil acesso, de rápida execução e interpretação e ainda de custo aceitável (Adams [et al]. 2007).

Confirmada a isquemia através de TAC, o doente regressa ao SU a fim de iniciar a segunda fase de tratamento, específica do AVC. No caso de AVC isquémico, esse tratamento diz respeito à trombólise. A administração dos fármacos tem que ser feita em tempo útil e sempre com grande atenção para evitar erros que podem ser fatais. A Trombólise do AVC isquémico em fase aguda é efectuada com um agente trombolítico, nomeadamente o rt-PA, com o objectivo de reperfusão cerebral e tem indicações específicas (Adams [et al]. 2007).

As indicações para trombólise estão bem definidas e são resultado do estudo do NINDS (Adams [et al]. 2007). As contra-indicações são várias e controversas e estão descritas no quadro 1 que será remetido para **anexo IV**.

O papel da Enfermagem é de importância crucial aquando da administração de trombolíticos, uma vez que este tratamento exige colaboração e vigilância especializadas. Desde a entrada do doente no SU até ao seu encaminhamento para o serviço respectivo, o enfermeiro torna-se necessário proporcionar-lhes conforto e levá-los a ter a máxima confiança em toda a equipe

que os vai tratar. De acordo com as guidelines a trombólise deveria ser efectuada na unidade de AVC, mas no hospital de Vila Real é frequente encontrar doentes a fazer trombólise na sala de emergência do SU ou mesmo no SO, quando as referidas unidades se encontram repletas. Aquando deste processo, vigiei atentamente a ocorrência de hemorragias externas, vigiei alterações do estado de consciência, monitorizei todos os parâmetros vitais e vigiei a possibilidade de ocorrência de reacções alérgicas.

Outra situação marcante ocorreu quando a VMER trouxe um doente de 54 anos, com hábitos etílicos marcados e hipertensão arterial. Como fui com o dente à TAC pude constatar que se tratava de um AVC hemorrágico extenso, sem viabilidade para qualquer tratamento. Desta forma o doente regressou à sala de emergência, aguardando uma vaga na unidade de cuidados intensivos, para se proceder, após os testes necessários, à colheita de órgãos.

Os transplantes reflectem questões éticas relativas à experimentação no corpo humano, às decisões políticas relacionadas com a saúde, e, em sentido mais amplo questionam os limites do conceito da dignidade humana. De acordo com Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, Artigo 3º: “ A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados. Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem prevalecer sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade.”

Em Portugal, a 22 de Abril de 1993, foi publicada a Lei 12/93, lei que regulamenta a Colheita e Transplante de Órgãos e Tecidos de Origem Humana. A legislação opta por considerar como potenciais dadores *post mortem* todos os cidadãos nacionais e os apátridas e os estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores, através do RENNDA. Esta lei opta deste modo pela oposição ao considerar que têm de ser os não dadores a manifestarem a sua vontade.

Em caso de morte eminente há uma mistura de sentimentos que podem inclusive chegar a ser contraditórios. A lei portuguesa não atribui poder de decisão à família em relação à doação de órgãos, apenas em casos de menores e incapazes. Nestes casos, para a família tomar uma decisão, é absolutamente necessário que esteja na posse de informação acessível no sentido desta poder ponderar com maior clareza.

O conceito de morte cerebral surge não só por razões económicas e de melhor aproveitamento dos meios disponíveis, dada a constatação da futilidade de cuidados prestados a doentes com lesões cerebrais irreversíveis, mas também pela necessidade de órgãos para transplantes, estando estabelecidos critérios inquestionáveis, fiáveis e reprodutíveis para determinar que a morte ocorreu. (Pita e Carmona, 2004) O conceito de morte é uma amálgama de ideias filosóficas, teológicas e científicas acerca do que é essencial à existência humana. Poder-se-á considerar a variabilidade do conceito de morte uma questão académica, mas o mesmo não se pode afirmar relativamente aos critérios e testes. (Lima, 2005).

Perante tal conflitualidade, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida elaborou o parecer 10/CNEVC/95, referindo que o diagnóstico clínico de morte implica uma avaliação científica e ética que comprove a irreversibilidade das funções do tronco cerebral. O parecer acrescenta ainda que os critérios para declarar a morte de dadores são iguais aos não dadores, de modo a manter a consistência e o respeito pelos mortos e familiares. A declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12º da Lei nº12/93 de 22 de Abril, institui as considerações prévias, para definir o diagnóstico: conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica; estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos; ausência de respiração espontânea; constatação de estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endocrino-metabólicas que possam levar ao estado de coma. Para a confirmação do diagnóstico o utente deverá apresentar atonia muscular e ausência de toda a actividade reflexa a nível cerebral.

A verificação é realizada, no mínimo, por dois conjuntos de provas com intervalo adequado à situação clínica e à idade, executadas por dois médicos especialistas que não pertencem à equipa de transplantação e pelo menos um não pertence à unidade em que o doente está internado, isto para impedir que os médicos sejam sujeitos a conflitos éticos. Sempre que necessário são realizados exames complementares. Cabe então à equipa de enfermagem realizar a manutenção do potencial dador, procedendo ao controlo de todos os seus parâmetros hemodinâmicos: pressão arterial, glicemia, controlo dos distúrbios hidroelectrolíticos, distúrbios da coagulação, temperatura corporal, adequada ventilação e oxigenação, de entre outra. (Cintra [et al]. 2001)

O envolvimento de qualquer profissional de enfermagem requer conhecimentos científicos e técnicos mas também e não menos importantes, conhecimentos sobre os direitos humanos, ética e legislação sobre a morte cerebral e doação de órgãos. As actividades realizadas pelos profissionais de enfermagem são carregadas de emoções e sentimentos como insegurança, angústia, pena, medo e raiva. Os profissionais percebem a importância de realizar as actividades que são da sua competência e não querem “fugir” às suas responsabilidades, mas também necessitam de apoio e de arranjar estratégias para lidar com os seus conflitos internos (Coimbra [et al]. 1995). Foi de facto com grande pesar que constatei que o doente foi “depositado” na sala de emergência e aí permaneceu sozinho, sem a sua família, uma vez que todos os profissionais abandonaram a sala. O enfermeiro usualmente é o profissional de saúde mais próximo do doente e respectiva família. A família deverá ser envolvida neste processo, devendo o enfermeiro adequar a informação às necessidades da família, bem como apoiá-la emocionalmente, trabalhar o luto e o processo seguinte. Assim, tomei a iniciativa de ir junto dos familiares que aguardavam na sala de espera e convidá-los a acompanhar o seu ente querido, embora estes já tivessem sido informados pelo médico responsável do eventual desfecho de toda esta situação dramática.

Face ao exposto considero ter atingido o objectivo a que me propus. As situações referidas fizeram-me reflectir sobre a prática diária dos cuidados e através dela penso ter adquiridos competências comunicacionais e de discernimento, bem como capacidade de actuação em situações imprevistas e complexas e de relacionamento terapêutico com o doente e a família, fundamentais ao meu desempenho enquanto enfermeira especializada.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Desenvolver saberes e competências que permitam a excelência na prestação de cuidados, especialmente no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica;

**Actividades desenvolvidas**

- Adoptei e desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente;
- Realizei diagnósticos de enfermagem no contexto de situações complexas e de alto risco;
- Planeei as intervenções de enfermagem adequadas aos diagnósticos realizados;
- Promovi, desenvolvi e avaliei o contributo para a melhoria da qualidade de cuidados perante a visão holística do doente.

No serviço de urgência da unidade de Vila Real, o sistema de triagem de doentes utilizado é o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester. Este sistema consiste na avaliação do doente efectuado por um enfermeiro, com formação e experiência em Urgência, o qual procede à avaliação da situação, seguindo um algoritmo de decisão (Manchester Triage Group, 2005). O sistema de triagem de Manchester tem como base um sistema de cores. Desde a chegada do doente à triagem e até ao seu encaminhamento, a sua queixa inicial é transportada por uma série de fluxogramas que atribuem uma cor ao doente. Cada cor corresponde a uma situação e cada situação corresponde a um tempo médio de espera. Este processo garante que a assistência médica é prestada em função da prioridade clínica independentemente da ordem de chegada. (Gilboy [et al]. 2005). No entanto neste serviço a triagem não é realizada segundo as indicações de Manchester, pois muitas vezes os doentes são directamente triados para as especialidades, contrariamente ao preconizado.

De qualquer forma considero o enfermeiro como o profissional mais competente para triar. A triagem realizada por enfermeiros fomenta a humanização do acolhimento do doente e da família, possibilitando uma boa relação entre enfermeiro-doente, atenuando sentimentos como a ansiedade, a agressividade ou impaciência do utente e família, através da explicação calma e precisa sobre o processo de triagem e o seu objectivo. (Teixeira, 2006)

Não me foi possível realizar muitos turnos neste sector, no entanto constatei que contrariamente ao desejável, o enfermeiro não consegue desarmar-se dos seus conhecimentos científicos durante o processo de triagem. É obrigatório realizar uma avaliação rigorosa das queixas, dos sinais e sintomas para que, no final, o doente seja encaminhado para o local mais adequado à resolução do seu problema. Assim, após comunicação com enfermeira tutora e posteriormente com enfermeiro chefe, achou-se pertinente a realização de um trabalho

relacionado com a triagem de doentes, dado que se trata do primeiro contacto do doente com a instituição prestadora de cuidados, através dos profissionais de enfermagem que a suportam. Após assentimento, propus-me juntamente com outra colega do curso, dar início a esse trabalho, o qual remeto para **anexo V**.

Apesar de já ter realizado o curso de triagem de Manchester, em 2006, nunca o apliquei na prática diária pelo que foi de fulcral importância ter tido contacto com o mesmo. A consulta bibliográfica, a leitura e análise do respectivo manual, a utilização do sistema informático onde constam os protocolos clínicos que permitem classificar a gravidade da situação de cada doente que recorre ao SU e a orientação por parte da enfermeira tutora, possibilitou a minha actuação autónoma neste sector, tendo tido a oportunidade de actuar como o segundo elemento “triador”.

Com a realização do trabalho referido aprofundei conhecimentos sobre a temática de triagem e fiquei mais desperta para as necessidades manifestadas pelos doentes, contribuindo para o desenvolvimento do meu desempenho pessoal. Por outro lado, tenho esperança de que o trabalho vá contribuir de alguma forma para a génese de posteriores trabalhos de investigação e ainda para a obtenção de ganhos qualitativos no conteúdo e tratamento da informação, criando novas funcionalidades, quer no que se refere à prática clínica e ao encaminhamento e gestão dos doentes, quer relativamente ao processo de administração de saúde.

Em alguns turnos fiquei destacada na área cirúrgica. Aqui efectua-se todos os procedimentos que estão relacionados precisamente com os doentes triados directamente para esta área ou encaminhados pelo médico da triagem. Estes procedimentos englobam desde a execução de pensos a feridas traumáticas (sendo elas escoriações, queimaduras, esfacelos, entre outras) ou feridas cirúrgicas com necessidade ou não de sutura, até realização de cateterismos vesicais e entubações nasogástricas, de entre outros. Contudo, após a realização de várias intervenções de enfermagem, detectei que não era fornecida ao doente nenhuma informação escrita acerca do tratamento efectuado. Considero fundamental existir um documento de registo das acções realizadas pelo enfermeiro, por um lado para dar visibilidade e por outro, continuidade aos cuidados. Posto isto, falei com a minha tutora e posteriormente com enfermeiro chefe acerca da ideia, e estes acharam que tinha toda a pertinência a sua consecução, para após deliberação do Conselho de Administração, ser colocada em uso.

Executei então conjuntamente com uma colega do curso uma carta de registo de intervenções de enfermagem, que remeto para **anexo VI**, onde se pode resumir a situação do doente, motivo de admissão, procedimentos realizados, registo de administração de imunoglobulina antitetânica (se for o caso) e na qual se faz encaminhamento para o ambulatório, com data de realização dos pensos bem como dos materiais utilizados, data de realgaliação ou reentubação. Esta folha será então entregue ao doente. A referida folha não foi ainda colocada em utilização pois aguarda autorização do Conselho de Administração, que irá reunir em data posterior ao término do estágio.



O desenvolvimento desta temática, foi para mim muito gratificante, por um lado por ter contribuído positivamente para a melhoria da assistência ao doente e por outro por se tratar de algo directamente relacionado com a minha prática diária. Perante o exposto, entendo ter atingido os objectivos pessoais apresentados, na medida em que se no futuro estiver perante um doente com esta técnica, vou estar segura na sua abordagem e também transmitir conhecimentos adquiridos se a situação assim o exigir.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Participar na formação em serviço na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica;

#### **Actividades desenvolvidas**

- Identifiquei as necessidades formativas do serviço na área da EEMC;
- Utilizei metodologia formal e informal para a formação dos profissionais do serviço;
- Realizei uma acção de formação informal para esclarecimento de uma folha de registo.

Foram várias as situações que surgiram em que contribuí de forma informal para a formação dos profissionais do serviço, tendo algumas sido descritas ao longo deste relatório reflexivo. Uma dessas situações ocorreu quando, juntamente com a colega, procedi ao esclarecimento da finalidade de uma folha de registo de enfermagem criada pelas alunas da especialidade, descrita no objectivo anterior, bem como dos objectivos a atingir com a mesma e seus possíveis modos de preenchimento.

Outra situação que aconteceu com frequência foi formação acerca de feridas e realização de pensos. Apesar de outros colegas da especialidade terem feito formação sobre tratamento de feridas, constatei que existiam ainda muitas lacunas quanto a esta temática. Qualquer profissional realiza pensos a feridas tendo por base o empirismo, não existindo uma prática sustentada pela evidência científica nem tão pouco continuidade de cuidados visto cada um proceder da forma como considera ser melhor.

As feridas sempre foram e continuam a ser uma preocupação para os enfermeiros interessados em cuidar da pessoa com uma ferida. A cicatrização rápida e segura de uma ferida e as inevitáveis repercussões para a pessoa que a tem estão na base dessa preocupação. O caminho para a conseguir nem sempre é fácil e por vezes gera sentimentos de frustração para quem cuida e para quem é cuidado. Apesar de os enfermeiros serem o grupo profissional de saúde que mais tempo está com a pessoa que tem feridas, acompanhando a sua evolução, a abordagem terá de ser multiprofissional, em que cada um dos profissionais de saúde envolvido no processo contribui com os seus saberes para o bem-estar da pessoa traduzido numa melhor qualidade da sua vida, ao mesmo tempo que contribui para a diminuição dos custos em cuidados com a saúde. (Dealey, 2006)

Sempre que constatei tal problema esclareci as colegas sobre a fase de cicatrização da respectiva ferida e que por tal se deveria utilizar determinado produto em detrimento de outros.

A receptividade quanto a uma nova sessão de formação sobre tratamento de feridas foi “morna”. Desta forma disponibilizei material didáctico de consulta rápida que foi colocado no SO para que desta forma se uniformizem os cuidados prestados. Também sugeri à minha tutora e à equipa que investissem em formação acerca do tema, contrariando a tendência actual da formação no serviço que se limita à emergência.

Tendo por base o atrás descrito considero ter atingido o meu objectivo pessoal bem como ter adquirido competências na área da formação, bem como ter contribuído para o crescimento pessoal e profissional da equipa de enfermagem. Considero ser esta uma área de importância fulcral no âmbito da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, cujas competências adquiridas e desenvolvidas me irão ser de grande utilidade enquanto futura enfermeira especializada.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Adoptar medidas preventivas de infecção relacionada com os cuidados de saúde;

**Actividades desenvolvidas**

- Conheci e apliquei protocolos de controlo de infecção internos do serviço;
- Geri o ambiente de forma a prevenir a infecção;
- Adoptei comportamentos de prevenção e controlo de infecção;
- Realizei ensinamentos ao doente, família e equipa prestadora de cuidados sobre medidas de controlo de infecção e da sua importância para a sua saúde.

As lacunas na triagem dos resíduos hospitalares neste serviço de urgência eram gritantes. Constatei juntamente com a minha colega que a rejeição dos diferentes materiais era indiferenciada, eram colocados no saco que se encontrasse mais próximo. Os resíduos sólidos hospitalares são os resíduos produzidos em unidades de prestação de cuidados de saúde, incluindo as actividades médicas de diagnóstico, prevenção e tratamento da doença, em seres humanos e animais, e ainda as actividades relacionadas” (Decreto-Lei n.º 239/97, de 9 de Setembro). Convém que todos os profissionais da área de saúde, demonstrem, na sua prática diária um espírito de gestão e triagem dos resíduos sólidos hospitalares de forma a preservar, não só o ambiente mas também a saúde pública.

Os resíduos sólidos hospitalares classificam-se de acordo com o disposto no despacho nº 242/96 de 13 de Agosto, do Ministério da Saúde. Nestes termos, determina-se que os resíduos sólidos hospitalares são objecto de tratamento apropriado e diferenciado, consoante os grupos que a seguir se referem. São considerados resíduos não perigosos os do grupo I e do grupo II e resíduos perigosos os do grupo III (Resíduos hospitalares contaminados ou suspeitos de contaminação) e do grupo IV (Resíduos hospitalares específicos de incineração obrigatória).

Tendo em consideração tal constatação, abordámos a equipa que nos respondeu não ter condições para realizar uma triagem eficaz, já que existem poucos contentores distribuídos por

---

todo o serviço, que é bastante extenso e que na sua maioria não se encontram devidamente identificados. Falámos então com o enfermeiro-chefe por considerarmos ser um atentado à natureza e uma possível fonte de contaminação e dando continuidade à norma interna do centro hospitalar nº23, " Plano de gestão de resíduos ", revista em Setembro de 2010. Este responsabilizou-se então pela aquisição de mais contentores para se proceder à correcta triagem dos lixos. Após a aquisição dos contentores, estes foram estrategicamente distribuídos pelo serviço e devidamente identificados por mim e pela colega mediante o grupo a que correspondiam.

Na sala de observações, a nona cama encontra-se separada do restante espaço por uma barreira envidraçada. Após ter questionado a tutora ela explicou-me que era destinada a situações de isolamento. O Isolamento consiste no estabelecimento de barreiras físicas, de níveis variáveis de modo a limitar ou mesmo suprimir a transmissão de agentes infecciosos: de um doente para outro; dos doentes para os prestadores de cuidados; dos prestadores de cuidados para os doentes. (I.N.S.A., 2004) Com o aumento do conhecimento sobre o modo de transmissão das infecções, as práticas de isolamento desenvolveram-se e afastaram-se das aproximações empíricas para serem implementadas com base na evidência científica. É necessário estabelecer as medidas básicas para a prevenção da transmissão da infecção, fundamentadas nas fontes e vias de transmissão de cada tipo de infecção, não esquecendo que a transmissão de algumas infecções pode ocorrer por mais do que uma via.

No entanto, durante o período de estágio constatei por diversas vezes que as precauções básicas e as medidas adicionais de prevenção da transmissão de infecções não eram respeitadas e que existia um certo desconhecimento por parte dos profissionais relativamente ao meio de contaminação.

As precauções básicas, mais gerais, devem ser aplicadas a todos os doentes e cumpridas sistematicamente, por todos os profissionais que prestam cuidados de saúde e incluem a limitação do contacto do profissional de saúde com secreções e líquidos biológicos, uso de luvas para cada contacto contaminante, e aventais ou batas, máscara e protecção ocular, quando se prevê a contaminação da roupa ou da face. As precauções básicas englobam: higiene das mãos, uso racional de barreiras protectoras, adaptadas aos procedimentos, prevenção de acidentes com corto-perfurantes e controlo ambiental. (DGS, 2007) As precauções de isolamento a serem adoptadas dependem da via de transmissão implicada. As principais vias são: via aérea, gotículas e contacto No caso da Via Aérea, uma das situações por mim detectadas, constituem medidas adicionais: colocar o doente num quarto individual com Pressão negativa, 6 a 12 renovações de ar por hora e Exaustão para o exterior ou Filtração de alta eficiência (filtros HEPA) do ar do quarto antes da sua circulação por outras áreas. Os profissionais devem usar respirador de partículas com o mínimo de 95% de capacidade de filtragem sempre que entrar no quarto de isolamento. (I.N.S.A., 2004). Nenhuma destas condições se verifica no chamado isolamento do SU.

Sempre que presenciei estas situações actuei em conformidade, identificando o local como isolamento e o tipo de precauções adicionais a adoptar, referindo-as aos profissionais que se encontravam de serviço. Alerttei-os para o facto de existir um manual de boas práticas criado pela CCI do CHTMAD e que o deveriam consultar. Com alguma surpresa apercebi-me de que algumas pessoas alegavam desconhecimento das recomendações da CCI. De modo geral, os profissionais acataram a minha sugestão. Outro factor importante prende-se com as visitas dos familiares. Verifiquei que os profissionais não tinham o cuidado de explicar às pessoas, muitas vezes detentoras de baixos níveis de escolaridade, a razão do isolamento e as medidas que deveriam adoptar para prevenir a transmissão da infecção. Procedi então ao ensino ao doente e à família sobre os itens acima referidos.

Posto isto, considero ter atingido o meu objectivo pessoal e ter adquirido competências no âmbito da prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde, na qual o enfermeiro especialista assume um papel preponderante.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Manter, de forma contínua e autónoma, o próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;

#### **Actividades desenvolvidas**

- Procedi à pesquisa bibliográfica;
- Mantive e desenvolvi as capacidades reflexiva e auto-crítica;
- Acompanhei dos avanços na área da informática, das tecnologias de comunicação e dos sistemas de informação;
- Desenvolvi mecanismos de adaptação para ultrapassar as dificuldades.

Ao longo de todo o estágio recorri à pesquisa bibliográfica e electrónica sempre que surgia algum tema sobre o qual não possuía tanta informação quanto a desejada.

Uma das situações emergentes mais frequentes que ocorria ao SU era os politraumatismos. O politraumatismo é a lesão de dois ou mais sistemas orgânicos resultando em lesões mais ou menos graves, podendo comprometer a manutenção das funções vitais e viabilidade de uma ou mais funções e viabilidade de uma ou mais funções. Visto tratar-se de uma situação complexa, que exige múltiplos conhecimentos e cuidados diferenciados, decidi fazer um estudo de caso de um doente com o referido diagnóstico, que remeto para **anexo VII**.

Considero assim ter atingido o meu objectivo pessoal, tendo contribuído para um melhor desempenho enquanto futura enfermeira especializada já que adquiri competências relativas à pesquisa e auto-formação, fundamentais ao meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional, bem como desenvolvi as minhas capacidades reflexiva e auto-crítica.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Colaborar na gestão dos cuidados de enfermagem.

**Actividades desenvolvidas**

- Colaborei na gestão de stocks do serviço e das unidades funcionais;
- Colaborei na verificação diária de equipamentos
- Utilizei os recursos de forma eficiente para promover a qualidade;
- Intervim na melhoria da informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar.

A gestão em Enfermagem é algo bastante complexo que exige responsabilidade, pelo que nem sempre é possível atingir os objectivos previstos nem satisfazer todos os intervenientes. Cooperei na gestão de *stocks* auxiliando na reposição diária das várias salas e na realização de pedidos semanais de materiais de consumo clínico, hoteleiro, administrativo e farmácia. Colaborei também na verificação de equipamentos, que no SU são em grande quantidade e devem ser testados diariamente.

Um dos grandes dilemas actuais na área da gestão refere-se à questão problemática dos acompanhantes. Em 2008 foi aprovado um Diploma na Assembleia da República (nº 103/98) que diz respeito à obrigatoriedade, por parte dos serviços de urgência, de permitir que entre um acompanhante por cada doente. Eticamente será o mais correcto. No entanto, coloca-se o problema do espaço.

Ao dialogar com diversos Enfermeiros percebi que existem opiniões contraditórias relativamente a este assunto. Existe quem concorde com a entrada de um acompanhante por doente, visto que é de direito que cada pessoa possa estar acompanhada por alguém que é da sua confiança. No mesmo sentido, o acompanhante poderá tornar-se útil durante o período de tempo em que o doente se encontra dentro da Urgência. Por outro lado, existem elementos que discordam totalmente da entrada dos acompanhantes. Tendo em conta que existe escassez de espaço, os acompanhantes poderão prejudicar o bom funcionamento da Urgência, já sem mencionar a falta de privacidade dos outros utentes e o risco acrescido de infecções cruzadas. Desta forma, e segundo os mesmos profissionais, só deveriam estar acompanhados os doentes que não se encontrem no pleno uso das suas capacidades ou que estando sozinhos poderão ficar descontrolados.

Julgo poder concluir que ambas as partes têm razão. É desejável que todos os doentes possam estar acompanhados. Não será, de todo, agradável permanecer sem companhia dentro de uma Urgência onde não se conhece ninguém e onde a maioria dos estímulos são estranhos. Tentei sempre que possível gerir da melhor forma esta questão no melhor interesse de ambas as partes.

Infelizmente não foi possível realizar outras actividades inerentes à gestão, como a elaboração de horários e distribuição de enfermeiros por turno e por sector, de entre tantas outras,

actividades essas executadas pelo enfermeiro-chefe, o qual por motivos de ordem profissional não teve disponibilidade para colaborar com as alunas da especialidade. Considero no entanto ter atingido este objectivo. De qualquer modo, a gestão de *stocks* e verificação de materiais e equipamentos, bem como gestão de espaços e de situações contribuiu para o meu processo de aprendizagem e deu um importante contributo para a minha pessoa enquanto futura enfermeira especializada.

Esta reflexão possibilitou-me contemplar o passado para orientar a compreensão do presente e a delimitação do futuro. Reflectir gera mudança, superação, crescimento e evolução, facultando aos tutores e formando a busca de novas possibilidades de aprendizagem e de desenvolvimento pela progressiva e constante construção e de adaptação destes conhecimentos, respeitando a diversidade de vozes presentes no dia-a-dia laboral.

### **3 - MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE**

A prestação de cuidados nas UCI's é extremamente complexa, requerendo dos enfermeiros que lá exercem funções um conhecimento específico e uma grande habilidade para tomar decisões em tempo útil, no sentido de assegurar ao doente crítico o restabelecimento das suas funções vitais.

#### **3.1 – OBJECTIVOS PESSOAIS, ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E ANÁLISE CRÍTICA**

Para consolidação das reflexões efectuadas, irei seguidamente, fundamentar cada objectivo através de uma análise crítica das actividades desenvolvidas e competências adquiridas

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Conhecer a estrutura física, recursos humanos e materiais existentes, bem como o funcionamento / dinâmica do serviço.

#### **Actividades desenvolvidas**

- Visitei a estrutura física do serviço e observar a sua localização e acessos;
- Observei os equipamentos e materiais existentes;
- Procedi a entrevista informal com o Enfermeiro Chefe para conhecer a equipa multidisciplinar, suas dinâmicas e metodologias de trabalho;
- Consultei e apliquei normas e protocolos existentes no serviço.

No primeiro dia de estágio reuni com o senhor enfermeiro-chefe que se prontificou a realizar uma visita guiada à unidade, para apresentação do espaço físico e de toda a equipa multidisciplinar presente.

O bom funcionamento do serviço proporciona satisfação não só aqueles que lá trabalham, mas também aos que dela usufruem. Esta satisfação vai por sua vez, contribuir em grande escala para o bom funcionamento do serviço. Assim, ao longo dos turnos constatei que a estrutura física e o modo de organização do serviço permitem um correcto desempenho por parte dos enfermeiros na resposta às necessidades dos utentes. No início, confesso que fiquei um pouco

baralhada no que respeita à localização dos recursos materiais. A unidade possui vários locais para arrumação de material, já que estes doentes necessitam de cuidados muito diferenciados que exigem materiais e técnicas diversificados.

Constatei que nem tudo estava devidamente arrumado e assinalado, alguns materiais estavam dentro de caixas de cartão sem identificação e alguns materiais encontravam-se empilhados, pelo que me propus identificar os armários de material que assim não estavam e arrumar de forma mais organizada algumas prateleiras.

Neste percurso constatei que toda a equipa se encontrava empenhada na separação dos lixos, existindo contentores apropriados para executar uma triagem adequada desde os resíduos hospitalares perigosos até triagem de plásticos, papéis e tampas para reciclar, apoiando desta forma a política dos três “R”: reduzir, reciclar e reutilizar.

Para o desenrolar positivo deste estágio, o conhecimento de critérios, normas e protocolos do serviço era fundamental. Para tal, pesquisei alguns *dossiers* existentes no serviço que me elucidaram e esclareceram algumas dúvidas existentes.

Desta forma penso ter atingido o objectivo a que me propus, visto ter adquirido competências que me permitem integrar em serviços novos e diferentes do meu trajecto profissional.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

#### **Actividades desenvolvidas**

- Estabeleci e mantive relações de trabalho construtivas com os vários elementos da equipa, valorizando os papéis de cada um;
- Executei tarefas inerentes ao enfermeiro de cuidados intensivos;
- Desenvolvi as capacidades comunicacionais;
- Partilhei conhecimentos tendo em vista a resolução de problemas;
- Procedi à tomada de decisão conjunta.

Por me encontrar num local desconhecido, com pessoas estranhas, por si só condiciona muito a alteração do estado de espírito de cada pessoa, sendo por isso o estabelecimento de relações de confiança com a equipa pluridisciplinar, nomeadamente com os enfermeiros, um aspecto indispensável para um desenvolvimento gradual positivo.

Este foi um aspecto bem conseguido, pois adquirir a confiança dos elementos da equipa, contribuindo para a minha satisfação pessoal e motivação constante. Fizeram com que sentisse prazer e satisfação cada dia que tinha que me deslocar para o serviço. Esta equipa veio a demonstrar-se uma equipa excelente, que tudo fez para que me sentisse integrada e como tal, com incentivo diário para o meu processo de ensino/aprendizagem.

O conhecimento acerca do local de arrumação dos materiais, dos produtos e da metodologia da equipa de enfermagem, foi imprescindível para o desenrolar deste período. Só com o conhecimento prévio em relação a estes aspectos é que se consegue prestar cuidados de forma organizada e com uma gestão do tempo ideal. Para os cuidados de enfermagem serem considerados “ideais”, para além de muitos outros aspectos, é fundamental que haja um pré-estabelecimento de prioridades, que se saiba o que se vai fazer e como fazer.

As Unidades de Cuidados Intensivos concentram recursos que são muito dispendiosos e limitados, pelo que devem ser dirigidos para os utentes que deles realmente necessitem, ou seja utentes com situações de disfunção ou disfunções agudas de órgãos mas com potencial de reversibilidade.

Estes serviços possuem características próprias. A variedade de situações, que resultam da variedade de utentes admitidos com diversas patologias e com diferentes níveis de gravidade; o dinamismo das situações, devido fundamentalmente ao compromisso das funções vitais, que trazem consigo consequências facilmente alteráveis que exigem conhecimentos e uma rápida actuação; o aspecto crítico de cada situação e de cada actuação, que se deduzem do dito anteriormente e do carácter vital das funções que se alteram; possibilidade de se perder de vista o ponto central, o utente como um todo, como ser holístico, todas estas são condições com que trabalham diariamente os enfermeiros em cuidados intensivos

Ao longo do meu estágio realizei gasometrias arteriais, que se revestem de grande importância em cuidados intensivos, uma vez que os desvios da concentração dos iões de hidrogénio são ocorrências frequentes nos doentes, especialmente quando estes estão sujeitos a ventilação mecânica e quando apresentam doenças pulmonares ou renais, devido à interferência com os mecanismos reguladores naturais. (Swearingen e Keen, 2003). A recolha do sangue faz-se pela linha arterial, já que é protocolo do serviço de que a todos os doentes admitidos na unidade seja colocado o referido acesso. No entanto tive a oportunidade de realizar gasometria a um doente sem linha arterial, isto porque já tinha sido feita tentativa de a colocar, mas sem sucesso. Fiz a colheita sem dificuldade, com a colaboração da tutora, através da palpação da artéria radial esquerda. Foi uma experiência enriquecedora, uma vez que na minha prática diária por vezes seja necessário executar tal procedimento. Assim, adquiri competências para o fazer.

Quanto às traqueostomias, tive oportunidade de ficar responsável por um doente com este tipo de suporte de ventilação, tendo sido muito benéfico, uma vez que lido com alguns doentes traqueostomizados no meu local de trabalho. Como refere Stock (1999), existem quatro indicações para optar pela traqueostomia como via aérea artificial: obstrução das vias aéreas, protecção, higiene brônquica e ventilação mecânica. No caso do doente em questão foi colocada traqueostomia devido ao facto de se prever necessidade de suporte ventilatório por um longo período de tempo e assim permitir a administração de ventilação com pressão positiva. (Stock, 1999). Verifiquei que a manipulação e a manutenção da cânula eram

---



correctamente efectuadas como o descrito na literatura, pois a sua limpeza e realização do penso realizava-se diariamente. Assim como os cuidados inerentes à traqueostomia eram realizados diariamente em todos os turnos e também em SOS.

O doente crítico apresenta-se frequentemente desnutrido e este facto está fortemente associado a um pior prognóstico, pelo que na unidade todos os doentes têm suporte nutricional, seja ele por via entérica ou parentérica. O Suporte Nutricional tem como objectivos prevenir e/ou corrigir deficiências nutricionais e minimizar ou eliminar os efeitos adversos da desnutrição. (Trujillo [et al]. 2001)

Relativamente à alimentação entérica, estive responsável por um doente com necessidade de colocação de sonda nasojejunal, devido a alteração de esvaziamento gástrico por pancreatite. Esta sonda não me era familiar assim como os cuidados a ela inerentes, pelo que recorri à pesquisa bibliográfica e à consulta do manual de normas e procedimentos do serviço para assim me sentir mais segura quanto ao seu manuseamento. Na unidade existe um protocolo, que apliquei, de lavagem destas sondas, já que frequentemente obstruem, pois os seus lúmens são de baixo calibre.

Perante o exposto considero ter atingido o objectivo a que me propus, o facto de ter executado todas estas actividades contribuiu indubitavelmente para o meu crescimento profissional e para o meu desempenho enquanto futura enfermeira especializada, visto ter adquirido competências comunicacionais e ter desenvolvido competências que me irão permitir trabalhar em equipa multi e interdisciplinar, tais como a tomada de decisão fundamentada na evidência científica e nas responsabilidades sociais e éticas, zelo pelos cuidados prestados na área da enfermagem médico-cirúrgica e utilização de forma adequada de informação proveniente da formação inicial e pós-graduada, bem como da experiência pessoal e profissional.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Desenvolver competências que promovam a capacidade crítica, reflexiva e atitude científica permitindo o desenvolvimento pessoal e profissional;

#### **Actividades desenvolvidas**

- Adoptei decisões tendo por base a prática baseada na evidência;
- Analisei e reflecti de forma crítica as situações relacionadas com a área de especialização bem como dos cuidados prestados;
- Contribuí para o desenvolvimento pessoal e profissional dos elementos da equipa;
- Utilizei a iniciativa e a criatividade para resolução de situações;
- Procedi à discussão e esclarecimento de dúvidas junto do enfermeiro tutor do estágio.

No decurso do estágio surgiram algumas situações-problema que suscitaram uma reflexão profunda e exigiram da minha parte mobilização de um conjunto de saberes e competências para as solucionar, situações essas que irão posteriormente ser descritas e analisadas neste relatório.

Durante este Módulo de Estágio surgiu oportunidade de prestar cuidados a doentes para doação de órgãos. Sentimentos de ambivalência despontaram em mim. Por um lado a impotência de se fazer mais pelo dador presenciando famílias em sofrimento, por outro lado um sentimento de respeito pela grandeza humana do acto. Senti também que muitas vezes eram prestados cuidados ao corpo doente e não à pessoa doente, à pessoa como um todo, com necessidades físicas, mas também espirituais.

Foi a partir do despontar de tais sentimentos que juntamente com a colega de estágio pensei em ser proactiva relativamente à temática da espiritualidade, pois considero esta vertente pouco abordada pelos profissionais de saúde e que tanta falta faz aos doentes e às famílias.

De facto, a ênfase dada ao aspecto da espiritualidade torna-se cada vez mais necessária na assistência ao doente crítico. Cada vez mais a ciência se curva diante da grandeza e da importância da espiritualidade na dimensão do ser humano.

Ser humano é buscar significado em tudo que está em nós e em nossa volta, pois somos seres inacabados por natureza e estamos sempre em busca de nos completar. A transcendência de nossa existência torna-se a essência de nossa vida à medida que esta se aproxima do seu fim. E a dimensão da espiritualidade torna-se realmente de grande importância. (Peres [et al]. 2007)

O direccionamento científico da medicina aponta as áreas da biologia molecular, genética, farmacoterapia e acupuntura, mas também há reconhecida tendência para o estudo da espiritualidade (Koenig, 2004). Doentes querem ser tratados como pessoas, e não como doenças, e serem observados como um todo, incluindo-se os aspectos físico, emocional, social e espiritual (Okon, 2005). Ignorar qualquer uma dessas dimensões torna a abordagem do doente. O sofrimento afecta as pessoas em toda a sua complexidade, podendo ocorrer nas dimensões social, familiar, física, emocional e espiritual (Cassel, 1982).

Desta forma, no dia 23 de Fevereiro de 2011, decorreu no auditório hospitalar uma conferência organizada pelas alunas do mestrado em colaboração com a unidade dos cuidados intensivos do hospital, subordinada ao tema: "Terapia e Espiritualidade", com a prelecção de Dra. Isabel Martins, Professor Doutor José Carlos Quaresma Coelho e Padre Nery, tendo tido grande aceitação por parte do público, que se constitui de profissionais do hospital das mais diversas áreas. O póster que se elaborou para divulgação da conferência bem como as fotografias tiradas durante a mesma serão remetidos para **anexo VIII**.

Tendo em conta o descrito considero ter atingido o objectivo para o qual me propus e ter adquirido competências tais como reflexão na e sobre a prática dos cuidados e tomada de decisão baseada na evidência científica, bem como promoção do desenvolvimento pessoal e profissional, tanto meu como dos vários elementos da equipa multidisciplinar. Considero também ter desenvolvido competências quanto à resolução de problemas, utilizando, não só, uma vez mais a evidência científica, mas também a iniciativa e a criatividade.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização;

**Actividades desenvolvidas**

- Abordei questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família, especialmente na área da especialização;
- Pesquisei e seleccionei informação pertinente tendo em vista o aprofundar de conhecimentos necessários à actuação perante situações complexas e inesperadas;
- Zelei pelos cuidados prestados aos doentes no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica;
- Desenvolvi capacidades comunicacionais e a relação terapêutica

Como profissional em formação e sendo uma novidade participar e cooperar neste Serviço, foi com naturalidade que senti motivações diferentes, nos mais variados momentos. Todas as experiências são de extrema importância, uma vez que oferecem sempre mais-valias para o meu crescimento enquanto formanda.

Indo de encontro aos aspectos supramencionados e constituindo-se como um desafio para mim, pude dispensar assistência directa a doentes com necessidade de ventilação artificial. Para assegurar um bom nível de cuidados ao doente que necessita de ventilação mecânica, o profissional deve ter conhecimento adequado do equipamento e dos procedimentos envolvidos. (Swearingen e Keen, 2003). Sendo assim, coube-me actualizar os meus conhecimentos com a pesquisa bibliográfica adequada, no intuito de estar preparado e alargar as competências instrumentais actuando em conformidade com as *guidelines* internacionais, conhecendo melhor os ventiladores, o seu funcionamento e os modos ventilatórios. Seguidamente, tomei a iniciativa, em concordância com a minha tutora, que após execução e demonstração de cuidados respeitantes ao doente ventilado, seria importante para mim praticar e desenvolver essas actividades, cumprindo assim os meus fins.

Outra experiência muito importante e já numa outra fase evolutiva da situação clínica do doente, foi poder acompanhar a realização do desmame ventilatório. O sucesso do desmame depende mais da situação global do doente do que da técnica usada. (Swearingen e Keen, 2003). Pude constatar que só se realizava após estarem atingidos os parâmetros adequados da função pulmonar. O profissional de enfermagem deve realizar a sua avaliação e fornecer ao corpo clínico informações fundamentais sobre a evolução do doente. Pretende-se que haja sucesso na restituição da autonomia respiratória, contribuindo assim para a breve saída do doente da Unidade.

No decorrer do módulo foram muitas as situações vivenciadas sobre esta questão. Consegui adquirir conhecimentos e realizar técnicas que contribuíram para a consecução de alguns propósitos. Irei, e caso tenha essa oportunidade, ser a enfermeira responsável por algum

doente que possa necessitar de conexão à prótese ventilatória no meu local de trabalho. Tenho a perfeita noção que os cuidados ao doente crítico não se cingem apenas à ventilação mecânica. O doente na Unidade requer uma preparação e actualização constantes dos conteúdos por parte da equipa. Procurei estar ao nível do que era exigido.

Como tal, quando surgiu um doente com insuficiência renal na unidade, com necessidade de realizar técnica dialítica contínua tive de recorrer à pesquisa bibliográfica para agir em conformidade. A insuficiência renal aguda em Cuidados Intensivos é uma situação frequente, que aumenta consideravelmente a mortalidade. Faz habitualmente parte de uma falência multiorgânica com um peso bastante expressivo nos índices de gravidade e de trabalho das Unidades de Cuidados Intensivos. (Marcelino [et al]. 2006)

O tratamento da Insuficiência Renal Aguda (IRA) em cuidados intensivos tem mudado muito nos últimos anos. As técnicas são variadas e as opiniões divergem. Os métodos contínuos representam um grande avanço no tratamento dos doentes, sobretudo pela grande vantagem da possibilidade de uma maior estabilidade hemodinâmica e um aporte nutricional eficaz. Actualmente usam-se cada vez mais as técnicas contínuas de substituição da função renal. Estas são baseadas na hemofiltração e oferecem vantagens, tais como: remoção rápida de fluidos isotónicos, sem provocar hipotensão, controle rápido e mantido da azotémia, permitem a administração de grandes quantidades de fluidos, como por exemplo na alimentação parentérica total e de produtos derivados do sangue. (Almeida [et al]. 1999)

A CVVHDF consiste em hemodiálise contínua com a ajuda de uma bomba de sangue e utilizando acesso venoso, com elevados ultrafiltrados renais, utilizando uma bomba para infusão de soluto de hemofiltração de modo a compensar as perdas excessivas de fluidos. É o método de escolha em doentes críticos hemodinamicamente instáveis. (Almeida [et al]. 1999)

Face ao exposto considero ter atingido o objectivo a que me propus. As situações referidas fizeram-me reflectir sobre a prática diária dos cuidados e através dela penso ter adquiridos competências comunicacionais e de discernimento, bem como capacidade de actuação em situações imprevistas e complexas e de relacionamento terapêutico com o doente e a família, fundamentais ao meu desempenho enquanto enfermeira especializada.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Desenvolver saberes e competências que permitam a excelência na prestação de cuidados, especialmente no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica;

#### **Actividades desenvolvidas**

- Adoptei e desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente;
- Realizei diagnósticos de enfermagem ao doente em situação crítica;
- Planeei as intervenções de enfermagem adequadas aos diagnósticos realizados;
- Promovi, desenvolvi e avaliei o contributo para a melhoria da qualidade de cuidados perante a visão holística do doente.

Uma das minhas muitas preocupações foi desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz, estando sempre atenta às práticas dos profissionais e reflectindo sobre as mesmas. Na realização de um turno com uma das minhas tutoras, constatámos que o doente em causa tivera alterações da tabela terapêutica, com administração concomitante de dois antibióticos distintos. Como o doente possuía catéter venoso central de apenas três lúmens, e tinha em perfusão aminas e nutrição parentérica, optou-se, por desconhecimento das consequências, por colocar os dois antibióticos em perfusão no mesmo lúmen. Passados alguns segundos constatámos que ocorrera formação de cristais no prolongador.

