



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS -VISEU

UM PERCURSO REFLEXIVO DE APRENDIZAGENS

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

Por Carla Sofia Soares Loureiro Gomes

VISEU, Junho 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS - VISEU

UM PERCURSO REFLEXIVO DE APRENDIZAGENS

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

Por Carla Sofia Soares Loureiro Gomes

Sob Orientação da Mestre Patrícia Coelho

VISEU, Junho, 2011



Resumo

Inserido no curso de Mestrado em Enfermagem com a área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras, apresenta-se o relatório final de estágio, que permite reconhecer a análise das actividades desenvolvidas nos estágios, assim como as competências adquiridas.

Os estágios em análise realizaram-se no Hospital São Teotónio de Viseu, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro - Unidade de Vila Real, no serviço de Urgência, e também no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro - Unidade de Lamego no Bloco Operatório.

A realização do relatório final de curso tem como objectivos, dar a conhecer todas as actividades desenvolvidas ao longo dos estágios efectuados, relacionando-as com os objectivos propostos no início do curso e ao longo de cada campo de estágio, descrever o percurso de aprendizagem ao longo dos estágios de forma sistemática, organizada e de carácter reflexivo e servir como instrumento facilitador no processo de avaliação das competências adquiridas.

O presente relatório é constituído pela introdução, seguido da identificação dos diversos campos de estágio com posterior apresentação dos objectivos específicos e análise crítica das actividades desenvolvidas onde se insere a apresentação das actividades efectuadas em cada campo de estágio. Por último é apresentada a conclusão onde se encontra uma síntese e algumas considerações finais sobre a aprendizagem neste percurso académico e profissional. Para a elaboração do presente, utilizou-se uma metodologia descritiva com base no projecto de estágio apresentado e nos objectivos pessoais definidos inicialmente para cada campo de estágio.

Ao longo da realização dos referidos estágios, dei o meu contributo na realização de um projecto referente aos familiares dos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos, cooperei na organização de material de acordo com as boas práticas de acondicionamento. Elaborei um trabalho de revisão relacionado com a triagem de Manchester e uma carta de registo de intervenções realizadas no serviço de urgência. Colaborei na formação de novos profissionais, assim como na formação em serviço quer no papel de formadora, como de formanda. Realizei estudos de caso com temas pertinentes e uma tabela de (In) compatibilidades na administração de medicação em "Y".

Alcansei competências humanas, técnicas e científicas, na área da Urgência/Emergência, na abordagem do doente perioperatório, assim como na área da infecção hospitalar, tendo por base a concretização dos objectivos a que me propus ao longo desta etapa académica.



Abstract

Based on the course of Master's degree in Nursing with the area of specialization in Médico-Cirurgical Nursing, of the Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras, I present the final report of traineeship, where I let know the analysis of the activities developed in the traineeships, as well as the acquired competences.

The traineeships in analysis happened in the Hospital São Teotónio de Viseu, in the Polybrave Unity of Intensive Cares, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro- Unidade de Vila Real, in the service of Urgency, and also in the Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro- Unidade de Lamego, Operating Block.

The formulation of the final report has some goals, to let know all the activities developed along the effectuated traineeships, connecting them with the objectives proposed in the beginning of the course and along each field of traineeship, to describe the journey of apprenticeship along the traineeships in a systematic, organized form and of reflexive character, and also to serve like auxiliary instrument in the process of evaluation of the acquired competences.

The present report is constituted by the introduction, after, the identification of several fields of traineeship with subsequent presentation of the specific objectives and critical analysis of the developed activities where is inserted the presentation of the activities effectuated in each field of traineeship. For last the conclusion is presented whit a synthesis and some final considerations about the apprenticeship in this academic and professional distance. For this preparation, a descriptive methodology was used based on the traineeship project presented as well on personal objectives defined initially for each field of traineeship.

Along the elaboration of the above-mentioned traineeships, I cooperated in the organization of the services through the preparation of protocols of acting for several surgeries, organization of material in accordance with the good practices of storage and conditioning of material.

I gave my contribute in the realization of a project referring to the relatives of the patients interned in the Unity of Intensive Cares, prepared a work of revision related with the selection of Manchester and a letter of register of interventions carried out in the service of urgency with the intention of allowing the continuation of cares. I contributed to the formation of new professionals, as well as in the formation in service and, in the paper of forming, as trainee. I conducted case studies with relevant topics and a (In) compatibility table in the administration of "Y" medication.

I reached human, technical and scientific competences, in the area of the Urgency/Emergence, in the approach of the perioperative patient, as well as in the area of the nosocomial infection, taking as a base the realization of the objectives that I intended along this academic stage.



Agradecimentos

Àqueles que participaram, directa ou indirectamente, viabilizando a concretização deste projecto de vida, a minha sincera gratidão.

A todos os professores do 3º Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem Medico Cirúrgica pelo contributo dado à minha formação.

Aos tutores que colaboraram e me proporcionaram momentos de aprendizagem nos diversos campos de estágio. A atenção, simpatia e disponibilidade com que me acolheram foram notáveis.

À Mestre Patrícia Coelho pela orientação e estímulo dispensados.

À minha colega Daniela pelas sugestões, amizade, apoio, incentivo e permanente disponibilidade ao longo desta caminhada.

Família, a todos vós, pelo vosso amor, paciência, compreensão e ânimo!

Muito obrigada!



Lista de siglas e abreviaturas

AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AVC- Acidente vascular Cerebral

BO- Bloco Operatório

CCI- Comissão de Controlo de Infecção

CH- Centro Hospitalar

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

ECTS- Sistema Europeu de Transferência e Acumulação de Créditos

EMC- Enfermagem Médico Cirúrgica

EEMC- Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica

HSTV- Hospital São Teotónio de Viseu

IACS- Infecção associada aos Cuidados de Saúde

Min- Minuto

Mmg- Milímetros de mercúrio

O₂- Oxigénio

rt-PA- Ativador de Plasminogénio Tecidual Recombinante

SPO₂- Saturação Periférica de Oxigénio

SU- Serviço de Urgência

TAC- Tomografia Axial Computorizada

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

UCP- Universidade Católica Portuguesa

VE- Vigilância Epidemiológica



UNAIBODE- União Nacional das Associações de Enfermeiros de Bloco Operatório com
Diploma de Estado



Índice geral	pág.
0- Introdução	09
1- Módulo II- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital São Teotónio de Viseu, Entidade Pública Empresarial	12
1.1-Objectivos específicos e reflexão científicas das actividades desenvolvidas e das competências adquiridas	12
2- Módulo I- Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Unidade de Vila Real	26
2.1-Objectivos específicos e reflexão científicas das actividades desenvolvidas e das competências adquiridas.....	26
3- Módulo III- Serviço de Bloco Operatório do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Unidade de Lamego	41
3.1-Objectivos específicos e reflexão científicas das actividades desenvolvidas e das competências adquiridas	41
4-Conclusão	56
Referências Bibliográficas	59
Anexos	
Anexo I- Caracterização do Serviço de Urgência	
Anexo II- Caracterização do Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes	



Anexo III- Caracterização do Serviço de Bloco Operatório

Anexo IV- Trabalho de revisão com o tema: "Família como parceira de cuidados na UCI"

Anexo V- Trabalho de revisão com o tema: "Satisfação do doente: contacto com o enfermeiro da triagem do Serviço de Urgência"

Anexo VI- Estudo de caso com o tema: "Doente com sépsis"

Anexo VII- Carta de registo de Intervenções de enfermagem para o Serviço de Urgência

Anexo VIII- Estudo de caso com o tema: "Doente submetido a colocação de prótese total do joelho"

Anexo IX- Tabela de (In) Compatibilidades de administração de medicação em "Y"

Anexo X- Plano de sessão e diapositivos da acção de formação: "Comunicação em enfermagem no Bloco Operatório"

Anexo XI- Plano de sessão e diapositivos da acção de formação: "Manipulação de material esterilizado"

0-Introdução

O Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica (EEMC) contempla a unidade curricular Relatório, a qual tem lugar no final dos estágios. Neste, o aluno deverá relatar as actividades desenvolvidas nos seus módulos, demonstrando a aquisição e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais, que lhe permitiram prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente e família, na área da Enfermagem Médico Cirúrgica (EMC).

Actualmente, vivemos numa sociedade que vem sofrendo transformações bastante profundas, especialmente nas formas de comunicação e de acesso ao conhecimento. Considero que essas mudanças se impõem e reclamam uma nova formação que desenvolve a reflexão das acções com a intenção de pesquisar a prática na busca de incluir saberes. Neste sentido este relatório reflexivo de aprendizagem reflecte o conjunto das mesmas que adquiri ao longo do meu percurso reflexivo no intuito de reclamar o desenvolvimento da reflexão das minhas acções.

A ambição de procurar mais e melhor conhecimento deve acompanhar sempre o profissional de Enfermagem ao longo da sua carreira. Tendo em mente esta filosofia, optei pelo Mestrado em Enfermagem, na área de EEMC, ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde no Centro Regional das Beiras da Universidade Católica Portuguesa (UCP), entendendo-o como uma mais-valia na minha prática profissional.

Realço que este curso abrange a adopção do sistema europeu de transferência e acumulação de créditos (ECTS), baseado no trabalho efectivo dos próprios estudantes, torna-se assim inevitável atingir uma das metas do Processo de Bolonha, que se trata da transição de um sistema de ensino baseado na transmissão de conhecimentos para um sistema baseado no desenvolvimento das competências dos estudantes, em que as componentes de trabalho experimental ou de projecto, entre outras, e a aquisição de competências transversais devem desempenhar um papel decisivo.

O presente curso insere no seu plano de estudos a realização de estágios, distribuídos por três módulos. O módulo I teve lugar no Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD) da Unidade de Vila Real. Este serviço encontra-se fisicamente implantado no piso zero, e está actualmente a funcionar em estruturas provisórias. É uma urgência polivalente, cujo serviço se encontra dividido por várias valências. No intuito de uma melhor compreensão do serviço, quanto ao seu espaço físico e orgânica funcional, elaborei a caracterização do mesmo mas para uma descrição mais pormenorizada remeti para o anexo I.

A possibilidade da realização do estágio no SU do CHTMAD, encontra-se não somente relacionado com a boa referência da enfermeira Directora deste Centro Hospitalar (CH), mas visto tratar-se de um Hospital Central, reunia condições para ser um óptimo campo de

aprendizagem, devido à diversidade de experiências que me poderia proporcionar. Por outro lado, é uma unidade que faz parte do CH aonde exerço funções actualmente, e para o qual realizo transferências de urgências de doentes que necessitam de cuidados mais especializados, considerando uma mais valia conhecer todo o seu funcionamento e dinâmica, assim como os seus acessos e circuitos. O módulo II decorreu no Hospital São Teotónio de Viseu (HSTV), na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP). Esta unidade encontra-se fisicamente implantado no terceiro piso, é contígua do Bloco Operatório (BO) e da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) Coronários. Com o objectivo de descrever mais pormenorizadamente esta unidade, em relação à sua estrutura física e orgânica funcional, elaborei a sua caracterização que remeti para o anexo II.

Este estágio na UCIP decorreu cronologicamente primeiro que o estágio no SU, facto pelo qual o relato do mesmo antecede o referente ao módulo I. Este campo de estágio foi determinado pelo plano de estudos da UCP, mas apesar de ser um serviço onde já exerci funções no passado, e tendo-o encarado como um local que me ajudou a crescer profissionalmente, foi muito agradável recordá-lo e olhar para todas as suas actividades agora com uma visão muito diferente. Fiquei muito satisfeita com esta selecção tendo em conta as minhas perspectivas e objectivos pessoais que pretendia atingir, em muito determinados pelo facto de trabalhar num serviço de cirurgia, uma vez que neste os doentes apresentam múltiplas patologias nas quais existem desde logo processos infecciosos associados ou vêm posteriormente a desenvolvê-los devido ao tempo de internamento prolongado e ao uso de técnicas invasivas. Perante esta realidade, despertou em mim o desejo de realizar estágio nesta área com vista a melhorar a minha prestação e a desenvolver competências no âmbito do doente crítico internado numa UCI.

O estágio referente ao módulo III que corresponde ao estágio opcional, está relacionado com a área de BO e foi realizado no CHTMAD na Unidade de Lamego. Este serviço está localizado no conhecido pavilhão do serviço de cirurgia e ortopedia, correspondente ao segundo piso e fica situado entre o serviço de cirurgia e o serviço de esterilização. A porta de acesso encontra-se situada no fundo do corredor do serviço de cirurgia o que se torna uma mais-valia, na medida em que facilita o transporte dos doentes provenientes quer do serviço de cirurgia quer de ortopedia, tornando-se o seu acesso mais rápido evitando perdas de tempo com o uso dos elevadores. Com o desígnio de uma melhor compreensão do serviço, quanto ao seu espaço físico e orgânica funcional, elaborei uma caracterização do mesmo, mas para uma descrição mais pormenorizada remeti para o anexo III.

A opção por este campo de estágio, foi uma escolha pessoal em muito determinada pelo facto de poder desenvolver o estágio na mesma instituição aonde exerço funções, e daí usufruir das respectivas vantagens inerentes, e também uma vez que todos os doentes que são intervencionados neste bloco são posteriormente encaminhados para o meu serviço, considero de todo importante ser detentora de conhecimentos acerca do seu funcionamento, funções e técnicas cirúrgicas, com vista à melhoria da minha prestação como enfermeira na continuidade

de cuidados e a aquisição de competências de enfermeira especialista nesta área, ficando assim com a visão do especialista num BO.

Cada estágio teve a carga horária de 180 horas de contacto, distribuídas por sete a oito semanas, correspondendo três a quatro turnos por semana. Decorreram no ano de 2010 nos períodos de 26 de Abril a 26 Junho (módulo II), 4 Outubro a 30 de Novembro (módulo I). No ano de 2011 decorreu o módulo III, no período de 3 de Janeiro a 28 de Fevereiro, conforme horários praticados pelos serviços referidos. Os estágios em questão foram tutorados por Enfermeiras Especialistas em EMC, sendo respectivamente a Enfermeira Ana Teixeira, Ângela Espinheira e Olga Ramos.

Para os diferentes módulos relativos ao estágio, elaborei um projecto como parte integrante do preconizado no plano de estudos. Nesse projecto foram traçados objectivos específicos de forma a orientar e gerir as minhas intervenções durante o mesmo, de forma a planificar as minhas atitudes, com o intuito da consecução dos mesmos.

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, tornando-se necessário planear actividades a desenvolver durante o período de estágio. A presente análise e crítica das actividades desenvolvidas baseia-se no projecto elaborado, tendo em conta os objectivos pessoais traçados para cada campo de estágio, pelo que optei por me referir a cada módulo em separado e por conseguinte, abordo a estrutura física e organizacional de cada um, de modo sintético e objectivo. Tendo em conta a especificidade de cada um dos serviços, procurei desenvolver competências instrumentais, relacionais, científicas e de gestão adequadas à prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da EEMC.

A realização deste relatório final de curso tem como objectivos: dar a conhecer todas as actividades desenvolvidas ao longo dos estágios efectuados, relacionando-as com os objectivos propostos no início do curso e ao longo de cada campo de estágio; descrever o percurso de aprendizagem efectuado de forma sistemática, organizada e de carácter reflexivo e servir como instrumento para a obtenção do grau de mestre. Este é constituído por três partes, sendo a primeira a presente, seguido da identificação dos diversos campos de estágio com posterior apresentação dos objectivos específicos e análise crítica das actividades desenvolvidas onde insiro a apresentação das actividades efectuadas em cada campo de estágio. Por último é apresentada a conclusão onde se encontra uma síntese e algumas considerações finais sobre a minha aprendizagem neste percurso académico e profissional.

Para a elaboração do presente, utilizei uma metodologia descritiva com base no projecto de estágio apresentado e nos objectivos pessoais definidos inicialmente para cada campo de estágio, tendo sido elaborado de acordo com as normas referenciadas pela UCP e com orientação da Mestre Patrícia Coelho.

1- Módulo II- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital São Teotónio de Viseu, Entidade Pública Empresarial

Como referido anteriormente, realizei o estágio módulo II, na UCIP do HSTV. Este serviço é dotado de instalações, pessoal e equipamento capaz de assegurar uma assistência eficaz a doentes que apresentem uma ou mais funções vitais em risco imediato, e que tenham sido submetidos ou não, a uma cirurgia não sendo possível de efectuá-lo noutro serviço do hospital.

Trabalhar numa UCI implica por parte dos profissionais de enfermagem todo um amplo conjunto de conhecimentos que abarcam as mais diversas áreas no que toca à prevenção e tratamento de determinadas patologias, referentes a doentes em situação crítica.

Com o intuito de facilitar a apresentação, a análise aqui exposta vai de encontro aos objectivos apresentados no meu projecto de estágio, sendo oportuno enumerar neste ponto os objectivos pessoais propostos, de modo a proceder à interligação com as actividades que executei.

1.1-Objectivos específicos e reflexão científicas das actividades desenvolvidas e das competências adquiridas

Para o módulo relativo à UCIP, elaborei um projecto onde me propunha a desenvolver determinadas actividades, tendo como objectivos específicos:

- Reconhecer a organização, protocolos e normas de actuação dos serviços;
- Desenvolver saberes e competências necessárias à prestação de cuidados especializados em EMC;
- Promover a integração das práticas e dos saberes decorrentes;
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente;
- Planear as actividades de acordo com as necessidades dos doentes, atendendo às suas preferências, assegurando a sua participação e promovendo o seu envolvimento e autonomia;
- Desenvolver capacidade de decisão em situações imprevistas e complexas na área de EEMC;
- Colaborar na gestão de recursos materiais e humanos dos cuidados de enfermagem;
- Promover a formação no serviço;
- Adoptar medidas preventivas de infecção relacionada com os cuidados de saúde.

A reflexão crítica foi a base de estudo durante as 180 horas. Para consolidação das reflexões efectuadas, irei seguidamente, fundamentar cada objectivo através de uma reflexão das actividades desenvolvidas e competências adquiridas.

Objectivo específico

Reconhecer a organização, protocolos e normas de actuação dos serviços.

Actividades desenvolvidas

- Reuni com enfermeiro chefe;
- Visitei as instalações do serviço, recursos disponíveis e conheci a equipa multidisciplinar, as suas dinâmicas e metodologias de trabalho;
- Identifiquei as principais actividades desenvolvidas pela equipa multidisciplinar (ex: reuniões) e participação nas mesmas;
- Reconheci os circuitos internos e externos dos doentes, materiais e resíduos;
- Verifiquei os procedimentos baseados na evidência científica em aplicação no serviço.

Reflexão das actividades desenvolvidas

A concretização deste objectivo foi facilitada pela apresentação e visita guiada ao serviço, durante a mesma verifiquei que um armário de material para execução de pensos não se encontrava organizado, falei com a enfermeira tutora e posteriormente com o enfermeiro chefe e procedi ao respectivo ordenamento. Para isso elaborei etiquetas de identificação de material e coloquei o material separado, em prateleiras por solutos, pomadas, compressas, adesivo, etc., tendo assim contribuído para a organização do material e consequentemente mais fácil visualização do mesmo. Neste percurso constatei que toda a equipa se encontrava empenhada na separação dos lixos, mas os contentores dos resíduos não se encontravam identificados, por grupos, e sendo os resíduos hospitalares uns dos “pesadelos” que afronta a actualidade, achei pertinente fazer a sua identificação.

A partir da consulta do Manual de prevenção de infecções nosocomiais elaborado pela Comissão de controlo de infecção (CCI), (2005) do HSTV, fiz a respectiva identificação dos contentores dos resíduos em grupo I/II, grupo III e grupo IV, contribuindo assim para uma identificação mais rápida e recolha de forma adequada. Todos os colegas apreciaram a iniciativa, explanando que era algo que já deveria ter sido realizado, inclusivamente houve uma enfermeira que aproveitou a ideia para aplicar num outro serviço. Saliento que o meu desempenho foi de encontro ao objectivo referenciado, na medida em que favoreci a

aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades nos enfermeiros.

Considero ter adquirido competências que fazem parte do plano de estudos, no que diz respeito ao desenvolvimento de processos de mudança que influenciam a introdução de inovações na prática especializada assim como na utilização dos recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

Objectivo específico

Desenvolver saberes e competências necessárias à prestação de cuidados especializados em EMC.

Actividades desenvolvidas

- Adquiri um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC, actuando em conformidade e de encontro à troca de saberes e experiências com os profissionais de saúde;
- Demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC, actuando segundo normas, procedimentos e protocolos instituídos, dos quais tomei conhecimento, procedendo à sua análise e aplicabilidade;
- Desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente, de acordo com o plano de cuidados adequado a cada caso clínico;
- Demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, de acordo com a metodologia instituída, saberes adquiridos e intercâmbio de experiências com os profissionais de saúde;
- Tomei iniciativas e fui criativa na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC, tendo em conta o doente, sua situação clínica, meio envolvente e recursos disponíveis adequados.

Reflexão das actividades desenvolvida

O ambiente de cuidados dentro de uma UCI exige uma estrutura de enfermagem flexível e responsável perante as necessidades dos seus doentes, tornando-se necessário que este ambiente seja dotado de equipamento sofisticado e em constante actualização, tanto em progressos tecnológicos como terapêuticos, como refere Relfe (2007). Para assegurar um bom nível de cuidados ao doente sujeito a ventilação mecânica, o enfermeiro deve ser portador de conhecimentos adequados do equipamento e dos procedimentos envolvidos, (Swearingen e

Keen, 2003). Também Rempher (2007) refere que a ventilação mecânica consiste em manter a ventilação alveolar apropriada às necessidades metabólicas do doente, corrigir a hipoxemia e maximizar o transporte de oxigénio (O₂). Assim, senti necessidade de actualizar os meus conhecimentos através de pesquisa bibliográfica adequada, no intuito de estar preparada e alargar as competências instrumentais actuando em conformidade com as “guidelines” internacionais, permitindo-me conhecer melhor os ventiladores, o seu funcionamento e os seus modos ventilatórios.

Um outro aspecto que pude constatar é que todos os doentes se encontram sedados e analgésicos, isto porque o controle eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, em especial da equipa de enfermagem que deve monitorizar este sintoma frequentemente, ressaltando que também é um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização. O termo sedação como refere Dias (2009), engloba múltiplos objectivos, dos quais se salienta o alívio do medo, da ansiedade, do stress e o alívio da dor e do desconforto. Assim a sua avaliação deve ser feita de forma regular e contínua, à semelhança dos restantes sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança às equipas e contribuir para a evolução do doente. O uso combinado de sedação e analgesia vai provocar um efeito hipnótico, depressor da respiração, e do reflexo de tosse e assim uma melhor adaptação á ventilação mecânica.

Tratando-se de uma UCI alberga doentes em estado crítico. Aqui, para além da dor que o doente sente como consequência da sua situação patológica, de procedimentos invasivos, de exames auxiliares de diagnóstico e/ou cirurgias e toda a envolvimento deste tipo de unidades, são geradoras de sentimentos como ansiedade, angústia e medo que, por conseguinte agravam a experiência da dor. A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita como tal, (Swearingen, e Keen, 2003). Apesar da dor nos doentes em estado crítico contribuir para o seu agravamento com imunossupressão, ventilação inadequada, privação do sono, depressão e confusão, ela continua a assumir uma prioridade reduzida quando confrontada com a instabilidade hemodinâmica, comum neste tipo de unidades. No entanto, foi com muito agrado de que me apercebi que toda a equipa zela pelo bem-estar do doente, proporcionando um ambiente calmo e sem estímulos negativos.

Usufri da oportunidade de colocar em prática estes conhecimentos, ao me encontrar responsável por um doente juntamente com a enfermeira tutora, este apresentava sinais de dor intensa e como refere Dias (2009) é indispensável a monitorização diária frequente do nível de sedação, recorrendo a escalas que permitam uma titulação individualizada da dose efeito. Neste sentido a escala utilizada na unidade é a Escala Modificada de Campbel, e após aplicada ao referido doente, conferiu um “score” total de seis que corresponde a dor intensa. Posto isto, procedeu-se à administração de medicação analgésica, neste caso a morfina. Swearing e Keen (2003) referem que se deve suplementar os analgésicos com medidas não farmacológicas para o alívio da dor, como por exemplo a mudança de decúbito para otimizar o

conforto. Assim procedi à aplicação de terapêutica não farmacológica: posicionamento mais confortável e aplicação de compressas frias uma vez que o doente se encontrava também com hipertermia, tendo verificado que estas medidas contribuíram para o alívio da dor pois foi possível verificar o seu efeito no fâcies do doente.

Perante o descrito considero ter adquirido competências na medida do desenvolvimento do auto-conhecimento e da assertividade, baseando-me em sólidos e válidos padrões de conhecimento, para assim prover liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

Objectivo específico

Promover a integração das práticas e dos saberes decorrentes.

Actividades desenvolvidas

- Esclareci dúvidas com os correspondentes orientadores;
- Cultivei um bom relacionamento, formal e informal com os membros da equipa multidisciplinar;
- Demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Integrei-me na equipa multidisciplinar, actuando de forma adequada e de acordo com a metodologia de trabalho;
- Efectivei comportamentos em segurança baseados em evidência científica.

Reflexão das actividades desenvolvidas

Durante o período de estágio tive oportunidade de ficar responsável por um doente portador de uma traqueostomia, tendo sido uma experiência muito enriquecedora, uma vez que labuto com alguns doentes traqueostomizados no meu local de trabalho, tornando-se relevante ampliar os meus conhecimentos. Como refere Curcio (2003), a indicação para optar pela traqueostomia como via aérea artificial pode ser devido a obstrução das vias aéreas superiores, necessidade de intubação orotraqueal prolongada, edema devido a queimaduras, infecções ou anafilaxia, e ainda para facilitar a aspiração das secreções das vias respiratórias baixas. 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. Detectei que os cuidados de enfermagem inerentes à manipulação e à mudança da cânula eram correctamente efectuadas com o descrito na literatura, como por exemplo o posicionamento do doente em semi fowler (quando

não contra-indicado), lavagem da cânula com soro fisiológico e aspiração em simultâneo, fazer desinfecção com iodopovidona em torno do traqueostoma, colocação de compressa entre a cânula e a pele.

Nesta unidade grande parte dos doentes são alimentados por via entérica, nesse sentido estive responsável por um doente em que foi necessário colocar uma sonda nasojejunal devido a alteração de esvaziamento gástrico. Esta sonda não me era familiar assim como os cuidados a ela inerentes, assim recorri à pesquisa bibliográfica e à consulta do manual de normas e procedimentos do serviço para ser detentora de mais determinação no seu manuseamento. Embarguei a oportunidade de demonstrar conhecimentos, ao detectar uma situação problema devido ao manuseamento incorrecto do lúmen destinado à administração de medicação e consequente lavagem se encontrava obstruído.

Perante o ocorrido, e após conversa com a enfermeira tutora, informámos o enfermeiro chefe do incumprimento do protocolo existente e sugeri que este fosse colocado na mesa de apoio do doente para evitar esquecimentos. Em momentos de formação informal também elucidei os colegas acerca do procedimento correcto a adoptar. Com esta actividade fui de encontro ao objectivo proposto ao gerir respostas, de elevada adaptabilidade individual e ao responsabilizar-me por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade

Considero ter adquirido competências para levar à reflexão da equipa formas apropriadas das práticas de cuidados, de forma a não comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do doente ao recolher e analisar informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas.

Objectivo específico

Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente.

Actividades desenvolvidas

- Determinei as diligências necessárias e ensinamentos oportunos para facilitar a integração do doente;
- Informe o doente e família de forma a aumentar a segurança, o controlo e a recuperar a confiança tendo em vista a reabilitação, readaptação e reinserção social;
- Simplifiquei a aprendizagem formal e informal do doente, família e outros grupos utilizando linguagem adequada às situações;
- Reflecti, analisei e avaliei os benefícios da utilização de uma relação empática com o doente/família e os outros profissionais;

- Utilizei comunicação adequada com o doente/família e os outros profissionais fazendo avaliação da sua eficácia;
- Manifestei respeito pela dignidade da pessoa humana, pelos seus valores, pelas suas crenças e sua cultura.

Reflexão das actividades desenvolvidas

Atendendo a este objectivo pessoal, aonde ambicionei desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente, procurei integrar-me na visita aos seus familiares. No decorrer do período de visitas, o familiar é acolhido pelo enfermeiro, este apresenta-se e informa do cenário que irá encontrar (ventilador, tubos cateteres, monitores, alarmes, etc).

A relação enfermeiro/doente é uma relação de ajuda, que em conjunto devem conjugar energias, recursos e motivação para o tratamento, (Riley, 2004). Com esta relação reduz-se o medo e a ansiedade que é característica nestas situações. O cuidar em enfermagem enfatiza as necessidades de um envolvimento relacional com o doente, o que necessariamente implica o desenvolvimento de perícias de comunicação que permitem ao enfermeiro estabelecer uma comunicação, clara, aberta e serena, (Norton, 2007). Nesta realidade, tive oportunidade de assistir ao acompanhamento de um familiar por parte de um enfermeiro e constatei que uma dificuldade que existe é não haver um protocolo de actuação de forma a uniformizar o que deve ser transmitido aos familiares, já que é sempre tido em conta que o excesso de informação poderá ser prejudicial, evitando-se pormenores técnicos.