O erro de administração de medicação é a face do erro na prestação de cuidados de enfermagem mais visível e que mais consequências determina, sendo portanto aquela que mais é noticiada e por conseguinte, estudada. O enfermeiro, embora não seja o responsável pela prescrição do medicamento, deve conhecer todos os princípios de administração, a fim de prevenir erros. Os erros práticos cometidos por enfermeiros podem causar danos nos pacientes, famílias, restante equipa, sistemas e profissão. O problema da falta de atenção é particularmente relevante e pode ser causado por falta de recursos humanos, grande rotatividade de pessoal ou turnos que se desenrolam de forma imprevista, associados a descompensação dos doentes em estado crítico, sem aumento do número de enfermeiros necessário. (Benner [et al]. 2002)

A prevenção e detecção de potenciais erros de medicação é uma função fundamental dos enfermeiros que é legítima e esperada. Os enfermeiros agem como intermediários entre os doentes e outros profissionais de saúde. Espera-se que os enfermeiros “se apercebam do que é necessário fazer para prestar ao paciente os melhores cuidados, mais do que simplesmente seguir à risca as prescrições médicas, mesmo que essa atitude possa causar problemas” (Benner, 2005, p.141)

Em consequência, e para colmatar eventuais falhas de conhecimentos, decidi elaborar um trabalho sobre compatibilidades e incompatibilidades de administração de antibioterapia em “Y”, do qual resultou uma tabela que foi afixada no serviço para consulta por parte dos profissionais interessados, que remeto para **anexo IX**.

O desenvolvimento desta temática, foi para mim muito gratificante, por um lado por ter contribuído positivamente para a melhoria da assistência ao doente e por outro por se tratar de algo directamente relacionado com a minha prática diária. Perante o exposto, entendo ter atingido os objectivos pessoais apresentados, na medida em que se no futuro estiver perante um doente com esta técnica, vou estar segura na sua abordagem e também transmitir conhecimentos adquiridos se a situação assim o exigir.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Participar na formação em serviço na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica;

**Actividades desenvolvidas**

- Identifiquei as necessidades formativas do serviço na área da EEMC;
- Utilizei metodologia formal e informal para a formação dos profissionais do serviço;
- Realizei duas acções de formação subordinadas ao tema: “Comunicação com o doente ventilado”.

Foram várias as situações que surgiram em que contribuí de forma informal para a formação quer dos profissionais do serviço, quer dos alunos do curso base de enfermagem. Uma destas situações prende-se com o facto de o hospital se encontrar em fase de implementação de registos segundo a CIPE. Esta temática levantou celeuma entre os profissionais de enfermagem. Aproveitei uma sessão formativa para, de forma informal, juntamente com o enfermeiro-chefe, elucidar os colegas acerca desta classificação e de como se deverá fazer o processo de enfermagem bem como de outros temas relacionados, visto possuir vasta experiência profissional nesta matéria.

Outro aspecto que me despertou a atenção refere-se à comunicação com o doente ventilado. De facto, constatei que os profissionais tinham alguma dificuldade, apesar da experiencia, em comunicar com o doente ventilado, em especial com o doente acordado, talvez por desconhecerem técnicas auxiliares existentes que estão disponíveis a baixo custo mas que pedem tempo extra por parte dos enfermeiros.

A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal e pela maneira de agir dos intervenientes. Através dela apreendemos e compreendemos as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e criamos laços significativos com ela”. (Phaneuf, 2005). A comunicação constitui um longo processo de aprendizagem para os enfermeiros e é no contacto íntimo que se estabelece uma maior ligação que pode fazer a diferença na qualidade dos cuidados e no seu significado tanto para os enfermeiros como para os doentes. (Riley, 2004). A comunicação é a chave da relação terapêutica entre o enfermeiro e o utente, sem ela o relacionamento entre eles é impossível. (Stuart, 2001). A competência comunicativa vai-se adquirindo e desenvolvendo na prática profissional e implica o desenvolvimento de recursos cognitivos, afectivos e psicomotores do enfermeiro para bem cuidar o doente. (Sá, 2006).

Assim, juntamente com a minha colega de estágio elaborámos uma sessão de formação em serviço sobre: “Comunicação com o doente ventilado”, composta por duas partes: na primeira expusemos alguns conceitos teóricos e na segunda proporcionámos a visualização de trechos de um filme alusivo ao tema. Os diapositivos da formação e respectivo plano de sessão foram remetidos para **anexo X**. A formação foi apresentada nos dias 25 de Janeiro e 14 de Fevereiro de 2011 e teve grande aceitação por parte da equipa que nos felicitou pela pertinência do

tema, pela clareza com que o expusemos e pelo filme, que “tocou” de uma forma especial os formandos presentes.

Relativamente à formação em serviço foi-me também dada a oportunidade de assistir a formação ministrada por profissionais do serviço sobre o tema “ Nutrição entérica e parentérica” e também por profissionais da CCI com o tema “ Higienização das mãos”, no dia 14 de Fevereiro, formações essas de suma importância por constituírem temáticas actuais e sobre as quais existem lacunas especialmente no local de trabalho onde exerço funções.

Tendo por base o atrás descrito considero ter atingido o meu objectivo pessoal bem como ter adquirido competências na área da formação, bem como ter contribuído para o crescimento pessoal e profissional da equipa de enfermagem. Considero ser esta uma área de importância fulcral no âmbito da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, cujas competências adquiridas e desenvolvidas me irão ser de grande utilidade enquanto futura enfermeira especializada.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Adoptar medidas preventivas de infecção relacionada com os cuidados de saúde;

#### **Actividades desenvolvidas**

- Conheci e apliquei protocolos de controlo de infecção internos do serviço;
- Geri o ambiente de forma a prevenir a infecção;
- Adoptei comportamentos de prevenção e controlo de infecção;
- Realizei ensinamentos ao doente, família e equipa prestadora de cuidados sobre medidas de controlo de infecção e da sua importância para a sua saúde.

Durante a minha passagem pela Unidade, averigui uma elevada taxa de ocupação. Um aspecto importante e que influenciou decisivamente esta condição foi o surto de Gripe A (H1N1), que apesar de não ter sido noticiado nos meios de comunicação social como em épocas anteriores, ocorreu em grande escala, levando à existência de doentes com necessidade de suporte ventilatório. Com forte ligação a este surto de gripe estava o aumento do número de óbitos. Constatei que mesmo não apresentando uma idade avançada, havia muitos doentes que não conseguiram resistir à carga viral.

A actual epidemia de Gripe A (H1N1), é provocada por um novo subtipo do vírus da gripe que afecta os seres humanos, causando sintomas semelhantes aos da gripe sazonal mas que frequentemente complicam em pneumonia. Propaga-se de pessoa para pessoa através de gotículas da tosse ou espirro de uma pessoa que está infectada; indirectamente através das gotículas ou das secreções do nariz e da garganta que sujam as mãos e superfícies de contacto, que, em seguida, são tocadas por outras pessoas que as levam à sua própria boca ou nariz. (Ministério da Saúde, 2009)

Com o aumento do conhecimento sobre o modo de transmissão das infecções, as práticas de isolamento desenvolveram-se e afastaram-se das aproximações empíricas para serem implementadas com base na evidência científica. É necessário estabelecer as medidas básicas para a prevenção da transmissão da infecção, fundamentadas nas fontes e vias de transmissão de cada tipo de infecção, não esquecendo que a transmissão de algumas infecções pode ocorrer por mais do que uma via. De facto, existia uma certa confusão quanto ao contágio por gotícula e contágio por via aérea.

A efectividade das precauções de isolamento num serviço de saúde depende da interacção entre um apropriado ambiente físico, políticas de saúde e comportamento dos profissionais de saúde, pelo que, o desenvolvimento de uma política de isolamento é um importante aspecto no controlo da infecção. (I.N.S.A., 2004). No entanto, durante o período de estágio constatei por diversas vezes que as precauções básicas e as medidas adicionais de prevenção da transmissão de infecções não eram respeitadas e que existia um certo desconhecimento por parte dos profissionais relativamente ao meio de contaminação.

As precauções básicas, mais gerais, devem ser aplicadas a todos os doentes e cumpridas sistematicamente, por todos os profissionais que prestam cuidados de saúde. (DGS, 2007) As precauções de isolamento a serem adoptadas dependem da via de transmissão implicada. No caso da Gripe A, constituem medidas adicionais: colocar o doente num quarto individual com Pressão negativa, 6 a 12 renovações de ar por hora e Exaustão para o exterior ou Filtração de alta eficiência (filtros HEPA) do ar do quarto antes da sua circulação por outras áreas. Os profissionais devem usar respirador de partículas com o mínimo de 95% de capacidade de filtragem sempre que entrar no quarto de isolamento. (I.N.S.A., 2004).

Uma situação que sucedeu na unidade prende-se com um doente com indicação médica para ir para a sala aberta sem que houvesse despiste confirmado de presença de H1N1. O que aconteceu é que o doente estava infectado e encontrava-se há alguns dias na sala aberta. Os restantes doentes fizeram profilaxia com oseltamivir. Mas, e os profissionais? A questão foi por mim colocada ao corpo clínico, que respondeu que a vacina estivera disponível para os profissionais e quem não se vacinou teria de se sujeitar às consequências inerentes! No entanto havia vários alunos estagiários presentes na unidade, muitos deles em estágio do curso base. A situação foi exposta ao enfermeiro-chefe que concordou em tomar medidas mais drásticas quanto à contenção na fonte e acedeu em proteger todos os profissionais, mesmo os estagiários.

O período de estágio permitiu-me verificar que na grande maioria a equipa tem comportamentos assertivos quanto à prevenção de infecções associadas aos cuidados de saúde, comportamentos esses que interiorizei e irei transpôr para o meu local de trabalho. Posto isto, considero ter atingido o meu objectivo pessoal e ter adquirido competências no âmbito da prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde, na qual o enfermeiro especialista assume um papel preponderante.

---



**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Manter, de forma contínua e autónoma, o próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;

**Actividades desenvolvidas**

- Procedi à pesquisa bibliográfica;
- Mantive e desenvolvi as capacidades reflexiva e auto-crítica;
- Acompanhei dos avanços na área da informática, das tecnologias de comunicação e dos sistemas de informação;
- Desenvolvi mecanismos de adaptação para ultrapassar as dificuldades.

Ao longo de todo o estágio recorri à pesquisa bibliográfica e electrónica sempre que surgia algum tema sobre o qual não possuía tanta informação quanto a desejada.

Os cuidados de enfermagem têm um grande peso na evolução do estado do doente. Torna-se por isso muito importante o aperfeiçoamento da prestação dos mesmos. Para tal, e como o doente deve ser encarado como ser biopsicossocial e único que é, é necessário possuir conhecimentos sobre o doente e a sua patologia, o que irá permitir um melhor planeamento de cuidados individuais e actuar da melhor forma na execução dos mesmos perante cada doente.

Assim sendo, e de acordo com o plano de actividades do estágio, foi-me proposta a elaboração de um estudo de caso. O estudo de caso é um trabalho que se pretende realizar para aprofundar conhecimentos sobre determinado assunto. (Ackley, 2007). Assim neste contexto, escolhi para a realização do estudo de caso, um doente que foi internado na UCIP após enxerto osteomiocutâneo maxilo-facial por carcinoma espinho-celular queratinizante da mucosa jugal, visto ser uma situação pouco comum e com necessidade de cuidados de enfermagem especiais, pretendendo assim adquirir mais conhecimentos. Visto tratar-se de uma situação complexa e que exige múltiplos conhecimentos decidi fazer um estudo de caso de um doente com o referido diagnóstico, por um lado para aprofundar conhecimentos acerca da temática e por outro, para tentar compreender a evolução clínica, que remeto para **anexo XI**.

Considero assim ter atingido o meu objectivo pessoal, tendo contribuído para um melhor desempenho enquanto futura enfermeira especializada já que adquiri competências relativas à pesquisa e auto-formação, fundamentais ao meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Colaborar na gestão dos cuidados de enfermagem.

**Actividades desenvolvidas**

- Colaborei na gestão de *stocks* do serviço e das unidades funcionais;
- Colaborei na verificação diária de equipamentos;
- Apliquei a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados;

- Utilizei os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada;
- Promovi um ambiente positivo e favorável à prática;
- Utilizei os recursos de forma eficiente para promover a qualidade;
- Colaborei nas decisões da equipa multiprofissional;
- Intervim para a melhoria da informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar.

Numa outra vertente não menos importante estava estipulado conhecer a dinâmica da Unidade no que diz respeito à área da gestão. Juntamente com a tutora estipulei a realização de um turno com o Enfermeiro Chefe, para cumprir mais essa etapa. Só assim é que conseguiria obter uma visão global das necessidades e intervenções nessa vertente.

Sendo apenas um turno, procurei compreender e colaborar com o Senhor Enfermeiro Chefe nas actividades respeitantes à gestão que lhe competiam. Desde a passagem de turno cumpre-se um “ritual”. Realizar a distribuição dos elementos escalados, a confirmação dos estupefacientes, verificar os impressos referentes aos Indicadores de Qualidade, confirmação do carro de emergência e teste do desfibrilhador entre muitos outros aspectos. Após ser questionado, informou-me que as questões pertencentes ao Consumo Clínico, Farmácia, Consumo Hoteleiro e Administrativo tinham dias específicos para a sua reposição/requisição, bem como uma plataforma interligada entre os serviços para esse fim. Nesse turno tive ainda oportunidade de verificar as folhas de ponto dos elementos da equipa e alertar os colegas que se tinham esquecido de assinar a folha para o fazerem o mais breve possível. Expliquei-lhes ainda que futuramente quando existir no serviço o controlo biométrico não haverá necessidade de assinarem na folha de ponto, tal como acontece na instituição onde exerço funções. Aqui surgiram dúvidas por parte dos colegas. Procedi ao seu esclarecimento com toda a prontidão e todo o gosto.

De qualquer forma, a gestão não se destina apenas ao enfermeiro-chefe. As minhas tutoras foram várias vezes responsáveis de turno e na ausência do chefe, este elemento tem as funções de o substituir nas funções de gestão. São frequentes os problemas que vão surgindo ao longo dos turnos, sendo a sua resolução muitas vezes dificultada devido à dimensão e imprevisibilidade característica do serviço.

Colaborei com as tutoras na verificação de *stocks*, especialmente de fármacos pouco usados na unidade e necessários para os turnos subsequentes pelo que fizemos os pedidos respectivos para a farmácia. Numa outra ocasião, o aparelho que analisa as gasometrias necessitou de assistência técnica, assistência essa prestada pelos enfermeiros da unidade, pelo que auxiliei a tutora na calibração da mesma. Quando dois colegas informaram do seu estado de doença auxiliei a tutora a substituir os elementos da equipa.

Mediante o exposto, julgo ter atingido na plenitude os objectivos pessoais e ter adquirido competências como gestora dos cuidados e líder de equipas na área da enfermagem médico-cirúrgica, otimizando, por um lado, a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional e adaptando, por outro, a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados. Assim, estou certa de que estou capacitada para dar o meu contributo específico nesta área de especialidade.

#### **4 - MÓDULO III – BLOCO OPERATÓRIO**

O Bloco Operatório é uma área do hospital onde se criam as condições ideais para os mais diversos e complexos tratamentos cirúrgicos que os doentes necessitam. “ É uma unidade orgânico – funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados (...), com o objectivo de salvar, tratar e melhorar a qualidade de vida”. (AESOP, 2006)

##### **4.1 – OBJECTIVOS PESSOAIS, ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E ANÁLISE CRÍTICA**

Para consolidação das reflexões efectuadas, irei seguidamente, fundamentar cada objectivo através de uma análise crítica das actividades desenvolvidas e competências adquiridas

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Conhecer a estrutura física, recursos humanos e materiais existentes, bem como o funcionamento / dinâmica do serviço.

##### **Actividades desenvolvidas**

- Visitei a estrutura física do serviço e observar a sua localização e acessos;
- Observei os equipamentos e materiais existentes;
- Procedi a entrevista informal com a Enfermeira Chefe para conhecer a equipa multidisciplinar, suas dinâmicas e metodologias de trabalho;
- Consultei e apliquei normas e protocolos existentes no serviço.

No primeiro dia de estágio reuni com a enfermeira-chefe que me deu a conhecer alguns aspectos do bloco, nomeadamente metodologia de trabalho. Relativamente à estrutura física do Bloco, era já por mim conhecida visto exercer a minha actividade profissional no serviço de Cirurgia da mesma Unidade Hospitalar e por vezes haver necessidade de fazer alguns turnos na unidade de cuidados pós-anestésicos.

Este serviço tem algumas lacunas em termos físicos, pois não possui circuitos fechados e separados. Desta forma, profissionais, doentes e materiais circulam pelo mesmo acesso, com excepção dos materiais sujos que têm um circuito separado. Também não possui sala de pré-anestesia, esta é administrada aos doentes na área de acolhimento, pela maioria dos profissionais. Na organização do bloco é fundamental a definição de circuitos em três grandes áreas de acesso separadas e diferenciadas: doentes, pessoal e material. A área restrita do

bloco deve conter para além da sala operatória, sala de desinfeção, armazém de apoio de material estéril e sala de pré-anestesia. (AESOP, 2006)

No primeiro dia de estágio este assunto foi por mim abordado à Enfermeira-Chefe que confirmou tratar-se de um problema antigo e que há muito tenta que seja solucionado. Por outro lado explicou-me que estando em construção o Novo Hospital De Proximidade De Lamego, este irá possuir um Bloco Operatório novo, que preencherá todos os requisitos actualmente contemplados na legislação, que apenas ocorrerá após o término do estágio.

Outra situação-problema por mim detectada refere-se ao acolhimento dos doentes. Por vezes mais do que um doente permanece em simultâneo na zona de acolhimento que não está de todo preparada para o efeito pois como já referi é uma área comum e serve vários propósitos. Neste sentido, o Bloco não respeita um dos seus objectivos: favorecer a dignidade do doente permitindo privacidade e confidencialidade. (AESOP, 2006). Assim, foi por mim sugerido à chefe a colocação de um biombo na área de acolhimento para ser utilizado quando estiverem presentes dois ou mais doentes, sugestão essa que foi aceite e colocada em prática.

Existem normas e protocolos elaborados pelos enfermeiros do serviço para todas as actividades realizadas no bloco encontrando-se em *dossiers* correctamente etiquetados e guardados no armário na sala da enfermeira-chefe/sala de enfermagem para consulta, bem como bibliografia diversa relacionada com o bloco operatório que engloba vários aspectos desde procedimentos específicos até livros de instruções de todos os aparelhos existentes no serviço. Alguma desta documentação foi consultada por mim para melhor integração na dinâmica do serviço, a que considerei mais pertinente. Visto tratar-se de grande quantidade de informação foi-me impossível consultar toda a documentação existente. Penso tratar-se de um excelente princípio para a melhoria da qualidade dos cuidados. Pelo facto felicitei pessoalmente a chefe e a equipa pelo mesmo.

Desta forma penso ter atingido o objectivo a que me propus, visto ter adquirido competências que me permitem integrar em serviços novos e diferentes do meu trajecto profissional.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

#### **Actividades desenvolvidas**

- Estabeleci e mantive relações de trabalho construtivas com os vários elementos da equipa, valorizando os papéis de cada um;
- Executei tarefas inerentes ao enfermeiro perioperatório;
- Desenvolvi das capacidades comunicacionais;
- Partilhei conhecimentos tendo em vista a resolução de problemas;
- Procedi à tomada de decisão conjunta.

O estágio proporcionou-me a oportunidade de realizar todas as actividades respeitantes ao enfermeiro de anestesia, que contribuíram grandemente para o meu processo de crescimento enquanto futura enfermeira especialista pois os doentes têm direito a serem cuidados, num ambiente seguro, por pessoal qualificado, quando submetidos a uma cirurgia invasiva ou a procedimentos anestésicos.

Neste bloco a visita pré-operatória de enfermagem é bastante interessante, pois na véspera da intervenção os doentes são convidados a visualizarem um filme, no qual são elucidados sobre a intervenção a que vão ser submetidos. Desta forma, diminuem os níveis de ansiedade dos doentes face ao desconhecimento da cirurgia.

No entanto este filme já se encontra desactualizado, foi realizado pelos profissionais do serviço há muito tempo o que significa que muitos procedimentos se modificaram. Assim, eu e a colega que iria seguidamente realizar estágio neste serviço propusemos à Enfermeira-Chefe a realização de um filme actual. Lamentavelmente a Enfermeira-Chefe informou-nos que a equipa já fizera um pedido de autorização à administração hospitalar em 2009 mas ainda aguarda resposta.

No dia da cirurgia, juntamente com o enfermeiro de anestesia recebi os doentes e preenchi o check-list em conjunto com o doente e com o enfermeiro do internamento. Este é um procedimento de qualidade há muito utilizado neste bloco operatório. Posteriormente os doentes são transportados para a sala, transferidos para a mesa operatória e monitorizados todos os seus parâmetros vitais. Os avanços significativos na monitorização perioperatória nos últimos anos resultaram na diminuição significativa da morbilidade e mortalidade. (Rothrock, 2008). Para a mesma autora, as enfermeiras perioperatórias deverão familiarizar-se com os valores-padrão e compreender seu significado na segurança do paciente.

Seguidamente, preparei a medicação para a anestesia e colaborei com as anestesistas durante todo o processo desde a indução até ao acordar do doente. Como referem vários autores, a anestesia geral pode ser dividida em três fases: indução, manutenção e emergência. A indução começa com a introdução dos agentes anestésicos e continua até que o doente esteja apto para o posicionamento, manipulação ou incisão; a manutenção inicia-se a partir deste ponto e dura quase todo o procedimento, e pode ser realizada com agentes inalatórios ou com medicamentos endovenosos administrados em bólus ou infusões contínuas, a emergência ou despertar começa quando o paciente começa a emergir da anestesia e termina geralmente quando está apto para deixar a sala de cirurgia. (Rothrock, 2008)

O enfermeiro de anestesia também efectua os registos de enfermagem, com excepção da folha de *time-out* que é preenchida pelo circulante a assinada por todos os elementos envolvidos na cirurgia. No bloco operatório verifica-se uma relação de confiança e interdependência entre o anestesista e o enfermeiro de anestesia, que penso ser importantíssima para um bom

ambiente de trabalho. Tal reflectiu-se no meu processo de aprendizagem, pois as anestesistas disponibilizaram-se para me explicar todos os procedimentos inerentes à anestesia.

O enfermeiro circulante apresenta atribuições próprias. De facto, o enfermeiro circulante é o *pivot* da sala operatória, garantindo a dinâmica geral da sala, colaborando com a restante equipa em todas as actividades necessárias, estando directamente relacionado com a manutenção da assepsia e da segurança do ambiente cirúrgico.

O estágio permitiu-me executar as funções inerentes ao enfermeiro circulante. À semelhança do que aconteceu durante a minha passagem pela anestesia, esta experiência contribuiu para a melhoria do meu desempenho visto que o enfermeiro perioperatório e mais especificamente o circulante assegura um ambiente seguro e terapêutico, mantendo os padrões de qualidade, garante a segurança do doente contra os acidentes e erros e ainda proporciona conforto e apoio. No início do turno consultava sempre o plano operatório. De seguida contactava telefonicamente o serviço de internamento pedindo que o doente fosse transportado para o Bloco. Depois assegurava-me que a sala era limpa adequadamente e que dispunha de todo o material necessário à cirurgia, nomeadamente aparelho específico para determinadas cirurgias (deveriam estar prontos, testados e operacionais).

O doente era transferido do *hall* para a sala com ajuda da assistente operacional, colocado na mesa operatória, posicionado de acordo com a intervenção a efectuar e era colocada a placa de fio-terra do bisturi eléctrico. Seguidamente, eu começava a abrir o material para um campo esterilizado, com movimentos suaves, nunca esquecendo os princípios da assepsia.

Durante a intervenção forneci ao instrumentista solutos e materiais que este me ia solicitando, tentando por vezes prever as necessidades e antecipar-me ao seu pedido. Se houvesse colheita de tecidos para anatomia patológica eu fornecia o respectivo frasco devidamente identificado e posteriormente encarregava a assistente operacional de os transportar para a zona de sujos onde eram devidamente acondicionados, conforme protocolado no serviço.

No final da cirurgia, desconectava ligações aos aparelhos específicos, contabilizava as compressas juntamente com o instrumentista e colaborava na execução dos pensos. Logo que o doente tinha indicação de transferência para a UCPA, era posicionado e transferido para a cama do recobro e acompanhado até à referida unidade de cuidados pós-anestésicos.

Relativamente à unidade de cuidados pós-anestésicos, vulgarmente designada de recobro, durante o meu estágio exerci funções a ela inerentes apenas durante dois turnos, visto já estar familiarizada com esta área de actuação do bloco operatório.

O enfermeiro de recobro recebe o doente que vem da sala operatória, monitoriza os parâmetros vitais para detectar rapidamente qualquer alteração hemodinâmica. Se o doente se encontrar estabilizado sob o ponto de vista hemodinâmico e assim que tenha alta de anestesia, o enfermeiro contacta telefonicamente o serviço de internamento a fim de pedir o transporte do

doente para a enfermagem. O enfermeiro de recuperação comunica ao colega do internamento os aspectos mais relevantes da intervenção e do recobro: tipo de anestesia, tipo de penso, presença e tipo de drenagens, alterações hemodinâmicas relevantes, tipos e quantidade de analgesia, entre outros.

Perante o exposto considero ter atingido o objectivo a que me propus, o facto de ter executado todas estas actividades contribuiu indubitavelmente para o meu crescimento profissional e para o meu desempenho enquanto futura enfermeira especializada, visto ter adquirido competências comunicacionais e ter desenvolvido competências que me irão permitir trabalhar em equipa multi e interdisciplinar, tais como a tomada de decisão fundamentada na evidência científica e nas responsabilidades sociais e éticas, zelo pelos cuidados prestados na área da enfermagem médico-cirúrgica e utilização de forma adequada de informação proveniente da formação inicial e pós-graduada, bem como da experiência pessoal e profissional.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Desenvolver competências que promovam a capacidade crítica, reflexiva e atitude científica permitindo o desenvolvimento pessoal e profissional;

#### **Actividades desenvolvidas**

- Adoptei decisões tendo por base a prática baseada na evidência;
- Analisei e realizei reflexão crítica das situações relacionadas com a área de especialização bem como dos cuidados prestados;
- Contribuí para o desenvolvimento pessoal e profissional dos elementos da equipa;
- Utilizei a iniciativa e a criatividade para resolução de situações;
- Procedi à discussão e esclarecimento de dúvidas junto do enfermeiro tutor do estágio.

Deparei-me ao longo do estágio com algumas situações-problema e práticas menos bem desenvolvidas por parte de alguns profissionais do bloco operatório, situações essas que seguidamente irei descrever e analisar.

Assim utilizei o pensamento crítico e a reflexão para tentar mudar tais comportamentos. O pensamento crítico em enfermagem pressupõe a existência de hábitos mentais como: confiança, perspectiva contextual, criatividade, flexibilidade, curiosidade, integridade intelectual, perseverança e reflexão. Quem usa pensamento crítico pratica capacidades cognitivas de análise, aplicação de padrões, raciocínio lógico, predição, e de transformação de conhecimentos. (Lunney, 2004)

Após análise e reflexão das situações procurei encontrar soluções tomando decisões sempre baseadas na evidência científica. As decisões que os enfermeiros tomam podem ser caracterizadas pela sua qualidade e pelo impacto das acções baseadas nas decisões. A capacidade para combinar o conhecimento e a experiência com a capacidade de pensar, considerando o contexto onde o pensamento tem lugar, é essencial na resolução de problemas

complexos e dilemas clínicos complicados, que se vêm tornando cada vez mais frequentes na prática clínica de enfermagem. (Silva, 2006)

O processo de tomada de decisão em enfermagem é frequentemente relacionado com o pensamento crítico, que refere o processo intelectual disciplinado de utilizar hábil e activamente o conhecimento para conceptualizar, aplicar, analisar, sintetizar, e/ou avaliar dados e informação orientadora da convicção e da acção. (Scriven e Paul, 1997 citados por Silva, 2006)

O especialista apresenta conhecimento profundo especializado e sistemático, baseado na experiência através da percepção responsável de tarefas pouco estruturadas, para as quais é necessário um elevado nível de experiência de trabalho e apropriação de profundos conhecimentos teóricos específicos. O enfermeiro que se encontra neste nível descodifica intuitivamente a situação e focaliza-se no *core* do problema, agindo a partir de uma compreensão profunda da situação global, através da intuição e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis. (Benner, 2005).

Perante isto considero ter atingido o objectivo para o qual me propus e ter adquirido competências tais como reflexão na e sobre a prática dos cuidados e tomada de decisão baseada na evidência científica, bem como promoção do desenvolvimento pessoal e profissional, tanto meu como dos vários elementos da equipa multidisciplinar. Considero também ter desenvolvido competências quanto à resolução de problemas, utilizando, não só, uma vez mais a evidência científica, mas também a iniciativa e a criatividade.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização;

#### **Actividades desenvolvidas**

- Abordei questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família, especialmente na área da especialização;
- Pesquisei e seleccionei informação pertinente tendo em vista o aprofundar de conhecimentos necessários à actuação perante situações complexas e inesperadas;
- Zelei pelos cuidados prestados aos doentes no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica;
- Desenvolvi capacidades comunicacionais e a relação terapêutica.

No primeiro dia de estágio assisti a um acontecimento algo incomum no bloco de Lamego, um doente com complicações pós-operatórias muito graves, tornando-se dessa forma em ONR (ordem de não reanimar). As ONR são então ordens escritas pelo médico indicando que não se deve efectuar reanimação a um doente que sofra uma paragem cardíaca ou respiratória.



Estas são efectuadas através de suporte científico, usando principalmente uma estrutura ética. Cada situação é avaliada particularmente com vista o prognóstico. É ética a interrupção de tratamentos desproporcionados e ineficazes mais ainda que causam incómodo ou sofrimento ao doente, pelo que essa interrupção, ainda que vá encurtar o tempo de vida, não pode ser considerada eutanásia. (Conselho Nacional De Ética, 1995).

As ONR surgiram para evitar a Obstinação Terapêutica na Reanimação Cardiopulmonar e respeitar a autonomia dos pacientes e familiares, ou seja, elas são determinadas, pois a reanimação aplicada a um doente em fase terminal causaria maior sofrimento em comparação com os pequenos benefícios que poderia trazer. (Urban [et al]. 2003) No quadro de uma doença irreversível e terminal, as O.N.R. são eticamente legítimas se as manobras de reanimação propostas forem interpretadas como uma intervenção desproporcionada. (Nunes, 2008)

Com grande desagrado constatei que esta decisão foi tomada unilateralmente pelo médico, sem qualquer opinião dos familiares nem do doente, visto que este já se encontrava em situação crítica. Na prática diária por vezes acontece que a decisão é tomada quando o doente já se encontra em fase agónica, sem poder participar na sua discussão. Muitos são os aspectos a serem considerados na tomada de decisão ONR, tais como a vontade do doente e sua família, a sua situação clínica, o prognóstico de doença terminal e também a escassez de recursos.

É o doente quem vai usufruir directamente desta ONR, pelo que a sua opinião deve ser conhecida e respeitada, desde que não vá contra a autonomia do profissional de saúde. O doente é o cerne da ONR e não a consequência, pelo que os seus interesses devem ser sempre ponderados. Assim, o profissional de saúde depois de considerar que o doente se encontra em fase terminal, estando esse identificado cientificamente, é que pode considerar a opção de ONR. Após a chegada a este ponto, comunicará ao doente e/ou sua família. O médico e a equipa têm o papel decisivo na obtenção do diagnóstico, prognóstico e medidas de intervenção. A família pode ser um ponto de referência acerca dos desejos e vontades do doente, caso este no momento da decisão se encontre incompetente, porque ela, mais do que qualquer profissional de saúde, estabelece um convívio diário com o doente, salvo algumas excepções. Os enfermeiros têm o privilégio de partilhar os momentos mais íntimos do utente. É por esta proximidade que os enfermeiros argumentam que devem participar na tomada de decisão ONR. São os profissionais que possuem mais oportunidades para conhecerem as vontades e desejos dos doentes. (Pires, 2001)

Infelizmente, como já referi, a decisão foi tomada unilateralmente apenas pelo clínico, com grande surpresa de alguns elementos de enfermagem. Foi comunicada esta decisão à família e o apoio emocional foi prestado pelos enfermeiros do serviço e também por mim que me encontrava presente no momento em questão. Foi uma situação de alguma complexidade pois

apesar de termos de “dar uma hipótese à morte” (Twycross, 2003, p.28), nem sempre estamos preparados para tal.

Esta situação fez-me reflectir sobre a prática diária dos cuidados e através dela penso ter adquiridos competências comunicacionais e de discernimento, bem como capacidade de actuação em situações imprevistas e complexas e de relacionamento terapêutico com o doente e a família, fundamentais ao meu desempenho enquanto enfermeira especializada.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Desenvolver saberes e competências que permitam a excelência na prestação de cuidados, especialmente no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica;

**Actividades desenvolvidas**

- Adoptei e desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente;
- Realizei diagnósticos de enfermagem no contexto de situações complexas e de alto risco;
- Planeei as intervenções de enfermagem adequadas aos diagnósticos realizados;
- Promovi, desenvolvi e avaliei o contributo para a melhoria da qualidade de cuidados perante a visão holística do doente.

O percurso do doente dentro do bloco operatório revela-se para o mesmo gerador de medo e ansiedade. Por este motivo é de capital importância o papel do enfermeiro perioperatório.

As intervenções independentes de enfermagem fizeram avançar consideravelmente a prática de enfermagem na unidade cirúrgica tendo como exemplo o seguinte: no pré-operatório – proporcionar conforto psicológico a uma pessoa ansiosa e uma visita do enfermeiro do bloco à enfermaria; no pós-operatório – antecipar, avaliar e aliviar eficazmente a dor, implementar e avaliar meios para o doente reconquistar a sua independência e planear a alta. (Manley e Bellman, 2003)

Como tal, no bloco da unidade de Lamego existe a visita pré-operatória de enfermagem que tive oportunidade de realizar. Durante esta, o enfermeiro do bloco que estiver a fazer tarde visita os doentes na enfermaria, após consulta prévia do plano operatório. Assim, o enfermeiro dirige-se aos doentes, um a um, apresenta-se e explica o motivo da visita, levando o doente a revelar os seus anseios. De seguida os doentes são convidados a visualizarem um filme que foi realizado pela equipa do bloco. Neste filme são feitos ensinios sobre o que o doente deve e não deve fazer na véspera e dia da cirurgia bem como explicados alguns procedimentos básicos e feitos alguns ensinios pós-operatórios.

Os ensinios relativos ao pré e pós-operatória devem centrar-se em três dimensões elementares, na dimensão do procedimento cirúrgico (a visita pré-operatória de enfermagem; a visita pré anestésica; os cuidados que lhe serão prestados no bloco operatório; o acompanhamento para o bloco operatório; a sala de cuidados pós-anestésicos; as visitas no pós-operatório, os métodos de controlo da dor; os dispositivos que poderá trazer e as

condições para alta, de entre outros), na dimensão sensorial (os efeitos da medicação; o ambiente da sala operatória; as sensações ao primeiro levantar e as sensações associadas aos dispositivos que poderá trazer) e comportamental (comportamentos a adoptar pelo doente como sejam: a respiração profunda; exercícios com os membros inferiores; mobilização no leito; o primeiro levantar). (Melo, 2005). Desta forma, o enfermeiro do bloco tem a capacidade de fazer o levantamento das necessidades dos doentes e de agir em conformidade.

No dia da cirurgia, o doente chega ao bloco e é recebido pelo enfermeiro que na véspera fez a visita pré-operatória e que no dia se encontra com funções de enfermeiro anestesista, sem máscara e explicando todos os procedimentos. Tive sempre o cuidado de me apresentar aos doentes e de lhes explicar a razão pela qual lhes estava a administrar determinada medicação e quais os efeitos secundários que iriam sentir em seguida, tudo em linguagem clara, concisa e compreensível por parte dos doentes. Assim, o doente apresenta já uma relação terapêutica com o enfermeiro, demonstrando níveis inferiores de ansiedade.

Seguidamente, o mesmo enfermeiro acompanha o doente até à sala operatória, transfere-o para a mesa operatória e monitoriza-o, sempre explicando os procedimentos e dialogando com o doente, de forma a diminuir a ansiedade deste.

No pós-operatório, o doente é encaminhado para a unidade de cuidados pós-anestésicos. Aqui, o enfermeiro esclarece o doente quanto à sua situação, pois devido a efeitos secundários da medicação, este encontra-se muitas vezes confuso e algo desorientado. Da mesma forma, o enfermeiro avalia sistematicamente a dor.

A dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, podendo ser descrita tanto em termos desses danos quanto por ambas as características. A dor é considerada uma experiência pessoal e subjectiva e sua percepção é caracterizada de forma multidimensional, diversa tanto na qualidade quanto na intensidade sensorial. (Dahl, 2000). O alívio da dor é actualmente visto como um direito humano básico e, portanto, trata-se não apenas de uma questão clínica, mas também de uma situação ética que envolve todos os profissionais de saúde. Existe ainda o reconhecimento de que a dor não tratada pode afectar adversamente o estado de recuperação em cirurgias. (Cousins, 2004)

Um grande avanço para o controle da dor foi iniciado quando a Joint Commission of Healthcare Organizations, esclareceu que a dor é agora considerada como o “quinto” sinal vital e deve ser avaliada em todos os pacientes juntamente com os outros quatro parâmetros clínicos. (Dahl, 2000). Para a Direcção Geral De Saúde (2003), 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.

Existem vários métodos para avaliação da dor. No bloco de Lamego é utilizada a escala numérica, na qual o doente quantifica a intensidade da sua dor numa escala de 0 a 10, sendo que zero (0) significa sem dor e dez (10) significa dor máxima. Esta escala é utilizada com sucesso visto que o doente é previamente ensinado na enfermaria a utilizá-la, embora apresente algumas limitações em doentes com défices cognitivos. Nas crianças mais jovens é utilizada a escala de faces.

Outra das necessidades do doente era a informação aos familiares. Os familiares apresentam-se tão ou mais ansiosos que os próprios doentes intervencionados. Desta forma, sempre que possível, os familiares foram informados da situação dos seus entes queridos. De acordo com o Artigo 84º do Código Deontológico Dos Enfermeiros, o enfermeiro assume o dever de: informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem; esta perspectiva assenta sobre os princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade da Pessoa. Segundo o Artigo 85º do referido código, o enfermeiro assume o dever de partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos.

Após o doente receber alta da anestesista era acompanhado pelo mesmo enfermeiro até à zona de transere, comunicando aos colegas da enfermaria os dados pertinentes acerca do doente. Em todo este processo tive o cuidado de comunicar de todas as formas possíveis com o doente, evitando conversas desnecessárias e desproporcionadas com outros elementos da equipa multidisciplinar.

Face ao exposto considero ter atingido o meu objectivo pessoal, uma vez que desenvolvi a capacidade de me relacionar de forma terapêutica com o doente e a sua família e aprofundi competências comunicacionais e outras que me permitem a excelência dos cuidados e da assistência ao doente, fundamentais para o meu desempenho enquanto futura enfermeira especializada.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Participar na formação em serviço na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica;

**Actividades desenvolvidas**

- Identifiquei as necessidades formativas do serviço na área da EEMC;
- Utilizei metodologia formal e informal para a formação dos profissionais do serviço;
- Realizei uma acção de formação sobre um tema considerado pertinente para os enfermeiros do serviço.

A comunicação constitui a base do processo terapêutico mas infelizmente nem sempre esta poderosa ferramenta é utilizada da forma mais correcta. Como refere Riley (2004), a

---

comunicação constitui um longo processo de aprendizagem para os enfermeiros, à medida que estes aperfeiçoam a sua capacidade de comunicação e se tornam mais confiantes, evoluem na sua competência, de novatos a peritos. Riley (2004) diz ainda que é no contacto íntimo que se estabelece uma maior ligação que pode fazer a diferença na qualidade dos cuidados e no seu significado tanto para os enfermeiros como para os doentes.

A comunicação é a chave da relação terapêutica entre o enfermeiro e o utente, sem ela o relacionamento entre eles é impossível. (Stuart, 2001). A aquisição de competências comunicacionais contribui para a qualidade de toda a metodologia de trabalho do enfermeiro (Lopes e Nunes, 1997) e mais de 70% da actividade de enfermagem é dedicada a aspectos relacionados com a comunicação muito embora um grande número de utentes demonstre insatisfação e critique a s competências comunicacionais dos enfermeiros. (Marrucho [et al]. 2001). No B.O., devido a diversos factores, este instrumento nem sempre é utilizado da forma mais conveniente.

De acordo com o referido, e após assentimento da enfermeira tutora, decidi realizar uma sessão de formação no serviço sobre “Comunicação Em Enfermagem – Bloco Operatório”, cujos diapositivos e respectivo plano de sessão remeto para **anexo XII**. A referida acção foi apresentada por mim e pela minha colega de estágio no dia 29 de Setembro de 2010.

Outra situação-problema por mim detectada refere-se ao risco radiológico. Constatei que durante a exposição a radiação ionizante, alguns elementos da equipa de enfermagem não utilizavam batas de chumbo, pois consideravam não ser necessário visto já não estarem em idade reprodutiva! Neste momento informal de formação alertei as colegas para o perigo das radiações e para a necessidade de nos protegermos. O ambiente de um bloco operatório e as diferentes técnicas empregadas obrigam à utilização de dispositivos que comportam riscos potenciais, tanto para os utentes como para os profissionais. (UNAIBODE, 2001). Na sala de operações, aquando da exposição à radiação ionizante (aparelhos de rx) deve ser usado equipamento de protecção para reduzir a intensidade da exposição e o pessoal não essencial ao procedimento deve sair da sala. (Rothrock, 2008)

Existe uma relação contínua entre a exposição e o risco, logo a exposição à mais pequena dose deve ser encarada como potencialmente perigosa, se repetida ao longo do tempo Os efeitos somáticos (carcinogénicos) mais frequentes são o cancro e a leucemia. Os principais órgãos afectados pela radiação ionizante são as gónadas, a medula óssea, a tiróide e as mamas. Os efeitos genéticos são os que podem vir a causar danos nos descendentes da pessoa exposta, atingindo principalmente as células sexuais femininas e masculinas. Os efeitos *in-útero* ocorrem dependendo do estágio de desenvolvimento fetal e podem ser: morte fetal, crescimento intra-uterino retardado, malformações e cancro na infância. (Ferreira, 1995)

Segundo a recomendação do ALARA, existem regras importantes a cumprir, tais como: uso de dosímetro; o profissional que segura nos doentes NUNCA deve ficar directamente exposto ao

feixe de radiação e deve SEMPRE usar avental, protector de tiróide e luvas de protecção; os outros profissionais devem estar igualmente protegidos com aventais de chumbo, protector de tiróide e permanecer o mais distantes possível da fonte de raios X; nenhum profissional deve estar exposto à radiação sem que seja estritamente necessário. Os sistemas de radioprotecção recomendados são: uso de óculos de vidro, protector de tiróide, avental, protector de gónadas e luvas plumbíferos. (Mendes, 2004)

Tendo por base o atrás descrito considero ter atingido o meu objectivo pessoal bem como ter adquirido competências tanto na área da formação como na área da investigação, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes. Considero serem duas áreas de importância fulcral no âmbito da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, cujas competências adquiridas e desenvolvidas me irão ser de grande utilidade enquanto futura enfermeira especializada.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Adoptar medidas preventivas de infecção relacionada com os cuidados de saúde;

#### **Actividades desenvolvidas**

- Conheci e apliquei protocolos de controlo de infecção internos do serviço;
- Geri o ambiente de forma a prevenir a infecção;
- Adoptei comportamentos de prevenção e controlo de infecção;
- Detectei situações-problema e agi em conformidade.