Baseando-me num estudo realizado numa UCI de um hospital privado do Brasil, (Nascimento [et al.], 2007), cujo objectivo era avaliar os limites e as possibilidades da permanência de familiares na UCI, algumas sugestões efectuada pelos familiares apontavam para o melhoramento das infra-estruturas, de forma a se sentirem mais confortáveis, um serviço mais organizado e com pessoal capacitado para atender os familiares, e além do conforto, de comunicação clara e segura, contactos prolongados e informação. Segundo os mesmos autores a motivação dos acompanhantes em permanecer na UCI pode ser atribuída a uma necessidade real de segurança, de receber informações a respeito da pessoa internada e de compartilhar com a unidade a acção de cuidar.

Ao detectar esta situação problema e após comunicação com enfermeira tutora e concludentemente com enfermeiro chefe, achou-se pertinente a realização de um trabalho relacionado com os familiares dos doentes internados na UCIP, na medida em que o histórico de enfermagem levantado pelos enfermeiros de cuidados intensivos envolve mais que uma avaliação do doente (Norton, 2007). Propus-me então juntamente com outro colega do curso, realizar um projecto com o tema "A família como parceira de cuidados na UCI" que remeti para o anexo IV. Para a sua consecução baseamo-nos na pesquisa bibliográfica e posteriormente na realização de entrevistas informais com alguns familiares no sentido de entender as

necessidades por elas manifestadas. Devo referir que após a conclusão do mesmo, me senti mais desperta para o todo que envolve os sentimentos dos familiares. Este trabalho vai servir de alicerce para a implementação de um projecto referente ao tema na UCIP. Irá posteriormente ser desenvolvido e aplicado pelos enfermeiros desta unidade onde será elaborado um questionário a aplicar aos familiares, com posterior tratamento de dados. Com ele, identificámos as necessidades dos familiares cuidadores na prestação de cuidados, envolvemo-lo no processo de cuidados, reforçando as suas competências no cuidar, valorizámos o papel da família no processo terapêutico e na recuperação do doente.

Com o descrito considero que adquiri competências no desenvolvimento do auto-conhecimento e da assertividade, baseei a minha praxis em sólidos e válidos padrões de conhecimento assim como na promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos / grupo.

Objectivo específico

Planear as actividades de acordo com as necessidades dos doentes, atendendo às suas preferências, assegurando a sua participação e promovendo o seu envolvimento e autonomia.

Actividades desenvolvidas

- Demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEMC;
- Avaliei a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao doente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
- Tomei decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Aprofundei conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente, família e relacionamento de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Reflexão das actividades desenvolvidas

Indo de encontro a este objectivo, durante o meu estágio tive oportunidade de ficar responsável por um doente, que foi desconectado do ventilador ao fim de onze dias de internamento, uma vez que não manifestou nenhum sinal de intolerância ao desmame como, diminuição do nível de consciência, aumento ou diminuição da tensão arterial sistólica em 20 milímetros de mercúrio (mmhg), tensão arterial sistólica superior a 100mmhg, aumento da frequência cardíaca em 20 batimentos/minuto (min), diaforese, queixa de dispneia, fadiga ou dor,

utilização de músculos acessórios de respiração, saturação periférica de oxigénio (Spo₂) inferior a 90%, ou aumento da frequência respiratória em 10 ciclos/min, (Rempher, 2007). Assim passou posteriormente a ventilação espontânea com O₂ a 10 litros/min. Pude comprovar que só se realiza esse desmame após serem atingidos os parâmetros adequados da função pulmonar, o doente tem de estar hemodinamicamente estável e a causa da insuficiência respiratória tem de ter diminuído significativamente.

Neste seguimento 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 sua breve saída da unidade. Atendendo às suas necessidades nutricionais, alterou-se a dieta prescrita para pastosa por via oral. Apelando à sua interação, verifiquei que este verbalmente manifestava os seus desejos e desconforto. Mediante tais constatações e necessidades procedeu-se ao posicionamento mediante as suas solicitações e tolerância, embora o manifesto de se levantar da cama e deambular estivesse presente. Perante tal situação, precedi com o ensino ao doente conversando e explicando convenientemente os riscos e inconvenientes associados a tal acção. Conjuntamente manifestava polidipsia, sendo-lhe oferecida água com regularidade, alimentava-se na totalidade da dieta sem dificuldade na deglutição.

Assim, com este doente alcancei a experiência de cuidar de outra forma do doente numa UCI. 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 o enfermeiro responsável por algum doente que possa necessitar de conexão à prótese ventilatória no meu local de trabalho.

O alcance deste objectivo proporcionou-me adquirir competências na concessão, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade, assim como na criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, para poder colocar em prática em situações futuras no serviço onde exerço funções.

Objectivo específico

Desenvolver capacidade de decisão em situações imprevistas e complexas na área de EEMC.

Actividades desenvolvidas

- Adaptei-me a novos procedimentos, sistemas e situações;
- Flexibilizei-me de acordo com a actuação e a especificidade de cada situação;
- Analisei aspectos específicos do doente crítico/família;
- Monitorizei os indicadores que influenciam a evolução/recuperação do doente crítico.

Reflexão das actividades desenvolvidas

No decorrer deste percurso, presenciei a indicação dada pelo médico de não reanimar um doente no caso de paragem devido à sua situação clínica. Perante tal reflecti sobre as considerações éticas subjacentes às manobras de reanimação cardiorrespiratória, formulando a seguinte questão: será correcto proceder à reanimação de toda e qualquer pessoa, em qualquer situação? (Marques, 2005). Existem vantagens acerca do conhecimento antecipado das situações, neste sentido existe o benefício que toda a equipa conheça a existência de decisões de não reanimação, e estas devem ser decididas em conjunto, por consenso, anotando as decisões de “*não reanimar*” no processo clínico, (Santos, 2008).

O princípio básico da reanimação é o de que todas as pessoas devem ser reanimadas a menos que haja uma decisão prévia para não reanimar, (Matos, 2006). Para o mesmo autor, quando a morte é uma probabilidade próxima, existe concordância de que ela deve ser tranquila, sem dor ou desconforto para o doente, independentemente da idade, condições físicas e serviço de internamento. Assim quando são identificadas situações em que a implementação de novas medidas não trará mais benefícios para o doente, mas pelo contrário só vai proporcionar mais sofrimento, deve haver reunião com os profissionais envolvidos e a respectiva família, para se chegar a uma decisão. O doente e os que o rodeiam, conforme Santos (2008), devem exprimir os seus desejos e os seus interesses. Estes não podem exigir uma determinada abordagem diagnóstica ou terapêutica que não tenha o acordo explícito da equipa de intervenção.

As instruções de não reanimar de acordo com o mesmo autor, numa situação de paragem cardíaca ou respiratória são justificadas, nas seguintes circunstâncias: quando é imaginável que a reanimação não é possível ou quando o doente imediatamente a seguir possa desencadear novamente o processo que conduziu à paragem cardíaca; quando ocorrer paragem, e a esta estar associada uma doença de evolução necessariamente fatal bem documentada; e quando após a reanimação, for previsível uma qualidade de vida que não é seguramente aceite pelo doente.

Relativamente à enfermagem portuguesa, e sendo esta regida por um Código Deontológico, todos os enfermeiros têm o dever de respeitar o direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, devendo-se assumir a obrigação de proteger e defender a vida humana em todas as circunstâncias assim como respeitar a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa, participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida, e recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante.

Nesta vertente considero que fiquei mais desperta para esta problemática com que lido diariamente no meu serviço, sentindo-me mais sensibilizada para estas situações. Adquiri competências para o desenvolvimento de uma prática profissional e ética no meu campo de

intervenção e na promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Objectivo específico

Colaborar na gestão de recursos materiais e humanos dos cuidados de enfermagem

Actividades desenvolvidas

- Desenvolvi espírito de auto formação, realizando turno com enfermeiro chefe, para conhecimento de certas acções;
- Geri a manutenção de stocks dos serviços e das unidades funcionais;
- Observei e analisei as actividades desenvolvidas por outros técnicos da equipa;
- Trabalhei com os outros elementos envolvidos na equipa de saúde.

Reflexão das actividades desenvolvidas

Cada vez mais o enfermeiro tem sido responsável pela previsão, provisão, organização e controle dos materiais nas instituições, este tem um papel fundamental na administração dos mesmos. Compete ao enfermeiro chefe exercitar as equipas no intuito de diminuir os gastos, mas de forma a não prejudicar o atendimento ao doente, devendo coordenar as actividades relativas à administração de materiais e delegar aos demais membros da equipe, funções burocráticas como o preenchimento e controle de requisições. Neste sentido, foi-me proporcionada a realização de um turno com o enfermeiro chefe. Procurei compreender e colaborar nas actividades respeitantes à gestão que lhe competiam, já que é cumprido um “ritual” com início na passagem de turno, desde realizar a distribuição dos elementos escalados, a confirmação dos estupefacientes, a selagem do carro de emergência, teste do funcionamento do desfibrilhador, verificação da temperatura do frigorífico de medicação (deve estar entre 2 e 8°), entre muitos outros aspectos.

Usufruí ainda da oportunidade de verificar toda a medicação em falta e fazer o respectivo pedido para os serviços farmacêuticos. Fiquei responsável pela revisão e reposição do carro de emergência e enquanto desenvolvia essa actividade, tive alguma dificuldade na visualização rápida da mesma, uma vez que esta não se encontrava identificada, estando também algumas ampolas fora de validade (dopamina), assim procedi á sua devolução para os serviços farmacêuticos e repus a gaveta. Posteriormente falei com a enfermeira tutora, acerca da situação problema que tinha detectado e prontifiquei-me a proceder á respectiva identificação da medicação para mais fácil acesso no caso de emergência e colocar respectivas datas de validade para maior controlo. Também relativamente à gestão de stocks, deparei-me com um

armário na sala de trabalho cheio de soros, alimentação entérica, parentérica e respectivos aditivos, todos eles empilhados e em quantidade excessiva. Procedi à identificação do material e retirei todos os solutos em excesso de forma a permanecer um stock mínimo.

No que diz respeito à gestão de recursos humanos, após informação do enfermeiro chefe, usufruí da possibilidade de iniciar a realização do horário mensal da equipa de enfermagem, assim como a distribuição dos elementos escalados para o turno da tarde e da noite. Foi também necessário resolver a situação da falta de um elemento para o turno da tarde e assim efectuar todos os procedimentos necessários para contactar um enfermeiro para assegurar o turno.

Em termos de análise e aquisição de competências estou certa de que estou capacitada para dar o meu contributo específico nesta área de especialidade ao conceber, gerir e colaborar nos programas de melhoria contínua da qualidade, assim como criar e manter um ambiente terapêutico e seguro, ser capaz de liderar na gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, e também promover a articulação na equipa multiprofissional, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

Objectivo específico

Promover a formação no serviço.

Actividades desenvolvidas

- Identifiquei as necessidades formativas na área da EEMC;
- Observei directamente comportamentos inadequados;
- Participei como formadora e formanda no plano anual de formação para o serviço;
- Realizei ensino ao utente/família, sempre que necessário, aproveitando todos os momentos oportunos;
- Utilizei conhecimentos adquiridos para a melhoria dos cuidados de enfermagem;
- Colaborei na elaboração de planos de trabalho.

Reflexão das actividades desenvolvidas

Uma das funções do enfermeiro especialista é promover e fomentar a formação, nesse sentido, foi planeada uma acção de formação em serviço para o dia 22 de Junho, com o tema “*A família como parceira de cuidados*”. No entanto foi com grande tristeza que me foi comunicado pelo enfermeiro chefe que esta não se poderia realizar, por motivo de férias e condicionalidades do

serviço. A comunicação ficou de ser agendada para uma data posterior ao término do estágio, no entanto até à presente data não me foi facultada essa possibilidade.

Com o intuito de participar na formação e mediante o programa da mesma em serviço, assisti aos temas: “*Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*” em que se abordou as “*guidelines*” de prevenção e tratamento de úlcera de pressão e “*Prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares*” com prelecção de enfermeiros do serviço. A formação sobre úlceras de pressão sobrevém no serviço na sequência da necessidade sentida pelos enfermeiros em implementar uma norma para a classificação das úlceras e respectivo tratamento, sendo objectivo do grupo de trabalho implementar no serviço um protocolo de actuação. Aqui tive oportunidade de intervir ao transmitir a minha experiência acerca do protocolo que se encontra instituído no serviço onde exerço funções, expondo as suas vantagens e aspectos que podem ser melhorados. Relativamente á segunda, foi objectivo da prelectora dar a conhecer os valores percentuais de infecção associada a dispositivos intravasculares na UCIP comparando com outros serviços do HSTV.

Desfrutei também oportunidade de ficar responsável durante dois turnos, pelo acompanhamento de uma aluna do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Foi uma mais-valia para mim, pude transmitir conhecimentos e ajudar na resolução de alguns problemas, como por exemplo na verificação da permeabilidade de uma sonda nasogástrica que se encontrava obstruída, aspiração de secreções com técnica asséptica, preparação de alimentação parentérica. O meu contributo baseou-se na partilha da minha experiência pessoal e na transmissão de conhecimentos adquiridos no Curso de Especialização.

Perante o exposto, entendo ter ido de encontro ao objectivo pessoal traçado, na medida do alcance de competências na recolha e análise de informação, com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, numa dimensão ética e deontológica, assim como na supervisão e avaliação dos cuidados prestados, em situação de delegação.

Objectivo específico

Adoptar medidas preventivas de infecção relacionada com os cuidados de saúde.

Actividades desenvolvidas

- Conheci e apliquei protocolos de controlo de infecção internos do serviço;
- Sensibilizei os profissionais do serviço para os problemas da infecção hospitalar;
- Geri o ambiente de forma a prevenir a infecção;
- Adoptei comportamentos de prevenção e controlo de infecção.

Reflexão das actividades desenvolvidas

Uma situação em que tive oportunidade de reflectir foi acerca do local de armazenamento do material esterilizado na unidade, pois este encontrava-se num armário com três prateleiras, com duas grandes portas, em caixas de papel ou metal, e grande parte dele empilhado. De acordo com o Grupo de trabalho para elaboração do manual de normas e procedimentos, (2001) o material não deve estar empilhado e deve favorecer a correcta rotação dos stocks. Após detectar esta situação problema, expressei à minha tutora a intenção de proceder à resolução dessa situação, tendo-me revelado que já tinha sido objecto de não conformidade para o serviço aquando da inspecção da CCI. Sendo assim procedi à respectiva identificação do material existente, os artigos mais pesados foram guardados nas prateleiras inferiores, o material foi arrumado de forma a favorecer a rotação de stocks, deixando de estar empilhado.

Relativamente à Vigilância Epidemiológica (VE) activa da infecção associada a dispositivos invasivos, começo por referir que este tipo de vigilância é efectuada duas vezes por semana na UCIP, em reunião com as enfermeiras da CCI, correspondentes elos de enfermagem e respectivo médico, com o objectivo de reunir e analisar informação específica dos processos dos doentes internados, no que respeita a esta temática. O propósito deste procedimento é a vigilância das infecções associadas a dispositivos médicos invasivos, nomeadamente: infecções respiratórias associadas ao ventilador, infecções urinárias associadas à cateterização vesical e infecção da corrente sanguínea associada a cateteres centrais. O preenchimento da respectiva ficha é conseguido pelas informações retiradas do processo do doente, com sejam a sua proveniência, diagnóstico de entrada, factores de risco associados, datas de inserção e retirada de tubo endotraqueal, de cateter central e de sonda vesical, assim como as datas de inicio e fim da ventilação mecânica. Quando deparados com evidências de infecção, procede-se à determinação da flora microbiana e sua sensibilidade.

Os objectivos desta VE são diminuir a prevalência das infecções associadas a dispositivos invasivos, identificar os factores de risco, calcular as respectivas taxas de infecção e avaliar a necessidade de alterar procedimentos ou propor outras medidas de protecção, sejam elas colectivas (preferencialmente) ou individuais. Isto vai de encontro a Martins (2001), que refere que o seu objectivo principal é a redução da incidência da infecção ou numa perspectiva utópica tornar nula a ocorrência da infecção hospitalar

Deste modo, fiquei a conhecer o contributo do enfermeiro especialista na área de EEMC na prevenção e controlo das infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) que conduziu à aquisição de competências profissionais a nível da promoção, da formação e informação, com as quais posso zelar pela implementação e ou melhoria, das boas práticas nos cuidados prestados aos doentes, com particular atenção na área da EEMC. Desenvolvi aptidões para iniciar e participa em projectos institucionais na área da qualidade e para incorporar directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.

2- Módulo I- Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Unidade de Vila Real

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, (Potter e Perry, 2006). O módulo I foi desenvolvido no SU do CHTMAD, e pela sua abrangência, foi um serviço que desde logo me cativou no sentido do enriquecimento e na aquisição, quer a nível de competências, como de conhecimentos e novas experiências.

Com o intuito de facilitar a apresentação, a análise aqui exposta vai de encontro aos objectivos apresentados no meu projecto de estágio, sendo oportuno enumerar neste ponto os objectivos pessoais propostos, de modo a proceder à interligação com as actividades que executei.

2.1- Objectivos específicos e reflexão científicas das actividades desenvolvidas e das competências adquiridas

O SU trata-se claramente, de um recurso de extrema importância dentro do Serviço Nacional de Saúde, nesse sentido seria de esperar que fosse utilizado de uma forma racional. No entanto ocorrem às urgências muitas situações que não são realmente urgentes.

É com base neste pressuposto que foi efectuada a Proposta de Requalificação das Urgências (Comunicado nº1/2007) por parte do Ministério da Saúde (2007) com vista a redistribuir os doentes pelos diversos organismos do Serviço Nacional de Saúde.

Para este módulo, elaborei um projecto onde me propunha a desenvolver determinadas actividades, tendo como objectivos específicos:

- Reconhecer a organização, protocolos e normas de actuação dos serviços;
- Desenvolver saberes e competências necessárias à prestação de cuidados especializados em EMC;
- Promover a integração das práticas e dos saberes decorrentes;
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente;
- Planear as actividades de acordo com as necessidades dos doentes, atendendo às suas preferências, assegurando a sua participação e promovendo o seu envolvimento e autonomia;

- Desenvolver capacidade de decisão em situações imprevistas e complexas na área de EEMC;
- Colaborar na gestão dos cuidados de enfermagem;
- Promover a formação no serviço;
- Adotar medidas preventivas de infecção relacionada com os cuidados de saúde.

Para a produção deste documento seguirei uma estratégia de descrição, análise e crítica dos objectivos propostos e das actividades realizadas. Isto permite alcançar no fim uma clara revisão da globalidade da minha performance enquanto futura Enfermeira Especialista em EMC.

Objectivo específico

Reconhecer a organização, protocolos e normas de actuação dos serviços.

Actividades desenvolvidas

- Reuni com enfermeiro chefe;
- Visitei as instalações do serviço, recursos disponíveis e conheci a equipa multidisciplinar, as suas dinâmicas e metodologias de trabalho;
- Identifiquei as principais actividades desenvolvidas pela equipa multidisciplinar (ex: reuniões) e participação nas mesmas;
- Reconheci os circuitos internos e externos dos doentes, materiais e resíduos;
- Verifiquei os procedimentos baseados na evidência científica em aplicação no serviço.

Reflexão das actividades desenvolvidas

Uma das características intrínsecas a um SU é o factor tempo, este é primordial no sentido de uma rápida actuação. Aquando da passagem pelo serviço, apercebi-me de que nem sempre a triagem de lixos é feita da forma mais correcta, constatei que mediante a grande afluência de doentes e conseqüente carga de trabalho, grande parte da equipa não se encontrava empenhada na sua separação. Quando abordados para esse facto referiam que os contentores dos resíduos ou não existiam ou não se encontravam identificados por grupos, tornando-se essa tarefa dificultada.

A sua separação é uma actividade com muitas vantagens, desde o aumento da segurança dos profissionais, doentes e visitas, prevenção de acidentes em serviço (picadas), diminuição do impacto ambiental negativo, preservação da imagem da Instituição Hospitalar e contenção de

custos. Uma vez que o tratamento desses resíduos sólidos hospitalares é um problema de todos, e da actualidade, torna-se importante que todos os profissionais de saúde colaborem em todo esse processo de separação e gestão, de forma responsável e consciente. Mediante isto, achei pertinente falar com a minha tutora acerca da situação. Beneficiando da época da auditoria final do Projecto de Acreditação pela Joint Commission International, realizada nesta em Outubro, abordámos o enfermeiro chefe para o não cumprimento dos requisitos de acordo com a norma número 23, FMS. 5 do CHTMAD “Plano de gestão de resíduos” (2010). Alguns dos requisitos que constam nesta norma são a existência de contentores nos serviços, os sacos devem ser rotulados e os serviços devem estar dotados de equipamentos adequados à produção. Após esta abordagem, foram colocados novos recipientes, onde procedi à sua identificação de acordo com o grupo a que pertencem. A minha sugestão neste âmbito, foi no sentido de motivar e alertar os profissionais para a correcta recolha, acondicionamento e deposição destes resíduos.

Considero que fiquei mais sensível para esta temática dado que torna-se urgente que as preocupações ecológicas dos profissionais e nomeadamente dos enfermeiros, sejam colocadas em prática no dia-a-dia, isto porque o mundo também está nas nossas mãos e normalmente aquilo que lhe fazemos é aquilo que ele nos retribui.

A consecução deste objectivo proporcionou-me adquirir competências para o desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas, assim como na concepção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade.

Objectivo específico

Desenvolver saberes e competências necessárias à prestação de cuidados especializados em EMC.

Actividades desenvolvidas

- Adquiri um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC, actuando em conformidade e de encontro à troca de saberes e experiências com os profissionais de saúde;
- Demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC, actuando segundo normas, procedimentos e protocolos instituídos, dos quais tomei conhecimento, procedendo à sua análise e aplicabilidade;
- Desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente, de acordo com o plano de cuidados adequado a cada caso clínico;

- Demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, de acordo com a metodologia instituída, saberes adquiridos e intercâmbio de experiências com os profissionais de saúde;
- Tomei iniciativas e fui criativa na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC, tendo em conta o doente, sua situação clínica, meio envolvente e recursos disponíveis adequados.

Reflexão das actividades desenvolvidas

Ao longo do meu estágio alguns dos turnos foram passados na sala de emergência. Esta proporcionou-me um leque complexo e diversificado de situações clínicas relacionadas com o doente crítico. Para além do desenvolvimento de competências no que diz respeito à componente técnica e instrumental, outro aspecto fundamental que procurei aperfeiçoar, foi a parte relacional e a abordagem à família em contexto de urgência/emergência. Isto porque sendo um serviço tão inconstante e imprevisível no que diz respeito a essas situações, penso que algumas vezes é descurada a componente relacional e o apoio à família.

O SU é propício ao desenvolvimento de sentimentos e emoções negativas por parte dos familiares, tais como o medo, a ansiedade e a angústia. Alminhas (2007) entende que cuidar no SU implica ser capaz de criar um clima de confiança e saber escutar, é muito mais do que saber usar conhecimentos técnico-científicos, é acima de tudo, saber respeitar a individualidade do doente. Relativamente ao acolhimento dos familiares de doentes críticos, apercebi-me de que não existe uma sala de espera condigna. De acordo com a Direcção geral das instalações e equipamentos de saúde (2007), a sala de espera para acompanhantes entre outras características deve possuir mesas de apoio, acesso facilitado à informação, multibanco, ter uma área entre 30-60m². Isto não se verificando o único local aonde podem permanecer é no hall de entrada da urgência ou na sala de espera com cerca de 20 m², encontrando-se na maioria das vezes repleta de gente e sem condições para receber tantos familiares.

Este ambiente não deve ser agressivo, mas sim confortável, aberto e deve proporcionar à família o acesso ao doente e aos cuidados, para assim ajudar a diminuir o nível de ansiedade e melhorar a satisfação com os cuidados, (Urden, Stacy e Lough, 2008).

Num estudo efectuado em cinco hospitais gerais de Belo Horizonte, que tinha como objectivo verificar qual a percepção do familiar em relação á comunicação adequada com a equipa de enfermagem que lida com o doente crítico, verificou-se que quanto mais o clima for de conforto e confiança, mais a experiência pode ser positiva porque os gestos de atenção e cuidados ficarão presentes sempre na lembrança dos familiares, (Inaba, Silva e Teles, 2005). Torna-se assim importante criar um ambiente de privacidade durante a recepção dos familiares. Isto em contexto de SU, quer pela estrutura do serviço, quer pelas características das actividades desempenhadas torna-se uma árdua tarefa. No entanto considero que se pode atenuar alguns

desses efeitos negativos, através de uma correcta abordagem à família onde é possível informá-la acerca do local onde se encontra o doente e fornecer o máximo de informação possível, acerca do tratamento que está a receber. Neste sentido Silveira [et al] (2005) consideram importante adquirir um compromisso emocional dos profissionais com aqueles que requerem ajuda, reconhecendo e considerando relevantes a ansiedade, medo, angustia, entre outros sentimentos.

Perante isto e em conversa com o enfermeiro chefe referi-lhe esta situação problema, tendo este referido que não existem condições físicas para se acolher os familiares de outra forma uma vez que este serviço se encontra em instalações provisórias, mencionando que certamente no futuro serviço este problema será colmatado. No entanto, enquanto isso não acontece deixei a sugestão de que podemos e devemos apostar na componente humana, para tentar colmatar a vertente das condições físicas. Como referem Inaba, Silva e Teles (2005) a importância da presença do familiar ao lado do doente tem influência sobre a doença e obriga os enfermeiros a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem.

Durante a minha passagem por este campo de estágio, detive sempre a preocupação de prestar apoio e inculcar confiança aos familiares nos momentos de angústia, demonstrando capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar. Penso desta forma ter atingido este objectivo, tendo-me proporcionado uma visão diferente do contacto que se deve estabelecer com os familiares em momentos de ansiedade transportando também este princípio para o meu desempenho futuro.

Objectivo específico

Promover a integração das práticas e dos saberes decorrentes.

Actividades desenvolvidas

- Identifiquei problemas/necessidades;
- Esclareci dúvidas com os correspondentes orientadores;
- Cultivei um bom relacionamento, formal e informal com os membros da equipa multidisciplinar;
- Demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Integrei-me na equipa multidisciplinar, actuando de forma adequada e de acordo com a metodologia de trabalho;
- Efectivei comportamentos em segurança baseados em evidência científica.

Reflexão das actividades desenvolvidas

O sistema de triagem de doentes utilizado neste SU é a triagem de Manchester, este é o mais conhecido e implementado entre os diversos sistemas de triagem que visam o estabelecimento de tempos máximos de espera admissíveis assim como a determinação de critérios de prioridade no atendimento. Este 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).

Após a realização de alguns turnos neste sector, constatei que é necessário ter uma visão bastante precisa do problema que o doente refere, isto vai de encontro a Ponce e Teixeira (2006), que relatam 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.

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. Uma vez que o acolhimento do doente na unidade de saúde, neste caso específico na triagem do SU, constitui uma dimensão francamente indispensável, e visto tratar-se do primeiro contacto do mesmo com a instituição prestadora de cuidados através dos profissionais de enfermagem que a suportam, achei pertinente a execução de um trabalho relacionado com a triagem de doentes.

Assim, após comunicação com enfermeira tutora e posteriormente com enfermeiro chefe, e estes tendo manifestado agrado pelo tema, propus-me juntamente com outra colega do curso, dar início ao trabalho, intitulado “*Satisfação do doente: contacto com o enfermeiro da triagem do Serviço de Urgência*”, que remeti para o anexo V. Com a sua realização aprofundei conhecimentos sobre a temática ficando mais desperta para as necessidades manifestadas pelos doentes e contribuindo para o desenvolvimento do meu desempenho pessoal e da minha postura perante o mesmo.

Até então, nunca tinha tido a oportunidade de lidar com um sistema semelhante, concluo que muito ficou para aprofundar uma vez que se trata de um sistema em que é obrigatório obter formação intensa para se ser um correcto utilizador. A consulta bibliográfica, a leitura e análise do respectivo manual, e a utilização do sistema informático onde constam os protocolos clínicos que permitem classificar a gravidade da situação de cada doente que recorre ao SU possibilitou a minha actuação autónoma neste sector.

Deste modo foi cumprido o objectivo apresentado. Desenvolvi o meu sentido de observação, aplicando a escala analógica da dor, analisando o protocolo via verde Acidente Vascular Cerebral (AVC), via verde sépsis e via verde trauma. Relativamente ao uso da via verde sépsis, desenvolvi um estudo de caso referente a um doente com sépsis que dirigi para o anexo VI,

permitindo aumentar os meus conhecimentos comparativamente a esta temática. Assim alcancei competências que me vão ajudar na concepção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Objectivo específico

Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente.