A adopção de medidas de prevenção da infecção relacionada com os cuidados de saúde faz parte de um conjunto de boas práticas que todos os profissionais deveriam considerar. O controlo da infecção está directamente relacionado com a assepsia e com todos os procedimentos relacionados com o ambiente cirúrgico, comportamento dos profissionais e tratamento dos dispositivos médicos. (AESOP, 2006)

Detectei uma situação-problema referente ao material esterilizado. No início de uma cirurgia, constatei que o pacote dos instrumentos cirúrgicos ainda se encontrava morno e húmido. De acordo com a UNAIBODE (2001), o material à saída do autoclave deve apresentar secagem perfeita, as embalagens estéreis não devem ser manipuladas enquanto quentes. Alertei os colegas para esta situação. Eles compreenderam mas explicaram-me que a instituição só possuía um conjunto de material para aquele tipo de cirurgia e como tinham sido agendadas duas cirurgias para a mesma manhã o material teve de ser lavado e esterilizado entre cirurgias, pelo que não houve tempo para secagem e arrefecimento requeridos. Que era uma situação que acontecia com pouca regularidade e que eles se esforçavam dentro do possível para que não acontecesse mas as cirurgias são marcadas pelos serviços administrativos que desconhecem tais especificidades técnicas.

Seguidamente, dialoguei com a secretária clínica e com a equipa médica a fim de os alertar para tal problema, tendo estes chegado a um entendimento quanto à marcação das cirurgias. Desta forma, vão tentar colocar os doentes com o mesmo tipo de intervenção proposta em dias diferentes ou pelo menos em tempos cirúrgicos distanciados. Posto isto, considero ter atingido o meu objectivo pessoal e ter adquirido competências no âmbito da prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde, na qual o enfermeiro especialista assume um papel preponderante.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Manter, de forma contínua e autónoma, o próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;

**Actividades desenvolvidas**

- Procedi à pesquisa bibliográfica;
- Mantive e desenvolvi as capacidades reflexiva e auto-crítica;
- Acompanhei dos avanços na área da informática, das tecnologias de comunicação e dos sistemas de informação;
- Desenvolvi mecanismos de adaptação para ultrapassar as dificuldades.

Ao longo de todo o estágio recorri à pesquisa bibliográfica e electrónica sempre que surgia algum tema sobre o qual não possuía tanta informação quanto a desejada.

Foi o caso da reconstrução do ligamento cruzado anterior por artroscopia, também designada ligamentoplastia. Esta intervenção é comum no bloco operatório da unidade de Lamego. O joelho é uma das mais complexas articulações do corpo humano. O tratamento cirúrgico é a Ligamentoplastia e reveste-se de extrema importância com o objectivo de corrigir a instabilidade articular e restaurar a estabilidade anatómica evitando assim a presença de outras lesões e isso torna-se imprescindível aos indivíduos que praticam actividades físicas principalmente as competitivas. Desta forma decidi redigir um trabalho de revisão bibliográfica para aprofundar os meus conhecimentos acerca desta temática, o qual remeto para **anexo XIII**.

Assim, considero ter atingido o meu objectivo pessoal, tendo contribuído para um melhor desempenho enquanto futura enfermeira especializada já que adquiri competências relativas à pesquisa e auto-formação, fundamentais ao meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Colaborar na gestão dos cuidados de enfermagem.

**Actividades desenvolvidas**

- Colaborei na gestão de stocks do serviço e das unidades funcionais;
- Participei na elaboração do horário de enfermagem;
- Participei na Gestão de informação nomeadamente na consulta de tipo e número de cirurgias, indicadores de gestão, entre outros;

- Apliquei a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados;
- Utilizei os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada;
- Utilizei os recursos de forma eficiente para promover a qualidade;
- Colaborei nas decisões da equipa multiprofissional;
- Intervim para a melhoria da informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar.

O meu período de estágio dedicado à gestão proporcionou-me a oportunidade de acompanhar a enfermeira-chefe em todas as actividades relacionadas com a referida área. A verificação de *stocks* e das suas respectivas datas de validade é importante em qualquer serviço mas adquire uma importância ainda maior no bloco operatório. Desta forma, auxiliei a enfermeira-chefe a verificar o material da farmácia e do armazém em falta e a fazer os respectivos pedidos através do GHAF. Tive também oportunidade de verificar os prazos de validade de toda a medicação existente dentro do bloco bem como do material de consumo clínico de uso único.

Durante este processo apercebi-me de que a identificação de alguns fármacos e de alguns materiais não estava actualizada de acordo com as normas do centro hospitalar. Falei então com a enfermeira chefe para obter a sua autorização e procedi à realização da nova identificação. A enfermeira-chefe mostrou-se bastante agradada visto que o hospital se encontra em processo de acreditação pela Joint Commission International e vai ser auditado no próximo mês. A Joint Commission International tem como missão específica melhorar a qualidade da saúde na comunidade internacional, dando uma acreditação mundial aos serviços. (JCI, 2010)

No bloco da unidade de Lamego ocorrem várias cirurgias para as quais o hospital não tem material disponível, devido aos elevados custos inerentes. Desta forma, existem empresas que alugam todo o material necessário. Juntamente com a enfermeira Olga, tive oportunidade de consultar os planos cirúrgicos e indagar da necessidade de contactar as referidas empresas para que estas procedessem ao envio dos materiais necessários. Concluí que uma enfermeira-chefe do Bloco Operatório tem muitas responsabilidades, pois se algo falhar o bloco não funciona.

Mediante as acções desenvolvidas que acabei de descrever, julgo ter atingido na plenitude os objectivos pessoais e ter adquirido competências como gestora dos cuidados e líder de equipas na área da enfermagem médico-cirúrgica, otimizando o processo de cuidados ao e garantindo a segurança e a qualidade. Assim estou certa de que estou capacitada para dar o meu contributo específico nesta área de especialidade.



## **5 - CONCLUSÃO**

O ser humano como ser insatisfeito que é, busca incessantemente por conhecimento de modo que a sua valorização seja um eterno desafio na qualificação e promoção da sua atitude. A ambição por novos “saberes”, a persistência, o empenho e a determinação são uma constante na minha vivência e por isso a pedra basilar da minha cultura de aprendizagem. O documento realizado procurou traduzir através da acção reflexiva o percurso prático desenvolvido nesta fase formativa. Durante o Estágio concretizei muito positivamente os objectivos por mim delineados e os preconizados pelo Curso. A obtenção de novos saberes aconteceu inequivocamente.

Todos os momentos proporcionados pela efectivação deste estágio constituíram-se de importantes alicerces, para continuar a fazer o que sei e da melhor forma que sei – ser Enfermeira. Evidencio uma evolução muito positiva, que engrandeceu o meu conhecimento e actuação perante situações novas e complexas dirigidas à pessoa em situação crítica. A consolidação de informação adquirida foi de crucial interesse para o reforço da minha aprendizagem favorecendo o reconhecimento das minhas competências instrumentais, pedagógicas, investigativas e sistémicas.

Ao prestar cuidados directos a doentes desenvolvi competências instrumentais actuando em conformidade com as *guidelines* internacionais, resolvendo problemas, tomando decisões adequadas e aumentando a capacidade de organização e planeamento dos cuidados prestados. Ampliei competências investigativas na execução de pesquisa bibliográfica para os diversos trabalhos realizados durante o estágio e para fundamentar as minhas decisões e actuações. As capacidades de autonomia, liderança, de adaptação a novas situações, de aprendizagem, de aplicação prática de conhecimentos teóricos adquiridos e a realização da gestão desenvolveram as minhas competências sistémicas. Alarguei as minhas competências interpessoais na realização de trabalho com novas equipas, na comunicação com especialistas de outras áreas, na habilidade para trabalhar em equipas multidisciplinares e na capacidade de crítica e auto-crítica. A convergência das minhas actividades e atitudes visaram um patamar de melhoria contínua da qualidade de cuidados a prestar à pessoa em situação crítica, priorizando a parceria com a mesma.

Não posso deixar de referir e salientar desde já, a forma carinhosa demonstrada no acolhimento, orientação e ensino por parte das tutores de dois dos campos de estágio (módulos II e III) tenho somente a referir aspectos positivos, pois proporcionaram-me uma célere integração e sempre disponíveis quando solicitadas. O apoio foi sem dúvida relevante e motivador, pois deste modo senti-me como parte integrante das equipas onde estive inserida, estimulando o meu desempenho de forma a corresponder às solicitações feitas, permitindo assim a realização dos objectivos pessoais propostos na sua plenitude. Os trabalhos realizados ao longo destes dois módulos de estágio, fruto do meu desempenho profissional e académico,

foram reconhecidos e validados pelas tutoras e chefias dos serviços, pelo que tal representa para mim motivo de satisfação e orgulho pessoal e profissional.

Ambos os módulos foram muito enriquecedores. Colaborei com as equipas multidisciplinares nas actividades do serviço, com conhecimento prévio de protocolos e circuitos para poder desempenhar as minhas actividades com segurança. O facto de lidar com doentes em situação crítica permitiu ampliar e actualizar os conhecimentos que fui adquirindo ao longo do meu exercício profissional e durante o curso de especialização e mestrado, facilitando deste modo a minha actuação e prestação de cuidados directos aos doentes com estas características e em conformidade com as normas instituídas e documentadas. Em ambos os estágios adquiri competências profissionais a nível da prevenção e controlo das infecções associadas aos cuidados de saúde, com as quais posso zelar pela implementação e melhoria, das boas práticas nos cuidados prestados aos doentes.

Na UCIP participei na formação em serviço, como formanda mas também como formadora, realizando duas sessões sobre: "Comunicação com o doente ventilado". Organizei também uma conferência subordinada ao tema: "Terapia e Espiritualidade" a nível da instituição que teve grande aceitação por parte do público. Contribuí para a promoção da excelência dos cuidados prestados, elaborando uma tabela sobre "Compatibilidades e incompatibilidades de administração de antibioterapia em «y»" Adquiri competências relativas à pesquisa e auto-formação, tendo elaborado um estudo de caso sobre: "Enxerto osteomiocutâneo maxilo-facial por carcinoma espinho-celular queratinizante da mucosa jugal". Ao longo do estágio surgiram várias oportunidades para realizar diversas actividades, todas elas interessantes, as quais desenvolvi tendo como referências a atitude científica e a prática baseada na evidência, permitindo o meu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como as minhas capacidades crítica e reflexiva.

No Bloco Operatório desenvolvi também uma sessão de formação em serviço sobre "Comunicação Assertiva no Bloco Operatório". Redigi um trabalho de revisão bibliográfica subordinado ao tema: "Ligamentoplastias". Ampliei as minhas capacidades reflexiva e autocrítica. Estou consciente do esforço, dedicação e empenho que designei para a concretização dos objectivos traçados inicialmente. Estou também convicta que desenvolvi competências humanas, técnicas e científicas indo estas de encontro à especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

Por outro lado senti bastantes dificuldades na consecução do módulo I, por um lado porque relativamente à organização, o serviço era totalmente diferente do que houvera experienciado anteriormente, tanto em termos profissionais como académicos, por outro porque detectei que a equipa de enfermagem se encontrava pouco receptiva quanto à tutoria de alunas. Não obstante, desenvolvi um processo de aprendizagem eficaz. Contribuí uma vez mais para a promoção da excelência dos cuidados prestados, elaborando a Carta de Registo de Intervenções de Enfermagem. Desenvolvi um trabalho subordinado ao tema: "Satisfação do

doente: Contacto com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência”, que considero ser um contributo positivo e que merece ser amplificado. Redigi ainda um estudo de caso sobre “Politraumatismos”, visto tratar-se de uma situação complexa, que exige múltiplos conhecimentos e cuidados diferenciados.

As dificuldades que aponto resumem-se apenas ao esforço físico que me acompanhou na realização destes estágios, dando especial referência ao da Unidade de Cuidados Intensivos, visto a sua localização se encontrar fora do meu local de residência e este ser executado em paralelo com o meu exercício profissional. De qualquer modo, zelei sempre por prestar cuidados de acordo com a ética profissional e tendo presentes as minhas obrigações legais. Empenhei-me na realização das actividades sempre com grande responsabilidade e sentido de grupo, facto que foi enaltecido pelas tutoras dos locais de estágio.

Depois de apresentado neste relatório, todo o meu percurso ao longo dos estágios que realizei, importa ainda tecer algumas considerações sobre o processo de aprendizagem a que estive submetida e por consequência, às suas implicações futuras no meu desempenho profissional. Após reflexão profunda acerca das experiências vividas e relacionando-as com o meu crescimento pessoal e profissional, posso afirmar que todos os estágios pela sua especificidade e complementaridade, contribuíram indubitavelmente para a consolidação da minha aprendizagem.

Com este documento pretendi revelar a minha noção do que é ser Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Julgo que esta Enfermeira, para além da capacidade de prestar cuidados gerais de excelência, é um elemento chave numa equipa de Enfermagem. A Enfermeira Especialista deve estar pronta a solucionar problemas do seu serviço e a identificar outros que surjam; deverá ser a primeira a propôr a presença de actividade científica dentro do seu Serviço; deverá corrigir falhas de outros elementos e acompanhar de perto a integração de novos profissionais. Acima de tudo, a Enfermeira Especialista deverá ser um exemplo para os demais!

Reflectindo sobre todas as actividades desenvolvidas posso afirmar que os objectivos propostos pela UCP, concomitantemente com os objectivos pessoais delineados, foram atingidos na sua plenitude em todos os módulos do estágio.

Relativamente às limitações, o período de duração de cada módulo revelou-se de certa forma fugaz, não possibilitando o desenvolvimento de projectos mais arrojados, como a realização de trabalhos de investigação, que verifiquei serem pertinentes. Ouso ainda sugerir a modificação do estágio, sendo que se este for dividido em apenas dois módulos estes se revelem mais frutíferos na medida em que haverá possibilidade para realização de outros projectos.

Para terminar, não posso deixar de referir que a pós – licenciatura já me proporcionou novas oportunidades a nível profissional visto que neste momento me encontro a exercer funções no bloco operatório onde realizei estágio.

## **BIBLIOGRAFIA**

Ackley, B.; Ladwig, G. 2007. "Manual de diagnostico de enfermagem: guia para la planificacion de los cuidados". 7ª Ed. Elsevier. Madrid.

Adams, H. *et al.* 2007. "Guidelines for the Early Management of Patients with Ischemic Stroke – A scientific statement from the Stroke Council of the American Stroke Association". ASA Scientific Statement, *Stroke*.

Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses. 2006. "Enfermagem perioperatória, da filosofia à prática de cuidados". Lusodidacta. Loures.

Almeida, E. *et al.* 1999. "Métodos dialíticos em cuidados intensivos". Publicado em "Insuficiência renal aguda em UCI", Permyner Portugal, Disponível em [www.uninet.edu](http://www.uninet.edu) Visitado em 21 de Fevereiro de 2011

Assembleia Da República Portuguesa. Lei 12/93 de 22 de Abril. "Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana". Diário da Assembleia da República – I Série - A nº 94/1993.

Assembleia Da República Portuguesa. Lei 33/2009 de 14 de Julho "Acompanhantes nos serviços de urgência". Diário da Assembleia da República – I Série nº 134. Disponível em: [www.app.parlamento.pt](http://www.app.parlamento.pt). Visitado a 9 de Novembro de 2010

Benner, P. *et al.* 2002. "Individual, Practice, and System Causes of Errors in Nursing: a Taxonomy". JONA, 10, Vol.32.

Benner, P. 2005. "De Iniciado a Perito". Coimbra: Quarteto, 2ª Edição.

Cassel, E. 1982. "The nature of suffering and the goals of medicine". N Engl J Med. Mar 18;306 (11):639-645.

Cintra, E. *et al.* 2001. "Manutenção do Potencial Dador de Órgãos." IN: Cintra, E. *et al.* – "Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo". 2ª Ed. Atheneu. São Paulo.

Coimbra, A. *et al.* 1995. "Percepção Do Enfermeiro Perante A Morte Cerebral E A Doação De Órgãos" – Sinais Vitais. Nº 5. Nov. pág. 35 – 38

Conselho Nacional De Ética Para As Ciências Da Vida. 1995. "Parecer Sobre O Critério De Morte" (10/CNEVC/95). Disponível em [www.cnevc.gov.pt](http://www.cnevc.gov.pt) visitado em 25 de Novembro de 2010

Conselho Nacional De Ética Para As Ciências Da Vida. 1995. "Parecer Sobre Aspectos Éticos dos Cuidados de Saúde Relacionados com o Final da Vida" (11/CNECV/95). Disponível em em [www.cnevc.gov.pt](http://www.cnevc.gov.pt) Visitado em 15 de Setembro de 2010.

Cousins, M. 2004. "Relief of acute pain: a basic human right?" Medical Journal of Australia Disponível em: [www.painsummit.org.au](http://www.painsummit.org.au). Visitado em 18 de Julho de 2010.

Dahl, J. 2000. "Implementing the JCAHO Pain Management Standards." Disponível em: [www.medscape.com](http://www.medscape.com) Visitado em 20 de Julho de 2010.

Dealey, C. 2006. "Tratamento de Feridas - Guia para Enfermeiros". 1ª Ed. Climepsi Editores. Lisboa.

Direcção-Geral Das Instalações E Equipamentos Da Saúde. 2007. "Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência." Disponível em: [www.portaldasaude.pt/](http://www.portaldasaude.pt/). Visitado a 10 de Dezembro de 2010

Direcção-Geral Da Saúde. 2009. "Programa nacional de prevenção e controlo das infecções associadas aos cuidados de saúde." Disponível em: [www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt) Visitado a 13 de Dezembro de 2010.

Direcção-Geral Da Saúde. 2008. "Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento." Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: [www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt) Visitado a 15 de Dezembro de 2010

Direcção-Geral Da Saúde, Circular Normativa. 2003. "A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor" Nº 09/DGCG. Disponível em [www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt) Visitado em 12 de Setembro de 2010

European Resuscitation Council Guidelines Writing Group. 2010. "Guidelines for Resuscitation 2010" Disponível em: [www.iberdata.pt/](http://www.iberdata.pt/) Visitado em 10 de Novembro de 2010.

Ferreira, A.1995. "Nós e as Radiações" (Parte integrante do projecto de pesquisa "Radiografia do Sistema Radiológico Nacional"). Disponível em: [www.shopping1.radiologico.nom.br](http://www.shopping1.radiologico.nom.br) Visitado em 23 de Julho de 2010.

Gilboy, N. *et al.* 2005. "Emergency Severity Index. Implementation Handbook". AHRQ Publication. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em: [www.ahrq.gov/research/](http://www.ahrq.gov/research/) Visitado em 25 de Outubro de 2010.

Grupo Português De Triagem De Manchester. 2005. "Triagem no Serviço de Urgência – Manual do Formando." 2.ª edição. BMJ Publishing Group. Lisboa.

Joint Comission International. 2010. Disponível em: [www.jointcommission\\_international.org](http://www.jointcommission_international.org). visitado em 10 de Agosto de 2010

Koenig, H. 2004. "Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice". South Med J 97:1194-200.

- Lima, C. 2005. "Do conceito ao diagnóstico de morte: controvérsias e dilemas éticos". Revista Da Sociedade Portuguesa De Medicina Interna. Vol.12, Nº 1, p. 6-10.
- Lopes, A.; Nunes, L. 1997. "Acerca Da Trilogia: Competências Profissionais, Qualidade Dos Cuidados – Ética". In Nursing. Nº 3. Lisboa
- Lunney, M. 2004. "Pensamento Crítico e Diagnóstico de Enfermagem: Estudos de Caso". Porto Alegre: Ed. Artmed.
- Manley, K; Bellman, L. 2003. "Enfermagem Cirúrgica: prática avançada." Lusociência.Loures.
- Marcelino, P. *et al.* 2006. "Técnicas Dialíticas Híbridas Ou Hemodiafiltração Para Doentes Hemodinamicamente Instáveis em Cuidados Intensivos". Acta Med; 19: 275-280
- Marrucho, A. *et al.* 2001. "A Comunicação, Veiculo Da Relação Enfermeiro Doente Com Próteses Ventilatória." In Pensar Em Enfermagem. Vol.5, nº 1.
- Melo, M. 2005. "Comunicação com o doente: Certezas incógnitas.". Lusociência. Lisboa.
- Mendes, R. 2004. "Radiologia Técnica – Princípios Básicos De Radioprotecção." Disponível em [www.rikmendes.vilabol.uol.com.br](http://www.rikmendes.vilabol.uol.com.br). Visitado em 28 de Julho de 2010.
- Ministério Da Saude. 2004. "Recomendações para as Precauções de Isolamento. Precauções Básicas e Precauções Dependentes das Vias de Transmissão". Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge. Lisboa.
- Ministério da Saúde. 1996. Despacho normativo 242/96 de 13 de Agosto. "Normas de Organização e Gestão dos Resíduos Hospitalares." Diário da Assembleia da República – II Série, nº 187/96. p. 11380. Disponível em: [www.acss.min-saude.pt/](http://www.acss.min-saude.pt/) Visitado em 5 de Novembro de 2010
- Ministério Do Ambiente. Decreto-Lei nº 239/97. "Gestão adequada dos resíduos." Diário Da República nº 208 /97 - I Série-A. p. 4775
- Ministério Da Saúde. 2007. "Comissão Técnica De Apoio Do Processo De Requalificação Das Urgências. Disponível em: [www.portaldasaude.pt/](http://www.portaldasaude.pt/). Visitado em 22 de Outubro de 2010.
- Ministério da saúde. 2009. Tradução e adaptação para português do Documento "Frequently asked questions on influenza virus A (H1N1)" - European Centre For Disease Prevention and Control. Disponível em: [www.arsalgarve.min-saude.pt](http://www.arsalgarve.min-saude.pt) Visitado em 11 de Abril de 2011.
- Ministério Da Saúde. 2007. "Programa Nacional de Controlo e Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde" Disponível em: [www.portaldasaude.pt/](http://www.portaldasaude.pt/). Visitado em 22 de Novembro de 2010

Ministério Da Saúde. 2011. Regulamento n.º 122/2011 “Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista”. Diário da República, 2.ª série. N.º 35. P.8656. Disponível em: [www.min-saude.pt](http://www.min-saude.pt) Visitado em 8 de Abril de 2011.

Nunes, R. 2008. “Guidelines Sobre Suspensão e Abstenção de Tratamento em Doentes Terminais” (Proposta N.ºP/11/APB/08). Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: Associação Portuguesa de Bioética, Porto.

Okon, T. 2005. “Spiritual, religious, and existential aspects of palliative care.” J Palliat Med 8(2):392-414. Disponível em: [www.liebertonline.com](http://www.liebertonline.com). Visitado em 20 de Janeiro de 2011.

Ordem Dos Enfermeiros. 2005. “Estatuto da Ordem dos Enfermeiros”. Artigo 84º, nº 1, alínea a); Artigo 85º, nº 1, alínea a). Disponível em: [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt) Visitado em 14 de Janeiro de 2011).

Organização Das Nações Unidas Para A Educação, Ciência E Cultura - Divisão de Ética das Ciências e Tecnologias. 2006. “Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos”. Artigo 3º. UNESCO.

Peres, M. *et al.* 2007. “A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos.” Revista Psiquiatria Clínica 34, supl 1; 82-87 Disponível em [www.hcnet.usp.br](http://www.hcnet.usp.br). Visitado em 17 de Fevereiro de 2011.

Phaneuf, M. 2005. “Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.” Lusociência. Loures.

Phipps, W. *et al.* 2003. “Enfermagem Médico-Cirúrgica – conceitos e prática clínica.” 6ª Edição. Vol. I, Tomo II. Lusodidacta. Lisboa.

Pinheiro, M. 1994. “Organizar a prestação de cuidados: Uma função / desafio para o enfermeiro chefe”. Servir, 42 (6) Nov. Dez, 319-331

Pires, A. 2001. “Cuidar em Fim de Vida: Aspectos Éticos”, *in* Cadernos de Bioética, Ano XI, n.º25.

Pita, F.; Carmona, C. 2004. “Morte cerebral: do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo” Acta Médica Portuguesa. 17: 70-75

Riley, J. 2004. “Comunicação em enfermagem.” 4ª Ed. Lusociência. Loures.

Rothrock, J. 2008. “Cuidados De Enfermagem Ao Paciente Cirúrgico”. 13ª Edição. Lusodidacta. Loures.

Sá, T; Machado, L. 2006. “Comunicar com doentes ventilados: uma função de enfermagem”, *Sinais Vitais*, Julho, n.º 67, pp. 29-34.

- Sheehy'S, S. 2001. "Enfermagem de Urgência. Da Teoria à Prática." 4ª ed. Lusociência. Loures.
- Silva, A. 2006. "Enfermagem Avançada: Um Sentido Para O Desenvolvimento Da Pofissão E Da Disciplina." Servir, nº 55
- Stock, M.; Perel, A. 1999. "Manual de suporte ventilatorio mecânico." 2ª ed. Manole. São Paulo.
- Stuart, G. 2001. "Relacionamento Terapêutico Entre Enfermeiro e Paciente" in Stuart G., Laraia, M – "Enfermagem Psiquiátrica: Princípios E Praticas." 6ª edição. Artmed editora. Porto alegre.
- Swearingen, P.; Keen, J. 2003. "Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções de enfermagem independentes e interdependentes." 4ª Ed. Lusociência. Loures.
- Teixeira, J. 2006. "Manual de Urgências e Emergências." Lidel. Lousã.
- Trujillo E. *et al.* "Feeding critically ill patients: current concepts." *Critical care nurse* ;21(4):60-9; quiz 70-1.
- Tuna, A.; Pereira, J. 2008. "Acidente Vascular Cerebral Agudo." *in* Curso de Evidência na Emergência – Manual de Fundamentos. 1ª edição. Multitema. Porto.
- Twycross, R. 2003. "Cuidados Paliativos." 2ª Ed. Revista e ampliada. Climepsi. Lisboa. p.26.
- UNAIBODE. 2001. "Praticas E Referências De Enfermagem De Bloco Operatório: desenvolver uma cultura de qualidade." Lusociência. Loures.
- Umann, J. *et al.* 2010. "Relações De Trabalho Da Equipe De Enfermagem No Processo De Cuidar e Educar." Disponível em [www.abennacional.org.br](http://www.abennacional.org.br) Visitado em 9 de Fevereiro de 2011.
- Urban, C. *et al.* 2003. "Ordens de Não-Reanimação", *in* Bioética Clínica. Revinter. Rio de Janeiro.



# ANEXOS

---



## **Anexo I - Caracterização Do Local De Estágio do Módulo I – Serviço de Urgência**

Os SU são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objectivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência, conforme o despacho nº 11/2002, do Ministério da Saúde.

O Serviço de Urgência é para a comunidade o serviço mais visível do hospital, onde se espera um atendimento rápido e diferenciado. É pois pretensão deste serviço não defraudar as expectativas da comunidade onde se encontra inserido.

Este serviço localiza-se actualmente no piso 0 do edifício central do Hospital de Vila Real, situado provisoriamente em contentores.

Na caracterização do Serviço de Urgência vou abordar os recursos físicos e humanos.

No que respeita aos recursos físicos existem três áreas distintas:

- Área administrativa;
- Área de prestação de cuidados;
- Área de apoio.

**A área administrativa** é uma sala informatizada onde se procede à gestão de processos dos utentes que recorrem ao Serviço, ou seja, é aí que são feitas as fichas de urgência e o registo dos meios complementares de diagnóstico executados aos utentes.

Existe ainda à entrada do serviço de urgência um balcão destinado ao funcionário com a função de relações públicas.

**A área de prestação de cuidados** é composta por várias salas que passo a descrever:

### *Gabinetes:*

- Sala de triagem (2)
- Medicina interna (3)
- Ortopedia (1)
- Cirurgia (1)
- Cardiologia (1)
- Psiquiatria (1)
- Neurologia (1)

### *Salas de atendimento urgente:*

- Salas de pequena cirurgia (1)
- Sala de emergência (1) com três camas

*Salas de internamento:*

- Sala de internamento para observação
- Sala das macas (1)

*Outras salas:*

- Sala de espera (1)
- Posto da VMER (1)
- Sala de arrumos (1)
- Sala de material (2)
- Sala de lavagem (1)
- Sala para sujos (1)
- Copa (1)
- Instalações sanitárias para os utentes (2)
- Espólio (1)
- Sala de apoio, convívio e reuniões (1)
- Gabinete do Enf.º Chefe (1)
- Gabinete do Director Clínico (1)

A *Sala de Observações* única, com duas portas de acesso e que suporta nove camas, sendo uma delas um isolamento e duas casas de banho.

A cada cama corresponde uma área de cuidados mais ampla, que inclui um monitor de parâmetros vitais, sistema de aspiração, rampa de O<sub>2</sub> e de vácuo, suporte eléctrico para adaptação das perfusoras e uma mesa de apoio. Cada unidade é individualizada por cortinas, excepto o isolamento que é por vidro. Ao centro da sala encontra-se a área de apoio formada por um balcão que permite a preparação de terapêutica, junto à parede, e por um ao centro que suporta o “monitor central”, que regista todos os parâmetros vitais bem como outro material informático.

O *Gabinete de Apoio às Especialidades* é um sector comumente designado por “corredor”. Onde existe a sala de “pequena cirurgia” que permite o atendimento dos doentes pela Cirurgia, a sala de Ortopedia, o gabinete de neurologia e a sala de emergência. Os gabinetes nº 3,4 e 7 são utilizados pela medicina. O gabinete nº 8 é a sala de trauma, que visa o atendimento de politraumatizados sempre que estejam asseguradas as suas funções vitais e existe ainda um gabinete destinado à Cardiologia.

A *Sala de Macas*, é uma sala única e com lugar para nove macas. Todas as unidades estão individualizadas e preparadas com O<sub>2</sub>, vácuo e sistema de aspiração. Tem disponível material terapêutico e de prestação de cuidados. Esta sala visa o acolhimento de doentes que aguardam a resolução da sua situação clínica num período máximo de dezoito horas.

A *Sala de Triage*, logo à entrada do serviço de urgência, é formada por dois gabinetes médicos e duas pequenas áreas individualizadas, onde os enfermeiros efectuem a Triage de Manchester.

Os recursos humanos são fundamentais e insubstituíveis para o bom funcionamento de qualquer serviço, inclusive o serviço de urgência.

São várias as equipas que trabalham no serviço de urgência, trabalhando em conjunto para um todo, o utente, que é o centro de toda esta grande equipa. Das várias equipas que trabalham neste serviço destaco a equipa de enfermagem.

A **equipa de enfermagem** é constituída por quarenta e um elementos, e assegura os cuidados de enfermagem aos utentes dos serviços de urgência/emergência e observações. Actualmente dois dos elementos encontram-se em regime de horário fixo, assim como, o Enfermeiro Chefe, sendo que os restantes trinta e oito elementos se encontram em regime de “Roulement” todos os turnos, de dia de sete horas e quinze minutos e noite de dez horas e quinze minutos. O turno da manhã dura entre as oito horas e as quinze horas e quinze minutos, no qual estão presentes nove enfermeiros; o turno da tarde dura entre as quinze horas e as vinte e duas horas e quinze minutos, também com nove enfermeiros. Já no turno da noite trabalham apenas sete enfermeiros e este dura das vinte e duas horas até às oito horas e quinze minutos.

Existe um responsável de turno que, na ausência de indicação contrária, é o elemento mais graduado e/ou o mais antigo no serviço. Compete-lhe tomar decisões como a gestão do serviço bem como a resolução de situações pontuais directa ou indirectamente ligadas à equipa de enfermagem.

Semanalmente o enfermeiro-chefe distribui os elementos de cada turno, pelas várias valências do serviço, da seguinte forma: um enfermeiro é destacado para a sala de triagem, três para o Serviço de Urgência; dois para a área cirúrgica, que dão apoio à cirurgia e ortopedia, ficando um dos elementos responsável pela sala de emergência; dois enfermeiros vão para a Sala de Observação, e um deles de apoio à sala de emergência; um enfermeiro fica na sala das macas. Cada elemento deverá responsabilizar-se pelo funcionamento do sector em que foi colocado. Não deve contudo ser ignorado a indispensável flexibilidade e trabalho em equipa, característica de qualquer equipa multidisciplinar em geral, e de uma equipa de urgência em particular.

A **equipa médica** não é fixa, é formada pelos médicos dos restantes serviços de medicina, cirurgia, entre outras especialidades que se articulam entre si, para assegurar os cuidados médicos no serviço de urgência.

A **equipa dos auxiliares** de acção médica, é formada por vinte e sete elementos estando a trabalhar sete no turno da manhã durante a semana e seis durante o fim-de-semana, seis no turno da tarde e quatro no turno da noite.



## **Anexo II - Caracterização Do Local De Estágio do Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente**

A unidade de cuidados intensivos é um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, que se destina ao atendimento de pacientes graves ou de riscos que necessitam de assistência médica e de enfermagem continuamente, além de equipamentos e recursos humanos especializados. (Amorim e Silvério, 2003).

A UCIP iniciou a sua actividade em Agosto de 1997, com a instalação do novo Hospital de Viseu, mantendo-se desde então em funcionamento.

Insere-se na Rede de Referenciação Hospitalar de Cuidados Intensivos da Região de Saúde do Centro, cobrindo os doentes do Distrito de Viseu, excepto Cinfães e Mortágua e dá ainda cobertura à UCI do Hospital Sousa Martins – Guarda.

Situa-se no 3º andar do Hospital de São Teotónio – Viseu. A sua localização é estratégica, uma vez que está ao lado do Bloco Operatório Central e no andar de cima do Serviço de Urgência, donde provêm uma boa parte dos utentes internados na unidade. Este serviço é autónomo com uma área total aproximada de 565 m<sup>2</sup> dos quais cerca de 186 m<sup>2</sup> destinados à área dos doentes. Os restantes 379 m<sup>2</sup> são distribuídos m áreas de apoio, gabinetes, salas de convívio e de reuniões, área destinada à recepção de visitas, copa, áreas de apoio à higienização do serviço, áreas de armazenamento de materiais e equipamentos proporcionais ao nº de unidades.

É uma unidade autónoma, com regulamento próprio. Possui oito unidades (área ocupada por cada doente): 4 em sala aberta, duas em quartos individuais/isolamento e duas em sala com vídeo vigilância.

Na sala aberta, com luz directa, para além das quatro unidades, temos 2 lavatórios grandes, dois balcões de apoio à unidade, com material diverso, 2 armários (um para armazenamento de soros e nutrições e o outro para material administrativo), um carro de medição computadorizada, o carro de emergência com desfibrilhador, um frigorífico, um aparelho de gasometria, uma televisão, uma aparelhagem de som.

A sala aberta possui um posto de vigilância que permite a visualização de 6 unidades (sala aberta e isolamentos), nas restantes unidades é feita a sua visualização através de um monitor que capta as imagens e som das câmaras de filmar.

Esta sala possui 2 computadores, um para visualização dos meios complementares de diagnóstico e o outro para monitorização dos parâmetros vitais dos utentes das 8 unidades de internamento.

Os quartos de isolamento são constituídos por uma antessala com lavatório, balcão e prateleira para material diverso de preparação de terapêutica e a sala onde se encontra a unidade do doente. Estes quartos são destinados a doentes com doenças infecciosas, ou

imunodeprimidos. Tem luz directa e estão munidos de sistema de pressões, que é ajustada de acordo com o tipo de utente que se encontra internado. No que respeita ao controle de infecção, para além de existir 2 quartos disponíveis para isolamento de utentes; existe distribuidor de toalhetes de papel, salão e anticéptico por ponto de lavagem. A ênfase nas soluções alcoólicas para fricção higiénica traduz-se pela presença destas nas cabeceiras técnicas e zonas de preparação de medicação. A outra sala é a única que não tem luz directa, possui igualmente todo o material da unidade, apenas com uma diferença não existem os braços que suportam os materiais e equipamentos, estes estão fixos à parede em prateleiras. Esta sala torna-se menos funcional uma vez que é limitada em espaço e disposição das rampas.

A disposição de material em braços técnicos permite uma melhor organização do espaço de modo a que se possa circular à vontade sem limitações de movimentos. A posição destes braços pode ser regulada, segundo as necessidades do movimento.

A iluminação artificial da unidade é feita de modo a não ofuscar os olhos do utente e pode ser regulada a sua intensidade. Cada unidade está munida de um candeeiro individual, sendo utilizado na prática de técnicas mais específicas.

Ao fundo de cada cama há uma mesa de apoio onde se encontra o processo do utente que a equipa utiliza para efectuar os seus registos.

Cada unidade é constituída por:

- 1 cama
- 2 braços técnicos fixo ao tecto, que tem alguma mobilidade para proporcionar mais espaço de trabalho. Este braço serve de suporte aos vários equipamentos necessários à unidade do utente. (Figura)
- Ventilador mecânico utilizado para manter a oxigenação e/ou a ventilação do doente de maneira artificial até que este esteja capacitado a reassumir a sua função respiratória satisfatória. A partir destes aparelhos podemos monitorizar determinados parâmetros ventilatórios (volumes correntes, frequência respiratória, volume minuto, concentração de oxigénio), avaliando a resposta do doente ao modo ventilatório. (Figura)
- Equipamento electrónico de monitorização (Figura) trata-se de aparelhos electrónicos que mostram uma avaliação contínua dos parâmetros hemodinâmicos do doente (traçado cardíaco, frequência cardíaca, pressões arteriais, saturação de oxigénio, frequência respiratória, temperatura) de forma a permitir a vigilância e o controlo de certas funções.
- Rampas de vácuo, ar e oxigénio. Tomadas eléctricas.
- Contentor de lixo infectado. Contentor para material picante e perfurante.
- Bombas e seringas infusoras, hemo-pod e eventualmente bomba para alimentação entérica, aquecedor de sangue/soro e outros.



A UCIP é dotada pelos seguintes profissionais de saúde: o corpo clínico é constituído por 6 médicos (1 Director de Serviço com especialidade de Anestesiologia, 3 elementos de medicina intensiva, 2 elementos medicina interna, e ainda médicos estagiários em formação das diferentes especialidades médicas ou cirúrgicas), conta com 7 assistentes operacionais e uma funcionária administrativa.

Tem uma equipa de enfermagem com 25 enfermeiros dos quais um é Enfermeiro Chefe e uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. É utilizado o Método do Enfermeiro Responsável na prestação de cuidados, havendo um rácio máximo de um Enfermeiro para cada dois doentes. Os turnos são de oito horas, com as seguintes dotações por turno:

00 - 08horas – 4 enfermeiros

08-16horas – 5/6 enfermeiros

16 - 24horas – 4 enfermeiros.



Legenda 1: Fotografia da sala aberta da Unidade de Cuidados Intensivos

Os materiais e resíduos não têm circuitos próprios devido à estrutura física do serviço.

Esta unidade possui ainda uma zona de vestiários, sala de espera para visitas, sala da secretária clínica, copa, sala de reuniões, sala de sacos sujos, de material de limpeza, de arrecadação de soros, sala com equipamento eléctrico, de desinfecção de camas, material de para colocação de cateteres invasivos, arrecadação de carros de higiene, de gabinete de Enfermeiro Chefe e de Director de Serviço. Na entrada da unidade existe um lavatório restrito para se proceder à lavagem das mãos à entrada e à saída da mesma.

As visitas obedecem a horário específico, sendo permitidas apenas a familiares directos podendo aceder somente uma pessoa de cada vez junto do doente dentro do horário. O horário é: das 14.00 às 14.30 horas e das 18.30 às 19.30 horas.



### **Anexo III - Caracterização Do Local De Estágio do Módulo III - Bloco Operatório**

O Bloco Operatório: “ é uma unidade orgânico – funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objectivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida”. (AESOP, 2006)

O Bloco Operatório da unidade de Lamego situa-se no pavilhão, na parte superior do hospital (correspondendo ao segundo piso), entre os serviços de Cirurgia/Ortopedia e Esterilização.

É um serviço autónomo, constituído por 2 salas cirúrgicas e uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos com lotação de 3 camas. Tem ainda outras secções, tais como: gabinete da enfermeira chefe/sala de enfermagem, zona de sujos, sala de material esterilizado, sala de *stock* de material, vestiários e copa/sala de reuniões/serviço administrativo.



Legenda 1: Fotografia da sala 1 do Bloco Operatório da Unidade de Lamego

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, assistentes operacionais (4), uma secretária de unidade e médicos das várias especialidades, alguns do quadro de pessoal da unidade de Lamego, outros de outras instituições que se deslocam e a esta unidade apenas alguns dias por mês.

O quadro de pessoal de enfermagem é constituído por 9 elementos, dos quais um é a Enfermeira Chefe. Como a equipa de enfermagem é pequena por vezes há necessidade de trabalhar com elementos de outros serviços com vista à rentabilização dos recursos humanos. Neste momento este serviço funciona apenas 14 horas por dia divididas em dois turnos, sendo que das 8h às 15h00m é o turno da manhã e das 14H às 20h00m é o turno da tarde.

Para além das cirurgias realizadas neste serviço, a equipa de enfermagem possui serviço de exterior, deslocando-se ao Serviço de Esterilização.

As intervenções realizadas neste serviço abrangem as seguintes especialidades cirúrgicas: Ortopedia; Ginecologia/Obstetrícia; Otorrinolaringologia (adultos e crianças); Cirurgia Geral e Urologia. Realiza-se também cirurgia de ambulatório.

Em alguns dias da semana realizam-se intervenções cirúrgicas no âmbito do SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia).

A recepção no bloco Operatório é feita pelo Enfermeiro de Anestesia. No intra-operatório existem três enfermeiros, cada um com uma função fixa: Anestesta; Instrumentista e Circulante. O enfermeiro do recobro executa também os cuidados pós-anestésicos.