Actividades desenvolvidas

- Determinei as diligências necessárias e ensinamentos oportunos para facilitar a integração do doente;
- Informei o doente e família de forma a aumentar a segurança, o controlo e a recuperar a confiança tendo em vista a reabilitação, readaptação e reinserção social;
- Simplifiquei a aprendizagem formal e informal do doente, família e outros grupos utilizando linguagem adequada às situações;
- Reflecti, analisei e avaliei os benefícios da utilização de uma relação empática com o doente/família e os outros profissionais;
- Utilizei comunicação adequada com o doente/família e os outros profissionais fazendo avaliação da sua eficácia;
- Manifestei respeito pela dignidade da pessoa humana, pelos seus valores, pelas suas crenças e sua cultura.

Reflexão das actividades desenvolvidas

No decorrer do meu estágio fui-me apercebendo da recorrência de determinados doentes a este serviço. Um deles era um doente com vários episódios de urgência devido a hipoglicemia e anemia. Após conversa informal com alguns enfermeiros do serviço, estes referiram que era habitual este doente ser admitido no SU, com esse diagnóstico.

A anemia é um sinal muito comum no hospital, tornando-se uma realidade no contexto de emergência, (Silveira e Fonseca, 2008). Na maioria das vezes não é a doença, mas sim uma manifestação de inúmeras doenças de base. Estas anemias ainda de acordo com os mesmos autores, podem ser provocadas por falta de produção de reticulócitos, por excesso de destruição ou por perdas dos mesmos. Neste sentido todas estas situações exigem avaliação imediata por parte da instituição.

Para que se confirme o diagnóstico de hipoglicemia, de acordo com Martins, Vidinha e Neto (2008), é necessário que esteja presente a tríade: hipoglicemia (< 55 mg/dl em homens ou <45

em mulheres), sintomas de hipoglicemia e melhora dos sintomas após a administração da glicose. Ainda na opinião dos mesmos autores, os factores predisponentes à ocorrência de hipoglicemia são dose excessiva de insulina, reduzida ingestão de hidratos de carbono, ingestão alcoólica, insuficiência renal e aumento do consumo periférico de glicose através por exemplo de exercício físico exagerado.

Tive presente a preocupação de estabelecer diálogo com o doente, e este referiu que não se alimentava há alguns dias e daí sentir fome. Devo referir que este doente vivia sozinho e aquando da alta do SU era encaminhado para o domicílio. Perante esta situação achei pertinente falar com a minha tutora na possibilidade de contactarmos o serviço social em consonância com o medico responsável para avaliação da situação sócio familiar deste doente. Aos assistentes sociais importa-lhes aqui recolher informação acerca do suporte familiar, se é detentor de família de retaguarda capaz de serem cuidadores, grau de dependência, estado de consciência, se é portador de doença infecto-contagiosa, se tem pele íntegra e qual o diagnostico de entrada.

Mediante o exposto fiquei mais tranquila por contribuir de alguma forma para a possibilidade de este doente ser encaminhado para alguma instituição que lhe preste o apoio que ele necessita. Este facto permitiu-me ampliar e actualizar os conhecimentos que fui adquirindo ao longo do meu exercício profissional e durante o curso de especialização, 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.

Logo nos primeiros dias de estágio fiquei destacada, durante vários turnos para a área cirúrgica. Durante esta passagem deparei-me com uma sala detentora de material em gavetas que não se encontravam identificadas. Então propus-me para proceder à sua respectiva identificação, ideia que foi reconhecida por toda a equipa. Nesta sala cirúrgica, efectua-se todos os procedimentos que estão relacionados precisamente com os doentes triados para a área cirúrgica, desde a execução de pensos a feridas traumáticas (sendo elas escoriações, queimaduras, esfacelos, entre outras) ou feridas cirúrgicas com necessidade ou não de sutura. Aparecem ainda casos de urologia com necessidade de algaliação, ou seja presta-se apoio à componente cirúrgica. No entanto, após a realização de várias intervenções de enfermagem, detectei que não era fornecido ao doente nenhuma informação escrita acerca do tratamento efectuado.

Considero que para haver articulação entre o SU e o Centro de Saúde, e conseqüente continuação de cuidados, torna-se fundamental que seja feita uma carta de registo, porque nem todos os doentes têm capacidades para apreender o que lhe é transmitido. Posto isto falei com a minha tutora acerca da ideia, tendo considerado pertinente a sua consecução. Executei então conjuntamente com a colega do curso uma *Carta de registo de intervenções de enfermagem* que remeti para o anexo VII, onde se pode resumir a situação do doente, motivo de admissão, procedimentos realizados e se fez ou não a dose de imunoglobulina antitetânica,

referenciando o respectivo lote, sendo depois entregue ao doente para posteriormente no dia marcado entregar no Centro de Saúde da área de residência.

O desenvolvimento desta temática, foi para mim muito enriquecedora, visto ser uma das minhas áreas de actuação como enfermeira, tendo-me proporcionado a aquisição de competências específicas, na medida em que colaborei na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade e efectuei a divulgação necessária à sua adaptação até ao nível operacional.

Objectivo específico

Planear as actividades de acordo com as necessidades dos doentes, atendendo às suas preferências, assegurando a sua participação e promovendo o seu envolvimento e autonomia.

Actividades desenvolvidas

- Demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEMC;
- Avaliei a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao doente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
- Tomei decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Aprofundei conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente, família e relacionamento de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Reflexão das actividades desenvolvidas

Ao longo da minha permanência na área de sala de observação deparei-me com algumas dificuldades, nomeadamente em relação aos registos da avaliação e actuação da dor, uma vez que não existe nenhum local específico para o seu registo. Indo de encontro ao que refere Pereira e Sousa (2001) a avaliação da dor deve ser feita de forma sistemática, objectiva e continuada. Dias (2009), salienta que a monitorização diária da dor é indispensável, devendo-se recorrer a escalas que permitam uma titulação individualizada. Nesta unidade é aplicada a escala visual numérica e/ou a escala das faces.

Dentre os profissionais que integram a equipa de saúde, de acordo com os mesmos autores, os enfermeiros são os que têm o papel fundamental na avaliação da dor dos doentes. O facto de estabelecerem contacto diário de 24 horas com os mesmos, coloca-os em posição única para o desenvolvimento de um relacionamento que possibilita a obtenção de informações

sobre o seu estado físico e psicológico, que é essencial para o esclarecimento de um diagnóstico se duvidoso. Cabe aos enfermeiros a grande responsabilidade de colaborar com a equipa de saúde no alívio do sofrimento humano, (Pereira e Sousa, 2001).

Mediante o exposto achei pertinente falar com a minha tutora acerca do benefício na elaboração de uma folha de registo para a avaliação da dor. Posteriormente falámos com o enfermeiro chefe, mas este comunicou que se encontra em fase final a implementação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, nesta unidade, ficando a existir em suporte informático essa avaliação e conseqüente registo. Apesar de tudo prontifiquei-me para a elaboração da mesma, uma vez que o seu registo é feito na folha de sinais vitais, e não existindo um item específico para o registo da dor, o local do seu registo fica ao critério de cada enfermeiro, tornando-se mais difícil a sua consulta. No entanto a minha ideia não foi concedida.

Perante o exposto considero ter atingido o objectivo traçado inicialmente e ter adquirido competências relativamente ao planeamento de programas de melhoria contínua e na liderança de programas de melhoria.

Objectivo específico

Desenvolver capacidade de decisão em situações imprevistas e complexas na área de EMC.

Actividades desenvolvidas

- Adaptei-me a novos procedimentos, sistemas e situações;
- Flexibilizei-me de acordo com a actuação e a especificidade de cada situação;
- Analisei aspectos específicos do doente crítico/família;
- Monitorizei os indicadores que influenciam a evolução/recuperação do doente crítico.

Reflexão das actividades desenvolvidas

Na sala de emergência actualizei conhecimentos acerca do tratamento fibrinolítico através da leitura de protocolos instituídos e normas terapêuticas, dado que é com alguma frequência que dão entrada neste SU doentes com via verde AVC. No caso de ser um AVC isquémico agudo com défice neurológico moderado e com início dos sintomas até às 3 horas beneficiam do tratamento com o activador de plasminogénio tecidual recombinante (rt-PA) intravenoso.

A terapia trombolítica de acordo com Paranhos [et al] (2005) está baseada no facto de que muitos AVC são decorrentes da oclusão arterial trombótica ou tromboembólica. Ainda de acordo com os mesmos autores a Tomografia Axial Computorizada (TAC), demonstra a presença de coágulos em mais de 80% dos doentes. A estratégia terapêutica visa restaurar a

perfusão cerebral dentro de um período de tempo em que se consiga limitar as consequências bioquímicas e metabólicas da isquemia que induzem a lesão cerebral irreversível. A vantagem em se utilizar o rt-PA para o AVC agudo, na opinião de Bellan, Angelis e Cintra (2001) tem vindo a aumentar, e este administrado dentro de três horas após o início dos sintomas melhora os resultados, no entanto há um pequeno mas significativo risco de hemorragia intracraniana.

No entanto este tipo de tratamento de acordo com Paranhos [et al] (2005) obedece a determinadas condições prévias, como por exemplo disponibilidade de TAC, de laboratório de patologia clínica e hematologia, e ainda o acesso a cuidados neurocirúrgicos 24 horas por dia. Assim estes doentes têm de ser admitidos em unidades de AVC ou outras unidades em que a monitorização dos parâmetros fisiológicos seja possível e em que a monitorização do estado neurológico seja realizada por médico experiente. Uma vez que nunca tinha tido contacto com esta forma de terapia, considereei muito importante esta aprendizagem para futuramente poder conduzir situações semelhantes.

Numa situação de urgência, terão que se tomar decisões rápidas, seguras e geralmente determinantes para a evolução do estado do doente. Essas decisões exigem competências que permitam uma avaliação sólida, baseada num conhecimento do incidente ou doença que produziu o recurso ao SU e dos respectivos efeitos sobre o doente. Cada enfermeiro terá de manter uma postura vigilante e crítica para a individualidade global do doente. Com a minha passagem pela sala de emergência tive oportunidade de colocar em prática conhecimentos adquiridos nomeadamente na abordagem do doente politraumatizado, ao activar a via verde trauma. Neste local, tive ainda a possibilidade de colaborar na assistência a um grande queimado, desde a realização asséptica dos pensos à área queimada até à sua transferência para uma unidade de queimados (Porto).

Considero que desta forma fui capaz de desenvolver capacidade de decisão em situações imprevistas e complexas na área de EEMC, aprofundando conhecimentos importantes para o desenvolver das minhas funções no serviço de cirurgia. Adquiri competências para demonstrar capacidade de auto-conhecimento, que é fulcral na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais.

Objectivo específico

Colaborar na gestão de recursos materiais e humanos dos cuidados de enfermagem

Actividades desenvolvidas

- Desenvolvi espírito de auto formação, realizando turno com enfermeiro chefe, para conhecimento de certas acções;
- Geri a manutenção de stocks dos serviços e das unidades funcionais;

- Observei e analisei as actividades desenvolvidas por outros técnicos da equipa;
- Trabalhei com os outros elementos envolvidos na equipa de saúde.

Reflexão das actividades desenvolvidas

O enfermeiro especialista desempenha vários papéis num SU, para além da prestação de cuidados ao doente, é um elemento fundamental nos campos da investigação, gestão e ensino. Sheehy (2001) opina que, para além das suas atribuições específicas, o enfermeiro especialista é responsável por um desempenho inovador e abrangente com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Baseando-me nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, proferidos pela Ordem dos Enfermeiros (2010), estes configuram um enorme desafio, quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de reflectir sobre o exercício profissional dos enfermeiros. Na administração de recursos materiais o enfermeiro deverá ter como uma de suas metas contribuir para a melhoria das condições de trabalho das equipas de enfermagem e de saúde, (Greco, 2009).

A gestão abrange os interesses financeiros da instituição, tendo como objectivo a melhoria da assistência à saúde dos indivíduos e da comunidade, melhorar as condições de trabalho das equipas de enfermagem e de saúde, na medida em que o enfermeiro deve estar atento à qualidade do material a ser utilizado e à quantidade necessária, com o objectivo de minimizar o risco para o doente e evitar a descontinuidade da assistência. Este estágio abarcou os meses de Outubro e Novembro, que são considerados meses de grande afluência, devido essencialmente às condições climatéricas onde este hospital está inserido, sendo triados grande parte dos doentes por infecção respiratória, pneumonias, desidratação entre outros. Como consequência, constatou-se o congestionamento de doentes/familiares dentro do serviço e uma grande dificuldade em tentar solucionar problemas que daí vão surgindo (por exemplo a falta de espaço devido à lotação de macas, aumento do tempo de espera, falta cadeiras de rodas, entre outros).

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. A Ordem dos Enfermeiros (2010) refere que às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade. Neste contexto, as instituições de saúde desenvolvem esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Mediante o exposto procurei constantemente estabelecer uma relação de empatia nas interacções com o doente, tendo em vista minimizar o impacto negativo entre a relação enfermeiro/doente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.

Zelei pelo fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo doente, procurei identificar o mais precocemente possível, os problemas do doente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o seu bem-estar. Promovi a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem, planei a alta dos doentes internados, de acordo com as suas necessidades e os recursos da comunidade e realizei ensinamentos sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.

Neste seguimento, colaborei com a coordenação do serviço, através da verificação dos estupefacientes, selagem dos carros de emergência, teste dos desfibriladores, e dos ventiladores da sala de emergência. Fiquei responsável pela revisão e reposição do carro de emergência, após a sua utilização numa situação de paragem cardiorrespiratória. Enquanto desenvolvia essa actividade, apercebi-me da fácil visualização da respectiva medicação, uma vez que toda ela se encontra identificada. Procedi à verificação do prazo de validade e contagem de todo o material do respectivo carro, de acordo com o check list e procedi à sua reposição de acordo com o material em falta.

Mediante as acções desenvolvidas que acabei de descrever, julgo ter atingido na plenitude os objectivos pessoais, no que concerne no espírito de auto formação e manutenção de stocks dos serviços. Em termos de análise e aquisição de competências estou certa de que estou capacitada para dar o meu contributo específico nesta área de especialidade nomeadamente na gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores.

Objectivo específico

Promover a formação no serviço.

Actividades desenvolvidas

- Identifiquei as necessidades formativas na área da EEMC;
- Observei directamente comportamentos inadequados;
- Participei como formadora e formanda no plano anual de formação para o serviço;
- Realizei ensino ao utente/família, sempre que necessário, aproveitando todos os momentos oportunos;
- Utilizei conhecimentos adquiridos para a melhoria dos cuidados de enfermagem;
- Colaborei na elaboração de planos de trabalho.