#### **Anexo IV – Contra-Indicações Para Trombólise**

<b>Contra-indicações para Trombólise</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Idade inferior a 18 anos ou superior a 80 anos</li><li>• Início dos sintomas há mais de 3 horas</li><li>• Défices minor ou a diminuir</li><li>• AVC muito grave (NIHSS &gt; 25)</li><li>• Hemorragia intracraniana na TC ou na RM</li><li>• Traumatismo craniano ou AVC nos 3 meses anteriores</li><li>• Enfarte do miocárdio nos 3 meses anteriores</li><li>• Hemorragia gastrointestinal e/ou genitourinária nos 21 dias anteriores</li><li>• Cirurgia major nos 14 dias anteriores</li><li>• História de hemorragia intracraniana prévia</li><li>• Pressão arterial sistólica superior a 185 mm Hg ou diastólica superior a 110 mm Hg</li><li>• Evidência de hemorragia ou trauma agudo ao exame físico</li><li>• Uso de anticoagulantes orais e INR superior ou igual a 1,7</li><li>• Uso de heparina nas 48 horas anteriores, com APTT prolongado</li><li>• Plaquetas inferiores a 100.000 por mm<sup>3</sup></li><li>• Glicemia inferior a 50 mg/dl (2,7 mmol/L)</li><li>• Convulsões com défices neurológicos pós-ictais residuais</li></ul>

**Quadro 1. Critérios de exclusão para Trombólise Adaptado de:** Adams, Harold et al, 2007, "Guidelines for the Early Management of Adults with Ischemic Stroke [...]", *AHA/ASA Guideline, Stroke*; 38: pp. 1676



**Anexo V- Trabalho sobre: “Satisfação do doente: Contacto com o Enfermeiro da  
Triagem do Serviço de Urgência”**



**CATÓLICA**

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA / VISEU  
Instituto de Ciências da Saúde

**3ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA**

**Satisfação do doente:  
Contacto com o Enfermeiro da  
Triagem do Serviço de Urgência**

Carla Loureiro Gomes

Daniela Ferreira

Orientação: Patrícia Coelho

**Novembro 2010**



**CATÓLICA**

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA/ VISEU  
Instituto de Ciências da Saúde

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA**

**Satisfação do doente:**

**Contacto com o Enfermeiro da**

**Triagem do Serviço de Urgência**

Trabalho realizado no âmbito do estágio  
Módulo I Serviço de Urgência do Centro  
Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto  
Douro

Carla Loureiro Gomes

Daniela Ferreira

Orientação: Patrícia Coelho

**Novembro 2010**



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

SNS- Sistema Nacional de Saúde

SU- Serviço de Urgência

<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág.</b>
<b>1-INTRODUÇÃO</b>	6
<b>2-SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	8
2.1-CATEGORIAS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA	8
2.2- MODELO DO ENFERMEIRO DE URGÊNCIA	9
2.3- MODELO DO ENFERMEIRO DA TRIAGEM	10
<b>3-TRIAGEM DE MANCHESTER</b>	13
3.1-TRIAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	13
3.2- SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER	15
<b>4-COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO/ DOENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	18
4.1- A COMUNICAÇÃO E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	18
4.2- SATISFAÇÃO DOS DOENTES	20
<b>5-OPÇÕES METODOLÓGICAS DO ESTUDO</b>	22
5.1-OBJECTIVO DO ESTUDO	22
5.2. - CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS SUJEITOS DA AMOSTRA	23
5.3- MODO DE INVESTIGAÇÃO E PROCEDIMENTOS ADOPTADOS	23
<b>6-AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS</b>	25
6.1- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	25
6.2- ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO CRÍTICA DOS RESULTADOS	28
<b>7-CONCLUSÃO</b>	31
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	32
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO I-</b> Grelha de observação	

## **ÍNDICE DE TABELAS**

**Tabela 1** - Simulação e/ ou exagero dos sinais e/ ou sintomas por parte dos doentes do Serviço de Urgência

**Tabela 2** - Implementação do Sistema de Triagem de Manchester como contributo para a satisfação dos doentes

**Tabela 3** - Comunicação entre o profissional de saúde/ doente durante a triagem

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

**Gráfico 1** - Simulação e/ ou exagero dos sinais e/ ou sintomas por parte dos doentes do Serviço de Urgência.

**Gráfico 2** - Implementação do Sistema de Triagem de Manchester como contributo para a satisfação dos doentes

**Gráfico 3** - Comunicação entre o profissional de saúde/ doente durante a triagem

## **1-INTRODUÇÃO**

A realização deste trabalho surgiu no âmbito do estágio no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro - Unidade de Vila Real, do 3º curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica.

A escolha do tema baseou-se no facto de a Triagem de Manchester ser uma medida implementada nos Hospitais recentemente, e ser uma acção de extrema importância.

Este trabalho, tem por finalidades saber se os utentes do Serviço de Urgência (SU) simulam e/ ou exageram os seus sinais e/ ou sintomas para serem classificados com categorias de urgência "Muito Urgente" e "Urgente"; verificar de que forma a implementação do Sistema de Triagem de Manchester contribui para a satisfação dos utentes e averiguar como se processa a comunicação entre o profissional de saúde/ doente durante a triagem.

A assistência de urgência refere-se tradicionalmente aos cuidados prestados aos doentes com necessidades urgentes e críticas. A par do desejável desenvolvimento científico, que muito tem contribuído para a melhoria da qualidade técnica das intervenções de enfermagem, de urgência, tem-se assistido a um insuficiente atendimento em termos humanizantes, nomeadamente ao apoio da dimensão psicológica dos doentes e respectivos familiares.

Os SU são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objectivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência, conforme o despacho nº 11/2002, do Ministério da Saúde. Assim, é elementar reconhecer as ocorrências que se enquadram nas definições de urgência, que consistem nas situações clínicas de instalação súbita, que podem ir desde as não graves até às graves, onde existe a possibilidade de falência das funções vitais e de emergência, estas dizem respeito a todas as situações clínicas de instalação súbita, onde existe o comprometimento de uma ou mais funções vitais, seja estabelecido ou eminente. Qualquer situação clínica que se inclua nestas definições exige referenciação hospitalar para instituições com a diferenciação suficiente para um atendimento correcto sob o ponto de vista científico e técnico.

Foi neste âmbito que surgiu, a 14 de Novembro de 2001, a Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência, citada no despacho nº 18 459/2006, do Ministério da Saúde. Esta rede pressupõe a existência de três níveis de hierarquização da urgência: urgência básica, urgência médico-cirúrgica e urgência polivalente através das quais se pretendem articular os recursos das instituições de saúde de forma a garantir capacidade de resposta às necessidades de atendimento urgente de toda a população, proporcionando ganhos em saúde, na medida em que promove a orientação da procura directa do nível de cuidados adequados à situação específica de urgência/emergência.

Não obstante, o que vindo a verificar-se é um superpovoamento dos SU. A eles não recorrem apenas os doentes em situações urgentes/emergentes, mas também aqueles que podiam encontrar a satisfação das suas necessidades numa instituição de cuidados de saúde

primários. A Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências (2007) alerta que este aumento significativo de afluência de doentes ao SU tem como consequência um impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados aos doentes que verdadeiramente necessitam de cuidados de urgência, na medida em que existe uma deslocação de recursos humanos e compromete a humanização. Várias causas para este aumento do número de atendimentos no SU, são apontadas por Sheehy's (2001) entre as quais: a não necessidade de marcação, serviço útil para doentes de poucos recursos económicos, possibilita tratamento independentemente da possibilidade de remuneração e encontra-se aberto 24 horas por dia, todos os dias.

Os referidos factores dificultam a prestação de cuidados de qualidade no SU, pois esta sobrelotação pode resultar em riscos, como o de os profissionais de saúde não reconhecerem atempadamente os casos graves de doença ou de situações de trauma. São estes factores que viabilizam a implementação de um sistema de triagem eficiente.

Para este trabalho, privilegiou-se uma investigação de carácter qualitativo, em que fosse possível interpretar as lógicas de acção dos actores do caso em estudo. O instrumento de trabalho utilizado para a recolha de dados foi uma grelha de observação participante, dirigida a uma amostra constituída por 200 doentes do SU.

Este trabalho, estruturalmente, reparte-se em duas partes distintas, sendo a primeira de carácter teórico e a segunda de carácter prático. A primeira parte, é dedicada ao SU, seguido da temática da Triagem de Manchester e, por fim, a temática da satisfação do doente face à comunicação entre a díade enfermeiro/ doente. A segunda parte divide-se nas opções metodológicas, o objectivo do estudo, o grupo de sujeitos e modo de investigação, onde se caracteriza os sujeitos da amostra e se define o modo de investigação e procedimentos adoptados, os meios de intervenção e o calendário das operações. Seguido da apresentação, avaliação e interpretação dos resultados do estudo.

## **2-SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Ao longo dos anos, os SU têm sido uma preocupação constante do Sistema Nacional de Saúde, na medida em que, na falta de um modelo de funcionamento integrado dos diversos níveis de prestação de cuidados de saúde, se transforma, de forma progressiva, no primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde, criando-lhe uma grande disfuncionalidade.

O SU é um serviço que deve ser entendido e analisado sob vários aspectos, nomeadamente de estrutura, funcionalidade e organização. Relativamente à sua estrutura, tanto os espaços, como todos os elementos que servem de suporte para a execução de cuidados, são factores de grande preocupação, tanto para os que os idealizam, como para os que vão ser alvo dos cuidados de saúde.

Se a estrutura for geradora de conflitos, vai limitar, no seu todo, o aspecto organizativo da instituição, consentindo o abandono das práticas de uma política de gestão fundamentada na ordem e no respeito de normas pré-estabelecidas, essenciais para a sua operacionalização, visando a adopção de uma política de gestão baseada no esforço e agilidade. Estas normas devem abarcar todo um conjunto de protocolos de actuação que devem privilegiar a interacção/coordenação entre, o que nem sempre se verifica, (Gomes, 2008).

Paralelamente aos factores estruturais e organizacionais, a comunicação e a informação estão muitas vezes votadas ao esquecimento, impedindo o investimento no aperfeiçoamento dos cuidados prestados aos doentes, (Neto *et al.*, 2003).

### **2.1-CATEGORIAS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

A categoria de urgência, também denominada de prioridade consiste no resultado de uma pequena avaliação do doente, com determinação dos sinais vitais, mediante o motivo da deslocação ao SU. Assim, a aparência e o estado mental do doente e a história da doença/acidente são igualmente factores importantes a considerar na atribuição de uma categoria de urgência. Esta categoria representa o período de tempo que o doente pode ter de esperar até ser atendido pelo médico, realizar exames complementares de diagnóstico, terapêutica e outros procedimentos, sem que dele resulte qualquer prejuízo para a sua situação de doença e/ ou lesão.

Existem Sistemas de Triagem cujas categorias de urgência variam entre as duas a cinco, mas os mais frequentemente usados apresentam quatro e cinco categorias de urgência. Actualmente, a tendência reside na generalização de todos estes sistemas a cinco categorias de urgência, (Wood, 2004). A este respeito, (Sheehy's, 2001) diz que a adopção de cinco categorias de urgência confere ao SU onde é aplicado o Sistema de Triagem a capacidade de

prestar cuidados diferenciados ao doente e reconhecer os que experimentam situações de doença e/ ou lesão mais graves.

A enfermagem resume-se à “arte de cuidar”, criando os profissionais as condições para que o doente recupere. De acordo com Potter e Perry (2006), a enfermagem moderna consiste numa arte e numa ciência que engloba, para além do conhecimento intrínseco à própria profissão, o conhecimento das ciências físicas e comportamentais, das ciências sociais, da ética e de questões contemporâneas, fundamentais para satisfazer as necessidades individuais dos doentes e das suas famílias.

O âmbito da prática de enfermagem de urgência engloba um conjunto de acções sequenciadas, nomeadamente, a avaliação inicial, o diagnóstico, o planeamento, a implementação e a avaliação dos cuidados prestados ao doente. Estas acções caracterizam o chamado processo de enfermagem, que quando utilizado correctamente, é vital para garantir a continuidade de cuidados de qualidade junto do doente, num curto espaço de tempo.

## 2.2- MODELO DO ENFERMEIRO DE URGÊNCIA

Por diversas vezes, a complexidade da actividade profissional do enfermeiro leva a que sejam confrontados na sua prática quotidiana com situações de complexa resolução, incluindo situações dilemáticas, em que têm de tomar uma decisão sem terem a certeza que é a mais correcta.

Estas situações são mais evidentes em serviços como o SU, como refere a Ordem dos Enfermeiros (2005), devido às suas particulares intrínsecas, à intensidade do trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, à confrontação com a morte e às ameaças de perda e fracasso.

Tudo isto exige que o enfermeiro actualize permanentemente os seus conhecimentos teórico-práticos, levando à necessidade de adoptar papéis diversificados, nomeadamente, a prestação de cuidados ao doente, gestão, investigação, consultadoria e apoio jurídico (Sheehy's, 2001).

Demanda-se que o enfermeiro adquira competências para lidar com uma realidade mutável, que resolva problemas de carácter imprevisível e tome decisões acertadas em tempo útil, ou seja, o enfermeiro deve ser capaz de adoptar uma postura de se aproveitar a si próprio como um recurso, (Canário, 2000).

O enfermeiro do SU vive um confronto constante com novas e diversas situações e com tecnologias cada vez mais complicadas, que o obrigam a intervir com eficácia em situações de alto e médio risco. Desta feita, deve ostentar um perfil que assente na responsabilidade, autonomia, competência, eficácia, segurança, conhecimentos teórico-práticos perspicazes e actualizados, não esquecendo a resistência física, como alerta. É reconhecido aos enfermeiros o direito de “exercer livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações a não ser as

decorrentes do código deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício da enfermagem”, Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), (artigo 75º, nº 1, alínea a). Todavia, este direito de exercer a profissão livremente é solidário do dever de “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”, EOE, (artigo 76º, nº 1, alínea a).

A segurança dos cuidados pode ser perspectivada em sentido holístico, nas suas dimensões física, química, psicológica, biológica, social, cultural e espiritual, sendo o enfermeiro co-responsabilizado pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, para que não haja atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento, EOE (artigo 83, alínea a), orientando para outro profissional mais diferenciado para responder ao problema do doente, quando ultrapasse a sua competência, EOE, (artigo 83, alínea b), assegurando, assim, a continuidade dos cuidados EOE, (artigo 83, alínea d).

Outra competência do enfermeiro consiste em informar o doente e família sobre os cuidados de enfermagem a serem realizados, EOE (artigo 84, alínea a) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, EOE (artigo 84, alínea b). Compete igualmente o dever de sigilo profissional de toda a informação respeitante ao doente, EOE (artigo 85, alínea a) e de a divulgar unicamente aos implicados no plano terapêutico, EOE (artigo 85, alínea b).

No momento da realização dos cuidados de enfermagem, é dever do enfermeiro respeitar a intimidade do doente, protegê-lo da intromissão e salvaguardar a sua privacidade e intimidade, EOE (artigo 86).

Na demanda pela excelência profissional, usualmente o enfermeiro analisa o trabalho executado, reconhecendo, desta forma, eventuais falhas que mereçam uma alteração de atitudes, EOE (artigo 88, alínea a), procura adaptar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas dos doentes, EOE (artigo 88, alínea b), mantém-se actualizado, EOE (artigo 88, alínea c), assegurando as condições de trabalho que facilitem o exercício da profissão com autonomia e dignidade, EOE (artigo 88, alínea d). Quanto à humanização dos cuidados, o enfermeiro tem o dever de dar atenção ao doente e família como uma totalidade EOE (artigo 89, alínea a) e contribuir para um ambiente apropriado ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa humana, EOE (artigo 89, alínea b).

### 2.3- MODELO DO ENFERMEIRO DE TRIAGEM

Presentemente, por todo o mundo, a triagem dos doentes é efectuada por enfermeiros. Outrora, esta actividade era desempenhada por pessoal administrativo, médicos, recepcionistas, auxiliares de enfermagem e técnicos de urgência médica, ou seja, o processo



de triagem dos doentes era efectuado por pessoal não qualificado. Foi então que surgiu a Lei Cobra, em 1985, presentemente conhecida por Lei Relativa a Trabalho de Parto e Tratamento Médico de Urgência, a qual enfatiza que o rastreio clínico deve ser realizado por pessoa qualificada.

Existe controvérsia entre os autores quanto à definição da pessoa qualificada para realizar a triagem, pois uns preconizam que a triagem deve ser efectuada por médicos, enquanto outros consideram que deve ser realizada por profissionais de enfermagem.

Neste âmbito, foram realizados vários estudos numa tentativa de provar a existência ou não de vantagens na triagem ser praticada por enfermeiros, em vez da triagem médica. Contudo, a multiplicidade da bibliografia consultada neste âmbito aponta o enfermeiro como o profissional de saúde de excelência para a realização do processo de triagem dos doentes no SU.

Na verdade, conforme afirmam Cabral *et al.* (1999), os enfermeiros são considerados os profissionais que reúnem as condições necessárias para a triagem, dado que são eles que utilizam uma linguagem clínica orientada para os sintomas, e não para os diagnósticos conseguindo estabelecer uma boa relação com o doente. Em Portugal, a triagem começou a ser oficialmente realizada por enfermeiros em 2000, com a implementação da Triagem de Manchester.

Outros estudos concluíram que o processo de triagem é otimizado quando realizado por enfermeiros, na medida em que estes profissionais apresentam uma melhor visão do conjunto. Além destas vantagens, Teixeira (2006) aponta, ainda, que a triagem realizada por enfermeiros contribui para o aumento da humanização do acolhimento do doente e da família, permitindo estabelecer uma boa relação entre enfermeiro/doente podendo, deste modo, atenuar sentimentos como a ansiedade, a agressividade ou impaciência do doente e família. Através de uma calma explicação acerca de todo o processo de triagem e o seu objectivo, vai contribuir para dignificar a imagem de enfermagem e uma observação imediata do doente com risco de vida e permite realizar uma retriagem, se necessário.

O mesmo autor, considera que os enfermeiros reúnem as condições necessárias para a triagem dos doentes, dado serem detentores de uma linguagem clínica orientada para os sinais e os sintomas e não para os diagnósticos, conseguindo estabelecer uma relação empática fundamental na minimização de sentimentos como a ansiedade, a agressividade ou a impaciência, sentimentos bastante frequentes no SU. Além de tudo isto, são os enfermeiros quem melhor detêm uma visão da globalidade do serviço, dos recursos nele existentes e do doente.

No processo de triagem, Beveridge *et al* (1998) consideram crucial a capacidade de comunicação do enfermeiro triador, a sua sensibilidade, paciência, compreensão e descrição, a capacidade organizativa e a capacidade para actuar em situações éticas. Semelhante a Harris e Hendricks (1996), o enfermeiro triador funciona como elemento mediador do SU, pois detém a responsabilidade de tornar visível a prestação dos cuidados de enfermagem, incluindo na

sala de espera para triagem, anunciar a continuidade da prestação de cuidados e informar os doentes sobre o objectivo do serviço.

Tendo em conta que o enfermeiro se assume como a pessoa mais indicada para realizar a triagem, deve desenvolver uma série de características desejáveis para que o seu empenho seja eficaz, nesta área tão sensível e frequentemente caótica de um S U. Desta feita, o enfermeiro tem de possuir conhecimentos teórico-práticos que lhe permitam desenvolver uma eficaz avaliação do doente, tem de ter capacidade de organização, ser capaz de tomar decisões rápidas e de realizar uma correcta colheita de dados através da entrevista e observação, ter destreza, dinamismo, agilidade mental, capacidade de liderança e experiência, que lhe permita detectar sinais subtis quanto à acuidade do doente.

Partindo desta complexidade de funções, inerentes ao processo de triagem, (Sheehy's, 2001) informa que a Associação de Enfermeiros de Urgência elaborou uma serie de recomendações relativamente a quem deve desempenhar o papel de enfermeiro triador, tendo instituído que é necessário que o enfermeiro tenha uma experiência mínima de seis meses em práticas de enfermagem de urgência e ter formação específica para realizar tais funções, que lhe vão permitir uma prestação de cuidados eficazes e uma maior à vontade na realização dessas mesmas funções.

### **3-TRIAGEM DE MANCHESTER**

O termo triagem deriva do francês *trier*, que significa “escolher ou seleccionar”, utilizado pelo exército francês, durante a II Guerra Mundial, nos campos de batalha para priorizar o atendimento dos soldados feridos.

O objectivo militar consistia em proporcionar cuidados para tratar lesões menos complicadas, permitindo, deste modo, um rápido regresso à frente da batalha. Todos os soldados em estado considerado crítico recebiam cuidados médicos muito tardiamente. A utilização de sistemas de triagem remota aos anos 60, do século XX, quando a procura de cuidados de urgência ultrapassou os recursos existentes. Contudo, este conceito começou a ser progressivamente utilizado noutras áreas: primeiramente em situações de catástrofe ou de grandes acidentes e, posteriormente, foi introduzido em instituições hospitalares, mais especificamente nos SU, (Gomes, 2008).

Um sistema de triagem traduz-se, basicamente, por uma observação e avaliação do doente, com a finalidade de estabelecer prioridades de atendimento, de modo a reduzir o tempo de espera no serviço e assegurar que os utilizadores recebam o tratamento adequado ao seu estado de saúde. Para Cook e Sinclair (1997), triagem consiste num processo a partir do qual um doente é avaliado no momento da chegada para determinar a urgência do problema e para designar recursos adequados de cuidados de saúde para cuidar do problema identificado. Cheung et al (2002), refere que triagem é o processo que envolve a avaliação de enfermagem, ao doente, no momento da chegada ao departamento de emergência, é-lhe atribuído um nível de prioridade para os cuidados com base na sua acuidade. De acordo com Travers et al (2002), é um método de categorização baseado numa série de preocupações, incluindo a gravidade da doença ou lesão e priorização de doentes para tratamento.

Na perspectiva de Derlet (2003), triagem é uma breve avaliação clínica, que determina o tempo e a sequência em que os doentes devem ser assistidos na urgência.

#### **3.1-TRIAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Um sistema de triagem deve combinar destreza e competência para realizar observações rápidas dos doentes, bem como, recolher toda a informação pertinente acerca do estado de saúde do mesmo. Contudo, o enigma da triagem estabelece, desde longa data, um obstáculo ao bom funcionamento do SU, pelo que a sua implementação constitui um processo complexo que exige a existência de critérios pré-definidos e universais, que pautem o desempenho dos profissionais que a realizam.

No entanto, quando se pretende implementar um sistema de triagem com êxito tem de se obter consentimento e apoio das entidades directivas e oficiais, como também realizar uma preparação prévia dos profissionais de saúde, uma vez que, se trata de um processo dotado de grande responsabilidade.

Todos os dias os SU são confrontados com um grande número de doentes que apresentam uma vasta gama de problemas, provocando uma sobrecarga de trabalho, que varia constantemente, dependendo esta, do número de doentes que recorre ao SU, bem como do estado de saúde que apresentam. Incontestavelmente, esta sobrelotação interfere negativamente na eficácia que se pretende que exista num SU hospitalar.

Neste contexto, torna-se imprescindível a existência de um sistema de triagem para assegurar uma metodologia de trabalho que seja coerente, que respeite a boa prática em situações urgentes, seja fiável, uniforme e objectiva ao longo do tempo e, principalmente, que o atendimento dos doentes seja por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada.

No teor da medicina de urgência, a triagem representa o processo de avaliação imediata e categorização da prioridade de atendimento de todos os doentes que se deslocam ao SU. Assim, as decisões tomadas no processo de triagem são reconhecidas pela sua precisão e sensibilidade, bem como pela necessidade de uniformização do processo. Este processo garante que a assistência médica é prestada em função da prioridade clínica independentemente da ordem de chegada, Gilboy *et al.*, (2005).

O elevado número de casos de urgência, que se verificam na realidade hospitalar, representam um dos maiores problemas da saúde da nossa sociedade que, perante condições ineficientes de atendimento, levam à sobrecarga laboral deste serviço e, em simultâneo, à insatisfação do doente do Serviço Nacional de Saúde.

Cada vez mais, os serviços de urgência hospitalares estão mais sobrelotados, o que estimula a necessidade de implementação de um sistema de triagem válido, confiável e preciso, de forma a ordenar, de forma rápida e eficaz em função da prioridade, os doentes que chegam ao SU.

As regras e o processo de triagem devem ser facilmente entendidas, rapidamente aplicáveis, ter uma elevada taxa de concordância inter-observador e prever o resultado clínico. Gilboy *et al.* (2005), referem que o sistema de triagem ideal deve permitir a distinção rápida dos doentes, a identificação dos que necessitam de cuidados imediatos, bem como contribuir para o aumento da eficácia e eficiência do SU.

De forma a manter a acuidade da triagem dos doentes, todos os níveis de prioridade devem estar clara e perfeitamente definidos, devendo o sistema de triagem reflectir a gravidade do motivo da visita e não o volume de trabalho no serviço. Assim, o modelo de triagem ideal deve caracterizar-se como fiável, válido, útil e relevante. Um processo de triagem eficaz facilita a afectação dos recursos adequados, levando a uma maior satisfação das necessidades dos doentes, dado que este sistema coloca o mesmo no local e momento certo, para receber o nível de cuidados adequados, (Sheehy's, 2001). Ainda para o mesmo autor, existem

componentes que contribuem para aumentar a eficiência deste sistema, bem como a satisfação dos doentes, tais como: um espaço adequado, sistema de comunicação, material, acesso à área de tratamento e um profissional experiente, apoiado por uma equipa multidisciplinar.

Para a realização de um processo de triagem exemplar é necessário que os profissionais que a executem, tenham em mente os objectivos que regem este sistema, relacionando-se o seu objectivo principal com a identificação rápida de doentes que se apresentam com estados de natureza urgente e em risco de vida, (Sheehy's, 2001). O autor acrescenta que além deste objectivo principal, existem objectivos complementares, como, por exemplo, deve avaliar precocemente todos os doentes, de forma a estabelecer prioridades que garantam o acesso aos cuidados de saúde de acordo com gravidade da situação, deve permitir o descongestionamento das áreas de tratamento, bem como regularizar a afluência dos doentes ao SU e deve determinar qual o local de tratamento que melhor se adequa à sua situação.

A utilização do sistema de triagem acarreta vantagens nomeadamente a optimização dos recursos humanos e materiais do SU de modo a proporcionar uma melhoria na organização dos cuidados prestados e, conseqüentemente, um aumento da qualidade desses mesmos cuidados, evita a duplicação de funções, isto é, os doentes são observados pelo clínico especialista segundo a patologia que ostentam, promove um ambiente seguro quer para o doente quer para os familiares, possibilitando, deste modo, atenuar o nível de ansiedade e diminuir factores de tensão, bem como permite diminuir o tempo de espera para os doentes que carecem de cuidados especializados.

Hoje, para se proceder à triagem dos doentes no SU, encontra-se em vigor um novo sistema de triagem, o *Manchester Triage System* (Triagem de Manchester).

### 3.2- SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER

Vários são os sistemas de triagem utilizados ao longo do tempo nos SU, no entanto um dos que apresenta maior acreditação é o Sistema de Triagem de Manchester, o qual se encontra em vigor em Portugal. Este sistema, criado em Inglaterra pelo Grupo de Triagem de Manchester, em Novembro de 1994, pretendia estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros dos SU, objectivando a criação de normas de triagem. Apesar de ter sido criado em 1994, apenas foi implementado em 1997 e, desde então, adoptado como norma em vários hospitais do Reino Unido.

Em Portugal, foi a 18 de Outubro de 2000 que este sistema começou a ser utilizado nos SU, sendo reconhecido pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Enfermeiros e Ordem dos Médicos, (Teixeira, 2006). Foi a partir deste interesse em implementar o Sistema de triagem pelos hospitais, que surgiu o Grupo Português de Triagem, o qual foi educado e formado pelos membros do Grupo de Triagem de Manchester, de acordo com as mesmas normas e critérios

empregues no Reino Unido. A actividade deste grupo é exercida mediante protocolos e em cooperação estreita com o Ministério da Saúde, na promoção e concretização da difusão do sistema, formação, implementação, manutenção e auditorias.

Para que subsistissem normas de triagem comuns aos profissionais de saúde, ficou claro que deviam ser criados objectivos para a sua implementação. Assim sendo, os objectivos a que o grupo se propôs fundamentam-se, basicamente, no desenvolvimento de uma nomenclatura e definições comuns, criação de uma sólida metodologia de triagem, formação de um guia de auditorias para a triagem e desenvolvimento de um programa de formação (Freitas *et al.*, 1997).

Para a realização do processo de triagem é essencial que o enfermeiro seja dotado de uma capacidade resistente de tomada de decisões, obedecendo a uma série de etapas fundamentais, as quais contribuem para tomar uma decisão sólida e consciencializada acerca do destino a atribuir ao doente. Estas etapas devem ser preconizadas pelo enfermeiro triador e englobam a identificação do problema, uma correcta colheita e análise dos dados fornecidos pelo doente, uma avaliação das alternativas e selecção de uma delas para executar, implementação da alternativa seleccionada e, por último, monitorização da alternativa adoptada, bem como, a avaliação dos resultados.

A metodologia da Triagem de Manchester não aspira definir um diagnóstico, mas sim uma prioridade clínica, (Teixeira 2006) permitindo identificar atempadamente e, de forma objectiva e contínua, o doente que necessita de cuidados urgentes. A atribuição de uma prioridade ao doente foi uma decisão que, na opinião de Freitas *et al.* (1997), se fundamentou em três grandes princípios: o primeiro princípio relaciona-se com a gestão clínica dos doentes e com a gestão do SU, que é facilitada pela atribuição de uma prioridade, o segundo princípio diz respeito ao tempo utilizado na triagem, que se for usado para obtenção de um diagnóstico está sentenciado ao fracasso e, finalmente, o terceiro princípio expressa que a prioridade clínica reflecte a sintomatologia apresentada pelo doente, bem como, o diagnóstico.

Este método de triagem requer que os profissionais seleccionem uma das 53 sintomatologias pré-definidas e, procurem seguidamente um número delimitado de sinais e sintomas que discrimine a prioridade clínica a atribuir. Cada conjunto de sinais e sintomas fazem a discriminação entre as prioridades, ou seja, permitem a inclusão da sintomatologia manifestada pelo doente numa das cinco prioridades clínicas, funcionam como discriminadores, que se apresentam sob a forma de fluxogramas e, que podem ser gerais e específicos. Estes discriminadores estão relacionados com o risco de vida, a dor, as hemorragias, o estado de consciência, a temperatura e o agravamento do estado geral do doente, ou seja, são discriminadores que se aplicam a todos os doentes, independentemente da situação que apresentam, (Teixeira 2006).

Este sistema de triagem engloba cinco categorias de urgência: “Emergente ou Vermelha”, “Muito Urgente ou Laranja”, “Urgente ou Amarela”, “Pouco Urgente ou Verde” e “Não Urgente ou Azul”. Em Portugal, com conhecimento e autorização do Grupo de Triagem de Manchester,

foi introduzida a categoria de urgência “Branca”, para designar as situações que não estão relacionadas com uma queixa clínica e que surgem no SU como, por exemplo, um doente que recorre a este serviço para ser observado por um determinado médico, conhecedor da sua situação, (Grupo de Triagem de Manchester, 2002).

<b>Triagem de Manchester</b>	
<b>COR</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
Vermelho	EMERGENTE
Laranja	MUITO URGENTE
Amarelo	URGENTE
Verde	POUCO URGENTE
Azul	NÃO URGENTE

Quadro I - Sistema de cores correspondente ao funcionamento da Triagem de Manchester  
(Fonte: [www.croc.min-saude.pt](http://www.croc.min-saude.pt))

#### **4-COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO/ DOENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

A nível etimológico, o termo comunicação deriva do verbo *comunicar* que designa tornar comum, compartilhar, participar ou partilhar, (Potter e Perry, 2006). De acordo com Ryley (2004) comunicar consiste num processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes.

No processo comunicativo, além destes elementos básicos, intercede outro igualmente importante, que é o ambiente, o qual diz respeito ao local onde sucede a interacção entre o emissor e o receptor (Potter e Perry, 2006).

São inúmeras as circunstâncias em que os profissionais de enfermagem e, principalmente os que exercem a sua profissão num SU, têm que enfrentar para estimular o doente a expressar sentimentos e vivências em relação ao seu problema de saúde. Entre as várias situações que podem estar presentes num SU destacam-se os ruídos existentes, a presença de pessoas estranhas ou até mesmo outros membros da equipa de saúde, a restrição do espaço, bem como, a proximidade dos doentes em maca, pode inibir a conduta do doente.

A comunicação não é estabelecida apenas pela dimensão verbal, pois as mensagens também são transmitidas por meio de comunicação não verbal, ou seja, por meio da linguagem corporal. Na utilização destas duas formas de comunicação pode constatar-se que estas se complementam pois, a comunicação verbal utiliza as palavras expressas por meio da linguagem escrita e falada e a comunicação não verbal pode ou não completar, contradizer e substituir a comunicação verbal, além de evidenciar sentimentos e emoções (Potter e Perry, 2006).

##### **4.1-A COMUNICAÇÃO E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

A comunicação verbal diz respeito a toda a comunicação que se emprega através de palavras ou signos. No que concerne aos cuidados de enfermagem, esta forma de comunicação sustenta múltiplos objectivos, entre os quais, permite fortalecer o doente na sua existência e na sua identidade, pela escuta e pelas reacções. A comunicação facilita a aceitação do outro, bem como, permite ao enfermeiro ter uma adequada percepção das necessidades sentidas pelo doente (Ryley, 2004).

No contexto prático, esta comunicação muitas vezes acontece de forma difícil. Assim, o enfermeiro, quando se encontra em interacção com o doente ou com a família deste, deve exprimir-se de maneira a ser compreendido.



Como já foi dito, a comunicação não se refere apenas às palavras, à sua estrutura e sentido, mas também à vertente não verbal, à linguagem corporal e ao contexto onde é produzida, constituindo um sistema comunicacional único. Assim, quando os indivíduos interagem entre si, a comunicação entre eles não passa só pelas palavras, mas igualmente pelas mensagens não verbais, de natureza diversa que as acompanham, podendo estas constituir, só por si, um acto de comunicação particularmente eficaz.

Na verdade, é a comunicação não verbal do indivíduo que contém a expressividade de todo o seu ser, o jogo de todas as suas relações, a dialéctica das suas transferências, o nível das suas aspirações e o grau das suas expectativas. Por vezes, a comunicação não verbal torna-se mais importante que a verbal, pois os comportamentos não verbais são mais espontâneos, não são tão seleccionados nem controlados como acontece com os comportamentos verbais (Potter e Perry, 2006).

Relativamente à prática de enfermagem, tem-se vindo a verificar um interesse crescente pela qualidade dos cuidados e, paralelamente, pela necessidade de melhorar a qualidade da formação dos profissionais, no âmbito das competências comunicacionais. Ao longo dos últimos anos, o ensino de enfermagem, à semelhança de outros tipos de ensinos, tem sofrido grandes mudanças devido, principalmente, aos paradigmas da formação, dos seus pressupostos sociopedagógicos e ao próprio contexto profissional.

Na realidade, na sociedade em geral e na saúde em particular, são estas mudanças que têm provocado alterações sociais, tecnológicas e científicas, estabelecendo, novos desafios, novas responsabilidades e novas expectativas aos enfermeiros, que se vêem confrontados com uma prática cada vez mais exigente, implicando um processo de formação também ele cada vez mais exigente e diferenciado (Abreu, 2001).

Neste contexto, torna-se essencial reflectir sobre o significado de competência, a competência do profissional de enfermagem resulta de *um saber agir, de um querer agir e de um poder agir*, sendo que o saber agir envolve as tomadas de decisão e exige um pensamento reflexivo, o querer agir pressupõe a motivação para a acção, a intervenção e o reconhecimento e o poder agir subentende a existência de contextos favoráveis ao desenvolvimento de competências.

Mediante estes conceitos de competência comunicativa, parece não haver dúvidas sobre a importância dos saberes da experiência e dos contextos de trabalho no desenvolvimento de capacidades no domínio da comunicação em saúde. Contudo, são ainda muitos os enigmas da comunicação dos profissionais de enfermagem, na medida em que esta temática constitui ainda uma das queixas mais frequentes dos doentes e dos seus familiares, (Corney, 2000).

Para contrariar esta tendência, é essencial que os enfermeiros aprendam a empregar de forma consciente a competência em comunicação humana, ou seja, devem tornar a sua comunicação, quer verbal ou não verbal, a mais lucrativa possível para que possam contribuir para um crescente bem-estar do doente que carece dos seus cuidados. Nesta vertente, o enfermeiro está a incrementar o seu potencial para os relacionamentos interpessoais, no

entanto, deve ter sempre presente, que a forma mais adequada para comunicar com o doente e com a família deve ser convicta e planeada, ou seja, deve assentar na comunicação terapêutica (Stefanelli *et al.*, 2005). De forma a tornar a comunicação terapêutica mais eficiente, o enfermeiro deve recorrer a algumas estratégias. É certo que, de acordo com o mesmo autor as estratégias são instrumentos que auxiliam e possibilitam o desenvolvimento do processo de enfermagem, contudo, devem ser usadas adequadamente pois, caso contrário, não satisfazem os requisitos a que concedem relevância.

#### 4.2- SATISFAÇÃO DOS DOENTES

Nas últimas décadas, a saúde deixou progressivamente de ser considerada um bem não negociável, passando a ser perspectivada como um bem de consumo, comparável a todas as outras empresas do mercado. Na verdade, foi principalmente a partir da revolução industrial ocorrida no século XVIII, e devido à concepção de uma grande competitividade gerada desde então no mundo, que o conceito de qualidade e de prestação de cuidados de qualidade se difundiu entre as várias instituições de saúde, constituindo, desde modo, um dos factores mais importantes, pois qualificava o sucesso ou o fracasso da estrutura organizativa. Aspectos como confiança, actualização, competência, humanidade, agilidade, pontualidade, cordialidade, preparo técnico-científico e organização do ambiente de trabalho são todos, sem excepção, factores de referência para a satisfação do doente que utiliza um serviço de saúde (Russo, 2003), que neste caso, se remete ao SU, mais especificamente, ao contacto que se estabelece entre este e o enfermeiro da triagem.

É neste sentido que se considera que a satisfação dos doentes, relativamente aos cuidados de enfermagem, constitui um importante indicador da qualidade dos cuidados prestados.

De facto, conhecer o grau de satisfação dos doentes permite, aos dirigentes da instituição que prestam cuidados de saúde, detectar possíveis insuficiências na sua organização, analisar a sua actuação e adoptar medidas correctivas capazes de satisfazer as expectativas e necessidades dos seus utilizadores. Neste contexto, a satisfação constitui uma possibilidade de abrir a organização ao cidadão e deve incorporar a sua opinião e reivindicações, contribuindo para uma tomada de consciência mútua, tanto dos profissionais, como dos cidadãos.

Constata-se, então, que os serviços de saúde devem expressar um papel mais activo na prestação de cuidados de qualidade. Quer isto dizer que devem responder a um conjunto muito mais amplo e complexo de questões, que ultrapassam a mera supressão de sintomatologia patológica, mas que deve cuidar do doente de forma holística, bem como enfatizar a saúde percebida pelos doentes, isto é, considerar que os doentes compreendem as suas necessidades e são capazes de optar quanto à natureza dos serviços mais adequados para satisfazer essas mesmas necessidades (Roseira *et al.*, 1999).

Os mesmos autores alertam para a importância de se obter alguns indicadores sobre a satisfação dos doentes dos serviços de saúde, a qual só será verdadeiramente significativa a partir do momento em que essa prática seja efectuada com regularidade, permitindo o controlo dos avanços implementados e, simultaneamente, a actualização do conhecimento acerca do efeito das políticas e das intervenções na área dos serviços de saúde. Assim, ouvir a voz do doente não só passa a ser uma necessidade da qualidade ambicionada mas, também, um aperfeiçoamento da sua dignidade enquanto cidadão e consumidor de cuidados de saúde.

O conceito de satisfação surge como uma atitude do sujeito face a um objecto, na perspectiva de Roseira *et al.* (1999) e neste caso, os serviços de saúde nas suas várias vertentes, nomeadamente os profissionais de saúde e outros, os cuidados prestados e respectivos resultados. A satisfação resulta da avaliação feita pelo sujeito em função das suas necessidades percebidas, expectativas e resultados obtidos. É um estado interno que pressupõe elementos afectivos e cognitivos na avaliação dos recursos e respostas do meio, às necessidades do indivíduo.

Estas atitudes a que os autores se referem são relativas a experiências subjectivas face a um objecto, incluindo a dimensão avaliativa - afectiva. Estas existem suportadas por crenças, que constituem a sua componente cognitiva, isto é, as atitudes ocorrem em função das crenças a que determinados objectos estão associados, o que implica que, no tempo presente, as atitudes face aos serviços de saúde estejam intimamente ligadas às crenças e representações sociais, relativas à saúde/doença e ao papel da medicina e dos profissionais de saúde.

Assim, tendo em conta as três componentes das atitudes (afectiva, cognitiva e comportamental), verifica-se que as atitudes dos doentes face aos serviços de saúde incluem uma dimensão emocional, de adesão empática, comparativamente à relação humana que se estabelece com os profissionais de saúde. Relativamente ao comportamento dos doentes, pode acrescentar-se que este é influenciado pela forma como cada doente percebe a realidade que o rodeia, sendo esta percepção, na maior parte das vezes, em função do que lhes é significativo e importante (Roseira *et al.*, 1999).

Além das atitudes, estes mesmos autores consideram que as impressões constituem outro aspecto a ter em consideração na avaliação da satisfação dos doentes. Neste âmbito, consideram que as impressões acerca das pessoas e objectos são criadas sem que para tal se necessite de muita informação, podendo esta ser obtida directa e/ou indirectamente através do “ouvi dizer”. De facto, a impressão inicial serve de filtro para perceber e explicar a informação do meio circundante, bem como prever os acontecimentos e comportamentos futuros.

Desta feita, pode afirmar-se que as atitudes e as impressões dos doentes face ao contacto com o enfermeiro da triagem são altamente influenciadas pelas suas emoções, expectativas e necessidades percebidas, sendo que, a relação que se estabelecerá neste primeiro contacto, reveste-se de particular importância, uma vez que ditará uma avaliação subjectiva da qualidade dos cuidados por ele compreendidos, bem como as atitudes, os afectos e os comportamentos que o doente manifestará ao longo da sua permanência no SU.

## **5 – OPÇÕES METODOLÓGICAS DO ESTUDO**

A Enfermagem necessita de produção e de renovação contínua do conhecimento, as quais só podem ser garantidas através da investigação. Por tal, a investigação pode dar um elevado contributo à prática clínica de Enfermagem, nomeadamente na identificação de saberes inerentes à prática, por meio de um processo de natureza indutiva e, ao mesmo tempo, na validação dos saberes, através de processos de natureza dedutiva.

A metodologia consiste num processo de aquisição de conhecimentos que se define pelo recurso a métodos reconhecidos de colheita, de classificação, de análise e de interpretação dos dados. (Fortin, 2003)

Após a conclusão da revisão bibliográfica, na qual foram clarificados os conceitos a utilizar e delimitada a área específica a estudar, é imperativo projectar o caminho que possibilita avançar para a análise científica de uma realidade, dando sentido à fundamentação teórica realizada.

### **5.1 - OBJECTIVO DO ESTUDO**

A formulação dos objectivos é essencial para o sucesso de qualquer investigação, uma vez que se define a sua natureza e o tipo de problema em análise. Assim, pode dizer-se que o objecto de uma investigação consiste no conjunto de relações sociais sobre as quais se aspira produzir saber e experiência.

O objectivo de um estudo consiste num enunciado declarativo que clarifica as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação, indicando o que o que o investigador pretende fazer no decorrer do seu estudo. (Vaz Freixo, 2009).

O acolhimento do doente na unidade de saúde, neste caso específico, na triagem do SU, constitui uma dimensão francamente indispensável, dado que se trata do primeiro contacto do mesmo com a instituição prestadora de cuidados, através dos profissionais de enfermagem que a suportam. Assim, é durante o acolhimento que o doente vai assimilar todas as condutas do profissional de enfermagem, o que irá ditar todo o desenrolar e permanência do doente na instituição prestadora de cuidados.

Por tal, bem como pelo facto do Sistema de Triagem de Manchester constituir instrumento da prática diária de cuidados de enfermagem, portanto motivo de interesse pessoal, surge como objecto de estudo.

Decorrente do problema enunciado, formulam-se as seguintes questões de investigação:

1 – Será que os doentes do Serviço de Urgência simulam e/ ou exageram os seus sinais e/ ou sintomas para serem classificados com categorias de urgência "Muito Urgente" e "Urgente"?

2 - De que forma a implementação do Sistema de Triagem de Manchester contribui para a satisfação dos doentes?

3 – Como se processa a comunicação entre o profissional de saúde/ doente durante a triagem.

Assim, o presente estudo centra-se na satisfação dos doentes face à comunicação com o enfermeiro da triagem, num SU de um hospital da zona norte do país, objectivando saber se os doentes desse SU simulam e/ ou exageram os seus sinais e/ ou sintomas para serem classificados com categorias de urgência "Muito Urgente" e "Urgente"; verificar de que forma a implementação do Sistema de Triagem de Manchester contribui para a satisfação dos doentes e averiguar como se processa a comunicação entre o profissional de saúde/ doente durante a triagem.

## 5.2 - CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS SUJEITOS DA AMOSTRA

A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte da mesma população, deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada, (Fortin, 2003). Assim, a população deste estudo são os doentes do SU de um hospital da zona norte de Portugal.

Uma amostra pode ser constituída por um conjunto de sujeitos retirados de uma população, constituindo a amostragem num conjunto de operações que permitem escolher um grupo de sujeitos ou qualquer outro elemento representativo da população estudada. (Vaz Freixo, 2009). O mesmo autor refere que são as características da população que definem o grupo de sujeitos a ser incluído no estudo e a clarificar os critérios de selecção. Após esta fase, o mesmo autor acrescenta que o investigador deve seleccionar o método de amostragem adequado e a dimensão da amostra, sendo este um factor determinante para se chegar a resultados significativos.

Deste modo, a amostra deste estudo é constituída por 200 doentes do SU de um hospital da zona norte de Portugal.

## 5.3 - MODO DE INVESTIGAÇÃO E PROCEDIMENTOS ADOPTADOS

O modo de investigação é o quadro geral que melhor permite ao investigador abordar a realidade a investigar, que neste caso é a satisfação dos doentes face à comunicação com o enfermeiro da triagem, (Vaz Freixo, 2009).

Neste estudo privilegiou-se uma investigação de carácter qualitativo, em que fosse possível interpretar as lógicas de acção dos actores do caso em estudo. Quando se recorre ou opta por

uma investigação qualitativa a preocupação central não é saber se os resultados são susceptíveis de generalização, mas sim a que outros contextos e sujeitos a eles podem ser generalizados, (Bogdan e Biklen, 1994).

No método qualitativo, o investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, não procurando controlá-los, visando expandir o conhecimento. Por este motivo, a compreensão do investigador e dos participantes no processo de investigação assume grande relevância. (Vaz Freixo, 2009)

Tendo em conta as características da investigação, recorreu-se a uma grelha de observação participante enquanto técnica de recolha de dados (Anexo I), a qual permite registar dados importantes para as futuras conclusões da investigação.

A elaboração do instrumento de recolha de dados é uma etapa importante no planeamento de qualquer pesquisa. Para recolher dados, seleccionaram-se instrumentos de acordo com o tema, com a localização do universo ou a amostra e com a finalidade do estudo. Um instrumento de colheita de dados deve ser composto por um conjunto de questões, que permite colher a informação necessária, válida e pertinente à realização do trabalho de investigação, (Polit e Hungler, 2004).

Recorreu-se, igualmente, à observação naturalista. A observação é como um acto pelo qual se constata um facto, quer se trate de uma verificação espontânea ou ocasional, quer se trate de uma verificação metódica ou planeada. A observação é uma actividade de que o ser humano sempre se serviu no contexto das suas interacções, podendo mesmo dizer-se que é intrínseca ao ser humano, (Vaz Freixo, 2009).

A técnica utilizada para o tratamento da informação recolhida pela aplicação do instrumento de recolha de dados foi a análise de conteúdo, tratando-se de uma técnica de eleição para reunir, organizar e classificar dados de forma controlada, permitindo mostrar a importância atribuída pelos sujeitos aos temas estudados, (Vala, 2001).

## 6- AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

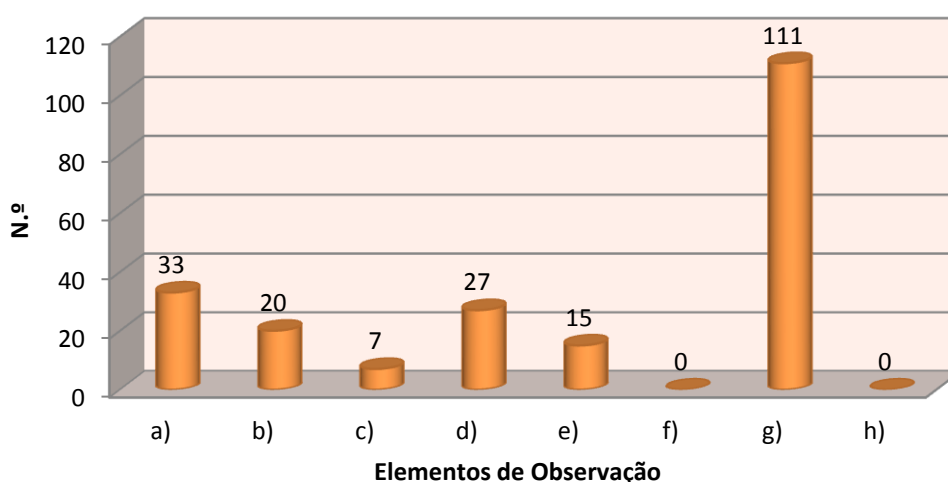
Neste capítulo procede-se à avaliação, análise e discussão dos resultados obtidos através das grelhas de observação.

### 6.1 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

**Tabela 1 - Simulação e/ ou exagero dos sinais e/ ou sintomas por parte dos doentes do S. U.**

Nº de Observações=200		Total
a)	Exagerar sinais e/ ou sintomas	33
b)	Simulação de falta de ar	20
c)	Simulação de lipotimia/ “desmaio” ou “morte iminente”	7
d)	Aumentar o tempo de duração da queixa (prolongamento da queixa no tempo)	27
e)	Mentir quanto à interferência da queixa nas actividades de vida diárias	15
f)	Alegar que foram vítimas de acidentes e quedas	0
g)	Manifestar intensificação da dor ou dores especialmente localizadas e de outros focos de dor	111
h)	Procura de uma ambulância no hospital, simulando terem sido transportados nela	0

**Gráfico 1 - Simulação e/ ou exagero dos sinais e/ ou sintomas por parte dos doentes do S.U.**



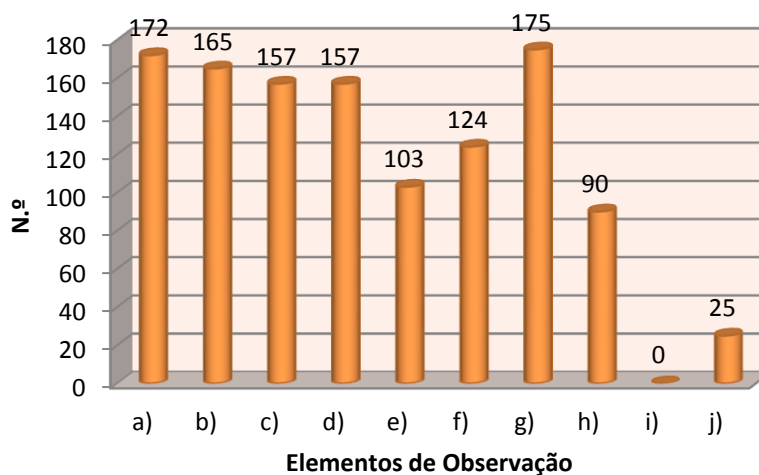
De acordo com os elementos presentes na Tabela e Gráfico 1, verifica-se que mais de metade dos doentes observados (n= 111) manifesta intensificação da dor ou dores especialmente

localizadas (ex. dor torácica/ “dor no peito”). Um número consideravelmente reduzido de doentes (n= 7) simula lipotimia/ “desmaio” ou “morte iminente”. Nenhum doente alega ter sido vítima de acidentes e quedas ou procura uma ambulância no transporte ao hospital, simulando terem sido transportados nela

**Tabela 2 - Implementação do Sistema de Triagem de Manchester como contributo para a satisfação dos doentes**

Nº de Observações=200		Total
a)	Recepção adequada pelo Enfermeiro na Triagem	172
b)	Simpatia demonstrada pelo Enfermeiro	165
c)	Paciência demonstrada pelo Enfermeiro	157
d)	Disponibilidade demonstrada pelo Enfermeiro da Triagem para o ouvir	157
e)	Importância demonstrada pelo Enfermeiro relativamente ao seu problema	103
f)	Manutenção da privacidade do doente por parte do Enfermeiro	124
g)	Linguagem adequada utilizada pelo Enfermeiro na Triagem	175
h)	Explicações fornecidas pelo Enfermeiro acerca dos procedimentos efectuados	90
i)	Explicação da utilidade da pulseira, significado das cores e tempo de espera até atendimento médico	0
j)	Satisfação global dos doentes relativamente ao contacto com o Enfermeiro na Triagem	25

**Gráfico 2 - Implementação do S. T. M. como contributo para a satisfação dos doentes**



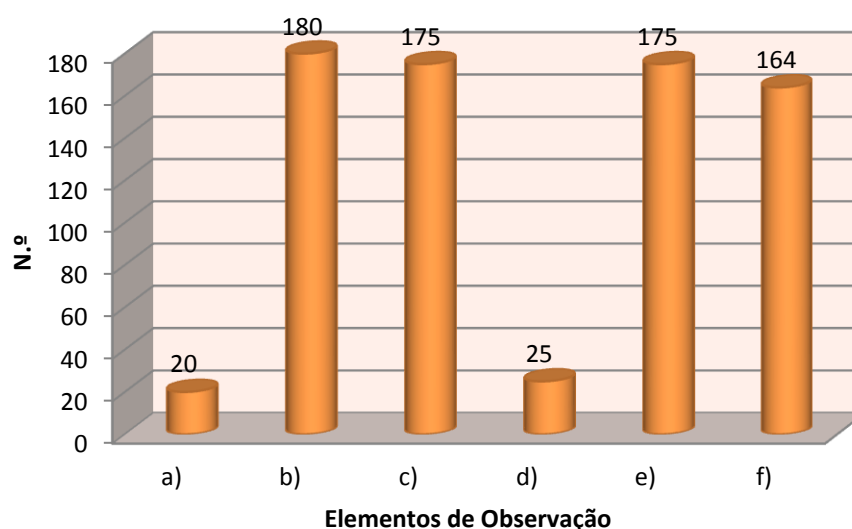


Segundo os dados apresentados na Tabela e Gráfico 2, observa-se que apenas uma pequena parte dos doentes (n=25) considera que a implementação do sistema de Triagem de Manchester contribui para a sua satisfação. Em grande parte das observações, os doentes foram adequadamente recebidos pelo enfermeiro na triagem. O enfermeiro demonstrou simpatia, paciência e disponibilidade. O enfermeiro da triagem demonstrou ainda preocupação relativamente à privacidade do doente e utilizou linguagem adequada na maioria das observações. No entanto não foi fornecida explicação da utilidade da pulseira, significado das cores e tempo de espera até atendimento médico a nenhum doente (n=0).

**Tabela 3 - Comunicação entre o profissional de saúde/ doente durante a triagem**

Nº de Observações=200		Total
a)	Só utiliza termos técnicos	20
b)	Utiliza termos técnicos mas “traduz” o seu significado	180
c)	Explica de forma sintética o que é de maior importância a ser transmitido	175
d)	Explicação muito vaga ou inexistente	25
e)	Explicação clara e concisa	175
f)	Comunicação empática	164

**Gráfico 3 - Comunicação entre o profissional de saúde/ doente durante a triagem**



Quanto à comunicação entre o profissional de saúde/ doente durante a triagem, tendo em conta os elementos de observação que compõem a Tabela e Gráfico 3 constata-se que grande parte dos doentes (n =175) considera que o enfermeiro explica de forma sintética o que é de maior importância a ser transmitido, que as explicações que lhes foram dadas claras e concisas, bem como apontam haver uma comunicação empática (n=164).

Em 25 observações as explicações dadas foram muito vagas ou inexistentes e em 20 observações o enfermeiro só utilizou termos técnicos.

## 6.2 - ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A enorme procura dos SU é uma realidade ainda muito visível nos hospitais, existindo, muitas vezes, uma má e inadequada utilização dos mesmos pelos doentes, transformando-os numa das áreas mais problemáticas do Sistema Nacional de Saúde. Os doentes recorrem ao SU por motivos completamente desadequados, como é exemplo, uma simples constipação ou uma dor de cabeça mais forte, e que a oferta das estruturas de saúde do Sistema Nacional de Saúde, como os Centros de Saúde, é limitada, no que concerne aos equipamentos, recursos materiais e humanos.

Esta situação compromete o bom funcionamento do SU e, conseqüentemente, o atendimento dos doentes que na realidade precisam de cuidados que competem a este serviço, que são todos aqueles que vivenciam doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente. Assim, este facto é predisponente de um impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados, não só pela deslocação de recursos materiais, mas também pela deslocação de recursos humanos, ambos obstáculos à humanização dos cuidados prestados aos doentes por parte dos profissionais de saúde.

Como forma de reverter este quadro largamente desfavorável, ponderou-se a importância de se implementar um sistema de triagem, sendo o que vigora em Portugal o Sistema de Triagem de Manchester, o qual tem por finalidade priorizar os doentes de acordo com o grau de gravidade clínica com que ocorrem ao SU, tendo sempre em vista cuidados de saúde mais equitativos e adequados a cada situação, pois cada caso é um caso.

No entanto, este ou qualquer outro sistema de triagem só é realmente eficaz se realizado por um profissional de saúde com destreza e competência. Da mesma forma, deve ter capacidade para efectuar observações rápidas dos doentes, bem como capacidades e habilidades comunicacionais que lhe permitam estabelecer uma relação positiva com os doentes.

Por tudo o que foi anteriormente referido, o enfermeiro é, por excelência, o profissional de saúde mais indicado para a realização da triagem. Além disto, o acolhimento, sempre que realizado pelo enfermeiro, apresenta níveis crescentes de qualidade e de humanização.

Para um melhor entendimento do relacionamento dos enfermeiros da triagem com os doentes, realizou-se este estudo, com o objectivo principal de identificar o grau de satisfação dos doentes, relativamente à comunicação que o enfermeiro da triagem estabelece com eles. Desta feita, após a recolha e apresentação dos resultados obtidos, realça-se que, de uma forma global, os doentes se encontram satisfeitos com o contacto com o enfermeiro triador, tendo-se verificado que muitos dos doentes observados manifestam intensificação da dor ou dores especialmente localizadas (ex. dor torácica/ “dor no peito, no entanto, é reduzido o número de doentes que exagera os sinais e sintomas que os levam a procurar o SU, levando a afirmar que, na generalidade, os doentes não simulam, mas tendem a exagerar os sinais e/ ou sintomas quando acorrem ao SU.

De acordo com a revisão bibliográfica, o conhecimento do enfermeiro deve contemplar conhecimento na acção (saber-fazer) a reflexão na e sobre a acção (saber pensar e investigar), pelo que a formação em enfermagem só tem sentido na articulação entre estes dois factores.

No global, apenas uma pequena parte dos doentes observados considera que a implementação do sistema de Triagem de Manchester contribui para a sua satisfação. No entanto, a maioria dos doentes realça a forma como foram recebidos pelo enfermeiro na triagem, a preocupação demonstrada pelo enfermeiro relativamente à sua privacidade e a linguagem utilizada pelo enfermeiro. Um número considerável de doentes referiu a simpatia demonstrada pelo enfermeiro, a paciência demonstrada pelo enfermeiro e a disponibilidade demonstrada pelo enfermeiro os ouvir e as explicações proporcionadas pelo enfermeiro acerca dos procedimentos efectuados. Estes resultados encontram-se na linha de pensamento de Beveridge *et al* (1998), os quais consideram que no processo de triagem a capacidade de comunicação do enfermeiro triador, a sua sensibilidade, paciência, compreensão e descrição, a capacidade organizativa e a capacidade para actuar em situações éticas são aspectos essenciais para a satisfação do doente, até porque as atitudes e as impressões dos doentes face ao contacto com o enfermeiro da triagem são influenciadas pelas suas emoções, expectativas e necessidades percebidas.

Por fim, observou-se que todos os doentes consideram que o enfermeiro explica de forma sintética o que é de maior importância a ser transmitido e que quase todos consideram as explicações que lhes foram dadas claras e concisas, bem como apontam haver uma comunicação empática, levando a concluir que, na generalidade, se encontram satisfeitos com a comunicação estabelecida entre si e o enfermeiro da triagem.

Estes resultados vão ao encontro da revisão bibliográfica, nomeadamente no que é referido por Teixeira (2006), em que a triagem realizada por enfermeiros fomenta a humanização do acolhimento do doente e da família, possibilitando uma boa relação entre enfermeiro-doente, atenuando sentimentos como a ansiedade, a agressividade ou impaciência do doente e família, através da explicação calma e precisa sobre o processo de triagem e o seu objectivo. Também Rocha e Dias (1996) defendem que o enfermeiro deve basear o seu perfil na responsabilidade,

autonomia, competência, eficácia, segurança, conhecimentos teórico-práticos perspicazes e actualizados.

Da mesma forma, confirmam o preconizado pelos artigos 84 e 86 do estatuto da Ordem dos Enfermeiros, que apontam como competência do enfermeiro informar o doente e família sobre os cuidados de enfermagem a serem realizados e a respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, bem como respeitar a intimidade do doente, protegê-lo da intromissão e salvaguardar a sua privacidade e intimidade, no momento da realização dos cuidados de enfermagem.

## **7-CONCLUSÃO**

Atendendo ao cenário actual que envolve a utilização dos SU pelos doentes, persiste a preocupação sobre a adopção das melhores práticas para a concretização da missão dos S U, isto é, a prestação de cuidados de saúde ao doente com doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente. É neste contexto que se procedeu à implementação do Sistema de Triagem de Manchester nos SU dos hospitais portugueses, visando identificar, para tratar, os doentes com doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente. Este sistema de triagem foi implementado em Portugal decorria o ano de 2000, num contexto político e administrativo e/ ou de gestão denominado *Reestruturação dos SU*. Actualmente, enquadra-se num contexto mais amplo e globalizante, denominado *Requalificação das Urgência do SNS*, englobando todos os SU, seja em ambiente hospitalar, ou pré-hospitalar.

O Sistema de Triagem de Manchester está integrado numa das vertentes da acção da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências, que consiste na divulgação de recomendações de boa prática, organização e gestão dos SU, que visam uma resposta adequada às situações de emergência e urgência médica.

O presente estudo revela que, na generalidade, os doentes não simulam, mas tendem a exagerar os sinais e/ ou sintomas quando acorrem ao S U, reconhecem que a triagem contribui para a sua satisfação enquanto doentes e que estes se encontram satisfeitos com a comunicação estabelecida entre si e o enfermeiro da triagem.

Este estudo constituiu uma experiência bastante enriquecedora, uma vez que, permitiu desenvolver competências e saberes na área de investigação, obrigando as autoras a manifestar uma atitude crítico-reflexiva acerca da actual situação do Sistema Nacional de Saúde, mais especificamente a nível do SU, bem como da excelência dos cuidados de enfermagem e da importância de um bom relacionamento entre o enfermeiro e o doente, tendo como linha orientadora a satisfação dos mesmos.

Finalizando, considera-se que o presente estudo poderá constituir um importante instrumento para posteriores trabalhos de investigação. Deste modo, pode considerar-se pertinente perspectivar novos estudos de investigação nesta ainda pouco “desbravada”.

Deste modo, espera-se obter ganhos qualitativos no conteúdo e tratamento da informação, criando novas funcionalidades, quer no que se refere à prática clínica e ao encaminhamento e gestão dos doentes, quer relativamente ao processo de administração de saúde.

## **8- BIBLIOGRAFIA**

ABREU, W. - Identidade, formação e trabalho. Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros. Lisboa: Formasau, 2001.

BEVERIDGE, R., CLARKE, B., JANES, L. *et al* (1998). Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department & Acuity Scale. Disponível em <http://caep.ca/CMS> Visitado em 10 de Novembro de 2010.

BOGDAN, R. ; BIKLEN, S. - Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria e aos Métodos. Porto: Porto Editora, 1994.

CABRAL, A.; GALVÃO, P. - O Enfermeiro e a Triagem Telefónica. Sinais Vitais, pag. 48-50, 1999.

CANÁRIO, R. - Educação de Adultos. Um campo e uma problemática. Educa formação, 2000.

CHEUNG,W; HEENEY, .L; POUND, J. - An Advance Triage System. Accident and Emergency Nursing, pag. 10-16, 2002.

COOK, S. ; SINCLAIR, D. - Emergency Department Triage: a program assessment using the tools of continuous quality improvement. Journal of Emergency Medicine, pag. 889-894, 1997.

CORNEY, R. - O desenvolvimento de perícias da comunicação e aconselhamento em medicina. Lisboa: Climepsi, 2000.

DERLET, R. – Triage (2003). Disponível em <http://www.emedicine.com> Visitado em 11 de Novembro de 2010

FORTIN, Marie-Fabienne – O Processo de Investigação: Da concepção à realização. Lisboa: Lusociência, 2003.

FREITAS, P. *et al.* - Triagem no Serviço de Urgência – Grupo de Triagem de Manchester. Editora Paulo Freitas, 1997.

GILBOY, N.; TANABE, À; TRAVERS, D.; *et al*- Emergency Severity Index. Implementation Handbook. AHRQ Publication. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, May, 2005. Disponível em [www.ahrq.gov/research/esi/esi3.htm](http://www.ahrq.gov/research/esi/esi3.htm) Visitado em 25 de Outubro de 2010.

GOMES, Cristina Filipa Pinheiro - Contacto com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência: Satisfação do Utente. Ponte de Lima, Universidade Fernando Pessoa, 2008.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM DE MANCHESTER - Triagem no Serviço de Urgência –

Manual do Formando (2.ª ed.). Lisboa: BMJ Publishing Group., 2002.

HARRIS, J. ; HENDRICKS, J. - The lifeline of triage. Accident and Emergency Nursing, pag. 82-87, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE-COMISSÃO TÉCNICA DE APOIO DO PROCESSO DE REQUALIFICAÇÃO DAS URGÊNCIAS (2007). Disponível em: [www.portaldasauade.pt](http://www.portaldasauade.pt) Visitado em 22 de Outubro de 2010.

NETO, A. *et al.* - Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro do serviço de urgência. Servir, nº 51, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem 2005 Disponível em: [www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf) Visitado em 14 de Novembro de 2010.

POLIT, D. F. ; HUNGLER, B. P. – Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3ª Edição, Porto Alegre: ARTES Médicas, 2004.

POTTER, Patrícia; PERRY, Ann Griffin – Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2006.

-RILEY, Júlia Balzer- Comunicação em enfermagem. 4ª ed. Loures: Lusociencia, 2004. ISBN 972-8383-81-9.

-ROCHA, Maria Lúcia, DIAS; António Osvaldo da Silva - Enfermagem de urgência: Uma perspectiva de intervenção. Informar. Lisboa. nº 7(Outubro/Dezembro 1996).

ROSEIRA, L. *et al.* - Comunidade e Saúde, satisfação dos utentes e voluntariado. Porto: Edições Afrontamento, 1999.

RUSSO, F. - Gestão em Odontologia. São Paulo. Lovise, 2003.

SHEEHY'S, Susan – Enfermagem de Urgência. Da Teoria à Prática. 4ª ed. Loures: Lusociência, 2001.

SISTEMA DE CORES CORRESPONDENTE AO FUNCIONAMENTO DA TRIAGEM DE MANCHESTER. Disponível em: <http://www.croc.min-saude.pt/Emergencia/Triagem>. Visitado em 20 de Outubro de 2010.

STEFANELLI, M. C. *et al.* - A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Brasil: Editora Manole Ltda, 2005.

TEIXEIRA, J. - Manual de Urgências e Emergências. Lousã: Lidel, 2006.

TRIVERS, D.; WALLER, A.; BOWLING, J. et al - Five-level Tiage System More Effective than Three-level in Tertiary Emergency Department. Journal of Emergency Nursing, pp. 395-400, 2002.

VALA, Jorge - A análise de conteúdo. In A. Santos Silva e J. Madureira Pinto (orgs.) - Metodologia das Ciências Sociais. Porto: Afrontamento, 2001.

VAZ-FREIXO, M. J. – *Metodologia Científica – Fundamentos Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget, 2009.

WOOD, D. - On the Level(s) (2004). Disponível [http://www.nurseweek.com/news/features/04-06/tiage\\_print.html](http://www.nurseweek.com/news/features/04-06/tiage_print.html). Visitado a 2 de Novembro de 2010.



ANEXOS  
(Grelha de observação)

**Grelha de Observação Participante**

**Situação a Observar:** Satisfação do Utente: contacto com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência **Estágio:** S. U. – Unidade de Vila Real

Nº Observação:


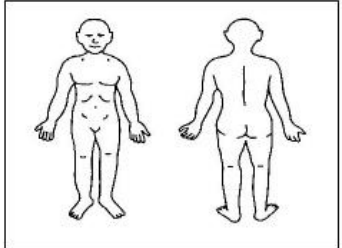
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2010

Tópicos de Observação	Elementos Específicos Observação		Não Verificado	Verificado	Obs.
1. Simulação e/ou exagero dos sinais e/ou sintomas por parte dos utentes do Serviço de Urgência	a)	Exagerar sinais e/ ou sintomas			
	b)	Simulação de falta de ar			
	c)	Simulação de lipotimia/ “desmaio” ou “morte iminente”			
	d)	Aumentar o tempo de duração da queixa (prolongamento da queixa no tempo)			
	e)	Mentir quanto à interferência da queixa nas actividades de vida diárias			
	g)	Alegar que foram vítimas de acidentes e quedas			
	h)	Manifestar intensificação da dor ou dores especialmente localizadas (ex. dor torácica/ “dor no peito”) e existência de outros focos de dor			
	i)	Procura de uma ambulância no transporte ao hospital, simulando terem sido transportados nela			
	2. Implementação do Sistema de Triagem de Manchester como contributo para a satisfação dos utentes	a)	Recepção adequada pelo Enfermeiro na Triagem		
b)		Simpatia demonstrada pelo Enfermeiro			
c)		Paciência demonstrada pelo Enfermeiro			
d)		Disponibilidade demonstrada pelo Enfermeiro da Triagem para o ouvir			
e)		Importância demonstrada pelo Enfermeiro relativamente ao seu problema			
f)		Mantenção da privacidade do utente por parte do Enfermeiro			
g)		Linguagem adequada utilizada pelo Enfermeiro na Triagem			
h)		Explicações fornecidas pelo Enfermeiro acerca dos procedimentos efectuados			
i)		Explicação da utilidade da pulseira, significado das cores e tempo de espera até atendimento médico			
j)		Satisfação global dos Utenes relativamente ao contacto com o Enfermeiro na Triagem			

<b>3. Comunicação entre o profissional de saúde/ doente durante a triagem</b>	a)	Só utiliza termos técnicos			
	b)	Utiliza termos técnicos mas “traduz” o seu significado			
	c)	Explica de forma sintética o que é de maior importância a ser transmitido			
	d)	Explicação muito vaga ou inexistente			
	e)	Explicação clara e concisa			
	f)	Comunicação empática			



Anexo VI – Carta de Alta de Enfermagem

 <p>Centro Hospitalar Trás-os-Montes</p> <p><b>Carta de Alta de Enfermagem</b></p> <p>Serviço de Urgência</p>	<p><i>Identificação</i></p>
<b>Resumo da Situação:</b>	
<b>Localização da Ferida</b>	
	<b>OBSERVAÇÕES</b>
<b>Tipo de Lesão:</b>	
<b>Ferida Cirúrgica</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ferida Traumática:</b> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sutura com ____ pontos	<input type="checkbox"/> Escoriação
<input type="checkbox"/> Com Deiscência	<input type="checkbox"/> Contusão
<input type="checkbox"/> Local Inserção Dreno /	<input type="checkbox"/> Laceração
Penso Realizado com: _____	<input type="checkbox"/> Perfurante
_____	<input type="checkbox"/> Incisa
<b>Vacina Anti-Tetânica:</b> <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Cortante
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Queimadura
<input type="checkbox"/> Imunoglobulina Anti-Tetânica lote _____	<input type="checkbox"/> Esfácelo
	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<b>Outros procedimentos:</b>	
<b>Sonda Nasogástrica:</b> <input type="checkbox"/> Calibre: _____ <b>Tipo:</b> _____	
<b>Sonda Vesical:</b> <input type="checkbox"/> Calibre: _____ <b>Tipo:</b> _____	
<b>Lavagem vesical:</b> <input type="checkbox"/> _____	
<b>Outros:</b> _____	
<b>Indicações para o domicílio:</b>	
<b>Realgaliar:</b> <input type="checkbox"/> data: ____/____/____	<b>Realizar penso</b> <input type="checkbox"/> data: ____/____/____
<b>Reentubar:</b> <input type="checkbox"/> data: ____/____/____	<b>Retira pontos a partir de</b> <input type="checkbox"/> data: ____/____/____

CHTMAD - SU: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ass: \_\_\_\_\_ N° Mec. \_\_\_\_\_



## **Anexo VII - Estudo De Caso: “Politraumatizado”**

Os cuidados de enfermagem têm um grande peso na evolução do estado do doente. Torna-se por isso muito importante o aperfeiçoamento da prestação dos mesmos. Para tal, e como o doente deve ser encarado como ser biopsicossocial e único que é, é necessário possuir conhecimentos sobre o doente e a sua patologia, o que irá permitir um melhor planeamento de cuidados individuais e actuar da melhor forma na execução dos mesmos perante cada doente.

Assim sendo, e de acordo com o plano de actividades do ensino clínico I, foi-me proposta a elaboração de um estudo de caso.

O estudo de caso é um trabalho que se pretende realizar para aprofundar conhecimentos sobre determinado assunto e sendo um diagnóstico de enfermagem o julgamento clínico sobre as respostas do individuo, da família ou da comunidade face aos problemas de saúde/processos de vida reais ou potenciais, esses diagnósticos vão proporcionar a base para a escolha das intervenções que visam a obtenção dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (Ackley, 2007).

Assim neste contexto, escolhi para a realização do estudo de caso, um doente que recorreu ao S.U. por politraumatismos, visto tratar-se de um diagnóstico com que nos deparamos frequentemente neste serviço, pretendendo assim adquirir mais conhecimentos.

### **I – POLITRAUMATIZADO**

O politraumatismo é a lesão de dois ou mais sistemas orgânicos resultando em lesões mais ou menos graves, podendo comprometer a manutenção das funções vitais e viabilidade de uma ou mais funções e viabilidade de uma ou mais funções. Segundo Herbert e Xavier (1995), politraumatizado é aquele que apresenta lesões em múltiplos órgãos, afectados de forma significativa, podendo o mesmo estar em coma ou não.

#### **1.1 – EPIDEMIOLOGIA E ETIOLOGIA**

O politraumatismo é a principal causa de morte nos EUA, de pessoas com menos de 45 anos.

As principais causas de politraumatismo segundo Long e Cassmeyer (1995) são: quedas, esmagamento, acidentes com veículos e armas de fogo. Segundo Sheehy (2001), nos EUA:

- ↳ os homens são 2.5 vezes mais susceptíveis de sofrer lesão ou ferimentos do que as mulheres por se envolverem em actividades de maior risco e por terem mais apetência para correr riscos;
- ↳ entre os 15 e 24 anos há maior taxa de lesão devido às drogas, álcool, e falta de bom senso;
- ↳ é nos idosos que se regista a taxa de mortalidade mais elevada por lesão devido a patologias pré – existentes ;

- ↪ álcool é um dos factores principais em todos os tipos de traumatismo, ele aumenta a gravidade da lesão;
- ↪ quanto maiores forem os rendimentos menor é a taxa de mortalidade, tanto na raça branca como na negra ;
- ↪ os homicídios e suicídios registam-se em maior número nas regiões urbanas , enquanto os traumatismos ou acidentes voluntários são mais elevados nas zonas rurais;
- ↪ as taxas de acidente são maiores ao fim de semana atingindo o seu pico aos sábados,
- ↪ o mês de Julho é o mês em que se regista maior número de acidentes devido às actividades estivais
- ↪ ocorrem 16 mortes por traumatismo em cada hora , 384 em cada dia e 150 000 em cada ano.

O distúrbio provocado pelo traumatismo é amplo envolvendo sistemas orgânicos múltiplos e vários locais de lesão. O facto de muitos indivíduos que sofrem lesões profundas, conseguirem sobreviver e chegar a uma instituição de saúde tem a ver com a melhoria da assistência no local do acidente, nos métodos de transporte ao hospital e melhoria dos conhecimentos e capacidades no campo da medicina de emergência.

## 1.2 – MECANISMOS DE LESÃO

Define-se lesão como ofensa corporal ou dano infligido a uma pessoa sempre que a fonte de energia incontrolável ou aguda entra em contacto com o corpo, e este não tem condições de suportar a exposição a essa energia aguda, dá-se a lesão. A energia provém de diversas fontes cinéticas (de movimento ou mecânicas), químicas, eléctricas, térmicas ou de radiação. (Sheehy, 2001). Thelan e Davie (1996, p. 788) dizem que “o traumatismo ocorre quando uma força externa atinge o corpo, causando alterações estruturais ou fisiológicas, ou “lesões”. Estas forças externas podem ser formas de energia de radiação, eléctrica, química ou mecânica.

### **Traumatismo não penetrante ou por impacto**

É uma lesão em que não há solução de continuidade nem há contacto com o ambiente exterior. Neste tipo de traumatismo é difícil fazer um diagnóstico definitivo porque a lesão é menos visível do que no traumatismo penetrante. A lesão de órgãos sólidos (fígado, baço) pode apresentar sinais exteriores mínimos de lesão. A energia neste tipo de traumatismo transmite-se em todos os sentidos e os órgãos rompem-se se a pressão não for aliviada.

Resulta principalmente de acidentes com veículos motores, desportos de contacto, pancadas ou quedas. As forças mais comuns neste traumatismo são: aceleração desaceleração, tensão transversa (duas forças paralelas e directamente opostas) e compressão.

Uma causa importante destas lesões são as quedas. A desaceleração vertical (diminuição da velocidade de um corpo em movimento) é o mecanismo associado à queda. A gravidade da



lesão quando uma pessoa cai ou salta, depende da altura da queda. A queda é considerada grave quando a distância da queda é três vezes superior a vítima. Quando uma pessoa cai de pé verificam-se certas lesões:

- ↳ fractura do calcâneo, bilateral;
- ↳ fractura de compressão das vértebras;
- ↳ fractura de colles bilateral.

Outra queda pode ser de cabeça (mergulho), o que faz com que os corpos vertebrais fiquem comprimidos e coneiformes, produzem fragmentos vertebrais que podem perfurar a medula.

### **Traumatismo penetrante**

Traumatismo penetrante refere-se às lesões provocadas por penetração de corpos estranhos em movimento, no corpo, em que a energia do objecto estranho se dissipa para os tecidos ou zonas circundantes. A avaliação do traumatismo penetrante, para Sheehy (2001), depende: do agente de ferimento; do modo como a energia se dissipa; da distância entre a vítima e o objecto e das características dos tecidos atingidos.

Alguns exemplos de traumatismos não penetrantes são: ferimentos por arma de fogo, arma branca e objectos aguçados. A gravidade da ferida com arma de fogo depende do tipo de arma, tipo de munição utilizada, distância e ângulo do disparo. Nas facadas a gravidade depende do tipo e comprimento do objecto utilizado, bem como o ângulo de inserção.

## 1.3 – CUIDADOS DE TRAUMATOLOGIA NA URGÊNCIA

Quando o doente politraumatizado chega ao serviço de urgência, o objectivo principal é identificar e tratar as situações que ameaçam a vida. Para Thelan e Davie (1996) podem-se salvar mais vidas se for diminuído o tempo entre a lesão e os cuidados definitivos. Para estes autores as mortes por traumatismo seguem uma distribuição trimodal. Os resultados satisfatórios em doentes lesados são grandemente influenciados pelos primeiros cuidados prestados, especialmente na chamada “hora H”. Cerca de 60% das mortes por traumatismo, no hospital, ocorrem durante este período crítico, e a avaliação e ressuscitação insuficientes podem ser responsáveis por 35% de algumas destas mortes. A abordagem inicial às vítimas de traumatismo assenta nos seguintes passos:

**a) Avaliação Primária:** são cinco os passos a seguir na avaliação primária, sendo eles:

- ↳ A (Airway);
- ↳ B (Breathing);
- ↳ C (Circulation);
- ↳ D (Disability);
- ↳ E (Exposure); (Thelan e Davie, 1996)

#### A - Via aérea

O estabelecimento de uma via aérea permeável tem a máxima prioridade. No exame das vias aéreas pesquisa-se a limpeza ineficaz das mesmas e sua obstrução. As vias aéreas superiores devem ser limpas de possíveis obstáculos, como coágulos sanguíneos ou dentes partidos podendo também dar-se a sua obstrução na sequência de edema. Estes doentes têm um alto risco de limpeza ineficaz das vias aéreas, e este risco aumenta se houver alterações da consciência, traumatismos torácicos, ou se o doente estiver sob efeito de álcool ou outras drogas. É de salientar que para avaliar as vias aéreas é necessário proceder à imobilização da coluna cervical uma vez que em todos os doentes politraumatizados se deve supor um TVM cervical até que os exames radiológicos provem o contrário. No caso de limpeza ineficaz das vias aéreas é necessário realizar a entubação nasotraqueal, endotraqueal ou traqueostomia.

#### B - Respiração

Aqui pesquisam-se os padrões respiratórios ineficazes e o compromisso de trocas gasosas.

O tórax do paciente deve estar exposto para avaliar os movimentos respiratórios, integridade da parede torácica, ritmo, profundidade e simetria respiratória. Realiza-se também a auscultação. A diminuição de sons respiratórios à auscultação pode ser um sinal de pneumo ou hemotórax. Estas situações confirmam-se através de raio X do tórax e nesse caso é necessário colocar drenos torácicos para descompressão.

Em doentes inconscientes ou com padrões respiratórios ineficazes é realizada ventilação mecânica.

#### C - Circulação

Durante a avaliação da circulação são identificáveis a hipovolémia e hemorragia externa. No caso de hemorragia aplica-se compressão directa para controlar a mesma e repõem-se líquidos. O exame inclui nível de consciência; cor da pele e pulso.

O nível de consciência fornece informações sobre a perfusão cerebral, enquanto que a coloração da pele fornece informações sobre o volume circulatório. Exemplo: a pele cinzenta, branca ou marmoreada pode indicar hipovolémia. A hipotensão normalmente deve-se à hipovolémia, embora também possa ser causada por disfunção miocárdica por traumatismo directo, tamponamento pericárdico, enfarte do miocárdio ou arritmias cardíacas.

#### D - Avaliação neurológica

Nesta fase é avaliado o potencial para lesão através de um exame neurológico que indique o nível de consciência, o tamanho e a reacção pupilar e a actividade motora espontânea das extremidades. A escala de coma de GLASGOW é um instrumento que pode ser utilizado para quantificar a função neurológica.

**Tabela 1- ESCALA DE COMA DE GLAGOW**

<b>ABERTURA de OLHOS</b>	<b>RESPOSTA VERBAL</b>	<b>RESPOSTA MOTORA</b>
(4) Espontaneamente	(5) Orientada	(6) Obedece a Ordens
(3) Por Ordem	(4) Confusa	(5) Localiza a Dor
(2) À Dor	(3) Inapropriada	(4) Foge à dor
(1) Nula	(2) Incompreensível	(3) Em Flexão à Dor
	(1) Nula	(2) Em Extensão à Dor
		(1) Nula

Fonte: Sheehy, 2001,p.285

Depois da avaliação através da escala de coma de GLASGOW procede-se à avaliação da posição, forma, movimento, tamanho e reacção fotomotora das pupilas das pupilas lateral e bilateralmente.

Uma midríase fixa (pupila não reagente ao fotoestímulo) unilateral pode estar relacionada com um hematoma com localização ipsilateral à alteração pupilar, constituindo uma emergência neurológica e neurocirúrgica. Uma midríase não reagente ao fotoestímulo pode indicar lesão do nervo óptico. Pupilas midriáticas bilaterais são consideradas um mau prognóstico neurológico.

As respostas motoras são um dos itens a avaliar na escala de coma de GLASGOW, duas alterações encontradas a nível motor são a descorticação e a descerebração. A descorticação corresponde à flexão anormal dos membros superiores com extensão, rotação interna e flexão plantar dos membros inferiores. A descerebração corresponde à extensão anormal e pronação dos membros superior com extensão e flexão plantar dos inferiores. Estas duas alterações indicam compromisso do tronco cerebral e revelam mau prognóstico. O défice motor é frequente quando há hematomas intracranianos ou contusões cerebrais.

### **b) Avaliação Secundária**

Depois de efectuadas a avaliação primária, realiza-se uma avaliação posterior, agora mais completa, de todos os sistemas e história do doente. A história do doente ajuda a prever lesões internas e a actuar mais rapidamente. Existem determinadas lesões que podem indicar a presença de outras, pelo que se deve realizar uma monitorização contínua.

#### Avaliação Neurológica

É conveniente um exame neurológico detalhado e seu registo de forma seriada. A cabeça e o pescoço devem ser observados para observar possíveis feridas. a equimose periorbitária, a otorragia e a rinorreia podem ser indicativos de uma possível fractura da base do crânio. Em

doentes em que houve perda de consciência é conveniente realizar TAC do crânio. Nos doentes inconscientes é difícil avaliar a função medular, pelo que é essencial realizar exames radiológicos à coluna.

#### Avaliação Torácica

As lesões torácicas são uma importante causa de mortalidade. Os dados obtidos na avaliação primária através da inspecção do tórax e da auscultação, vão ser completados com o raio X do tórax. As fracturas das primeiras costelas normalmente podem estar associadas a lesões vasculares ou do plexo braquial, enquanto que as fracturas das costelas inferiores normalmente se associam as lesões do fígado e baço.

#### Avaliação Abdominal

A inspecção do abdómen passa pela procura de contusões e pela palpação para detectar sinais de irritação peritoneal. A ecografia e a TAC são importantes meios de diagnóstico.

#### Avaliação Genitourinária

As lesões genitourinárias, normalmente estão associadas a fracturas pélvicas. A cateterização vesical, embora sendo um procedimento de rotina, nos doentes politraumatizados, está contra indicada quando há presença de sangue no meato urinário. A presença de hematúria pode ser um sinal de lesão vesical.

#### Avaliação das Extremidades

Esta avaliação inclui não só a inspecção de feridas e fracturas, mas também o estudo da função neurológica nos membros, se o doente estiver consciente, e uma avaliação vascular periférica.

#### Exames Radiológicos

Embora haja uma divergência de instituição para instituição em relação aos exames neurológicos, os exames radiológicos mínimos incluem uma projecção anteroposterior da parede torácica e pelve e em estudo da coluna cervical. A TAC é imprescindível para a avaliação de TCE, faciais, torácicos, espinhais, abdominais e pélvicos. A ecografia fornece dados importantes em traumatismos abdominais. A ecografia Doppler permite a avaliação vascular dos membros. A arteriografia fornece a localização das lesões vasculares e está indicada quando a avaliação das extremidades revela sinais de défice vascular. A RNM é também um excelente instrumento de diagnóstico em pacientes politraumatizados.