Reflexão das actividades desenvolvidas

Com o intuito de participar como formanda no plano anual de formação do serviço, tive oportunidade de frequentar no primeiro dia de estágio a acção de formação subordinada ao tema "Plano de emergência interna", que decorreu no anfiteatro do CHTMAD. Esta formação foi apresentada pelo enfermeiro chefe do SU, tendo sido abordados alguns pontos importantes a definir para uma eventual situação de emergência como a definição do chefe de intervenção, central de emergência, equipa de apoio técnico, médico e logística. Foi também dado a conhecer o numero de emergência interna, instruções de segurança e qual a ordem a seguir no caso de evacuação. Sai desta formação com a convicção de que numa eventual situação de emergência o meu desempenho poderá ser útil na evacuação das pessoas, e isto reporta-se também para o meu local de trabalho uma vez que o plano de emergência é igual para todas as unidades do CH.

Dado que uma das funções do enfermeiro especialista é promover e fomentar a formação em enfermagem, ao longo do meu estágio fui desenvolvendo formação informal através da transmissão de conhecimentos acerca das normas instituídas no CHTMAD, uma vez que me encontro familiarizada acerca das mesmas e detectei que muitos dos enfermeiros não se encontravam habituados a agir perante as mesmas nomeadamente em relação à utilização de anti-sépticos e desinfectantes.

As políticas dos anti-sépticos e desinfectantes de acordo com a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP, 2006), devem ser instituídas pela CCI com o objectivo de padronizar e escolher um mínimo de produtos comprovadamente efectivos, definir as correctas concentrações e tempos de actuação, condições de manuseamento e armazenamento. Neste CH a norma que diz respeito a esta temática é a número 39, PCI.9, (2009), e de acordo com esta, anti-séptico é o agente químico capaz de destruir ou inibir o crescimento microbiano nos tecidos vivos, já o desinfectante é o que elimina os agentes infecciosos, destrói os microorganismos nos objectos inanimados ou é capaz de os reduzir para níveis não prejudiciais à saúde. Sendo assim, alguns dos procedimentos identificados são colocar data de abertura do produto, fazer uma utilização racional, considerando-se que o produto deve ser inutilizado um mês após abertura.

No entanto existem factores como o ar, calor, humidade, que podem antecipar este prazo de utilização. Posto isto detectei que a grande maioria das vezes isto não acontecia, tendo oportunidade de incutir nos enfermeiros e nos assistentes operacionais a necessidade de procederem de forma correcta. Assim provi liderança na formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

Objectivo específico

Adoptar medidas preventivas de infecção relacionada com os cuidados de saúde.

Actividades desenvolvidas

- Conheci e apliquei protocolos de controlo de infecção internos do serviço;
- Sensibilizei os profissionais do serviço para os problemas da infecção hospitalar;
- Geri o ambiente de forma a prevenir a infecção;
- Adoptei comportamentos de prevenção e controlo de infecção.

Reflexão das actividades desenvolvidas

A denominada sala aberta é um local de grande afluência de doentes dentro do SU. É o local onde se encontram a grande maioria dos doentes que obtiveram uma triagem de cor amarela ou laranja, encontrando-se deitados em macas a aguardar observação médica, ou então que já foram observados e aguardam outras intervenções. Provavelmente, este é o local onde são mais evidentes os problemas que existem dentro do SU. Adjacentes a este espaço encontram-se a sala de inaloterapia e a sala de enfermagem.

Ao observar atentamente a organização e distribuição dos doentes nestes espaços, conclui que existem variados problemas ligados à privacidade dos doentes e à prevenção IACS. Verifiquei que nesta sala as macas dos doentes estão em contacto umas com as outras e não existem cortinas a separá-las. Na sala de tratamento poderão estar presentes mais do que um ou dois doentes em simultâneo, sendo efectuadas técnicas que exigem cuidados de assepsia, tais como, colheita de sangue, algaliação ou colocação de drenos. A sala de observações não possui o recomendado de 10m²/cama.

No mesmo sentido, a sala de inaloterapia não possui seguramente mais que 9 m². De acordo com a Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde, (2007), esta deveria ser uma área ampla com capacidade para vários doentes, com 15/20 m², possuir cadeirões reclináveis, entre outros requisitos. Também aqui a qualidade do ar é extremamente importante no que se refere à transmissão de patologias por via aérea, neste sentido 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, (Direcção-Geral da Saúde, 2009). O meu contributo passou por incentivar os profissionais para um envolvimento e motivação, de cariz essencialmente prático, junto dos doentes para tentar colmatar a carência das condições físicas, uma vez que as instalações são provisórias e pouco mais se poderia fazer.

Deste modo, fiquei a conhecer o contributo do enfermeiro especialista na área de EEMC na prevenção e controlo das IACS que conduziu à aquisição de competências profissionais a nível da promoção da formação e informação, com as quais posso zelar pela implementação e ou melhoria, das boas práticas nos cuidados prestados aos doentes, com particular atenção na área da EEMC.

3-Módulo III- Serviço de Bloco Operatório do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Unidade de Lamego

A enfermagem perioperatória representa o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro da sala de operações, através de um processo programado, com o qual reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, planeia esses cuidados, executa-os com destreza, segurança e avalia-os mediante os resultados obtidos no trabalho realizado, (AESOP, 2006).

O estágio referente ao módulo III, corresponde ao estágio opcional e foi realizado no BO do CHTMAD na Unidade de Lamego. Com o intuito de facilitar a apresentação, a análise aqui exposta vai de encontro aos objectivos apresentados no meu projecto de estágio, sendo oportuno enumerar neste ponto os objectivos pessoais propostos, de modo a proceder à interligação com as actividades que executei.

3.1- Objectivos específicos e reflexão científicas das actividades desenvolvidas e das competências adquiridas

O BO é um dos sectores hospitalares em que mais ocorrem transformações, em virtude da evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, bem como do aperfeiçoamento e da inovação dos recursos materiais e equipamentos utilizados nos procedimentos cirúrgicos, (Guido, Leite e Silveira, 2007).

Para este módulo elaborei um projecto onde me propunha a desenvolver determinadas actividades, tendo como objectivos específicos:

- Reconhecer a organização, protocolos e normas de actuação dos serviços;
- Desenvolver saberes e competências necessárias à prestação de cuidados especializados em EMC;
- Promover a integração das práticas e dos saberes decorrentes;
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente;
- Planear as actividades de acordo com as necessidades dos doentes, atendendo às suas preferências, assegurando a sua participação e promovendo o seu envolvimento e autonomia;
- Desenvolver capacidade de decisão em situações imprevistas e complexas na área de EMC;
- Colaborar na gestão dos cuidados de enfermagem;

- Promover a formação no serviço;
- Adoptar medidas preventivas de infecção relacionada com os cuidados de saúde.

A reflexão crítica foi a base de estudo durante as 180 horas. Para consolidação das reflexões efectuadas, irei seguidamente, fundamentar cada objectivo através de uma reflexão das actividades desenvolvidas e competências adquiridas.

Objectivo específico

Reconhecer a organização, protocolos e normas de actuação dos serviços.

Actividades desenvolvidas

- Reuni com enfermeiro chefe;
- Visitei as instalações do serviço, recursos disponíveis e conheci a equipa multidisciplinar, as suas dinâmicas e metodologias de trabalho;
- Identifiquei as principais actividades desenvolvidas pela equipa multidisciplinar (ex: reuniões) e participação nas mesmas;
- Reconheci os circuitos internos e externos dos doentes, materiais e resíduos;
- Verifiquei os procedimentos baseados na evidência científica em aplicação no serviço.

Reflexão das actividades desenvolvidas

O ambiente físico de uma unidade é motivo de preocupação desde os primórdios na prestação de assistência à saúde, (Bianchi e Turrini, 2007). Na organização do BO é fundamental a definição de circuitos em três grandes áreas de acesso separadas e diferenciadas: doentes, pessoal e material (AESOP, 2006). A área restrita deve conter para além da sala operatória, sala de desinfeção, armazém de apoio de material estéril e sala de pré-anestesia.

Durante o percurso de visita ao serviço, verifiquei que em termos físicos, não existem circuitos fechados e separados. Assim, profissionais, doentes e materiais circulam pelo mesmo acesso, com excepção dos materiais sujos que têm um circuito separado. Mediante esta situação problema a minha intervenção baseou-se em incutir na equipa, a indispensabilidade de se possuir todos os cuidados inerentes à assepsia progressiva, que são a circulação de pessoas e materiais da zona menos limpa para a mais limpa, circulação do ar da zona mais limpa para a menos limpa e definição de áreas (livres, restrita e semi-restrita). O objectivo é obter um nível de assepsia o mais elevado possível na zona de incisão cirúrgica, (União Nacional das Associações de Enfermeiros de Bloco Operatório com Diploma de Estado - UNAIBODE, 2001).

A equipa de enfermagem dentro deste serviço divide-se em quatro áreas fundamentais. São elas o enfermeiro anestesista, o circulante, o instrumentista e o enfermeiro de recobro (AESOP, 2006). É conveniente que existam protocolos de actuação para cada uma destas actividades para que todos os enfermeiros actuem de igual forma. Neste BO existem normas e protocolos elaborados pelos enfermeiros do serviço para todas as actividades realizadas, encontrando-se em dossiers correctamente etiquetados e guardados na sala de enfermagem para consulta, bem como bibliografia diversa relacionada com o BO que engloba vários aspectos desde procedimentos específicos até livros de instruções de todos os aparelhos existentes no serviço. Fiz consulta desta documentação de forma a obter uma melhor integração na dinâmica do serviço.

No entanto aquando desta pesquisa constatei que alguns dos procedimentos nomeadamente para as cirurgias: colecistectomia por via laparoscópica e via clássica, assim como hérnias e tiroidectomias não se encontravam actualizados. Considerando que se torna indispensável a sua actualização de forma recorrente devido à constante evolução das Ciências de Enfermagem e Médicas e também para consulta de enfermeiros recém chegados, tratando-se de um excelente princípio para a melhoria da qualidade dos cuidados, falei com enfermeira chefe que concordou com a sua actualização e assim com base na pesquisa bibliográfica e com ajuda de alguns enfermeiros do serviço, procedi à sua actualização. Devo referir que foi uma tarefa que me ajudou bastante na aquisição de confiança própria, na planificação dos cuidados a prestar ao doente e conseqüentemente na integração da nomenclatura de materiais e termos usados.

Desta forma, considero ter ido de encontro ao objectivo proposto, na medida em que colaborei com a equipa multidisciplinar nas actividades do serviço, com conhecimento prévio de protocolos e circuitos para poder desempenhar as minhas actividades com segurança. A sua consecução proporcionou-me adquirir competências para desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais.

Objectivo específico

Desenvolver saberes e competências necessárias à prestação de cuidados especializados em EMC.

Actividades desenvolvidas

- Adquirir um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC, actuando em conformidade e de encontro à troca de saberes e experiências com os profissionais de saúde;

- Demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC, actuando segundo normas, procedimentos e protocolos instituídos, dos quais tomei conhecimento, procedendo à sua análise e aplicabilidade;
- Desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente, de acordo com o plano de cuidados adequado a cada caso clínico;
- Demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, de acordo com a metodologia instituída, saberes adquiridos e intercâmbio de experiências com os profissionais de saúde;
- Tomei iniciativas e fui criativa na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC, tendo em conta o doente, sua situação clínica, meio envolvente e recursos disponíveis adequados.

Reflexão das actividades desenvolvidas

Quando o doente chega ao bloco para ser submetido à cirúrgica, é recebido pelo enfermeiro do BO. Este na sua maioria não conhece os enfermeiros, nem o serviço, alguns deles nunca estiveram num BO, nunca viram uma sala cirúrgica e quando entra no BO vê um conjunto de pessoas que não sabe quem são, todos vestidos com uniforme igual e o que permanece é o medo da anestesia, de nunca mais acordar e de ficar à mercê de todas aquelas pessoas, que lhe são desconhecidas, no entanto todos estes receios podem ser evitados ou diminuídos se houver um bom acolhimento.

A relação enfermeiro/doente é uma relação de ajuda, que em conjunto devem conjugar energias, recursos e motivação para o tratamento, (Riley, 2004). Assim reduz-se o medo e ansiedade que é característica nestas situações, tornando-se essencial dentro do BO.

O conforto do doente deve incluir o ambiente favorável na recepção, temperatura agradável, uso de cobertores quando necessário, evitar conversas paralelas desnecessárias (Bianchi, Vattimo, 2007). Indo de encontro a esta problemática estabeleci uma pequena conversa informal para tentar perceber a visão de uma doente que foi sujeita a uma intervenção cirúrgica. O meu objectivo foi compreender a sua perspectiva desde que foi transferida do serviço de internamento até ao momento em que teve alta do BO, uma vez que é sabido que o desconhecido gera medo e insegurança, por ser indefinível, imprevisível e incontrolável.

Constatei que durante a recepção do doente no BO se mantivermos um diálogo, esclarecermos dúvidas e não abandonarmos o doente na zona de transfer, este vai ficando mais tranquilo, mais seguro e vê o enfermeiro como uma ajuda, assim procurei estabelecer sempre esta relação com os doentes e incutir essa postura na restante equipa.

Um outro aspecto referenciado foi a falta de informação em relação ao procedimento cirúrgico, quanto a isso abordei a enfermeira chefe propondo-me a realizar um folheto informativo com

intervenção de enfermagem para as cirurgias mais recorrentes, de forma a serem distribuídos no internamento aquando da visita pré-operatória, no entanto a ideia não foi auferida referindo esta que seria um processo difícil de executar uma vez que teria de passar pela aprovação do Concelho de Administração do CHTMAD. Assim sugeri durante uma reunião de serviço, que durante a visita pré operatória de enfermagem fossem abordados aspectos em relação à cirurgia e cuidados a ter no pós-operatório, uma vez que algumas das dúvidas que a doente atrás referida me colocou foram: *“O que me vão fazer? Irei acordar depois da anestesia? Quanto tempo vai demorar a operação? Quando é que me poderei levantar?”*.

O sucesso do acto cirúrgico está directamente relacionado com a preparação física e psicológica do doente e família (Bianchi e Vattimo, 2007), é aqui que a visita de enfermagem pré operatória se torna fundamental uma vez que quando esta acontece de forma programada o grau de segurança e confiança aumenta, o que contribui para uma melhor adesão à cirurgia. Na opinião da AESOP (2006) a visita pré operatória deve ser percebida como uma actividade de enfermagem fundamental no sentido de satisfazer as necessidades dos doentes com vista à humanização dos cuidados no bloco.

Neste sentido aquando da realização de uma visita pré operatória de enfermagem estabeleci contacto com uma doente que ia ser intervencionada no dia seguinte para colocação de uma prótese do joelho. No decorrer desta, apurei que o seu núcleo familiar carecia de acompanhamento, assim como ela própria necessitava de assistência nos cuidados após alta. Com o objectivo de aprofundar conhecimentos relativamente ao diagnóstico, e também com o intuito de poder assistir de alguma forma esta família, decidi realizar um estudo de caso com o tema *“Doente submetida a prótese total do joelho”*, que remeti para o anexo VIII.