**Tabela 2 – Lesões que Requerem Vigilância e Achados Correlacionados**

<b>Lesão</b>	<b>Lesões associadas</b>
Fractura da 1ª costela	Lesão cardíaca e dos grandes vasos (ou seja, veia e artéria subclávias), lesão craniana e do pescoço
Fractura da cintura escapular	Lesão do plexo braquial ,contusão pulmonar, lesão dos grandes vasos ou do SNC
Fractura do esterno	Contusão do miocárdio, lesão dos grandes vasos, contusão pulmonar
Fractura das costelas inferiores esquerda e direita	Laceração do baço e do fígado

Fonte: SHEEHY, 2001, P.252

#### 1.4 - COMPLICAÇÕES NOS TRAUMATISMOS

Uma das principais causas de morte por traumatismo, ocorre em consequência de complicações que deste advêm. Para tal é necessária uma avaliação permanente por parte dos enfermeiros e da restante equipa de saúde, com o objectivo de detectar precocemente complicações que surgem associadas às lesões traumáticas. (Thelan e Davie, 1981). De entre muitas, irei fazer referência a algumas delas que nos merecem particular atenção.

##### Infecção

Os traumatizados possuem um alto risco de infecção por causa: das feridas contaminadas; entubação e ventilação mecânica; catéteres invasivos de terapêutica e diagnóstico; susceptibilidade ao hospedeiro devido a efeitos adversos do traumatismo no sistema imune. A infecção continua a ser a maior fonte de mortalidade nestes casos. O politraumatizado está especialmente em risco de contrair infecção generalizada e sepsis, que pode ocorrer frequentemente pela introdução de microrganismos durante a realização de actos médicos, como por exemplo: introdução de catéteres invasivos para a terapêutica e diagnóstico, ou pela contaminação das feridas com bactérias endógenas ou exógenas. A libertação de toxinas pelas bactérias pode culminar no choque séptico e posteriormente levar á morte.

##### Complicações Pulmonares

A *insuficiência respiratória* é uma das complicações mais comuns após um traumatismo múltiplo, sendo a sua etiologia diversificada. Factores etiológicos na insuficiência respiratória pós-traumática:

↳ pneumonia;

- ↳ traumatismo torácico por impacto,
- ↳ embolia gorda pelo líquido amniótico;
- ↳ choque:
- ↳ embolia pulmonar;
- ↳ pancreatite;

A sepsis é a maior parte das vezes a principal causa de Insuficiência Respiratória pós-traumática.

A Síndrome de Embolia Gorda pode ocorrer como complicação de um traumatismo ortopédico e caracteriza-se por disfunção pulmonar. Desenvolve-se através de gotas de gordura que escorrem do osso fracturado e são fraccionadas em ácidos gordos livres tóxicos para as membranas microvasculares pulmonares, que embolizam o pulmão. Esta danificação das membranas microvasculares pulmonares provoca edema, inactivação do surfactante e atelectasia. A estabilização precoce das fracturas instáveis dos ossos longos pode limitar a disseminação das gotas de gordura no sistema pulmonar, diminuindo significativamente a incidência do SEG e a morte por insuficiência respiratória.

### **Complicações gastrointestinais**

O doente com múltiplas lesões traumáticas está particularmente em risco de desenvolver esta complicação, que quando surge pode ser fatal. A hemorragia gastrointestinal pode ser evidenciada por rigidez dos músculos abdominais e dores abdominais, sendo confirmada algumas das vezes através da análise dos excrementos intestinais que se apresentam escuros e reactivos ao peróxido de hidrogénio.

A colecistite acalculosa é uma inflamação da vesícula biliar sem evidência de cálculos. O estado crítico do politraumatizado predispõe-no a estase biliar, espessamento da bÍlis e eventual obstrução do canal cístico.

Diversos factores de risco estão presentes no politraumatizado: prolongado repouso gastrointestinal, depleção de volume, administração de analgésicos (ex : morfina), transfusões sanguíneas e feridas infectadas.

O diagnóstico é difícil, sendo os únicos sintomas muitas das vezes apresentados pelo doente a leucocitose e a febre. Torna-se muitas das vezes necessária a intervenção cirúrgica (colecistectomia).

### **Complicações Renais**

A avaliação e monitorização da função renal são determinantes para a sobrevivência do doente politraumatizado. As causas mais comuns de insuficiência renal nos politraumatizados são: a

hipoperfusão ou a hipóxia, ou mesmo ambas. O débito urinário nem sempre é fidedigno, levando-nos muitas vezes ao erro no que se refere a medida de determinação da função renal, porque a insuficiência renal pós-traumática se pode manifestar como insuficiência renal não oligúrica. Apesar de um volume de urina adequado, os rins não conseguem remover os detritos metabólicos. No entanto têm melhor prognóstico os doentes com insuficiência renal não oligúrica do que os doentes que têm insuficiência renal oligúrica.

A insuficiência renal progressiva exige um pronto diagnóstico e tratamento. O melhor tratamento passa pela prevenção, assegurando uma adequada perfusão renal. Para tal são efectuadas avaliações seriadas dos níveis de ureia e creatinina, dando-nos estas informações sobre a função renal.

### **Complicações Vasculares**

O choque hipovolémico caracteriza-se por uma falência circulatória resultante de uma diminuição de volume intravascular por perda de sangue total, plasma ou fluidos e electrólitos. Perda de sangue total através de hemorragias externas (traumatismos, hemorragia gastrointestinais) ou hemorragias internas (hematomas, hemotórax, hemoperitoneu). Perda de plasma por queimaduras e dermatites. Perda de fluidos e electrólitos por: vómitos, diarreia, sudação extrema, pancreatite, ascite, etc. Manifesta-se por: palidez intensa da pele e mucosas; língua seca e seburrosa; sede intensa; alterações hemodinâmicas; taquicardia: pulso filiforme; polipneia. O tratamento deve ser levado a cabo no imediato, pois o choque hipovolémico pode por em causa a vida do doente. Deve ser estabelecido o mais precocemente possível e visar os seguintes objectivos: tratar a causa; restabelecer a perfusão tecedura e corrigir as principais alterações metabólicas.

A síndrome da compartimentação é uma situação em que a pressão aumentada num espaço limitado compromete a circulação, resultando em isquémia e necrose dos tecidos desse compartimento afectado. As suas manifestações clínicas são: tumefacção e estreitamento de uma extremidade, parésia e dor no compartimento afectado.

### **Lesão não-detectada**

Numa avaliação inicial do politraumatizado podem ser reveladas doenças ou lesões não detectadas. Que podem ser um diagnóstico médico pré-existente, como perturbações endócrinas (diabetes, hipotiroidismo), enfarte do miocárdio, hipertensão, insuficiência respiratória, insuficiência renal ou malnutrição.

Devemos para tal estar despertos para a possibilidade de uma lesão não detectada, principalmente quando o doente não responder adequadamente às intervenções médicas ou cirúrgicas. Alterações das características das drenagens das feridas ou catéteres podem traduzir lesões biliares ou duodenais.

### **Síndrome da Disfunção Multiorgânica (SDMO)**

O SDMO representa o culminar de uma progressiva disfunção dos sistemas orgânicos, em que o politraumatizado está particularmente em risco, porque pode desenvolver este síndrome em consequência de: traumatismos múltiplos de órgãos ou sistemas, cirurgias importantes ou de emergência, sepsis intra-abdominal, SDRA e insuficiência renal.

#### **1.5 – TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO (TCE)**

Os TCE nos EUA representam 25% de todas as mortes por traumatismo e 50 a 60% de todas as mortes em sequência de acidentes com veículos motorizados. Mais de 100 000 pessoas sofrem lesões cerebrais que provocam incapacidade permanente (National Safety Council: Accidents Facts, 1995, *cit. in* SHEEHY, 2001

#### **Lesões cranianas focais**

Laceração do couro cabeludo, a força excessiva no couro cabeludo, dá laceração deste. Como o couro cabeludo é muito vascularizado e com poucas propriedades vasoconstritoras, as lacerações sangram muito. A hemorragia é controlada por pressão directa da zona afectada.

Fracturas cranianas, devem-se a deformação óssea provocada por forças externas. As fracturas cranianas podem dividir-se em:

- ↳ fractura linear, é aquela em que não há deslocamento e normalmente está associada a défice neurológico mínimo.
- ↳ fractura com afundamento, é quando a energia faz deslocar a tábua óssea externa para debaixo da tábua interna contígua do crânio.

A fractura da base do crânio tem como manifestações clínicas:

- ↳ equimoses periorbitais (olhos de guaxinim) devido a hemorragia intraorbital;
- ↳ sinal de Battle (equimose da apófise mastóide);
- ↳ hemotímpano;
- ↳ drenagem do LCR pelo nariz e ouvido, provocado pela fractura do osso temporal. O LCR pode ser testado em filtro de papel, a formação de círculos nítidos indica a presença de LCR.

Contusão, é uma escoriação na superfície do cérebro resultante do movimento deste na abóbada craniana. É uma lesão de aceleração, desaceleração que produz hemorragia para dentro do parênquima superficial. Os sintomas que ocorrem são: alteração do nível de consciência; náuseas; vômitos; dificuldade visual; adinamia; dificuldade na fala.

Hematoma epidural, consiste na hemorragia entre o crânio e a dura-máter, associa-se frequentemente a fracturas do crânio e laceração da artéria meníngea. Manifestações clínicas:



breve período de inconsciência no momento do impacto; período de vigília que pode durar até doze horas; nova perda de consciência.

Hematoma subdural, é uma hemorragia entre a dura-máter e aracnoideia. A maioria dos hematomas subdurais resulta de uma laceração das veias em ponte entre o cérebro e a dura-máter. É o hematoma que tem mortalidade e morbidade mais elevadas. Pode ser dividido em hematoma agudo; hematoma subagudo; hematoma crónico.

Outros: hemorragia intraventricular e coágulos intracerebrais.

### **Lesões cranianas difusas**

Concussão, pode ser consequência da pancada directa na cabeça ou de lesão de aceleração ou desaceleração, em que há colisão do cérebro no interior do crânio. A concussão clássica caracteriza-se por perda de consciência, seguida de alterações neurológicas transitórias como: náuseas, vômitos, amnésia passageira, cefaleia e, eventualmente, perda momentânea da visão. Cefaleias, perda de memória e dificuldade nas actividades do dia-a-dia, são características do síndrome pós-concussão e podem ocorrer até 1 ano após a lesão.

Lesão difusa dos axónios, é a forma mais grave de traumatismo craniano. Relaciona-se com o repuxamento e laceração dos axónios que ocorre durante a deslocação do cérebro dentro do crânio, no momento do impacto. A interrupção da transmissão axonal dos impulsos resulta na perda de consciência. A menos que os tecidos em volta estejam danificados de tal modo que se produzam hemorragias, a lesão axional difusa não é visível na TAC. O doente mantém-se em coma profundo, muitas vezes com postura de descerebração ou descorticação.

### **Avaliação**

A avaliação e triagem dos doentes com TCE é muito importante para um prognóstico favorável.

Foram divididas três categorias com base na escala de coma de Glasgow e duração do estado de inconsciência. As três categorias são:

- ↳ ligeira, é de 13 a 15 na ECG com perda de consciência de 0 a 15 minutos. Os doentes são enviados para casa com um membro de família a vigiar se aparecem outros sintomas;
- ↳ moderada, é de 9 a 12 na ECG com perda de consciência até 6 horas. Normalmente estes doentes são hospitalizados e existe risco de deterioração por edema cerebral e aumento da PIC, pelo que as avaliações constantes são uma responsabilidade importante da enfermeira;
- ↳ grave, vai de 3 a 8 na ECG com perda de consciência por mais de 6 horas. Muitas vezes é necessário suporte ventilatório, monitorização hemodinâmica e da PIC.

## 1.6 – TRAUMATISMO VERTEBRO MEDULAR (TVM)

Nos EUA: em cada ano 10 000 pessoas sofrem lesão permanente da espinal medula; das que sobrevivem, cerca de metade ficam paraplégicas e outra metade quadriplégicas; TVM ocorre principalmente nos homens; a maior parte das vítimas tem entre 15 e 30 anos e sofreu TVM em consequência de acidentes de trânsito, agressões, quedas e lesões desportivas. (National Head and Spinal Cord Injury Survey *cit. in* Thelan e Davie, 1981)

Pode definir-se TVM como lesão de uma vértebra, ou medula ou ambas em consequência de uma agressão mecânica contra a coluna vertebral.

### **Tipos de Lesão Medular**

As lesões da espinal medula podem ser segundo Thelan e Davie (1996):

**a) Completas:** consistem na perda total da função sensorial e motora abaixo do nível da lesão. Há dissecação completada espinal medula provocando: quadriplegia ou paraplegia.

A quadriplegia deve-se a lesões na medula cervical. A função muscular residual depende do segmento cervical envolvido as lesões acima de C6 provocam uma tetraplegia completa, enquanto as lesões abaixo de C6 provocam tetraplegia incompleta, com alguma independência nas AVD.

**b) Incompletas:** provocam uma perda mista da actividade motora voluntária da sensação abaixo do nível da lesão. Existe lesão incompleta se restar alguma função abaixo do nível da lesão. Pode originar várias síndromes:

- ↳ Síndrome Brown Séquard, é causado por hemissecção transversal da medula. Conduz a uma perda do controle motor homolateral e perda contralateral das sensações de dor e temperatura;
- ↳ Síndrome do Cordão Central, normalmente acompanhado de uma lesão cervical de hiperextensão/ flexão que produz défice motor e sensorial mais acentuado nos membros inferiores. Pode existir um grau variável de disfunção intestinal e vesical;
- ↳ Síndrome do cordão anterior, caracteriza-se por perda da função motora, bem como das sensações de dor e temperatura abaixo do nível da lesão. Conserva-se intacta, a sensibilidade profunda (proprioceptiva, discriminativa e vibratória);
- ↳ Síndrome do cordão posterior, está associado normalmente a hiperextensão cervical e resulta em perda da sensibilidade profunda abaixo do nível da lesão. Permanecem intactas a função motora e sensibilidades superficiais (táctil, térmica e dolosa).

## 1.7 – TRAUMATISMO DO TÓRAX

---

Os traumatismos torácicos são potencialmente letais por distúrbios imediatos da fisiologia cardio-respiratória e da hemorragia ou pelo desenvolvimento posterior de infecção, lesão do pulmão e da grelha costal. Os pacientes com traumatismo do tórax podem apresentar lesões de vários órgãos. Sabemos que, anatomicamente o tórax abriga múltiplos órgãos nobres, como sejam: o coração, os pulmões e os grandes vasos, cuja lesão pode provocar num curto espaço de tempo a morte do doente.

O traumatismo torácico afecta as estruturas e os órgãos da cavidade torácica, uma região que se estende desde o manúbrio até ao diafragma. O traumatismo torácico é por si só responsável por 20% a 25% do total de mortes por traumatismo, e é um dos factores que contribuem para outros 25%." (Sheehy, 2001)

Através dos avanços conseguidos nos últimos 50 anos, nomeadamente no que se refere a apoio ventilatório, antibióticos, análise de gases arteriais e cuidados de enfermagem especializados, foi possível aumentar a sobrevivência de doentes com traumatismos torácicos, que até então eram considerados fatais. Contudo, o traumatismo torácico continua a ser a segunda causa de morte dos politraumatizados, apenas ultrapassado pelas lesões da coluna e pelas lesões cranianas.

### **Mecanismos de Lesão**

O traumatismo torácico pode ser provocado por mecanismos perfurantes ou não-perfurantes. (Sheehy, 2001).

Lesões não- perfurantes: são predominantemente provocadas por acidentes de viação, quedas, esmagamento e agressões. No traumatismo não-perfurante, o tórax e estruturas subjacentes absorvem a energia resultante de forças unidireccionais, de aceleração/desaceleração, de compressão, indirectas ou de explosão. A gravidade e extensão das lesões, está directamente relacionada com as componentes da força que é absorvida, nomeadamente a magnitude, o sentido e a duração da energia aplicada, assim como, a área corporal para a qual esta mesma energia é direccionada.

Lesões perfurantes: Os ferimentos por arma de fogo ou arma branca são responsáveis por grande parte das lesões penetrantes, se bem que as lesões com objectos aguçados também tenham algum contributo. O objecto penetrante, as características da arma utilizada (comprimento, gume, largura) e a forma como o agressor o faz (se torce ou tira para fora) determinam a gravidade da lesão.

As armas de baixa velocidade danificam apenas o que se encontra no seu caminho. As armas de alta velocidade produzem lesões mais graves, porque atingem a região anterior do tórax, podendo penetrar o coração e/ou grandes vasos e o mediastino. Estas armas associam-se a

transferência maciça de energia e destruição de tecidos. Os estilhaços de uma bala de caçadeira provocam uma maior danificação ao espalharem-se provocando lesões múltiplas. Por vezes, torna-se difícil avaliar toda a extensão da lesão devido ao ricochete que a bala faz ao sair das estruturas internas.

### **Lesões Cardíacas**

O tamponamento cardíaco ocorre com a acumulação rápida de sangue no saco pericárdico, reduzindo o enchimento dos ventrículos. Uma progressiva acumulação de sangue, de 120 a 150 ml, aumenta a pressão intracárdica comprimindo as aurículas e os ventrículos, conduzindo a diminuição do retorno venoso e diminuem a pressão de enchimento. Levando à diminuição do débito cardíaco, hipóxia do miocárdio, insuficiência cardíaca e choque cardiogénico.

O tamponamento cardíaco caracteriza-se por um conjunto de sintomas clássicos, denominados por Tríade de Beck: hipotensão; sons cardíacos abafados; ingurgitamento das veias do pescoço.

O ECG pode revelar taquicardia com alterações dos complexos QRS. Com o agravamento do tamponamento, o doente apresenta avidez de ar, agitação e deterioração do nível de consciência. O tratamento passa pela pericardiocentese e nos casos em que esta não resulta, recorre-se à cirurgia de emergência com o objectivo controlar o sangramento e corrigir a ferida cardíaca.

## **1.8 – TRAUMATISMO ABDOMINAL**

Os traumatismos abdominais são responsáveis por uma grande percentagem de lesões e mortes. Os traumatismos abdominais, segundo Brunner e Suddarth (1996) podem ser classificados como:

### Traumatismo Abdominal Aberto ou Penetrante

Este traumatismo geralmente é provocado por armas de fogo ou armas brancas, sendo a sua incidência mais elevada nas zonas urbanas, embora a escala de violência se esteja gradativamente a estender por todo o país.

Estas feridas abertas que penetram o peritoneu geralmente obrigam a laparotomia exploradora (abertura da cavidade abdominal pelo flanco).

### Traumatismo Abdominal Fechado ou Contuso

Este tipo de traumatismo é devido a uma energia difusa sobre o abdómen que provoca lesão dos órgãos da cavidade abdominal, sem lesar a parede abdominal. Geralmente é provocado

por quedas, acidentes de viação, desportos de contacto ou agressões. A contusão abdominal adquire particular importância devido à possibilidade de existirem lesões ocultas e de difícil detecção, que põem em causa a vida do doente. No traumatismo abdominal fechado as lesões mais frequentes ocorrem ao nível do fígado e baço que são extremamente vascularizadas, podendo levar a substancial perda de sangue para dentro da cavidade peritoneal (hemoperitoneu) e conduzir ao choque hipovolémico. O baço e o fígado são órgãos sólidos e quando são lesados fracturam, enquanto que o estômago e intestino são órgãos ocos que, quando lesados, colapsam ou rompem. A maioria destes órgãos está localizada no espaço peritoneal.

### 1.9 – TRAUMATISMO PÉLVICO

A cintura pélvica é um anel ósseo formado pelo sacro e pelos ossos ilíacos. É o local de articulação dos membros inferiores com o tronco, suporta o peso do corpo e protege os órgãos internos. A grande irrigação da região e as estruturas que protege como a bexiga, o útero e órgãos anexos (próstata, uretra, vagina, recto e sigmóide), e vasos como as ilíacas primitivas que mantêm toda a irrigação dos membros inferiores, faz com que seja necessária uma avaliação cuidadosa em casos de traumatismo da pelve. As principais complicações das fracturas pélvicas são:

- ↻ hemorragia;
- ↻ deslocamento dos fragmentos e as lesões que estes podem provocar nas estruturas vizinhas;
- ↻ traumatismo vesical;
- ↻ traumatismo genital;
- ↻ traumatismo lombo-sagrado;
- ↻ septicémia;
- ↻ choque e morte.

As fracturas da pelve estão normalmente associadas a acidentes de viação, queda ou esmagamento. Os sinais de fracturas pélvicas são: equimose perineal; dor à apalpação ou oscilação das cristas ilíacas; hematúria; encurtamento de um dos membros inferiores; parésia ou parestesia do membro inferior; espasmo do músculo para-espinhoso; sensibilidade da articulação sacro-ilíaca.

As fracturas estáveis são aquelas em que há quebras no anel pélvico, sacro ou cóccix, sem deslocamento. As fracturas instáveis são aquelas em que há quebras em mais de um sítio ou no acetábulo.

Os doentes com traumatismo pélvico têm tendência para hemorragia profusa pelo que a prioridade do tratamento médico é prevenir ou controlar hemorragias fatais. Estas podem ser controladas pela colocação de um fixador externo ou angiografia terapêutica para embolização

do vaso lacerado. A cateterização vesical nestes doentes deve ser efectuada cuidadosamente e nunca deve ser realizada se houver sangue no meato urinário.

#### 1.10 – TRAUMATISMO GENITO-URINÁRIO

Sempre que haja traumatismo do tórax, flanco, abdómen, pelve, períneo e órgãos genitais. Se o doente está consciente pode-se queixar de dor no flanco. Se houver extravasamento de urina na cavidade peritoneal, pode haver hipersensibilidade reflexa. Podem existir contusões abdominais, hematomas, sangue no meato urinário, descoloração azulada dos flancos (que pode ser indicativo de hemorragia retroperitoneal), descoloração perineal (que pode indicar fractura pélvica com possível lesão vesical ou uretral). Uma lesão vascular renal pode ser manifestada por um ruído abdominal à auscultação. Quando há hematúria é necessária uma investigação mais profunda para determinar a localização e extensão da lesão.

## 2- COLHEITA DE DADOS

Para a realização deste estudo de caso, propus-me abordar um doente que deu entrada no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Trás os Monte se Alto Douro, no dia 17-11-2010, tendo sido transportado pelos bombeiros, após queda de um escadote.

A minha escolha por este doente, deveu-se á complexidade da patologia a ele associada, constituindo assim uma excelente oportunidade de desenvolver conhecimentos adquiridos na componente teórica do Curso de Especialização. Perante tal complexidade referente ao estado clínico e mediante o que me foi proposto, procedi ao levantamento dos diagnósticos que julgo serem os mais pertinentes e os que se interligam com o ser enfermeiro.

A colheita de dados foi feita por levantamento de dados com base nos registos de observação inicial de enfermagem, no processo clínico e através de informação directa dos familiares do doente.

Dados pessoais: O senhor M.I é um doente de 54 anos, sexo masculino, raça caucasiana, casado e pai de 4 filhos. Possui o 4º ano de escolaridade. É natural de concelho de Vila Real.

Medicação habitual : lisinopril 2,5 mg/dia

Antecedentes pessoais: Apenas se conhece hipertensão arterial

Motivo de internamento: O doente deu entrada no serviço de urgência do CHTMAD, no dia 17 de Novembro de 2010, pelas 10H15 da manhã, devido ao facto de apresentar lesões múltiplas provocadas por uma queda de cerca de 1.30 m de altura. De acordo com o relato do doente,

estava em cima de um escadote junto ao portão da garagem e caiu sobre o lado esquerdo do corpo. Na altura do acidente encontrava-se na sua casa, a família chamou a ambulância e entretanto o doente manteve-se na mesma posição até à chegada da ambulância.

Na admissão apresentava-se: Consciente, orientado no espaço e no espapaço, colaborante dentro das suas possibilidades, muito queixoso. *Olhos:* Castanhos, apresenta acuidade visual. *Ouvidos:* Apresenta acuidade auditiva. *Nariz:* A sua função respiratória encontra-se alterada (faz O<sub>2</sub> por ventimask a 35%). Sem o qual as suas saturações descem para níveis de 80%. *Boca:* Apresenta lábios simétricos, sem escoriações, dentição incompleta. *Tórax:* Assimétrico, notando-se uma depressão do lado esquerdo e contractura por defesa sem alterações visíveis. *Abdómen:* Duro, muito queixoso à palpação, com irradiação retroperitoneal. *Membros superiores:* Pele íntegra, seca e corada. Unhas cuidadas. *Membros inferiores:* Simétricos, sem varizes ou edemas evidentes. Apresenta cicatrizes provocadas por quedas anteriores. *Sistema cardiovascular:* Na hora desta colheita de dados apresenta um pulso radial de 72 batimentos por minuto e uma TA de 164/89 mmhg. *Sistema respiratório:* Frequência respiratória de 26 ciclos incompletos e irregulares. *Temperatura corporal:* 36,2°C. *Índice de reactividade na Escala de Coma de Glasgow* de 15 (O4, M6, V5).

Pedidas 2 unidades de sangue.

Efectuou TAC abdominal que revelou

- ↳ presença de contusão pulmonar à esquerda ;
- ↳ laceração no pólo posterior do baço, com alteração do seu contorno;
- ↳ fractura de arcos costais à esquerda;

Exames Laboratoriais: Hb 12.6g/dl, Leucócitos 9.4x10 /L, Glicose 155mg/dl, Sódio 140mEq/l Potássio 4,8mEq/l, Ureia 84mg/dl, Creatinina 1,3mg/dl, Sódio 129mEq/L, Potássio 4.8 mEq/L, Cloro 104 mEq/L, Cálcio 1.01 mEq/L.

## 2.1- PLANO DE CUIDADOS

O processo de enfermagem é algo fundamental para uma prestação de cuidados adequados e individualizados de acordo com as necessidades do doente, isto é, consiste na dinâmica de acções sistematizadas que visam a assistência profissional ao ser humano. Na opinião de Furakava e Howe (1993) o processo de enfermagem é verdadeiramente a aplicação da abordagem lógica à solução de um problema, sendo os passos os do método científico. O valor real do processo de enfermagem está na dependência da compreensão, interpretação, integração e utilização que alguém faz dele.

É pois necessário que o enfermeiro possua conhecimentos de ciências comportamentais e humanas, e que aplique conceitos e teorias de enfermagem, possibilitando-lhe assim tomar decisões e actuar de forma adequada perante cada doente.

O plano de cuidados é uma ordenação clara de problemas de causas e factores etiológicos, na qual estes se tornam o ponto de convergência de acção dos enfermeiros. Faz parte do processo de enfermagem, este processo é um método para resolver problemas clínicos e para a tomada de decisão. É uma linha de pensamento e acção relacionada com os fenómenos clínicos da alçada dos enfermeiros, (Morton, 2007).

#### Foco de atenção

É o centro do principal problema de enfermagem.

#### Diagnóstico de Enfermagem

É um enunciado simples, preciso e objectivo, que descreve problemas de saúde do utente, reais, possíveis ou potenciais, que sejam possíveis de resolução em enfermagem. Provem de um processo deliberado e sistemático de colheita e de análises de dados que serve de base à prescrição de intervenções autónomas situadas no campo das responsabilidades do enfermeiro. Os diagnósticos de enfermagem são constituídos por duas partes essenciais: Problema do utente e o factor que constitui a causa.

#### Resultados esperados

É a afirmação do que o enfermeiro espera que o utente seja capaz de atingir, dentro de um determinado período de tempo ou até determinada data, ou seja é uma indicação do comportamento esperado no doente.

#### Intervenções

Indicação do plano de acção do enfermeiro. É a prescrição de métodos ou indicações específicas através dos quais os objectivos dos cuidados de enfermagem serão atingidos e que ajudam na gestão e/ ou soluções de problemas de enfermagem dos utentes.

#### Resultados obtidos

Verificar se as acções de enfermagem foram eficazes sendo reformuladas caso o planeamento de cuidados não esteja adequado.



FOCO	DIAGNOSTICO	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES	RESULTADOS OBTIDOS
Infecção	Risco de infecção relacionado com presença de cateter vesical	Que o doente não apresente sinais de infecção relacionados com cateterismo vesical	Proceder à algaliação do doente com técnica asséptica.	Doente algaliado no dia 17/11/10 com sonda tipo Foley, calibre 18. Após algaliação apresentava urina de características normais, com débito urinário nas primeiras 2 horas de 500ml.
			Colocar o saco colector abaixo do nível da bexiga, para que a urina não reflua do saco para a bexiga.	Saco colector posicionado com suporte na grade da cama (3/11/10).
			Posicionar o saco colector de forma a não repuxar a algália (prevenir traumatismo).	Características da drenagem vesical sem sinais de hematuria.
			Manter cuidados de assepsia na manipulação da sonda vesical e despejo dos sacos colectores.	O saco de urina é esvaziado através de um saco de despejo, em que é feita a desinfecção prévia da torneira com álcool.
			Monitorização da diurese (algaliação).	O doente mantém bom débito urinário.
			Vigiar características da urina. Vigiar permeabilidade da sonda vesical.	Mantém sonda vesical funcionante com drenagem de urina de características normais.

FOCO	DIAGNOSTICO	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES	RESULTADOS OBTIDOS
Choque	Risco de choque hipovolémico relacionado com traumatismos	Que o doente não apresente sinais de choque hipovolémico relacionados com os traumatismos	Avaliar sinais vitais de hora a hora (monitorização cardíaca);	O doente foi monitorizado à chegada ao S.U.
			Iniciar fluidoterapia para manutenção de volémia;	O doente foi puncionado em veia periférica e colocada fluidoterapia em curso.
			Algaliar o doente;	Doente algaliado no dia 17/11/10 com sonda tipo Foley, calibre 18.
			Monitorizar a diurese;	O doente apresenta boa diurese, não foi prescrita a colocação de urimeter.
			Vigiar características da urina;	Drenagem vesical sem sinais de hematúria.
			Estar atento a sinais de choque, nomeadamente aumento do pulso e diminuição da TA;	O doente não apresenta sinais de choque hipovolémico. Os sinais vitais mantiveram-se dentro dos parâmetros normais..

FOCO	DIAGNOSTICO	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES	RESULTADOS OBTIDOS
Dor	Risco de dor relacionada com traumatismos	Que o doente não apresente dor relacionada com os traumatismos	Avaliar a dor	À chegada ao S.U o doente referia dor severa.
			Alertar o médico para o facto de o doente apresentar dor e administrar terapêutica prescrita	Foi administrada morfina (2 mg ev.). 1 Hora após foi administrado Tramadol (50 mg sc.).
			Reavaliar as características da dor após a administração de terapêutica	Após a analgesia, o doente refere dor moderada, especialmente à palpação
			Posicionar o doente confortavelmente	O doente Foi posicionado dentro das suas possibilidades
			Proporcionar apoio emocional tendo em vista a diminuição da ansiedade;	Foi facilitado suporte familiar. Procedeu-se à escuta activa do doente. O doente encontra-se mais calmo e conseqüentemente refere dor menos intensa.



**Anexo VIII- Conferência: “Terapia e Espiritualidade” – fotografias e póster**





CONFERÊNCIA

# Terapia e Espiritualidade

23 de  
fevereiro

das 14h30 às 16h30

Auditório do  
Hospital de São Teotónio, EPE  
VISEU

## Prelectores:

**Dr.ª Isabel Martins**

Médica Internista da UCIP - HST, EPE - Viseu

**Prof. Dr. José Carlos Quaresma**

Esc. Superior de Saúde de Leiria

**Padre Nery**

Capelão do HST, EPE - Viseu

## Moderador:

**Enf.º Belmiro Sequeira**

Enf.º-Chefe da UCIP - HST, EPE - Viseu

## Organização:

Alunas do 3º Curso EEMC da  
UCP - Centro Regional das Beiras

Daniela Ferreira

Paula Morais

Tutores na UCIP- HSTV

Enf.ª Ana Teixeira

Enf.ª Helena Gomes

Enf.º Jorge Moita

Enf.ª Esp. Mamede Soares

Orientadoras:

Mestre Patrícia Coelho

Mestre Teresa Borges

Certificado de presença atribuído pelo



Hospital de São Teotónio, EPE - Viseu

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

Patrocínios:

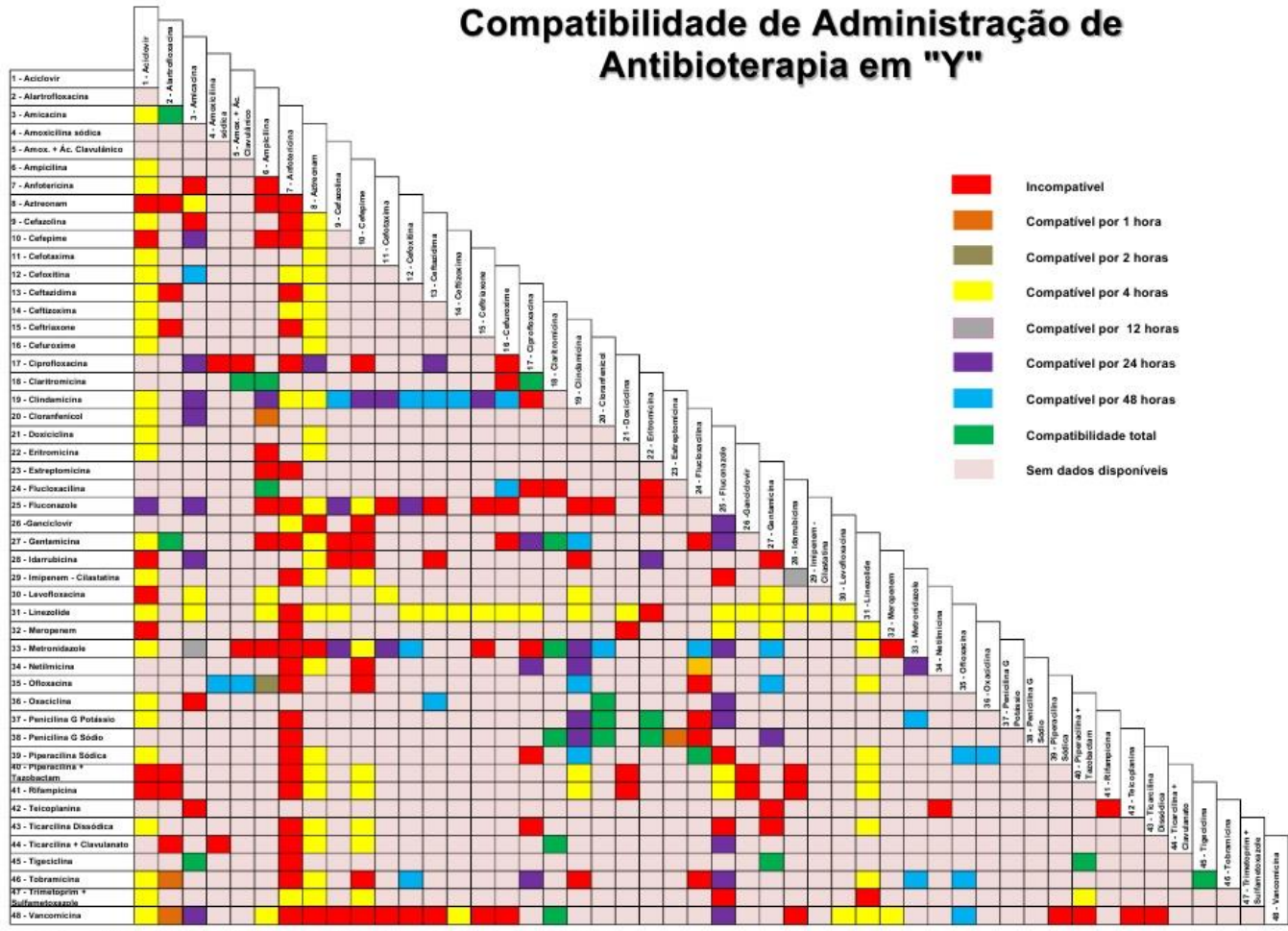
Participação LIVRE







Anexo IX – Compatibilidades e incompatibilidades de administração de antibioterapia em “Y”



Faeres: Travençolo, Lavinha A. 2003. *Handbook on injectable drugs*. 12ª edição. American Society of Health-System Pharmacists. U.S.A. 1568 pp. Com a colaboração de Drª Helena Teófilo.  
 www.infarmed.pt acessado em Fevereiro de 2011.  
 Elaborado por EnFª Daniela Ferreira (aluna do 3º curso E.E.M.C. da Universidade Católica Portuguesa) sob orientação da EnFª Especialista Ana Teixeira e EnFª Helena Gomes.  
 U.C.I.P., Hospital de São Teotónio, E.P.E. - Visão: Fevereiro de 2011.



Anexo X – Sessão de formação em serviço sobre “Comunicação com o doente ventilado” e respectivo plano de sessão

# Comunicação com o doente ventilado



**Universidade Católica Portuguesa**

**Centro Regional das Beiras**

Departamento das Ciências da Saúde

3.º Curso de Pós-Graduação de Especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica

*Daniela Ferreira*

*Paula Morais*

*Sob orientação de Patrícia Coelho e Teresa Beirão*

## Objectivos

- Conhecer os princípios fundamentais da comunicação;
- Treinar a flexibilidade no acto comunicacional, aplicando técnicas para se adaptar a diferentes interlocutores e situações difíceis;
- Fornecer aos formandos um conjunto de competências e ferramentas que lhes permitam construir relações profissionais mais construtivas e eficazes;
- Saber ouvir e colocar-se na posição do outro.



## Comunicação

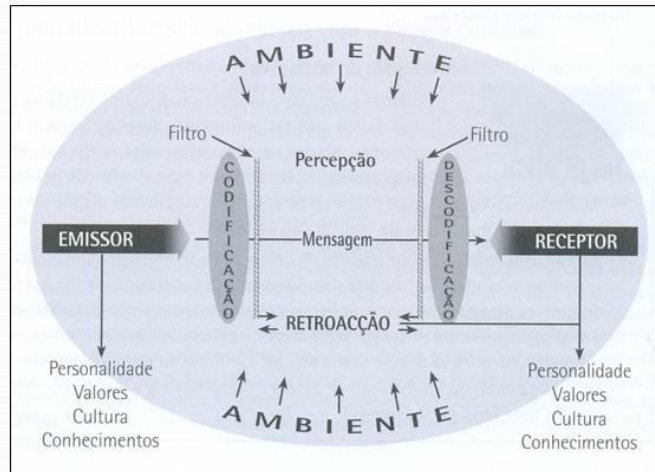
- *Communicare*: tornar comum, partilhar





# Comunicação

- *Modelo cibernético*



(in Phaneuf, 2005:26)



# Comunicação

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

(Phaneuf, 2005:23)

## Comunicação



(Bitti e Zani, 1997)



## Comunicação em Enfermagem

- Permite:
  - Conhecer o utente.





## Comunicação em Enfermagem

- Permite:
  - Conhecer o utente;
  - Identificar e satisfazer as necessidades.



## Comunicação em Enfermagem

- Permite:
  - Conhecer o utente;
  - Identificar e satisfazer as necessidades;
  - Estabelecer uma relação terapêutica.





## Comunicação em Enfermagem

- Permite:
  - Conhecer o utente;
  - Identificar e satisfazer as necessidades;
  - Estabelecer uma relação terapêutica;
  - Melhorar a qualidade dos cuidados.



## Comunicação em Enfermagem







## Barreiras à Comunicação

### Enfermagem

- Barreiras sociais
- Barreiras da actividade
- Sigilo profissional
- Hierarquia

### Doente

- Barreiras psicológicas
  - Interesses pessoais
  - Crenças e valores
  - Estado emocional (...)
- Barreiras físicas
  - Mal estar físico
  - Alterações na cognição
  - Alterações no aparelho vocal

Doente ventilado



## O doente numa UCI



## O doente ventilado

- Grande ansiedade
- Frustração
- Alteração da imagem corporal
- Perda de parte da identidade
- Dificuldades no relacionamento



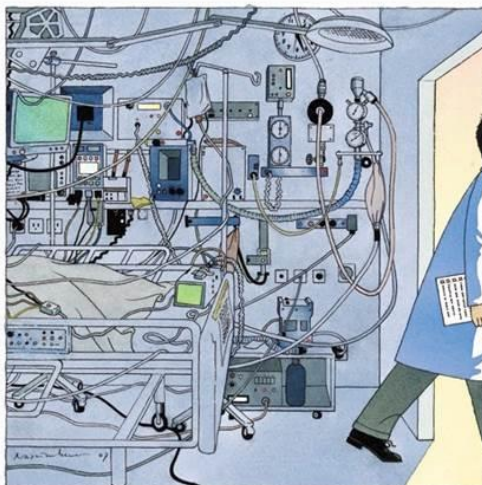
Sentem-se presos a um corpo sem voz,  
a um corpo estranho...



## Comunicação com o doente consciente ventilado

A comunicação dos doentes conscientes ventilados:

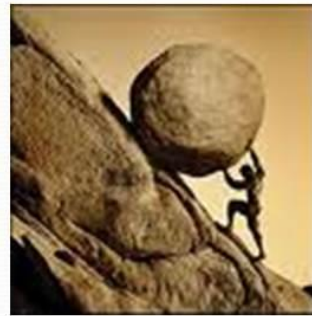
- É limitada;
- Conversações pequenas;
- Não focada nas suas necessidades;
- Comportamentos desencorajadores pelos profissionais de saúde;
- Experiência negativa.



## Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
  - Enfrentar as dificuldades de comunicação.



## Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
  - Enfrentar as dificuldades de comunicação;
  - Dar importância à comunicação e relação de ajuda.



## Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
  - Enfrentar as dificuldades de comunicação;
  - Dar importância à comunicação e relação de ajuda;
  - Valorizar e desenvolver a sua capacidade de escuta activa.



## Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
  - Enfrentar as dificuldades de comunicação;
  - Dar importância à comunicação e relação de ajuda;
  - Valorizar e desenvolver a sua capacidade de escuta activa;
  - Valorizar o primeiro encontro com o doente e sua família.



## Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
  - Enfrentar as dificuldades de comunicação;
  - Dar importância à comunicação e relação de ajuda;
  - Valorizar e desenvolver a sua capacidade de escuta activa;
  - Valorizar o primeiro encontro com o doente e sua família;
  - Perceber a auto-percepção do doente sobre a sua situação.



## Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
  - Enfrentar as dificuldades de comunicação;
  - Dar importância à comunicação e relação de ajuda;
  - Valorizar e desenvolver a sua capacidade de escuta activa;
  - Valorizar o primeiro encontro com o doente e sua família;
  - Perceber a auto-percepção do doente sobre a sua situação;
  - Avaliar o estado de consciência do doente.



## Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
  - Demonstrar interesse e paciência.



## Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
  - Enfrentar as dificuldades de comunicação
  - Dar importância à comunicação e relação de ajuda
  - Valorizar e desenvolver a sua capacidade de escuta activa
  - Valorizar o primeiro encontro com o doente e sua família
  - Perceber a auto-percepção do doente sobre a sua situação
  - Avaliar o estado de consciência do doente
  - Avaliar a capacidade física e cognitiva, para comunicar

## Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
  - Demonstrar interesse e paciência;
  - Não interromper o doente.