Assim, considero ter tido sempre a preocupação de prestar apoio e inculcar confiança aos doentes nos momentos de angústia, demonstrando capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, adquirir competências no planeamento de programas de melhoria contínua e na promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Objectivo específico

Promover a integração das práticas e dos saberes decorrentes.

Actividades desenvolvidas

- Identifiquei problemas/necessidades;
- Esclareci dúvidas com os correspondentes orientadores;
- Cultivei um bom relacionamento, formal e informal com os membros da equipa multidisciplinar;

- Demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Integrei-me na equipa multidisciplinar, actuando de forma adequada e de acordo com a metodologia de trabalho;
- Efectivei comportamentos em segurança baseados em evidência científica.

Reflexão das actividades desenvolvidas

No BO existem áreas distintas de actuação desde a admissão do doente, passando pelo momento da intervenção cirúrgica e por último o cuidar no pós-operatório imediato. De entre as funções básicas de enfermagem no BO, podemos distinguir três ramos de actividade: o enfermeiro de anestesia, instrumentista e o circulante. Dos três, distingo o de anestesia, pois a ele cabe o acolhimento do doente no BO, participa e colabora, no período intra-operatório com a restante equipa multidisciplinar, embora mais próxima dos anestesiológicos, e vigia o doente durante todo o acto cirúrgico até ao despertar da anestesia.

O enfermeiro de anestesia de acordo com a AESOP (2006) tem como funções na véspera da cirurgia: consultar o programa anestésico e realizar a visita pré-anestésica. No dia da cirurgia: entre outras actividades verifica o funcionamento de todos os aparelhos e material a utilizar, faz o acolhimento do doente, monitoriza o doente, colabora com o médico anestesista na técnica anestésica, colabora na manutenção da anestesia, mantém a vigilância intensiva do doente, actua em conformidade nas situações de emergência, colabora no despertar do doente e procede à transferência do mesmo para a unidade de recobro.

Todas estas funções são de extrema importância, como referem Rothrock e Mcewen (2008), os avanços significativos na monitorização perioperatória nos últimos anos resultaram na diminuição significativa da morbilidade e mortalidade. Para os mesmos autores, os enfermeiros perioperatórios deverão familiarizar-se com os valores padrão e compreender seu significado na segurança do doente. No final da cirurgia: deve realizar a traçabilidade da intervenção, cumprir o protocolo de higienização da sala de operações e equipamentos, repor e preparar a sala para o próximo doente. No suceder destas funções também tive oportunidade de participar na preparação da medicação para a anestesia e colaborei com as anestesistas durante todo o processo desde a indução até ao acordar do doente.

Este 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 o direito de serem cuidados, num ambiente seguro, por pessoal qualificado, quando submetidos a uma cirurgia invasiva ou a procedimentos anestésicos.

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.

Objectivo específico

Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente.

Actividades desenvolvidas

- Determinei as diligências necessárias e ensinamentos oportunos para facilitar a integração do doente;
- Informei o doente e família de forma a aumentar a segurança, o controlo e a recuperar a confiança tendo em vista a reabilitação, readaptação e reinserção social;
- Simplifiquei a aprendizagem formal e informal do doente, família e outros grupos utilizando linguagem adequada às situações;
- Reflecti, analisei e avaliei os benefícios da utilização de uma relação empática com o doente/família e os outros profissionais;
- Utilizei comunicação adequada com o doente/família e os outros profissionais fazendo avaliação da sua eficácia;
- Manifestei respeito pela dignidade da pessoa humana, pelos seus valores, pelas suas crenças e sua cultura.

Reflexão das actividades desenvolvidas

O principal objectivo do posicionamento num doente na mesa operatória na opinião da (UNAIBODE, 2001) é dar resposta às necessidades do acto cirúrgico e possibilitar a condução da anestesia, não se podendo descurar a integridade física. A complexidade do posicionamento sucede da necessidade de dar resposta aos objectivos referidos, tendo em conta a dependência do doente, este por sua vez não deverá manifestar dor nem desconforto. Todos estes aspectos requerem dos enfermeiros, conhecimentos de anatomia e fisiologia, bem como do funcionamento de todo o equipamento necessário à realização dos mesmos. Neste sentido, torna-se muito importante a realização da visita pré-operatória para identificar e conhecer as condições emocionais, anatómicas e fisiológicas, assim como verificar a estrutura física do doente (Guido, Leite e Silveira, 2007).

Indo de encontro ao referido, deparei-me com um doente que era portador de uma prótese da anca já efectuada há alguns anos, este ia ser submetido a uma hemorroidectomia. Perante este, era importante conhecer os seus antecedentes e aqui foi de extrema importância a visita pré operatória que tinha realizado no dia anterior, para ter conhecimento dos mesmos. Como refere a UNAIBODE (2001), uma boa informação do doente, da técnica cirúrgica, dos hábitos do cirurgião, do tipo de anestesia e das consequências clínicas dos posicionamentos, permitem diminuir os riscos de complicações peri operatórias pela adopção de medidas preventivas rigorosas. O doente em causa tinha um factor de risco de lesão articular pelo facto de ser idoso, ter artroses e ser portador de uma prótese, isto associado à necessidade de uma posição ginecológica para a realização da cirurgia.

Em virtude das informações obtidas na visita pré operatória que efectuei, tive oportunidade de transmitir à equipe as condições em relação à sua limitação de movimentos, o grau de mobilidade e qual a conduta a ter aquando do posicionamento, como o mobilizar as pernas em simultâneo de forma progressiva, limitar a hiperflexão, proteger a face interna dos joelhos, diminuir o ângulo de flexão das pernas sobre as coxas, contribuindo assim para o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente.

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, aprofundando competências, que me permitem a excelência dos cuidados na assistência ao doente fundamentais para o meu desempenho enquanto futura enfermeira especializada e considero ter desenvolvido uma prática profissional e ética no meu campo de intervenção

Objectivo específico

Planear as actividades de acordo com as necessidades dos doentes, atendendo às suas preferências, assegurando a sua participação e promovendo o seu envolvimento e autonomia.

Actividades desenvolvidas

- Demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEMC;
- Avaliei a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao doente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
- Tomei decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Aprofundei conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente, família e relacionamento de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Reflexão das actividades desenvolvidas

A unidade de cuidados pós-anestésicos, vulgarmente designada de recobro, corresponde ao espaço de tempo que se segue imediatamente a um acto terapêutico e/ou diagnóstico. Este período é curto mas crítico, é onde o doente conjuga riscos associados à administração de fármacos anestésicos e à intervenção cirúrgica em si, estes aspectos associados à dor pós-operatória tornam o doente vulnerável e susceptível ao aparecimento de inúmeras complicações, (AESOP, 2006). O enfermeiro de recobro tem assim a função de preparar a unidade para acolher o doente (preparar ventilador, monitor cardíaco, aquecimento de soros/sangue, seringas perfusoras, rampas de O₂, vácuo, etc.).

Quando este recebe o doente que vem da sala operatória, faz a monitorização cardiovascular (pulso, monitorização cardíaca, existência de edemas, pressas arterial,), avaliação respiratória (permeabilidade das vias aéreas, coloração da pele e mucosas, drenagem torácica, necessidade de O₂, entre outras), avaliação de alterações sensório-motoras, avaliação de alterações resultantes da intervenção directa do anestésico, avaliação do estado de consciência, nível de conforto, avaliação do nível de dor.

A médica anestesista com o intuito de conhecer o doente, patologias associadas e qual o tipo de anestesia a administrar, realiza a visita pré operatória. Os diferentes tipos de anestesia de acordo com Galdeano, Rossi e Peniche (2007) são classificados quanto ao tipo em: geral (inalatória, intravenosa e balanceada), regional (peridural, epidural e bloqueio de plexos nervosos), anestesia combinada (geral e regional), e anestesia local.

A anestesia geral acarreta um estado de inconsciência reversível, caracterizado de acordo com os autores atrás referidos por amnésia, analgesia, depressão dos reflexos, relaxamento muscular e depressão neurovegetativa, resultante da acção de uma ou mais drogas do sistema nervoso. Este tipo de anestesia necessita de vigilância do ponto de vista hemodinâmico, bem como a existência de equipamento de suporte à ventilação. Esta pode ser dividida em três fases: indução, manutenção e emergência, (Rothrock e Mcewen, 2008).

A indução começa com a introdução dos agentes anestésicos até ao início do procedimento cirúrgico (início da incisão cirúrgica), a manutenção corresponde ao período entre o início do procedimento cirúrgico até ao seu termino e pode ser realizada com agentes inalatórios ou com medicamentos endovenosos administrados em bólus ou infusões contínuas. A fase de emergência ou despertar corresponde à reversão da anestesia ou ao período em que o doente começa a acordar e em geral termina quando ele se encontra pronto para deixar a sala cirúrgica.

O conhecimento destas fases pelo enfermeiro torna-se essencial para o planeamento dos cuidados a serem prestados. A sua actuação na fase de indução e principalmente na fase do despertar da anestesia é fundamental pois é aqui que podem ocorrer complicações como broncospasmos ou laringospasmos.

No desenvolver destas acções levantou-se a questão sobre a manutenção da perfusão de cloreto de potássio em soro fisiológico, com outra medicação em simultâneo na mesma veia periférica (uma vez que a doente em causa tinha maus acessos periféricos). A dúvida emergiu, e então prontifiquei-me para contactar os serviços farmacêuticos do hospital que me esclareceram acerca da questão, transmitindo depois a informação à equipa. Perante o sucedido falei com enfermeira chefe acerca da pertinência na realização de uma tabela de (In) compatibilidades de administração da medicação em “Y” mais usual neste BO, que remeti para anexo IX. Com a sua elaboração aprofundei conhecimentos, através da pesquisa bibliográfica efectuada, contribuindo para o meu enriquecimento pessoal, e que considero muito útil para o desempenho das funções diárias.

A anestesia regional caracteriza-se pela injeção de um anestésico local no líquido cefalorraquideo, uma agulha espinal é introduzida num espaço intervertebral com o doente deitado em decúbito lateral, posição fetal. Tive a possibilidade de colaborar várias vezes com a médica anestesista, neste tipo de anestesia.

O enfermeiro de anestesia desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro, gere os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados, desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em padrões de conhecimento sólidos e válidos, (Ordem dos enfermeiros, 2010).

Após o referido considero ter adquirido conhecimentos aprofundados neste domínio específico de enfermagem e ter obtido competências nesta temática, sentindo-me preparada para prestação de cuidados neste campo de intervenção.

Objectivo específico

Desenvolver capacidade de decisão em situações imprevistas e complexas na área de EMC.

Actividades desenvolvidas

- Adaptei-me a novos procedimentos, sistemas e situações;
- Flexibilizei-me de acordo com a actuação e a especificidade de cada situação;
- Analisei aspectos específicos do doente crítico/família;
- Monitorizei os indicadores que influenciam a evolução/recuperação do doente crítico.

Reflexão das actividades desenvolvidas

A realização de uma cirurgia requer o uso de determinados mecanismos, numa delas houve necessidade de ser utilizado o aparelho de radiações, para tal foi contactado o técnico para se deslocar ao BO para efectuar o exame pretendido. Na sua utilização constatei uma situação problema, pois durante a exposição à radiação ionizante, alguns elementos da equipa de enfermagem não utilizavam avental e/ou colar cervical, com forro de chumbo. Neste momento informal despertei os profissionais presentes para o perigo das radiações e para a necessidade de nos protegermos. De imediato fui alcançar todo o equipamento necessário para tal e solicitei à equipa para proceder da mesma forma.

O ambiente de um BO e as diferentes técnicas empregada obrigam à utilização de dispositivos que comportam riscos potenciais, tanto para os doentes como para os profissionais, (UNAIBODE, 2001). Relativamente ao doente deve-se expor apenas as áreas essenciais à observação ou exploração radiológica e desligar o aparelho sempre que não estiver a ser usado, na doente em causa foi exposto apenas o membro superior direito, local aonde era necessário visualizar a localização de material de osteossíntese.

Na sala de operações, aquando da exposição à radiação ionizante deve ser usado equipamento de protecção para reduzir a intensidade da exposição e o pessoal não essencial ao procedimento deve abandonar a sala aquando do disparo (Rothrock e Mcewen, 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. Devem considerar-se alguns factores importantes perante este tipo de radiação como o tempo de exposição, que deve ser o menor possível, a distância compreendida entre o profissional e a fonte de radiação (que quanto maior ela for, menor a dose de radiação que atinge o indivíduo) e a blindagem, ou seja, a utilização de barreiras compostas por materiais capazes de absorver radiações ionizantes, normalmente são barreiras de chumbo, (Mendes, 2004). Neste sentido sempre que houve necessidade de utilização de radiações, incentivei sempre a equipa a utilizar medidas de protecção individual, sendo eu a primeira a adoptar essa atitude servindo de incentivo para os restantes.

Tendo por base o atrás descrito considero ter atingido o meu objectivo pessoal bem como ter adquirido competências na resolução de situações imprevistas e na flexibilização de acordo com a actuação e a especificidade de cada situação. Tenho a noção de que estas competências adquiridas e desenvolvidas se tornarão de grande utilidade enquanto futura enfermeira especializada no sentido de que me permitirão a excelência dos cuidados.

Perante o exposto e feita a análise das actividades realizadas neste campo de estágio, que o considero como tendo sido muito gratificante e útil, estou consciente do esforço, dedicação e empenho que empreguei para a concretização dos objectivos traçados inicialmente.

Objectivo específico

Colaborar na gestão de recursos materiais e humanos dos cuidados de enfermagem

Actividades desenvolvidas

- Desenvolvi espírito de auto formação, realizando turno com enfermeiro chefe, para conhecimento de certas acções;
- Geri a manutenção de stocks dos serviços e das unidades funcionais;
- Observei e analisei as actividades desenvolvidas por outros técnicos da equipa;
- Trabalhei com os outros elementos envolvidos na equipa de saúde.

Reflexão das actividades desenvolvidas

Um dos meus objectivos de estágio referia-se à colaboração na gestão dos cuidados de enfermagem, e de encontro a ele foi-me facultada a possibilidade de destinar alguns turnos à mesma, oportunidade que aproveitei ao acompanhar a enfermeira chefe em todas as actividades relacionadas com a referida área.