## Comunicação com o doente consciente ventilado



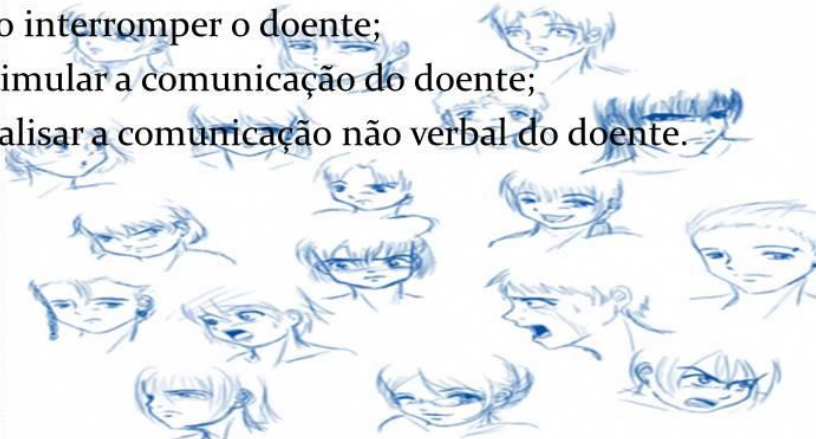
- Atitude do Enfermeiro:
  - Demonstrar interesse e paciência;
  - Não interromper o doente;
  - Estimular a comunicação do doente.



## Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
  - Demonstrar interesse e paciência;
  - Não interromper o doente;
  - Estimular a comunicação do doente;
  - Analisar a comunicação não verbal do doente.



## Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
  - Demonstrar interesse e paciência;
  - Não interromper o doente;
  - Estimular a comunicação do doente;
  - Analisar a comunicação não verbal do doente;
  - Assegurar um ambiente calmo.





## Comunicação com o doente consciente ventilado



- Atitude do Enfermeiro:
  - Demonstrar interesse e paciência;
  - Não interromper o doente;
  - Estimular a comunicação do doente;
  - Analisar a comunicação não verbal do doente;
  - Assegurar um ambiente calmo;
  - Valorizar o toque terapêutico.



## Estratégias de comunicação



**Comunicação eficaz com  
o doente consciente ventilado**



## Estratégias de comunicação

- Desenvolvidas em colaboração com o doente
- Partilhadas com toda a equipa e família do doente



## Estratégias de comunicação

- Gestos





## Estratégias de comunicação

- Escrita



## Estratégias de comunicação

- Visualização





## Estratégias de comunicação

- Visualização



## Estratégias de comunicação

- Outros
  - Tubo traqueal de Pitt fenestrado
  - Fala esofágica

## Comunicar com o doente ventilado em coma



- Prestação de cuidados como se o doente estivesse consciente

Orientação no tempo  
e no espaço

*“Voz calma, baixa, tranquila”*  
(Fernandes et al. 1995:52)

Chamar pelo nome

Explicação dos  
procedimentos a realizar

Toque terapêutico

## A reter...

- A competência comunicativa vai-se adquirindo e desenvolvendo na prática profissional, e

*“...tem por base o crescimento e o desenvolvimento humano, o que implica o desenvolvimento de recursos cognitivos, afectivos e psicomotores do enfermeiro para bem cuidar o doente.”*

(Sá, 2006:34)





## Bibliografia

- Bitti, P.; Zani, B. 1997. “A Comunicação como processo social” Editorial Estampa. Lisboa.
- Fernandes, A. et al. 2009. “Comunicar com o doente em coma: vivências de quem cuida”. *Revista Investigação em Enfermagem*, nº20, pp.48-58.
- Phaneuf, M. 2005. “Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação”. Lusociência. Loures.
- Sá, T.; Machado, L. 2006. “Comunicar com doentes ventilados: uma função de enfermagem”. *Sinais Vitais*. n.º 67, pp. 29-34.



*“Foi o tempo que tu perdeste com a tua rosa que tornou a tua rosa tão importante.”*

*In “O Príncipezinho”, de Saint-Exupéry*



**FIM**

## PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

<b>CURSO:</b> Enfermagem			<b>DESTINATARIOS:</b> Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente		
<b>TEMA:</b> Comunicação com o doente ventilado			<b>DURAÇÃO:</b> 60 minutos		
<b>LOCAL:</b> Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente			<b>DATA:</b> 25 de Janeiro de 2011; 14 de Fevereiro de 2011		
<b>FORMADOR:</b> Daniela Ferreira; Paula Morais			<b>PRÉ-REQUISITOS:</b>		
<b>Objectivos Gerais:</b> No final da sessão os formandos deverão ser capazes de Comunicar eficazmente com o doente ventilado.			<b>Objectivos Específicos:</b> Após a formação, os formandos deverão ser capazes de: 1- Conhecer os princípios fundamentais da comunicação; 2 - Treinar a flexibilidade no acto comunicacional, aplicando técnicas para se adaptar a diferentes interlocutores e situações difíceis; 3 - Fornecer aos formandos um conjunto de competências e ferramentas que lhes permitam construir relações profissionais mais construtivas e eficazes; 4 - Saber ouvir e colocar-se na posição do outro		
Momentos da Sessão	Actividades	Métodos	Material	Tempo	Avaliação
Introdução	- Apresentação do tema; - Comunicação de objectivos;	Expositivo Interrogativo Activo	Projector multimédia Computador Jogos pedagógicos	10 Minutos	Inicial
Desenvolvimento	- Definir comunicação; - Explicar o processo de comunicação; - Identificar os factores que a influenciam; - Dar a conhecer os diferentes canais de comunicação em enfermagem - Dar a conhecer a comunicação interpessoal em enfermagem; - Dar a conhecer as especificidades do doente ventilado; - Definir as atitudes do enfermeiro; - Ensinar estratégias para uma comunicação mais eficaz; - Incentivar a reflexão sobre a prática de cuidados; - Proporcionar a visualização de um filme	Expositivo Demonstrativo Interrogativo	Projector multimédia Computador	40 Minutos	Formativa
Conclusão	- Síntese de ideias  - Esclarecimento de dúvidas	Expositivo  Activo	Computador	10 Minutos	Formativa





## **Anexo XI – Estudo de caso: Carcinoma Espinocelular Queratinizante Da Mucosa Jugal Com Enxerto Osteomiocutâneo Microvascularizado**

Os cuidados de enfermagem têm um grande peso na evolução do estado do doente. Torna-se por isso muito importante o aperfeiçoamento da prestação dos mesmos. Para tal, e como o doente deve ser encarado como ser biopsicossocial e único que é, é necessário possuir conhecimentos sobre o doente e a sua patologia, o que irá permitir um melhor planeamento de cuidados individuais e actuar da melhor forma na execução dos mesmos perante cada doente.

Assim sendo, e de acordo com o plano de actividades do estágio, foi-me proposta a elaboração de um estudo de caso.

O estudo de caso é um trabalho que se pretende realizar para aprofundar conhecimentos sobre determinado assunto e sendo um diagnóstico de enfermagem o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade face aos problemas de saúde/processos de vida reais ou potenciais, esses diagnósticos vão proporcionar a base para a escolha das intervenções que visam a obtenção dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (Ackley, 2007).

Assim neste contexto, escolhi para a realização do estudo de caso, um doente que foi internado na UCIP após enxerto osteomiocutâneo maxilo-facial por carcinoma espinocelular queratinizante da mucosa jugal, visto ser uma situação pouco comum e com necessidade de cuidados de enfermagem especiais, pretendendo assim adquirir mais conhecimentos.

### **I – Carcinoma Espinocelular Queratinizante Da Mucosa Jugal Com Enxerto Osteomiocutâneo Microvascularizado**

Os lábios, a cavidade oral e a língua são susceptíveis de desenvolverem lesões malignas. O carcinoma espinocelular é um tumor maligno das células espinhosas da epiderme caracterizado por evolução mais rápida, maior poder invasivo e metastático em relação a outros. É a segunda forma mais comum de cancro cutâneo, representando 15 a 20% do total destes tumores.

O termo cancro de boca engloba um conjunto de neoplasias que acometem a cavidade bucal nas suas mais variadas etiologias e aspectos histopatológicos. O carcinoma espinocelular (CEC) ou epidermóide da boca corresponde entre 90% a 95% dos casos de cancro na boca. (Teixeira et al. 2009)

Os carcinomas espinocelulares da boca e da orofaringe representam cerca de 4% do total nos homens e 2% nas mulheres. O índice de sobrevivência tem permanecido decepcionante baixo e relativamente constante, a despeito do progresso do diagnóstico e tratamento de muitos outros

tumores malignos. Actualmente, a maior esperança de melhora do índice de sobrevivência está no diagnóstico precoce. A cavidade bucal é facilmente acessível ao exame e a biópsia, tornando o diagnóstico precoce um objectivo realístico e exequível no controle do câncer da boca. (Ramos-e-Silva e Fernandes, 2001)

O carcinoma espinocelular é mais frequente após os 60 anos de idade, sendo mais visto no sexo masculino. Ocorre com mais frequência em indivíduos de pele clara e olhos azuis, com ancestrais do norte da Europa. O CEC pode surgir em áreas de pele sã ou mais frequentemente sobre uma afecção pré-cancerosa pré-existente, normalmente uma queratose actínica. Os carcinomas espinocelulares que se desenvolvem nas mucosas e semimucosas apresentam um comportamento mais agressivo que os originados na superfície cutânea. (Teixeira et al. 2009)

Factores sociais e ambientais assim como o aumento da expectativa de vida têm contribuído para o aumento das doenças crónico-degenerativas como também dos seus diferentes padrões de ocorrência. O tabaco e o álcool, associados à predisposição genética, têm sido relatados na literatura como os principais factores de riscos para o CEC de boca. O papilomavírus humano (HPV) também pode comportar-se como mais um co-carcinogénico para o cancro de cavidade oral. Há também evidências de que hábitos alimentares com baixos padrões nutricionais associados a estilo de vida podem ser factores coadjuvantes na sua etiologia, alguns alimentos podem estar associados à redução do risco para essas lesões, como por exemplo: frutas e vegetais, além do arroz e feijão. Factores ocupacionais também podem estar associados a um risco maior para o CEC de boca, já que trabalhadores de oficinas mecânicas configuram-se como uma situação de risco para esse tipo de tumor, independente da idade e do consumo de álcool e tabaco, assim como pintores, provavelmente devido à exposição a diversos produtos (vapores, ácidos e solventes) decorrentes do seu processo de trabalho. (Teixeira et al. 2009)

De todos os factores que se acredita contribuir para a etiologia do cancro da boca, o tabaco é considerado o mais importante, Todas as formas de fumo, assim como o uso do tabaco sem fumaça, têm sido ligadas fortemente à causa do câncer bucal. Com o uso do tabaco sem fumaça, seja sob a forma de rapé (tabaco em pó) ou de tabaco para mascar, o risco de desenvolvimento do cancro aumenta significativamente, em especial em relação à mucosa jugal e à gengiva. O Consumo do álcool também parece contribuir para o risco de desenvolvimento do cancro da boca. A identificação do álcool como factor cancerígeno isolado tem sido um tanto difícil, por causa do hábito misto de fumo e bebida na maioria dos portadores de câncer da boca. (Rapoport et al. 2001)

O facto de se evitarem os factores predisponentes poderá diminuir o potencial de desenvolvimento do cancro da boca, isto é, evitar o excesso de exposição ao sol e ao vento, eliminação do fumo ou mastigação de tabaco ou folhas de betel e manutenção de bons

cuidados orais e dentários. Existe uma elevada correlação entre a incidência de cancro da boca e cirrose hepática, relacionada com o consumo de álcool. (Phipps et al. 1995)

O CEC apresenta localização mais frequente no terço inferior da face, orelhas, couro cabeludo, antebraços, dorso das mãos, pernas, lábio inferior, língua, assoalho da boca, glande e vulva. Clinicamente, a forma superficial, tem início por uma pápula, quase sempre com superfície queratósica. A primeira evidência clínica de malignidade é a induração. Observa-se grande tendência hemorrágica e a presença de crostas aderentes que recobrem áreas erosivas ou ulceradas. (Teixeira et al. 2009)

As lesões da mucosa jugal e da gengiva representam, cada uma cerca de 10% dos carcinomas espinocelulares da boca. O grupo afectado está representado pelos homens na sétima década da vida. O tabaco sem fumo é um factor etiológico importante da transformação maligna nessas regiões. O aspecto clínico varia de uma placa branca a uma úlcera que não cicatriza e a uma lesão exofítica. (Phipps et al. 1995)

Do ponto de vista histológico, os carcinomas gengivais são na maioria das vezes do tipo espinocelular bem diferenciado. A metástase tanto dos carcinomas da gengiva superior com inferior se verifica principalmente nos linfonodos submandibulares. O prognóstico é ligeiramente melhor que o dos carcinomas da língua e similar aos do assoalho da boca. Muito embora a avaliação do prognóstico deva ser feita em função da extensão da lesão primária, do grau de envolvimento ósseo e da presença de metástase. Os tumores localizados na gengiva inferior são de prognóstico mais reservado que os localizados na gengiva superior, uma vez que desenvolvem metástase com mais frequência, principalmente quando bilaterais. (Ramos-e-Silva e Fernandes, 2001)

As neoplasias malignas do andar inferior de boca, geralmente são ulceradas ou nodulares, de crescimento progressivo e indolor nas fases iniciais, causando uma série de sintomas consequentes à invasão de estruturas adjacentes, sendo as mais frequentes: lesão ulcerada ou nodular de crescimento progressivo, geralmente única e indolor nas fases iniciais; dor, perdas dentárias, sialorreia, trismo, sangramento, disfonia, linfadenopatia cervical e emagrecimento nas fases tardias. Torna-se fundamental no diagnóstico da neoplasia maligna, o exame cuidadoso das mucosas da cavidade oral e das vias aerodigestivas superiores. A confirmação diagnóstica somente é possível através da biópsia prévia ao tratamento, devendo-se evitar investigações diagnósticas demoradas e onerosas que apenas retardam o início do tratamento. Para a maioria dos casos, biópsia incisional e um RX de tórax são suficientes para confirmação diagnóstica e estadiamento. (Rapoport et al. 2001)

A detecção precoce do cancro oral poderá aumentar as hipóteses de sobrevivência do doente. Qualquer pessoa com uma lesão da boca que não cicatrize dentro de 2-3 semanas deverá consultar o médico. (Phipps et al. 1995)

Para tumores situados próximos à mandíbula, é obrigatório o estudo radiográfico ósseo através da radiografia panorâmica e da tomografia computadorizada. Os demais exames como a cintigrafia óssea, ultra-sonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética do abdômen são dispensáveis na rotina para o estadiamento. Somente devem ser indicados para os casos (raros) em que exista real suspeita clínica de metástases para locais específicos. (Rapoport et al. 2001)

O tratamento deve ser adequado às necessidades de cada caso em particular, tendo por base os resultados esperados de tempo e qualidade de sobrevida. Cada vez mais o paciente tem participado da decisão terapêutica após esclarecimento dos riscos e benefícios de cada uma das alternativas de tratamento. Para carcinomas espinocelulares do estadio clínico I, as taxas de sobrevida em 5 anos obtidas com tratamento cirúrgico ou com radioterapia são semelhantes. Nesses casos, a escolha do método de tratamento depende das expectativas do paciente e dos resultados funcionais que podem ser alcançados. A radioterapia, apesar de oferecer o mesmo resultado oncológico, associa-se a complicações importantes a longo prazo como a xerostomia, cáries de irradiação, osteoradionecrose. Prefere-se a cirurgia nestes casos. Para tumores do estadio II, opta-se pela cirurgia, enquanto para os tumores mais avançados (estádios III e IV) ressecáveis associa-se a cirurgia à radioterapia. (Ramos-e-Silva e Fernandes, 2001)

As cirurgias incluem ressecções do tumor primário com margens tridimensionais satisfatórias associadas a tratamento do pescoço (de indicação terapêutica ou electiva). Para os casos com linfonodos cervicais metastáticos associa-se sempre o esvaziamento cervical radical (clássico ou modificado). Em casos de tumores com alto risco de metastização mas sem metástases clinicamente detectáveis indica-se tratamento electivo do pescoço. Nesses casos utilizam-se os esvaziamentos cervicais selectivos do tipo supraomo- hióideo. O tratamento de tumores da cavidade oral teve grande impulso com o desenvolvimento de retalhos miocutâneos e reconstruções com enxertos microcirúrgicos revascularizados ampliaram as possibilidades de reabilitação após grandes ressecções com segurança e permitem reconstrução de grandes defeitos em um único tempo cirúrgico. A radioterapia pós-operatória é indicada para os casos com margens cirúrgicas exíguas ou comprometidas, linfonodos histologicamente positivos, embolização vascular neoplásica, infiltração perineural e em todos os casos de tumores dos estádios clínicos III e IV. Restaurações e exodontias devem ser feitas previamente à radioterapia. Durante o tratamento é fundamental que o paciente mantenha rigoroso cuidado dentário, incluindo a aplicação de flúor. (Teixeira et al. 2009)

O prognóstico do CEC é bom para os casos recentes e adequadamente tratados e reservado para os casos graves e avançados e diante de disseminação metastática. A busca de novas técnicas cirúrgicas tem sido uma constante, após ressecção de tumores de mandíbula, visando sempre melhorar a qualidade de vida do paciente oncológico. Tem-se observado que o tratamento cirúrgico de tumores avançados de maxila e mandíbula vêm deixando grandes

sequelas funcionais e estéticas nos pacientes que a ele se submetem. As técnicas de enxertia mais estudadas e usadas utilizam os seguintes ossos: clavícula, metatarso, costela, fíbula, íliaco e osso heterólogo. O enxerto autógeno, através de microcirurgia, tem mostrado evolução satisfatória, sendo mais uma opção para a reconstrução da mandíbula. Esta técnica devolve ao paciente, além da parte funcional da mandíbula, a estética do mento e mostra como a reconstrução de um defeito causado pela exérese de tumor em mandíbula, pode reintegrar rapidamente o paciente à sociedade e minimizar distorções da fala, de deglutição, de estética além dos efeitos psicológicos da cirurgia. (Oliveira et al. 2004)

A fisionomia da pessoa mudará consoante a extensão do tecido removido ou destruído, mesmo com cirurgia reconstrutiva, pelo que um dos principais problemas com a pessoa terá de lidar será a alteração da imagem corporal. Os doentes necessitam conhecer antecipadamente as alterações que vão ocorrer e as medidas que serão tomadas para os ajudar durante o período de adaptação, para que o impacto da perda seja ligeiramente reduzido. (Phipps et al. 1995)

## **2- Colheita De Dados**

Para a realização deste estudo de caso, propus-me abordar um doente que deu entrada na UCIP do Hospital de São Teotónio, E.P.E., no dia 7 de Fevereiro de 2011 pelas 18H30', tendo sido transportado por elementos da equipa do bloco operatório central do mesmo hospital.

A minha escolha por este doente, deveu-se á complexidade da patologia a ele associada, constituindo assim uma excelente oportunidade de desenvolver conhecimentos adquiridos na componente teórica do Curso de Especialização. Perante tal complexidade referente ao estado clínico e mediante o que me foi proposto, procedi ao levantamento dos diagnósticos que julgo serem os mais pertinentes e os que se interligam com o ser enfermeiro.

A colheita de dados foi feita por levantamento de dados com base nos registos de observação inicial de enfermagem, no processo clínico e através de informação directa dos familiares do doente.

Dados pessoais: O senhor W.R.E. é um doente de 77 anos, sexo masculino, raça caucasiana, casado e pai de 4 filhos. Possui o 4º ano de escolaridade. É natural de concelho de Viseu.

Medicação habitual: Androcur, Ciproterona, Atarax, Olsar Plus.

Antecedentes pessoais: Hipertensão arterial, obesidade, tabagismo, alcoolismo, hiperplasia benigna da próstata, insuficiência venosa dos membros inferiores e herpes zóster há uma semana.

Motivo de internamento: O doente deu entrada na UCIP, proveniente do bloco operatório, no dia 7-02-2011, por necessidade de suporte ventilatório prolongado. No dia 01-02-2011 foi submetido a cirurgia electiva maxilo-facial para exérese de carcinoma espinho-celular

queratinizante da mucosa jugal direita, foi realizada cervicotomia e celulectomia. Foi realizada reconstrução com retalho osteomiocutâneo microvascularizado da face anterior do antebraço esquerdo e traqueostomia. Esta cirurgia decorreu sem incidentes e teve a duração de 9H30'. Ao sexto dia pós-operatório (7-02) foi reintervencionado por complicação local para drenagem do hematoma.

Na admissão apresentava-se: Sedado e analgesiado, conectado a prótese ventilatória, bem adaptado.

*Olhos:* Castanhos, escleróticas normais.

*Ouvidos:* Impossível avaliar acuidade auditiva.

*Nariz:* A sua função respiratória encontra-se alterada devido à cirurgia em causa. Encontra-se conectado a prótese ventilatória. *Boca:* Apresenta lábios edemaciados em consequência da cirurgia, sem escoriações, dentição incompleta.

*Tórax:* Movimentos respiratórios profundos e simétricos. Apresenta traqueostomia para conexão a prótese ventilatória (FiO<sub>2</sub>=100%)

*Abdómen:* Mole e depressível.

*Membros superiores:* Esquerdo – gessado, sem sinais de compromisso neurocirculatório; Direito, com três punções venosas e linha arterial.

*Membros inferiores:* Simétricos, com sinais evidentes de insuficiência venosa crónica

*Sistema cardiovascular:* Na hora desta colheita de dados apresenta um pulso radial de 72 batimentos por minuto e uma TA de 164/89 mmHg.

*Sistema respiratório:* Frequência respiratória de 14 ciclos programados pelo ventilador.

*Temperatura corporal:* 36,2°C.

Exames Laboratoriais: Hb 11.9g/dl, Leucócitos 11.94x10<sup>9</sup>/L, Neutrófilos 86%, Plaquetas 249X10<sup>9</sup>/L, INR 1,02, Glicose 155mg/dl, Sódio 138mEq/l Potássio 4,4mEq/l, Ureia36mg/dl, Creatinina 0,6mg/dl, Cloro 98 mEq/L, Cálcio 1.01 mEq/L.

Gasometria arterial (FiO<sub>2</sub> 100%): pH 7.32, pCO<sub>2</sub> 53 mmHg, pO<sub>2</sub> 48 mmHg, HCO<sub>3</sub> 27.3mmol/L, Lactatos 0.8 mmol/L, satO<sub>2</sub> 80%

## 2.1- Plano De Cuidados

O processo de enfermagem é algo fundamental para uma prestação de cuidados adequados e individualizados de acordo com as necessidades do doente, isto é, consiste na dinâmica de acções sistematizadas que visam a assistência profissional ao ser humano. Na opinião de

Furakava e Howe (1993) o processo de enfermagem é verdadeiramente a aplicação da abordagem lógica à solução de um problema, sendo os passos os do método científico. O valor real do processo de enfermagem está na dependência da compreensão, interpretação, integração e utilização que alguém faz dele.

É pois necessário que o enfermeiro possua conhecimentos de ciências comportamentais e humanas, e que aplique conceitos e teorias de enfermagem, possibilitando-lhe assim tomar decisões e actuar de forma adequada perante cada doente.

O plano de cuidados é uma ordenação clara de problemas de causas e factores etiológicos, na qual estes se tornam o ponto de convergência de acção dos enfermeiros. Faz parte do processo de enfermagem, este processo é um método para resolver problemas clínicos e para a tomada de decisão. É uma linha de pensamento e acção relacionada com os fenómenos clínicos da alçada dos enfermeiros, (Morton, 2007).

#### Foco de atenção

É o centro do principal problema de enfermagem.

#### Diagnóstico de Enfermagem

É um enunciado simples, preciso e objectivo, que descreve problemas de saúde do utente, reais, possíveis ou potenciais, que sejam possíveis de resolução em enfermagem. Provem de um processo deliberado e sistemático de colheita e de análises de dados que serve de base à prescrição de intervenções autónomas situadas no campo das responsabilidades do enfermeiro. Os diagnósticos de enfermagem são constituídos por duas partes essenciais: Problema do utente e o factor que constitui a causa.

#### Resultados esperados

É a afirmação do que o enfermeiro espera que o utente seja capaz de atingir, dentro de um determinado período de tempo ou até determinada data, ou seja é uma indicação do comportamento esperado no doente.

#### Intervenções

Indicação do plano de acção do enfermeiro. É a prescrição de métodos ou indicações específicas através dos quais os objectivos dos cuidados de enfermagem serão atingidos e que ajudam na gestão e/ou soluções de problemas de enfermagem dos utentes.

#### Resultados obtidos

Verificar se as acções de enfermagem foram eficazes sendo reformuladas caso o planeamento de cuidados não esteja adequado.

FOCO	DIAGNOSTICO	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES	RESULTADOS OBTIDOS
Infecção	Risco de infecção relacionado com o aumento da exposição ambiental manifestado por presença de traqueostomia e ventilação mecânica	Que o doente não apresente infecção	Avaliar sinais e sintomas de infecção	Doente normocárdico e apirético. Pele circundante da traqueostomia íntegra, sem sinais inflamatórios.
			Usar técnica asséptica durante os procedimentos relacionados com a ventilação	Foi realizada lavagem das mãos antes e após os procedimentos. Foram calçadas luvas esterilizadas para aspiração de secreções. As sondas de aspiração foram descartadas após utilização. Foi executada aspiração da árvore traqueobrônquica e posteriormente da orofaringe.
			Proceder a higiene oral cuidada	Todos os turnos foram prestados cuidados de higiene à boca, após aspiração de secreções. Com Tantum em água destilada na proporção de 1:3. Posteriormente foi aplicada clorhexidina nas gengivas e vaselina purificada nos lábios.
			Proceder a cuidados especiais com a traqueostomia	A cânula foi mantida alinhada tendo em vista a minimização do trauma. O nastro foi mudado uma vez por turno e sempre que necessário. Foi substituída cânula interna sempre que necessário, utilizando técnica asséptica. Foi feita secagem da área periestoma a fim de evitar a maceração.



FOCO	DIAGNOSTICO	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES	RESULTADOS OBTIDOS
Integridade cutânea	Alteração da integridade cutânea relacionada com intervenção cirúrgica manifestada por enxerto microvascularizado	Que o doente não apresente sinais de rejeição de enxerto	Monitorizar o retalho duas vezes por turno: coloração, temperatura, retorno capilar.	O retalho apresentava coloração rosa, temperatura quente e retorno capilar entre 2-3 segundos
			Iniciar fluidoterapia para promoção de circulação hiperdinâmica	O doente foi puncionado em veia periférica e colocada fluidoterapia em curso.
			Prestar cuidados gerais ao retalho	Foi cuidado o retalho, evitando-se pressão e estiramento
			Vigiar e Monitorizar a diurese;	O doente apresenta boa diurese (superior a 1ml/kg/hora)
			Vigiar e monitorizar temperatura central e temperatura periférica.	Doente normotérmico. A diferença entre temperatura central e periférica foi inferior a 1°C, como desejável.
			Administrar terapêutica segundo prescrição médica	O doente foi analgesiado eficazmente. Iniciou antibioprolaxia e trombotoprolaxia como prescrito.

FOCO	DIAGNOSTICO	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES	RESULTADOS OBTIDOS
Ventilação	Risco de compromisso de trocas gasosas relacionado com intervenção cirúrgica manifestado por necessidade de ventilação mecânica	Que o doente apresente trocas gasosas adequadas	Observar, registar e transmitir alterações do padrão respiratório	O doente apresenta movimentos respiratórios amplos, profundos, simétricos.
			Facilitar a máxima expansão alveolar e conforto	O doente foi posicionado tendo em conta a optimização da ventilação e o seu conforto, dentro das suas possibilidades.
			Avaliar função respiratória do doente através de gasometrias arteriais.	Foram realizadas gasometrias arteriais duas vezes por turno e comunicadas sempre as alterações ao médico de serviço.
			Avaliar funcionamento adequado do ventilador	O ventilador foi testado antes de ser conectado ao doente. Os circuitos foram verificados. Os alarmes foram programados na admissão do doente.
			Monitorizar as evidências de “luta contra o ventilador”	Foi administrada terapêutica sedativa e analgésica prescritas, tendo em vista diminuir a situação descrita e assim diminuir o consumo de oxigénio

## **BIBLIOGRAFIA**

Ackley, Betty J. ; Ladwig, Gail B. 2007. **Manual de diagnostico de enfermagem: guia para la planificacion de los cuidados**. 7ª Ed. Elsevier. Madrid.

Furakava, Chyioko Yamamoto; Howe, Juan. 1993. **Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional**. Artes Médicas. Porto Alegre.

Morton, Patricia Gonce. 2007. **Cuidados Críticos de Enfermagem: uma abordagem holística**. 8ª ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro

Oliveira, Benedito Valdecir Sassi, Laurindo Moacir; Dissenha, José Luis; Simette, Ricardo Leandro; Rodrigues, Eros; Silva, Alfredo B.; Pedruzz, Paola A G.; Cervantes, Onivaldo. 2004. **Reconstrução Com Enxerto Microvascularizado De Fíbula Em Mandíbula Com Duplo Segmento Em Porção Anterior Em Edentados. Variante – I**. Disponível em [sbccp.netpoint.com.br](http://sbccp.netpoint.com.br) visitado em 14 de Fevereiro de 2011

Phipps, Wilma; Long, Barbara; Woods, Nancy; Cassmeyer, Virginia. 1995. **Enfermagem Médico-Cirúrgica – conceitos e prática clínica**. 2ª Edição. Lusodidacta, Lisboa. Vol. I, Tomo II, 1394 pps.

Ramos-e-Silva, Marcia; Fernandes, Nurimar Conceição. 2001. **Afecções Das Mucosas E Semi-Mucosas**. Jornal Brasileiro de Medicina 2001; 80(3):50-66.

Rapoport, A; Kowalski, L. P. ; Herter, N. T. , Brandão, L. G.; Walder, F. 2001. **Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Boca**. Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Disponível em [www.projetodiretrizes.org.br](http://www.projetodiretrizes.org.br) visitado em 10 de Fevereiro de 2011

Teixeira, Ana Karine Macedo, Leitão de Almeida, Maria Eneide, Holanda, Marcelo Esmeraldo, Sousa, Fabrício Bitu, Almeida, Paulo César (2009). **Carcinoma Espinocelular da Cavidade Bucal: um Estudo Epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza**. Revista Brasileira de Cancerologia. 55(3): 229-236



**Anexo XII- Acção de Formação: “Comunicação Em Enfermagem – Bloco Operatório” e respectivo plano de sessão**



Universidade Católica Portuguesa  
Centro Regional Das Beiras  
Departamento das Ciências da Saúde



# Comunicação em Enfermagem – Bloco Operatório

Universidade Católica Portuguesa  
Centro Regional Das Beiras  
Departamento das Ciências da Saúde

3º curso de Pós-Licenciatura de  
Especialização em Enfermagem Médico-  
Cirúrgica

Carla Loureiro  
Daniela Ferreira

Orientação: Patrícia Coelho

## Objectivos

- Conhecer os princípios fundamentais da comunicação;
- Compreender a importância da escuta activa e do feedback construtivo para a eficácia comunicacional;
- Treinar a flexibilidade no acto comunicacional, aplicando técnicas para se adaptar a diferentes interlocutores e situações difíceis;
- Fornecer aos formandos um conjunto de competências e ferramentas que lhes permitam construir relações profissionais mais construtivas e eficazes;
- Treinar a assertividade, a empatia e a capacidade de negociação na relação com os outros;
- Saber ouvir e colocar-se na posição do outro.



## Comunicação

- ▶ Comunicar – do latim *communicare*, «dividir alguma coisa com alguém, partilhar»
- ▶ Comunicação – vem do latim ‘*communis*’, comum, o que introduz a ideia de comunhão, comunidade.

Dicionário da língua portuguesa

## Comunicação

- ▶ Comunicação - sistema de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de pôr em comum sentimentos e emoções entre os indivíduos.

Phaneuf(2005)



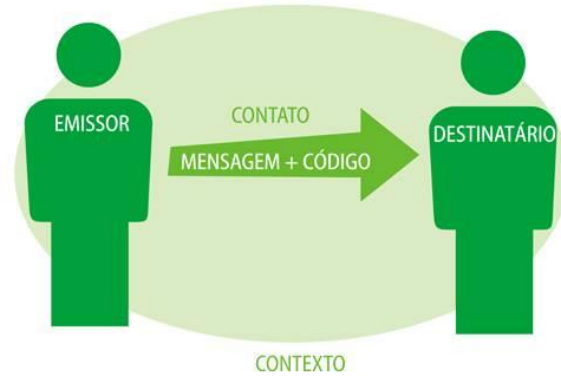
## Comunicação

- A comunicação é um aspecto importante das nossas vidas.
- É impossível viver sem comunicar.
- Por dia cerca de 70 % do nosso tempo é gasto em comunicarmo-nos com os outros.
- É um facto bem conhecido que a boa comunicação é a espinha dorsal de qualquer organização.



Berlo (1999)

## Processo de Comunicação




## Processo de Comunicação

Estamos sempre a emitir mensagens quando estamos em relação com alguém, sejam elas mensagens **verbais** ou **não verbais**.

- A postura assumida
- Os movimentos dos braços e mãos
- A motricidade corporal
- O tom de voz
- O olhar
- A expressão facial utilizados



Têm um forte impacto e podem ser barreiras à comunicação, alterando os objectivos do emissor da mensagem.





## Exemplos de obstáculos à comunicação



Mentir  
Ser moralista  
Ser insensível  
Falar muito alto  
Sorrir ironicamente  
Revelar desinteresse  
Tamborilar os dedos  
Interromper as pessoas  
Fazer observações irreflectidas  
Ser muito insistente e teimoso  
Contradizer-se nas intervenções  
Utilizar expressões faciais negativas  
Não olhar o interlocutor nos olhos  
Encolher os ombros frequentemente  
Manifestar nervosismo ou impaciência  
Exteriorizar expressões de pessimismo  
Aproximar-se exageradamente do interlocutor  
Revelar distanciamento em relação ao interlocutor

## Canais de comunicação

### Canais Verticais:

#### Comunicação descendente

- ✓ Comunicação para baixo;
- ✓ Utilizada em organizações burocratizadas e autoritárias;
- ✓ Consiste em ordens ou informações sobre políticas ou programas que a empresa pretende implantar;
- ✓ São comunicadas decisões já tomadas pela direcção da empresa, sem consulta prévia dos colaboradores;
- ✓ Utilizado para dar um feedback para os colaboradores.

## Canais de comunicação

### Comunicação ascendente

- ✓ Comunicação para cima
- ✓ Os dirigentes obtêm informações a respeito do desempenho de seus colaboradores
- ✓ É uma forma de se inteirar sobre as atitudes e sugestões dos colaboradores
- ✓ Baseia-se na participação dos colaboradores



## Canais de comunicação

### Canais Horizontais

#### Comunicação diagonal.

- ✓ Ocorre entre pessoas de níveis hierárquicos diferentes
- ✓ Possibilitam o funcionamento dos processos interdepartamentais e a tomada de decisões

#### Comunicação lateral

- ✓ Ocorre entre pessoas do mesmo nível hierárquico

A comunicação lateral/diagonal dá-se através da comunicação oral em organizações com estrutura horizontal, ou seja, com poucos níveis hierárquicos, por isso tende a ser mais rápida que a comunicação formal.

O único inconveniente é que este tipo de comunicação que também é chamada de rede informal é propensa a se transformar no chamado "rádio corredor".

Chiavenato (2000)

## Factores que influenciam a comunicação

### Factores pessoais

- O nível de profundidade de conhecimento do indivíduo;
- A aparência do sujeito;
- A postura corporal;
- O movimento corporal;
- O contacto visual;
- A expressão facial;
- A fluência com que os indivíduos falam ou discursam;
- A articulação, a modulação, o ritmo ou o timbre da voz.



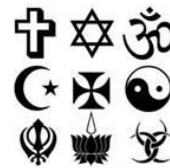
DIAS (2001)



## Factores que influenciam a comunicação

### Factores Sociais

- A educação;
- Os princípios e os valores;
- A cultura;
- As crenças;
- As normas sociais;
- Os dogmas religiosos.



DIAS (2001)

## Factores que influenciam a comunicação

### Factores Fisiológicos

Forma do corpo;

Raça;

Cheiro;

Cabelo;

Sexo.



### Factores de Personalidade

Auto-suficiência;

Avaliações congeladas;

Tendência à complicação.

DIAS (2001)

## Factores que influenciam a comunicação

### Factores de Linguagem

Confusão entre a realidade e as inferências que dela se fazem;

O uso constante de palavras abstractas;

Desencontro de sentidos que cada um dos interlocutores atribui às palavras dos outros e às suas próprias mensagens;

O uso sistemático de expressões extremas no discurso dos indivíduos pode levar à desacreditação do emissor de tal discurso;

A falsa identidade baseada nas palavras;

A polissemia.

### Factores Psicológicos

Efeito de halo;

Efeito lógico;

Falta de objectividade;

Efeito de polarização.



DIAS (2001)

## Comunicação interpessoal em enfermagem

- Veículo para o estabelecimento da relação terapêutica
- Meio através da qual as pessoas influenciam o comportamento das outras
- Decisiva para o sucesso da intervenções de enfermagem



## Comunicação interpessoal em enfermagem

**Comunicação terapêutica** – é a que permite estabelecer relações significativas entre o enfermeiro e o doente.

A nível de bloco operatório esta comunicação pode ser:

- Pouco valorizada
- Bastante limitada pelos enfermeiros
- Predominam aspectos técnicos

*Estão relacionados com as prioridades determinadas pelo grau de ameaça á sobrevivência da pessoa atribuída pelo modelo de SBV.*

➤ A comunicação é uma das actividades de vida mais afectadas nos doentes aí presentes;

## Comunicação interpessoal em enfermagem

- A questão da morte premeia culturalmente o preconceito de estar dentro de um bloco operatório;
- Significa estar entre a vida e a morte;
- Pode ser uma ida sem volta;
- Estes doentes podem desenvolver ansiedade devido a factores como a ameaça de desamparo, perda de controlo, sensação de perda de função e auto estima;
- Isolamento e medo de morte;
- Assim o enfermeiro deve tentar minimizar estes factores, com o conhecimento científico e técnico, mas também com as suas aptidões relacionais, mobilizando o seu saber, saber fazer, saber estar e saber ser.

## Comunicação interpessoal em enfermagem

### Comunicação Assertiva

#### O que é a assertividade?



Capacidade de expressar ideias, crenças e emoções e defender direitos pessoais de uma forma apropriada, directa e honesta, que não viole os direitos das outras pessoas.

É a chave para uma relação bem sucedida entre enfermeiro, utente e outros membros da equipa

Não é uma característica que nasce com as pessoas, nem um traço de personalidade que algumas pessoas têm e outras não.



É uma capacidade que pode e deve ser aprendida e treinada por toda a gente.

A assertividade é uma escolha.

## Comunicação interpessoal em enfermagem

### O que significa comunicar assertivamente?

- Ser competente nas várias estratégias de comunicação;
- Expressar os seus pensamentos e sentimentos, protegendo simultaneamente os seus direitos e os dos outros;
- Ter atitude positiva acerca da comunicação directa e franca;
- Sentir-se confortável;
- Controlar a ansiedade e tensão, timidez ou medo;
- Sentir-se seguro relativamente à conduta a seguir;
- Respeitar os seus direitos e os dos outros.



Riley, Julia (2004)

## Comunicação interpessoal em enfermagem

### Um enfermeiro assertivo:

- Parece auto-confiante e contido;
- Olha a direito;
- Utiliza um discurso claro e conciso;
- Fala com firmeza e de forma positiva;
- Fala com sinceridade e sem sarcasmo;
- Não é defensivo;
- Toma iniciativa na resolução de situações;
- É congruente na mensagem verbal e não verbal.



Riley, Julia (2004)

## Técnicas para ajudar a desenvolver uma comunicação assertiva

**Ser claro, conciso e específico nas suas apreciações críticas**

- Dizer aquilo que realmente se quer dizer da forma mais directa possível;
- Não partir do princípio que a outra pessoa já sabe o que quer, apenas porque lhe parece evidente ou porque já deixou algumas indirectas no ar;
- Não fazer frases muito compridas que introduzem assuntos diferentes daqueles que quer tratar;
- Evitar falar muito para dizer pouco;
- Utilizar uma linguagem neutra, não intempestiva;
- Não utilizar o sarcasmo.



## Técnicas para ajudar a desenvolver uma comunicação assertiva

**Ser claro, conciso e específico nas suas apreciações críticas**

Exemplo

**Em vez de dizer:**

- Lembras-te que fizemos uma reunião de grupo há uns tempos atrás? Aquela a que tiveste de faltar? Será que a Vanessa te deu a informação?
- “Maria, este relatório está uma porcaria!” ou “António como é que você pode ser tão burro?”.

**Dizer antes:**

- Combinámos que farias os gráficos no computador até ao dia de hoje. Já estão prontos?
- “Neste relatório, João, você utilizou Lifo. Quero que utilize Fifo, porque



## Técnicas para ajudar a desenvolver uma comunicação assertiva

### Usar frases na 1ª pessoa

A assertividade depende da afirmação do "eu". A pessoa deve assumir a responsabilidade pelos seus pensamentos, sentimentos, desejos e acções e não atribuir a culpa aos outros.

#### Exemplo

##### Em vez de dizer:

- Tu irritas-me! ...
- Tens razão ...
- Sabes como é, ninguém consegue tomar decisões sobre estes assuntos, não é?
- "Mas que raio de ideia foi esta?" ou não dizer nada enquanto fica a remoer por dentro.

##### Dizer antes:

- Sinto-me irritado!
- Eu concordo ...
- Eu estou a ter dificuldade em decidir!
- João, eu estou aborrecido com o que você fez a propósito de...



## Técnicas para ajudar a desenvolver uma comunicação assertiva

### Empatizar

Reconhecer o que o receptor diz sobre a sua situação, dificuldades, sentimentos e opiniões.

O receptor conseguirá perceber que o emissor o está a ouvir e a prestar atenção ao que é importante para ele. Desta forma pode-se construir uma base de compreensão entre as pessoas.

#### Exemplo

A: Podes-me dizer se consegues ter a tua parte do trabalho pronta até para a semana?

B: Tenho pena, mas vou ter um teste e pode ser que haja um atraso.

A: Eu compreendo que isto te vá criar dificuldades (demonstrar empatia), mas já estás atrasado uma semana e eu gostava de ter o assunto terminado dentro de uma semana.



## Técnicas para ajudar a desenvolver uma comunicação assertiva

### Respeitar os outros

O outro, tal como qualquer pessoa, tem uma opinião e sentimentos sobre as situações..

#### Exemplo

A: Fico contente por teres percebido as tuas tarefas tão rapidamente, mas estou preocupado com a tua pontualidade. Podes fazer o possível por chegar às 08:00? (apreciação ou avaliação seguida de crítica construtiva e pedido de mudança)

A: Vamos tomar um copo depois do turno?

B: Hoje não vou, mas gostava de falar um bocado contigo depois do turno, noutro dia. (rejeita o pedido e mostra apreço quando sugere adiar para outro dia)

## Técnicas para ajudar a desenvolver uma comunicação assertiva

### **Não se diminua e não diminua os outros.**

Exemplo:

Um colega pede a sua opinião para uma decisão.

A resposta assertiva é frontalmente “Eu penso”...

A resposta não assertiva pode implicar um menosprezo da outra pessoa (“Surpreende-me que não saiba a resposta para essa questão”) ou uma auto diminuição (“Bom sou apenas uma mulher, não sei se está de facto interessado na minha opinião” ou “Bom, suponho que ...”).



## Técnicas para ajudar a desenvolver uma comunicação assertiva

### Pedir mudança de comportamento

Se não lhe agrada alguma coisa que outra pessoa fez ou se sente prejudicado por isso, deve pedir uma mudança de comportamento dessa pessoa.

Este comportamento é usado frequentemente para fazer críticas construtivas ou lidar com comentários destrutivos.



## Técnicas para ajudar a desenvolver uma comunicação assertiva

### Exemplo

A: Estou aborrecida por não me teres dado o recado da Marta logo de manhã. Gostava que, de futuro, escrevesse as mensagens num papel em vez de as decorar. (crítica construtiva com pedido de mudança de comportamento)

B: Por favor, não me critiques em frente ao grupo.

A: Já revi o texto da carta e tenho apenas um pedido de alteração a fazer-te. Podes colocar o nome completo, em vez de utilizares apenas o apelido?

B: Estás a ser demasiado picuinhas (que dá importância a ninharias) A: Quero que isto fique exacto. Por favor, não me descrevas como picuinhas.



## Técnicas para ajudar a desenvolver uma comunicação assertiva

### Iniciativa própria de mudança

Depois de aceitar a crítica de alguém, se quiser pode oferecer-se para mudar o seu comportamento.

#### Exemplo

B: Acho que a tua apresentação foi muito comprida.

A: Concordo. Vou repensá-la e cortar o tempo para metade (oferecer-se para mudar)



## Técnicas para ajudar a desenvolver uma comunicação assertiva

**Seja cooperativo, aberto e receptivo para com os outros.**

Exemplo: Suponha que um colaborador desobedece às suas ordens expressas.

A resposta não assertiva é muitas vezes ambígua: “Que raio de ideia era a sua, José António....?”

O chefe assertivo preocupa-se em perceber se os seus colaboradores subordinados sabem algo que ele desconhece. “António pode explicar-me por que é que fez XXX quando lhe pedi que fizesse Y?”

**Enfrente as situações desagradáveis imediatamente (ou pelo menos tão depressa quanto possível).**

E recorde-se, “enfrentar” significa partilhar as suas opiniões, não atirar as culpas sobre o outro!

## Técnicas para ajudar a desenvolver uma comunicação assertiva

Certifique-se de que a sua comunicação não verbal é congruente com as suas palavras.

“Noventa por cento da mensagem que recebemos do outro é comunicada não verbalmente” (Mehrabian 1968).

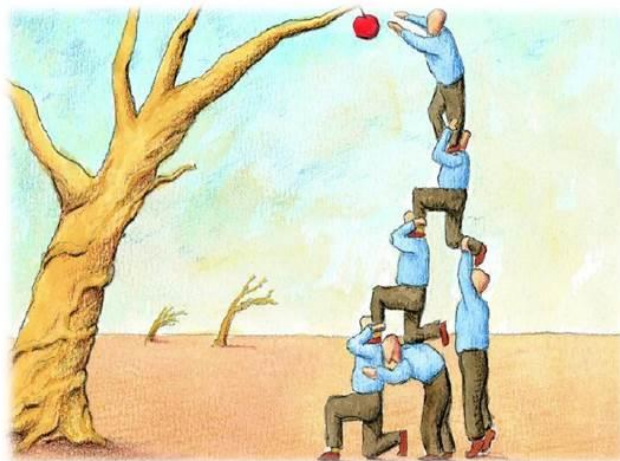
Imagine a situação de um subordinado cujo chefe lhe sorri enquanto o demite. Ou o indivíduo que pede um aumento ao patrão com voz inaudível /reforçada por um bater nervoso de pés e os olhos “pregados” no chão.

Henrique Neto, (2010)

## Técnicas para ajudar a desenvolver uma comunicação assertiva

### 10 dicas para desenvolver a assertividade

- Saber escutar
- Controlar-se
- Informar-se
- Dialogar
- Ser positivo
- Ser amigável
- Perceber o outro
- Afirmar-se
- Sugerir soluções
- Mostrar as vantagens



## Vantagens da comunicação assertiva

Permite às pessoas serem **mais construtivas** na relação que desenvolvem com os outros;

**Aumenta a auto-confiança** e o respeito próprio

**Diminui a insegurança**, vulnerabilidade e dependência de aprovação

**Aumenta as reacções positivas dos outros** que passam a sentir mais respeito e admiração.

**Diminui a ansiedade** e as queixas somáticas

**Favorece a comunicação interpessoal**

Possibilita uma **maior proximidade** entre as pessoas



## O papel da escuta activa na comunicação assertiva

Escutar é mais do que ouvir



**Aprender a escutar** é fundamental para desenvolver uma comunicação adequada, para assumir uma postura assertiva.

É procurar **compreender a perspectiva do outro/a**, demonstrando a máxima atenção e disponibilidade ao que este/a tem para dizer.

Podem ser utilizados alguns mecanismos facilitadores da comunicação que ajudam as pessoas a ouvir com o objectivo de entender e não de contrariar o que está a ser dito.

## Técnicas de escuta activa

Utilize perguntas abertas

Reformule o que foi dito

Verifique a percepção de sentimentos

Faça contacto visual

Faça acenos afirmativos com a cabeça e expressões faciais apropriadas

Evite acções ou gestos distraídos

Evite interromper o narrador

Não fale demais

Faça transições suaves entre os papéis de orador e ouvinte



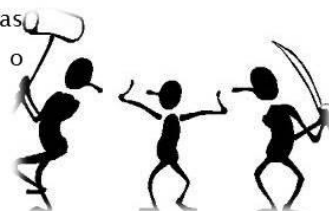
## A escuta activa na resolução de conflitos

Não evita a ocorrência de uma situação de conflito mas pode ser decisiva para a sua resolução.

A impaciência, o nervosismo e o descontrolo emocional condicionam o entendimento do outro e as possibilidades de resolução do conflito existente.

É importante deixar o outro falar, olhar nos seus olhos e demonstrar interesse e atenção no que tem para dizer.

Quando nos tentamos colocar no lugar do outro e entender as suas razões ficamos mais perto de encontrar posições que defendam o interesse de todos os envolvidos.



## A importância de fazer perguntas



Perguntar é essencial para a avaliação e desenvolvimento da relação da prestação de cuidados de enfermagem;

Como enfermeiros gastamos cerca de metade do tempo de trabalho a fazer perguntas a utentes e colegas de trabalho;

São o mais importante instrumento terapêutico de que o enfermeiro dispõe;

A forma como as perguntas são feitas determina o tipo de respostas que são obtidas;

Ajudam a obter informação importante;

Ajudam a perceber o que é preciso fazer para melhorar;

Perguntar eficazmente vai garantir comunicação eficaz e prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

RILEY(2004)

## A importância de fazer perguntas

As questões colocadas devem ser:

Breves

Claras

Focadas

Relevantes

Construtivas

Neutras

Abertas





## Feedback – importância

É a resposta ou retorno da mensagem inicialmente transmitida.

Não é um desabafo.

Não é uma forma de mostrar superioridade mas antes uma forma de dividir experiências e acrescentar construtivamente.

Pode ser:

- Positivo
- Negativo
- Neutro



Na maioria das vezes, dar feedback positivo não é complicado, mais difícil é dar feedback negativo às pessoas.

## Feedback

### Como dar feedback negativo?

Descrever o comportamento e a situação em que este ocorreu

Expressar o que se pensa e o que se sente face ao comportamento do outro

Sugerir a mudança e indicar como é que se gostaria que o outro agisse em futuras situações

Explicar as consequências positivas que essa mudança implicaria



# Feedback

## Feedback positivo

Nunca subestime o poder do feedback positivo.

Dar feedback positivo pode ser uma poderosa ferramenta para motivar os elementos da equipa.

**Diga algo imediatamente**

**Faça-o publicamente**

**Seja específico**

**Faça dele um grande acontecimento**

**Considere quem recebe**

**Faça com frequência**

**Faça de forma diferenciada**

**Seja sincero**

**Esclareça as dúvidas, dê sugestões para melhorias e estimule positivamente**

**Evite discutir ou ficar na defensiva**

**Aceite a opinião dos outros**



Edson De Paula (2010)

## Questões actuais na comunicação

Actualmente existe um arsenal de meios de comunicação que podem facilitar, ou não, os relacionamentos e trocas de informações dentro das instituições



O uso da internet é uma realidade de importância crescente na enfermagem



### Vantagens

- Rápido
- Barato e eficaz
- Permite a difusão de grandes quantidades de informação e conhecimento
- Pode ser escrito e enviado em qualquer altura
- A resposta pode ser enviada fácil e rapidamente
- Actualização rápida de problemas actuais
- O receptor tem tempo para pensar na resposta



### Desvantagens

- Acesso limitado
- Requer novas aprendizagens
- Relutância por parte de alguns em utilizá-la
- Frustração e sensação de perda de tempo quando os computadores não funcionam convenientemente
- Ausência de sinais verbais e não verbais na mensagem
- Ausência de resposta rápida ou imediata
- Incerteza da recepção da mensagem pelo destinatário

*Os enfermeiros valorizam a comunicação face a face, nuclear para os cuidados de enfermagem.*



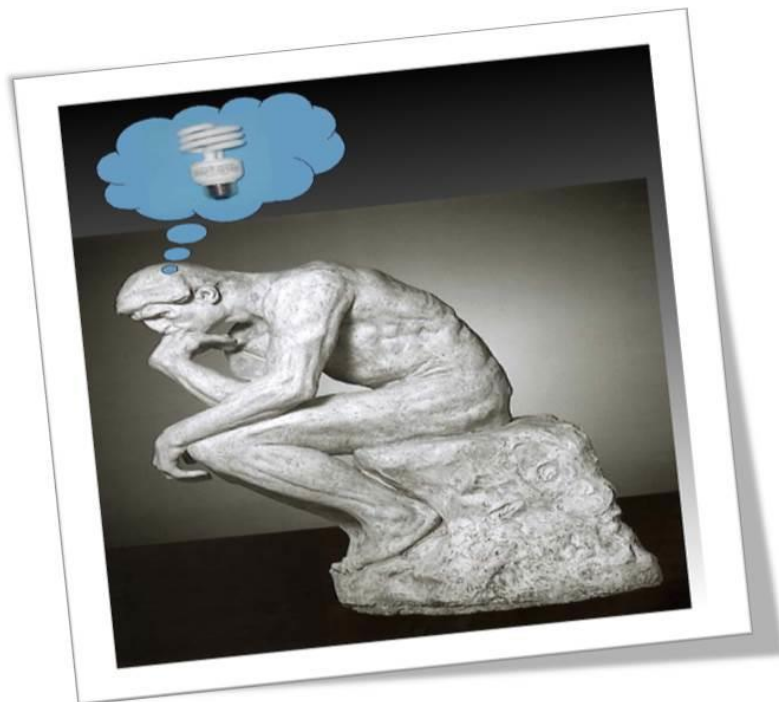
## Reflectindo sobre a nossa prática de cuidados...

- Justifica-se argumentar com a falta de recursos humanos e sobrecarga de trabalho a indisponibilidade para comunicar?
- Refugiarmo-nos através de motivos como a sedação e a ventilação do doente para nos desresponsabilizarmos do acto de comunicar?
- Centrar a nossa atenção no alarme que toca em detrimento de focar o doente quando nos aproximamos dele?
- Desistirmos facilmente de decifrar uma mensagem porque não fomos capazes de o fazer com sucesso à primeira, virando costas ao doente que se esforçou para se tentar fazer entender e negando a interacção imediata?



## Reflectindo sobre a nossa prática de cuidados...

- Comentar com elementos da equipa assuntos de ordem pessoal junto do doente consciente impossibilitado de comunicar ao invés de estabelecer um relacionamento com ele?
- Concentrarmo-nos nas tarefas que realizamos sem aproveitar a oportunidade que isso nos dá, para procurarmos compreender que preocupações e necessidades sente o doente, só porque ele está impedido ou limitado de nos interpelar verbalmente?



A enfermagem é uma profissão geradora de stress

- Múltiplos níveis de autoridade;
- Heterogeneidade do pessoal;
- Interdependência;
- Especialização;
- Excessiva carga de trabalho;
- Tensão associada às profissões de ajuda;
- Saber comunicar eficazmente com os outros membros da equipa e com os utentes.



**No Bloco operatório esta questão tem uma importância ainda maior:**

- ✓ Ambiente fechado
- ✓ Luz artificial
- ✓ Ar condicionado
- ✓ Estrutura física
- ✓ Grau de exigência dos cuidados prestados
- ✓ Equipamentos altamente sofisticados
- ✓ Equipamentos ruidosos /alarmes
- ✓ Morte iminente e o sofrimento



#### **Vantagens do relaxamento**

- Reforço do bem-estar
- Maior capacidade para lidar com o stress no local de trabalho
- Redução do ritmo basal
- Redução da frequência respiratória
- Redução da tensão e ansiedade
- Permite comunicar mais eficazmente com utentes e colegas



## Técnicas de relaxamento

### **Meditação**

- Crie tempo para meditar
- Crie um clima calmo para meditar
- Assegure uma posição confortável
- Desenvolva uma atitude passiva
- Seleccione um dispositivo mental: som, imagem, frase ou palavra
- Relaxe o corpo
- Focalize-se na respiração
- Medite durante 10 minutos
- Termine a meditação tranquilamente



## Técnicas de relaxamento

### **Alongamento e relaxamento corporal**

- Alongar e relaxar
- Rotação dos ombros
- Contrair e relaxar os ombros
- Braços para fora, para cima e relaxar



## Bibliografia

Chiavenato, I. "Introdução à teoria geral da administração". 6 ed. Campus, 2000. Rio de Janeiro.

De Paula, E. 2010. "A escada do feedback positivo" disponível em <http://www.oartigo.com/index.php?/relacionamentos/a-escada-do-feedback-positivo.html>

Dias, F. 2001. "Sistemas de Comunicação, de Cultura e de Conhecimento, um Olhar Sociológico" Instituto Piaget. Lisboa.

Neto, H. 2010. "A Comunicação assertiva... Princípios e exemplos!" – disponível em <http://quiosque.aeiou.pt/gen.pl?p=stories&op=view&fokey=ae.stories/24403>

Phaneuf, M. 2005. "Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação". Lusociencia. Loures.

Riley, J. 2004. "Comunicação em Enfermagem". Lusociência. Loures.



## Exercícios





## PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

<b>CURSO:</b> Enfermagem			<b>DESTINATARIOS:</b> Enfermeiros do Bloco Operatório		
<b>TEMA:</b> Comunicação em Enfermagem – Bloco Operatório			<b>DURAÇÃO:</b> 60 minutos		
<b>LOCAL:</b> Bloco Operatório da Unidade Hospitalar de Lamego			<b>DATA:</b> 29 de Setembro de 2010		
<b>FORMADOR:</b> Daniela Ferreira; Carla Loureiro			<b>PRÉ-REQUISITOS:</b>		
<b>Objectivos Gerais:</b> No final da sessão os formandos deverão ser capazes de Comunicar eficazmente, de forma assertiva.			<b>Objectivos Específicos:</b> Após a formação, os formandos deverão ser capazes de: 1- Definir comunicação; 2- Distinguir os diferentes intervenientes no processo de comunicação; 3- Distinguir comunicação assertiva e não assertiva em enfermagem; 4- Aplicar técnicas para melhorar a assertividade; 5-Relacionar a necessidade de comunicar eficazmente como potenciadora de stress em enfermagem; 6- Aplicar técnicas de relaxamento.		
Momentos da Sessão	Actividades	Métodos	Material	Tempo	Avaliação
Introdução	- Apresentação do tema; -Comunicação de objectivos;	Expositivo Interrogativo Activo	Projector multimédia Computador Jogos pedagógicos	10 Minutos	Inicial
Desenvolvimento	- Definir comunicação; -Explicar o processo de comunicação; -Identificar os factores que a influenciam; - Dar a conhecer os diferentes canais de comunicação em enfermagem -Dar a conhecer a comunicação interpessoal em enfermagem; - Definir assertividade; - Demonstrar como proceder para ser assertivo; -Ensinar técnicas para uma comunicação mais assertiva; - Referir aspectos a ter em conta para comunicar assertivamente: escuta activa, fazer perguntas, feedback positivo e negativo; - Incentivar a reflexão sobre a prática de cuidados; -Identificar necessidades comunicacionais como fonte de stress; -Ensinar algumas técnicas de relaxamento.	Expositivo Demonstrativo Interrogativo	Projector multimédia Computador	40 Minutos	Formativa
Conclusão	- Síntese de ideias - Esclarecimento de dúvidas - Actividade de relaxamento	Expositivo  Activo	Computador	10 Minutos	Formativa



## **Anexo XIII – Artigo de revisão bibliográfica: “Ligamentoplastia”**

### **Resumo**

Este trabalho consiste de uma revisão bibliográfica sobre lesão do ligamento cruzado anterior e no qual se procurou uma melhor compreensão das estruturas que compõem a articulação do joelho, e das suas funções, sendo dada ênfase às lesões e tratamentos do ligamento cruzado anterior. O joelho é a maior articulação do corpo, estando bastante susceptível a lesões, o que contribui para a alta incidência de lesões do ligamento cruzado anterior.

**Palavras-Chave:** Joelho, Ligamento Cruzado Anterior, Ligamentoplastia.

### **Introdução**

O joelho é uma das mais complexas articulações do corpo humano. É essencialmente instável por causa de sua localização entre os dois ossos mais longos, a tíbia e o fémur e devido às superfícies articulares opostas dos côndilos femurais e do prato tibial serem incongruentes ou assimétricas, que mesmo sendo directamente opostas não mantém contacto entre si, o que leva a esta articulação ser uma das mais lesadas em todo corpo.

Apesar de toda carga que deve suportar a articulação do joelho, esta é relativamente fraca do ponto de vista mecânico, devido às configurações de suas superfícies articulares, ficando a sua resistência dependente dos ligamentos que unem o fémur à tíbia, essencialmente do ligamento cruzado anterior que é o principal estabilizador do joelho. (Cailliet, 2001)

Com a participação cada vez maior nos exercícios e nos desportos nestes últimos anos, assistimos a uma maior incidência de lesões nos ligamentos cruzados do joelho, sendo mais comum a lesão do ligamento cruzado anterior que é mais fraco em comparação com o ligamento cruzado posterior.

A principal função do ligamento cruzado anterior é resistir à translacção ou ao deslocamento anterior da tíbia sobre o fémur e como função secundária colaborar para resistir ao excesso de rotação medial da tíbia, bem como servir para avaliar as forças em valgo e em varo sobre o joelho. (Konin, 2006)

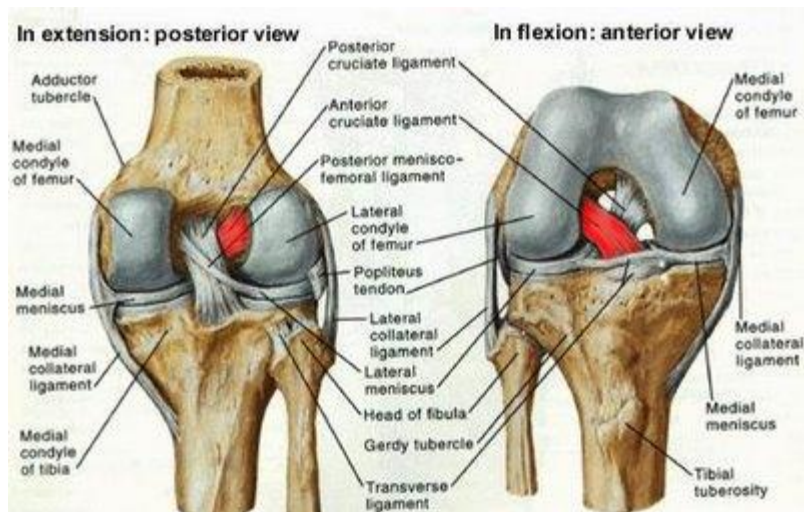
Uma vez roto o ligamento não cura, mas a sua ruptura não impede o doente de retomar as actividades da vida diária. No entanto, uma instabilidade do joelho pode limitar a prática de desportos e precipitar o aparecimento de uma artrose. O tratamento cirúrgico é a Ligamentoplastia (enxerto de um tendão para substituir o lesado) e reveste-se de extrema importância com o objectivo de corrigir a instabilidade articular e restaurar a estabilidade anatómica evitando assim a presença de outras lesões e isso torna-se imprescindível aos indivíduos que praticam actividades físicas principalmente as competitivas. O uso dos tendões dos músculos flexores do joelho na reconstrução do ligamento cruzado anterior fixados com

Endobutton® é uma técnica segura já que apresenta resultado semelhante a outras técnicas. (Camanho et al.2003)

### **Anatomia do joelho**

A articulação do joelho caracteriza-se tradicionalmente como uma articulação troclear, localizada entre o fêmur e a tíbia, tratando-se de uma complexa articulação bicondilar que permite a flexão, extensão e uma pequena rotação da perna. Os dois ligamentos cruzados do joelho estendem-se entre a espinha da tíbia e os côndilos do fêmur. O ligamento cruzado anterior evita a deslocação anterior da tíbia relativamente ao fêmur. O ligamento cruzado posterior, por seu lado, evita a deslocação posterior da tíbia. A articulação é ainda fortalecida pelos ligamentos laterais ou poplíteos e pelos tendões dos músculos da coxa. (Seeley et al. 1997)

A articulação do joelho é formada por três ossos: fêmur, tíbia e rótula (osso sesamóide) e por diversas estruturas: cápsula articular, estruturas extra-capsulares e intra-capsulares, e membrana sinovial. É complicada e fácil de ser lesionada. (Dângelo e Fattini, 2000).



**Figura 1** – Anatomia do joelho

### Cápsula articular

A cápsula articular é delgada e membranosa na parte posterior; já na parte anterior é formada em grande parte pelo tendão do quadrícipite, rótula e ligamento rotuliano. Ela insere-se posteriormente na superfície articular dos côndilos femorais e linha intercondilar, fixa-se nos côndilos tibiais e ao longo das linhas oblíquas estendendo-se até a tuberosidade da tíbia. Posteriormente a cápsula articular apresenta uma fenda na qual o músculo poplíteo se origina, sendo esta reforçada constituindo o ligamento arqueado. (Dângelo e Fattini, 2000)

Os tecidos fibrosos densos (tendão, ligamento e cápsula articular) são de suma importância na estabilidade e mobilidade do sistema músculo-esquelético, eles se diferem em forma local, estrutura, composição e função, tendo em comum a inserção no osso e a resistência às cargas. Quaisquer tipos de lesão que os afectam podem desestabilizar a articulação e levar a perda de função. (Weinstein et al. 2000)

#### Estruturas extracapsulares e intracapsulares

Os ligamentos extracapsulares são os ligamentos colaterais mediais e laterais. O ligamento colateral medial origina-se no epicôndilo medial do fémur e insere-se na face antero medial da tibial. O ligamento colateral lateral origina-se no epicôndilo lateral do fémur estendendo-se até a cabeça da fíbula. As estruturas intracapsulares são: os meniscos lateral e medial que são estruturas cartilaginosas situadas no côndilo da tibia, os ligamentos transversos que se unem às porções anteriores dos meniscos laterais e mediais e os ligamentos cruzados que são responsáveis pela estabilidade do joelho. (Dângelo e Fattini, 2000).

Os ligamentos cruzados foram descobertos por Galeno em 170 d.C., não sendo descrita sua função. O primeiro registo sobre uma ruptura de ligamento cruzado descrito foi em 1850. O ligamento cruzado anterior mede aproximadamente 38mm de comprimento e 10 mm de largura, originando-se na face postero – medial do côndilo femoral lateral, inserindo-se na interespinha da tibia, a maior parte do seu suprimento sanguíneo é dado pela artéria genicular média e a sua inervação é feita pelo nervo tibial. (Rockwood et al. 1994)

O ligamento cruzado posterior impede o deslizamento do fémur sobre a tibia posteriormente, enquanto o ligamento cruzado anterior impede o deslizamento do fémur sobre a tibia para frente. (Dângelo e Fattini, 2000)

#### **Mecanismo de lesão do Ligamento Cruzado Anterior**

As lesões do LCA ocorrem geralmente por mecanismos onde o stress no ligamento é grande o suficiente para causar uma ruptura. As lesões podem ser parciais ou totais dependendo do movimento, força e alongamento, o trauma pode ser directo ou indirecto. Quase sempre a lesão é dada por uma manobra de torção, e desaceleração súbita geralmente seguida de estalos e hemartrose presente dentro de poucas horas, ou ainda abdução com rotação externa e hiperextensão. (Rockwood et al. 1994). A laceração do cruzado anterior ocorre a partir de uma torção valga e rotação de joelho estando o pé firme no chão. (Weinstein et al. 2000)

As lesões do ligamento cruzado anterior podem ser graduadas em graus: I onde a lesão é leve, com presença de edema, sensibilidade local, com rompimento de alguns ligamentos sem perda funcional; II lesão do tipo moderada, onde grande parte dos ligamentos encontram-se rompidos seguido de instabilidade na articulação, não demonstrando perda completa da integridade do ligamento; III – lesão do tipo grave, havendo rompimento completo das fibras ligamentares. (Nabarrete, 2003)



**Figuras 2 e 3** - Mecanismo da lesão do ligamento cruzado anterior

### **Incidência**

a incidência deste tipo de lesões tem vindo a aumentar no sexo feminino, crianças, adolescentes e adultos com idades mais avançadas. Isto ocorre devido ao maior envolvimento desses indivíduos em práticas desportivas colectivas e que implicam a realização de movimentos de desaceleração brusca e mudanças de direcção. Se compararmos homens e mulheres de uma mesma Faixa etária que praticam a mesma actividade desportiva, podemos verificar que as mulheres, devido a particularidades anatómicas, hormonais, entre outras, se tornam mais susceptíveis a apresentar lesão do Ligamento Cruzado Anterior. Assim, podemos concluir que nem a idade nem o sexo são factores de prognóstico de quem vai desenvolver instabilidade anterior do joelho. (Zinni E Pussi,2004)

### **Diagnóstico**

O ligamento cruzado anterior é um ligamento resistente podendo ocorrer lesões por vários factores. Inicialmente deve ser investigado o movimento que causou a lesão. O aumento de volume na articulação (edema) também deve ser investigado, se não for evidente pode ser característica de um não extravasamento deste líquido. É importante lembrar que a presença da hemartrose aguda é indicadora de lesão do LCA, podendo ser confirmada por exames complementares. (Rockwood et al. 1994) A dor pode ser intensa e duradoura, mínima e passageira ou estar entre os dois extremos. Sendo descrita como dor localizada profundamente na articulação, podendo estar sem localização específica, frequentemente é localizada na parte anterior ou lateralmente. Garrick & Webb (2001) referem que a dor pode tornar-se leve e constante ou desaparecer completamente.

O exame físico deve evidenciar a presença de edemas, hipertrofia do quadricípite, cicatrizes de traumas ou cirurgias anteriores e ainda alterações na marcha e limitação de movimento, característica típica nas lesões do joelho. Na palpação pode estar presente a dor, edema, anormalidades na superfície articular e crepitações, sendo estes factores informações importantes para um início correcto do tratamento. (Fatarelli, 2003). A inspecção visual deve ser iniciada assim que o paciente chegar para ser avaliado. Deve-se observar como o paciente deambula, se este apresenta todas as fases da marcha íntegras. Deve ser investigada a presença de edema, simetria de todos os músculos, verificando se não há existência de hipotrofias, e anormalidades na angulação. (Hoppenfeld, 2001)

No que diz respeito aos sinais e sintomas da lesão do ligamento cruzado anterior, na maioria das vezes eles são característicos como dor até 24hs, edema de imediato ou até uma hora após a lesão inicial, estalido no momento da lesão e dificuldade para realizar outros tipos de actividades. Deve proceder-se à palpação óssea e dos tecidos moles, que deve ser realizada com o paciente sentado na borda da maca, posição esta mais eficaz para a avaliação. A articulação deve ser examinada em flexão, pois desta maneira a pele adere melhor aos ossos tornando os contornos mais nítidos e estando os músculos, tendões e ligamentos em torno do joelho relaxados durante a flexão. (Hoppenfeld, 2001)

O mesmo autor refere ainda que para se testar a instabilidade do joelho e integridade do ligamento cruzado anterior deve utilizar-se o **teste de gaveta**. Por outro lado, Garrick et al. (2001) dizem que o teste que nos dá a maior certeza de uma lesão no ligamento cruzado anterior é o **teste de Lachman** que se diferencia do teste de gaveta apenas na angulação da flexão do joelho. O primeiro joelho a ser examinado deve ser o não lesado, para obter a calma do paciente e estabelecer qual o normal deslocamento da articulação deste paciente.



**Figura 4** - Teste de gaveta



**Figuras 5 e 6** - Teste de Lachman

Exames como radiografia e ressonância magnética auxiliam na comprovação de lesão ou fracturas do joelho e ainda na reconstrução ligamentar analisando os pontos de fixações correctos para o enxerto. As imagens apresentadas pela ressonância magnética ajudam no diagnóstico da lesão do ligamento cruzado anterior por ser um exame fidedigno além de não ser invasivo, confirmando assim a lesão ligamentar. (Fatarelli, 2003)

A ressonância permite a visualização do ligamento, porém uma avaliação feita pelo teste de Lachman pode ser mais eficaz para a avaliação da estrutura funcional do joelho. Sendo assim a ressonância magnética não é um exame rotineiramente solicitado. A Ressonância magnética é um teste com alto custo financeiro e se demonstra menos eficaz que a artroscopia. (Garrick et al. 2001). Por outro lado, os mesmos autores afirmam que a **artroscopia** é um exame preciso na avaliação do ligamento cruzado anterior pois permite a visualização de rupturas e identifica ligamentos intactos.

### **Métodos de Tratamento**

O tratamento da lesão do cruzado anterior é individualizada, pois depende do grau de instabilidade, lesões associadas, nível de actividade do paciente, idade, demandas no trabalho e condição médica geral. O ligamento cruzado anterior não tratado adequadamente pelo método conservador, leva a uma frouxidão anterior, instabilidade rotatória e ruptura meniscais. (Rockwood et al. 1994) O tratamento de uma lesão de ligamento cruzado anterior deve ser diferenciado de acordo com a idade do paciente, prática de actividades e presença de lesões associadas. (Snider, 2000). As indicações cirúrgicas de tratamento são mais comuns em idosos e indivíduos jovens atletas. (Weinstein et al. 2000).

#### Tratamento conservador

O programa de tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível visto que, os princípios para um tratamento adequado são de não deixar estabelecer qualquer tipo de atrofia muscular que possa ocorrer posteriormente à lesão, causando assim uma deficiência no joelho lesionado. De acordo com Snider (2000), o tratamento inicial deve ser repouso aplicação de crioterapia, compressão e elevação do membro, associado com imobilização e uso de muletas se necessário.

Para praticantes de desporto, o tratamento conservador nas lesões de ligamento cruzado anterior é extremamente prejudicial, pois provoca uma diminuição sensível no nível e no tipo de atividade, sendo na maioria dos casos impossível o retorno à atividade física. O tratamento deve ter como metas o desenvolver e manter as qualidades articulares, as qualidades físicas, as qualidades fisiológicas, as habilidades motoras as qualidades funcionais, principalmente as actividades de vida diária. (Rosa, 2001)



### Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico tem apresentado um grande desenvolvimento nos últimos anos, devido ao avanço tecnológico nas alternativas de enxerto e métodos de fixação. O tratamento é realizado através da substituição do ligamento lesado por um enxerto substituto. Este enxerto pode ser uma parte do tendão rotuliano ou tendões dos isquiotibiais, do próprio paciente ou enxertos de cadáveres (ex: tendão calcâneo).

O enxerto do tendão patelar, possui maiores propriedades biomecânicas, sendo retirado do mesmo joelho a ser operado. Tal cirurgia consiste na remoção de um fragmento ósseo da rótula, o tendão rotuliano, e um fragmento ósseo da tibia. Este tendão é resistente e as presenças de fragmentos ósseas propiciam uma boa fixação do enxerto. A cirurgia é realizada retirando-se primeiramente o enxerto do tendão rotuliano em seguida é realizada a avaliação artroscópica da articulação através das vias infrapatelares medial e lateral, tratando as lesões artroscopicamente. Finalizada a artroscopia é realizada a lavagem articular com soro fisiológico e iniciada a reconstrução ligamentar. Para isto utiliza-se um fio guia que será passado através da cortical medial do terço superior da tibia, direccionada para o ponto isométrico da inserção do ligamento cruzado anterior. Ao direccionar-se o guia correctamente é feita a perfuração com uma broca formando um túnel tibial, este mesmo processo efectua-se na perfuração no fémur. Nos fragmentos ósseos são colocadas amarras de aço que servirão como sistema de fixação do enxerto através dos túneis perfurados. Após a colocação do enxerto na posição correcta é realizada a fixação ao fémur e à tibia com as amarras de aço e os parafusos, dando-lhes o máximo de tensão possível com o joelho a 30 graus e a perna rodada externamente. Apesar das suas desvantagens tais como: ruptura do tendão patelar; disfunção fémuro-patelar; alterações radiológicas e outras é actualmente a mais utilizada, podendo conter algumas alterações no seu procedimento, mas acima de tudo com resultados satisfatórios e vantagens como: menor tempo para a recuperação e retorno às actividades físicas mais rapidamente, diminuição do tempo cirúrgico e melhor aspecto estético, visto a sua incisão ser pequena. (Nabarrete, 2003)

Numa reconstrução intra-articular do ligamento cruzado anterior com enxerto do tendão rotuliano, o ligamento cruzado anterior rompido é removido e são perfurados túneis ósseos na tibia e fémur. A incisão intra-condilar pode ser alargada caso esteja muito estreita. O terço central do tendão patelar com pedaços ósseos nas duas pontas é então colocado em furos preparados na tibia e fémur. A fixação do enxerto é conseguida com suturas e reforçada com parafusos sem cabeça ou presilhas. Os locais ósseos doadores são cobertos com o osso esponjoso retirado dos furos na tibia e fémur. (Rosa, 2003)

A reconstrução do ligamento cruzado anterior pode ser feita pela substituição dos tendões do grácil e semimembranoso. Estas estruturas podem ser colocadas pelo artroscópio evitando formação de cicatrizes e diminuindo complicações tardias. A reconstrução do ligamento só tem sentido quando se promove o fortalecimento dos isquiotibiais como medida de precaução, o

novo ligamento deve ser mais resistente do que o anterior e com cicatrização total do processo cirúrgico podendo assim ser preparado para suportar as constantes movimentações do joelho promovidas pela anteriorização da tíbia.

### **Descrição do procedimento efectuado no bloco operatório da unidade de Lamego**

Os enxertos utilizados são o terço médio do tendão rotuliano, tendões da pata de ganso (semitendinoso e grácil) e o tendão da fáscia lata. Este tendão é posicionado no lugar do LCA roto (posição anatómica) o transplante escolhido é fixado no fémur e na tíbia pelos parafusos de interferência ou outros sistemas de fixação.

1. Recolha do enxerto
2. Artroscopia normal
3. Aplicação do enxerto

Abre-se a pele com lâmina de bisturi nº 24 e marca-se o enxerto com outra lâmina 24. Recolhe-se o enxerto e prepara-se.

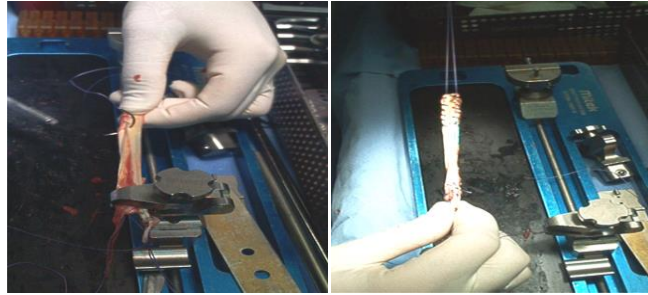
### **Ossotendão-ossso**

Para cortar o enxerto usa-se a serra eléctrica com uma lâmina curta e estreita, depois e alternadamente com o escopro *maquet* estreito e martelo ou ainda a tesoura. Em primeiro lugar retira-se a parte superior, quando estiver solta perfura-se no topo e a meio com o motor com a broca nº 2 fazendo passar um *dexon* nº 1 neste orifício dando nó, ficando o fio todo e corta-se a agulha.



**Figura 7** - Recolha do enxerto

Faz-se a medição do diâmetro do enxerto. Prepara-se o enxerto com pinça de dissecação, tesoura e lâmina 24, guarda-se numa compressa húmida com uma *cryle* em cada fio.



**Figuras 8 e 9** - Preparação do enxerto

### **Ísquio-Tibiais**

Colhe-se o enxerto apenas com lâmina e tesoura e prepara-se no tabuleiro próprio. Usam-se cerca de 5 *dexon 1* e referencia-se com *cryles*.

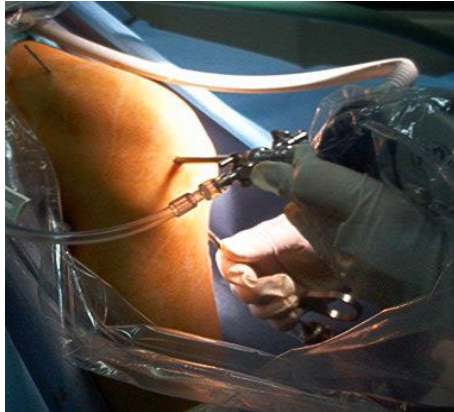
Faz-se a artroscopia normal pela abertura utilizada na recolha do enxerto usando lâmina de bisturi nº 11. *abocath* e *shaver* com o respectivo aspirador de campo (numa manga) e coloca-se um y no aspirador para aspirar a água do chão - pode precisar de uma cureta.



**Figuras 10, 11 e 12** - Recolha do enxerto

### **Artroscopia normal**

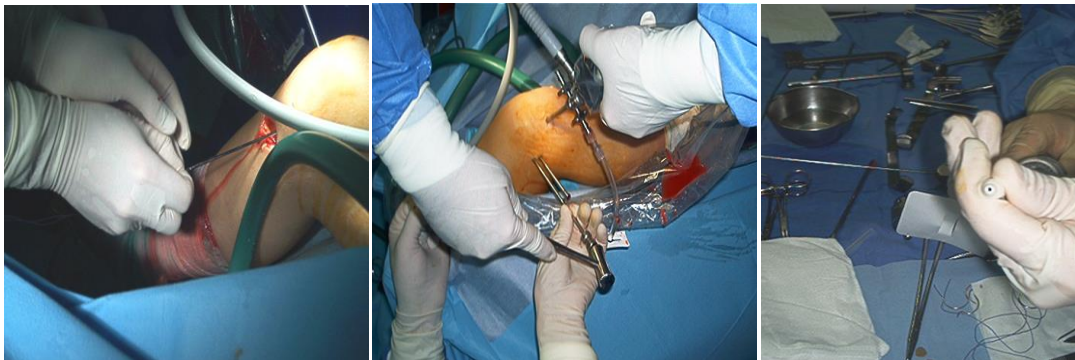
A artroscopia consiste em várias incisões de tamanho pequeno pelas quais são inseridos os instrumentos que possuem um sistema de lentes e iluminação o qual possibilita uma melhor visualização das estruturas de dentro da articulação, acoplado esse artroscópio há uma câmara de televisão em miniatura, que transmite as imagens para uma tela maior, o qual permite uma visualização dos meniscos, cartilagens e ligamentos, podendo em determinados casos, diagnosticar tipo e grau da lesão e se necessário, a reparação ou correcção da lesão. O tempo de duração e recuperação depende da complexidade do problema. (Nabarrete, 2003)



Figuras 13 e 14 - Artroscopia e torre de artroscopia

### **Aplicação do enxerto**

Inicia-se pela parte inferior, primeiro utiliza-se um tipo de fio de *kisnher* com broca numa extremidade e orifício na outra para orientar e perfurar a parte superior do joelho onde vão sair os fios. Depois o orientador a 45° com o fio introduzido (utilizar a broca, primeiro uma mais estreita e depois a medida do enxerto) é utilizado para abrir o túnel e depois utiliza-se o guia femural. Em seguida utiliza-se o guia *regid-fix* para colocação das cânulas *regid-fix* na parte superior (tipo encavilhamento aparafusado), uma parte entra no túnel pela parte inferior, a outra fica na parte superior do joelho para aplicar as cânulas e marca-se a respectiva entrada.



Figuras 15, 16 e 17 - Aplicação e fixação do enxerto

Depois de marcadas retira-se o guia e aplica-se o enxerto pela parte inferior mantendo-o sob tensão. Introduzem-se duas cânulas nos orifícios marcados e através delas com um pequeno martelo e um impactor os dois pinos transparentes que vão fixar o enxerto na parte superior; cortam-se depois os fios superiores. Na parte inferior é depois fixado (apertado) com um parafuso branco absorvível utilizando uma chave do material de aplicação e de acordo com o nº do parafuso (28 ou 30), cortam-se os fios e fica completo. Fecha-se com fio absorvível 2-0, faz-se penso e coloca-se tala *DePuy*.

## **Referências bibliográficas**

Cailliet, René. 2001. **Dor no joelho**. 3. ed. Porto Alegre: Ed. Artmed.

Camanho, G. L.; Camanho, L. F.; Viegas, A. 2003. **Reconstrução do ligamento cruzado anterior com tendões dos músculos flexores fixos com Endobutton®**. Revista Brasileira de Ortopedia. V.38, n.6.

Dangelo, J. G.; Fattini, C. A. 2000. **Anatomia humana sistêmica e segmentar: para o estudante de medicina**. ed. 2. São Paulo: Atheneu.

Fatarelli, I. F. C.; Almeida, G. L. 2003. **Estudo do Controle Motor e da Biomecânica na Lesão e Reconstrução do Ligamento Cruzado Anterior**. Campinas, Instituto de Biologia, Universidade Estadual de Campinas.

Garrick Jg, Requa Rk. 2001. **Anterior cruciate ligament injuries in men and women: how common are they? In: Arendt E. Prevention of noncontact ACL injuries**. Rosemont: American Academy of Orthopaedic Surgeons.

Garrick, J. G.; Webb, D. R. 2001. **Lesões Desportivas: Diagnóstico e Administração**. 2. Ed. São Paulo: Roca.

Hoppenfeld, S. 2002 **Propedêutica ortopédica: coluna e extremidades**. ed. 1. Rio de Janeiro: Atheneu.

Konin, J. G. 2006. **Cinesiologia prática para Fisioterapeutas**. 1.ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan.

Nabarrete, A. A. **Incidência de Lesão no Ligamento Cruzado Anterior**. Disponível em: <http://www.riototal.com.br>. Visitado em 10 de Agosto de 2010.

Rochwood Jr., C. A.; Gren, D. P.; Bucholz, R. W. 1994. **Fracturas em adultos**. ed. 3. São Paulo: Manole Ltda.

Rosa, B.J. **Lesão do ligamento cruzado anterior (LCA), com reconstrução através da técnica cirúrgica intra-articular com enxerto do tendão patelar**. Disponível em: <http://www.wgate.com.br>. Visitado em 13 de Agosto de 2010.

Seeley, R. R., Stephens, T. D., Tate, P. 1997. **Anatomia e Fisiologia**, 3ª edição. Lisboa: Lusodidacta.

Snider, R. K. 2000. **Tratamento das doenças do sistema músculo-esquelético**. ed. 1. São Paulo: Manole Ltda.

Weinstein, S. L.; Buckwalter, J. A. 2000. **Ortopedia de Turek: princípios e suas aplicações**. 5ª Ed. São Paulo.

Zinni, J. V. S, Pussi, F. A. 2004. **Lesão de ligamento cruzado anterior**. Disponível em <http://www.wgate.com.br/> Visitado em 17 de Agosto de 2010.