Das principais competências do enfermeiro chefe de um BO de acordo com Costa, Coutinho e Carvalho, (2007), destaco a participação na elaboração de instrumentos administrativos, como normas, rotinas e procedimentos do sector, elaborar escalas semanais e diárias das actividades dos funcionários, acompanhar o agendamento cirúrgico diário, zelar pelo bom relacionamento interpessoal entre a própria equipa de enfermagem e a restante equipa multiprofissional, zelar pelas condições ambientais de segurança, visando o bem-estar do doente e da equipa multiprofissional assim como actuar nas situações de emergência e controlar a dinâmica da equipa de enfermagem quanto a presença, faltas, atrasos e licenças. Indo de encontro ao atrás referido participei na verificação de stocks e das suas respectivas datas de validade, isto porque é essencial em qualquer serviço, mas adquire uma importância ainda maior no BO. Desta forma colaborei com a enfermeira chefe na verificação do material da farmácia e do armazém em falta, e efectuei os respectivos pedidos.

Tive também oportunidade de verificar os prazos de validade de toda a medicação existente dentro do BO 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 CHTMAD. Falei então com a enfermeira chefe para obter a sua autorização e procedi à realização da nova identificação. Colaborei ainda na execução do horário de enfermagem, da verificação e registo das temperaturas dos frigoríficos e na verificação diária dos estupefacientes.

Neste seguimento constatei que neste serviço 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, tive assim 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 o papel do enfermeiro chefe de um do BO, ao contrário do que se possa pensar é de extrema importância, pois se algo falhar o bloco não funciona.

Mediante as acções desenvolvidas que acabei de descrever, julgo ter atingido os objectivos pessoais traçados e ter adquirido competências na gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

Objectivo específico

Promover a formação no serviço.

Actividades desenvolvidas

- Identifiquei as necessidades formativas na área da EEMC;
- Observei directamente comportamentos inadequados;
- Participei como formadora e formanda no plano anual de formação para o serviço;
- Realizei ensino ao utente/família, sempre que necessário, aproveitando todos os momentos oportunos;
- Utilizei conhecimentos adquiridos para a melhoria dos cuidados de enfermagem;
- Colaborei na elaboração de planos de trabalho.

Reflexão das actividades desenvolvidas

A aquisição de competências comunicacionais contribui para a qualidade de toda a metodologia de trabalho do enfermeiro e grande parte das actividades de enfermagem são dedicadas a aspectos relacionados com a comunicação. No ambiente de BO, devido a variados factores, este instrumento nem sempre é aplicado da forma mais favorável, visto tratar-se de um ambiente fechado aonde predomina o stress. Com base neste pressuposto elaborei juntamente com uma colega de curso, uma acção de formação, relativo à “Comunicação no bloco operatório”, que remeti para o anexo X. A equipa de formandos mostrou-se muito receptiva e colaborante, o que facilitou a comunicação, a troca de saberes e

esclarecimentos de dúvidas. Com esta acção de formação, procurámos incutir a importância da comunicação tanto entre colegas como com os doentes.

Tive também oportunidade de participar na apresentação de uma unidade de aquecimento de ar forçado “equactor” no serviço, demonstrando as suas vantagens como técnica de aquecimento e arrefecimento do doente cirúrgico. De acordo com Delamar (2008) esta técnica deve ser usada com os cobertores de aquecimento descartáveis apropriados e não devem ser inseridos sob os campos cirúrgicos com o risco de queimadura.

Esta técnica é já habitual em muitos hospitais devido às suas vantagens tanto no aquecimento como arrefecimento, como referem Galdeano, Rossi e Peniche, (2007), uma vez que no período pós-operatório a alteração da temperatura poderá ocorrer tanto para valores mais altos como para valores mais baixos que os padrões de normalidade. Neste serviço é mais utilizado no caso de hipotermia, estima-se que mais de 60% dos doentes apresentam hipotermia no período pós-operatório imediato (Galdeano, Rossi e Peniche, 2007). De acordo com os mesmos autores o centro regulador da temperatura no cérebro é deprimido pelas drogas administradas aquando de uma anestesia geral e as actividades musculares são inibidas pelos relaxantes e pelos narcóticos.

Esta situação associada à exposição do ambiente da sala cirúrgica, exposição de vísceras, infusão de soluções com temperatura baixa, diminuição do metabolismo, idade, vasodilatação e o jejum prolongado, contribuem para o estado de hipotermia, assim torna-se importante além de outras medidas aquecer o doente com cobertores ou mantas térmicas, mas no caso da existência de novas técnicas tanto melhor, uma vez que se conquista um aquecimento muito mais rápido e eficaz.

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. Adquiri competências na responsabilização por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade

Objectivo específico

Adoptar medidas preventivas de infecção relacionada com os cuidados de saúde.

Actividades desenvolvidas

- Conheci e apliquei protocolos de controlo de infecção internos do serviço;
- Sensibilizei os profissionais do serviço para os problemas da infecção hospitalar;
- Geri o ambiente de forma a prevenir a infecção;

- Adoptei comportamentos de prevenção e controlo de infecção.

Reflexão das actividades desenvolvidas

O BO possui uma dinâmica de funcionamento diferenciada dos demais serviços hospitalares. Esta unidade impõe a necessidade de manutenção de um ambiente asséptico, com restrição de entrada e circulação de pessoas, onde se realizam procedimentos invasivos de alta complexidade, envolvendo profissionais de várias áreas. A AESOP (2006) refere que a segurança do acto cirúrgico cabe ao cirurgião e a quem com ele colabora, por sua vez a manutenção da técnica asséptica cabe à enfermeira instrumentista, a segurança da pessoa desde o acolhimento e identificação à administração de fármacos anestésicos cabe à enfermeira de anestesia. A segurança da sala e dos factores externos à pessoa e à técnica, cabem à enfermeira circulante. Assim, a função de manutenção da segurança do doente e do ambiente necessário ao acto cirúrgico só pode ser assegurada por enfermeiros, (AESOP, 2006).

Aquando do inicio de uma cirurgia, constatei que uma caixa de instrumentos cirúrgicos ainda se encontrava morna e húmida. De acordo com a UNAIBODE (2001), o material à saída do autoclave deve apresentar uma secagem perfeita e as embalagens estéreis não devem ser manipuladas enquanto quentes. Na opinião de Rothrock e Mcewen (2008), após a remoção do esterilizador, as embalagens deverão permanecer no carro de transporte sem serem manuseadas até arrefecerem e devem encontrar-se à temperatura ambiente, isto geralmente demora 30 a 60 min, dependendo do conteúdo da carga. De acordo com os mesmos autores se estas embalagens forem colocadas sobre superfícies frias, como tampos metálicos, o vapor que se encontra no interior da embalagem seca e poderá condensar-se em água, esta por sua vez humedece a embalagem de dentro para fora e quando o exterior é molhado as bactérias podem seguir o trajecto húmido dentro do conteúdo da embalagem, assim como as bactérias conseguem atravessar as camadas de material molhado qualquer embalagem que estiver húmida deve ser considerada não estéril.

Após o verificado falei com a enfermeira chefe acerca da ocorrência e realizei uma acção de formação com a temática “ *Manipulação de material esterilizado*”, que remeti para o anexo XI, tendo-se tornado um momento de aprendizagem e reflexão muito importante para o desenvolvimento das práticas diárias.

Deste modo, fiquei a conhecer o contributo do enfermeiro especialista na área de EEMC na prevenção e controlo das IACS que conduziu à aquisição de competências profissionais a nível da promoção da formação e informação, com as quais posso zelar pela implementação e ou melhoria, das boas práticas nos cuidados prestados aos doentes, com particular atenção na área da EEMC. Desenvolvi competências para a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro.

3-Conclusão

Na recta final da execução e depois de apresentado neste relatório, todo o meu percurso ao longo dos estágios que realizei, importa fazer uma síntese e análise crítica dos principais aspectos e ainda tecer algumas considerações sobre o processo de aprendizagem a que estive submetida e por consequência às suas implicações futuras no meu desempenho profissional.

Com o estágio desenvolvido na UCIP, desenvolvi competências pedagógicas através do acompanhamento de alunos em estágio e da promoção de acções de formação em serviço. Considero ter deixado um contributo positivo com a iniciação de um projecto acerca da *Família como parceira de cuidados*, que merece ser amplificado. A realização do mesmo teve por base, diversa pesquisa bibliográfica e trabalho de campo. Neste contexto, foram realizadas actividades como sejam: identificação dos resíduos hospitalares, organização e identificação de medicação do carro de emergência e disposição do armário de material esterilizado de acordo com as normas que vão de encontro ao pretendido com a CCI.

No que respeita ao módulo I, correspondente ao SU, a sua execução permitiu o desenvolvimento prático da formação teórica, considerando-a de elevada importância. Esta formação aliada à prática permite que tenha uma visão bastante alargada da enfermagem, dado que, enquanto um enfermeiro com pouca experiência baseia a sua actividade apenas nas componentes técnica, científica e relacional, um enfermeiro especialista consegue ter uma prática que vai para além destas, identificando problemas e encontrando soluções.

A minha passagem pela área da triagem, tornou possível o meu contacto com o sistema de triagem de Manchester e por conseguinte, pude inteirar-me deste procedimento. Após a realização de alguns turnos neste sector, constatei que é necessário ter uma visão bastante precisa do problema que o doente refere, tornando-se fundamental realizar uma avaliação rigorosa das suas queixas, dos sinais e sintomas apresentados, para que no final o doente seja encaminhado para o local mais adequado à resolução do seu problema. Uma vez que o acolhimento do doente na unidade de saúde, neste caso específico, na triagem do SU, constitui uma dimensão francamente indispensável e visto tratar-se do primeiro contacto do doente com a instituição prestadora de cuidados, através dos profissionais de enfermagem que a suportam, achei pertinente a execução de um trabalho relacionado com a triagem dos mesmos, com o tema *Satisfação do doente: contacto com o enfermeiro da triagem*, através do qual pude expor ao serviço as principais conclusões de forma a limar certos aspectos.

Considero-o um sistema válido e que apesar de estarem à partida bem definidos os critérios para determinar com o máximo de rigor e objectividade a prioridade das situações clínicas dos doentes, valoriza também o conhecimento da enfermagem na medida que é feita por um elemento desta categoria profissional. Isto porque, não obstante essa característica de rigor e objectividade, no sentido de evitar ou minimizar “fugas”, o certo é que a subjectividade do

triador, mesmo que mínima, continua a existir e por isso, a responsabilidade do profissional de enfermagem é superior ao que se pode eventualmente pensar, como por exemplo, a decisão de conduzir um doente de imediato à sala de reanimação e accionar por meio sonoro a equipa multidisciplinar previamente definida para tal.

No que respeita às restantes áreas, este estágio permitiu-me enriquecer a minha experiência profissional por via do contacto directo com os doentes na suas fases agudas e dos procedimentos inerentes a efectuar, bem como perceber o “percurso” a que o doente está “sujeito” quando recorre ao SU, tendo efectuado um estudo de caso relativamente a um doente com *Sépsis*, através do qual aprofundei conhecimentos acerca da temática os quais me vão ajudar na concepção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Saliento ainda o facto de ter elaborado uma *Carta de registo de intervenções de enfermagem realizadas no SU*, que vai servir de elo de ligação, tornando-se indispensável para a continuidade de cuidados.

No que respeita ao módulo III, o estágio decorreu no BO do CHTMAD e constitui a minha área de opção na especialização em Enfermagem. Entendi oportuno desenvolver competências na mesma, por considerar que carece do máximo empenho e dedicação por parte dos profissionais de saúde, visto tratar-se de uma área privilegiada em avanços científicos e tecnológicos quer a nível de anestesia quer a nível cirúrgico.

A especificidade do doente cirúrgico e as suas necessidades ao nível de procedimentos interventivos, exige um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos pelo enfermeiro da sala de operações através do qual reconhece as suas necessidades, planeia esses cuidados, executa-os com destreza, segurança e avalia-os para proporcionar a excelência dos cuidados, considerando os resultados obtidos no trabalho realizado (AESOP, 2006). A minha passagem pelas diferentes áreas, tornou possível o contacto com diversos materiais e técnicas e por conseguinte, pude inteirar-me desses procedimentos, considerando que todas as actividades de enfermagem valorizam o seu próprio conhecimento e autonomia na medida em que é feita por um elemento desta categoria profissional.

Realço a aquisição de competências na área da esterilização, cuidados inerentes à manipulação de material e dos princípios sobre limpeza hospitalar. Tendo sido uma área que me despertou interesse, tornar-se-á útil para o meu desempenho futuro. Considerando a minha experiência nesta área muito reduzida, a passagem por este sector, veio de alguma forma colmatar a necessidade que sentia neste âmbito. A realização da acção de formação com o tema *Manipulação de material esterilizado*, revelou isso mesmo. Desenvolvi competências na realização da visita pré operatória e na preparação pré cirúrgica do doente, factores muito importantes para o sucesso do momento intra e pós cirúrgico do doente, neste seguimento realizei uma acção de formação sobre *Comunicação no BO*, encarando o tema indefinidamente actual. Efectuei também um estudo de caso com o tema *Prótese total do joelho*, que dizia respeito a uma doente com carências socioeconómicas e também familiares. Pude assim

tornar-me num elemento impulsionador para o encaminhamento social desta doente e respectiva família.

Considero o saber ser no BO fulcral e isso implica ter conhecimentos, habilidades e práticas para o desempenho do conteúdo funcional. Com estes comportamentos, adquiri competências profissionais a nível da promoção, da formação e informação, com as quais posso zelar pela implementação e ou melhoria das boas práticas nos cuidados prestados aos doentes, com particular atenção na área da prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde.

Ao longo do estágio surgiram várias oportunidades para realizar diversas actividades, considerando que todas elas deram um forte contributo para a aquisição de competências e para o sucesso do meu estágio, pois permitiram aumentar os meus conhecimentos, desenvolvendo uma atitude crítica reflexiva face às várias situações vivenciadas. Os trabalhos realizados ao longo deste estágio, fruto do meu desempenho profissional e académico, foram reconhecidos e validados pela tutora, como é o caso da realização da lista de *(In) Compatibilidades de administração de medicação em “Y”*. Na continuidade do exposto, entendo que o convite que me foi formulado para fazer parte da equipa de enfermeiros do BO da unidade de Lamego, constituiu um exemplo do reconhecimento do meu trabalho e do acreditar nas minhas capacidades pessoais e competências profissionais.

Relativamente às limitações, o período de duração de cada módulo revelou-se de certa forma curto, não possibilitando o desenvolvimento de projectos mais arrojados, como a realização de trabalhos de investigação, que verifiquei serem pertinentes. Como sugestões, considero que em vez de o estágio contemplar três módulos, se fossem apenas dois, poder-se-ia conciliar melhor o processo de aprendizagem que se pretende, com o desenvolvimento de projectos profissionais individuais. Menciono ainda o facto da dificuldade que tive em colocar por escrito aquilo que fiz, pois nem sempre foi fácil, no entanto através da descrição das actividades que desenvolvi, considero ter conseguido transmitir o desenvolvimento dos meus conhecimentos e das competências adquiridas.

Ao reflectir sobre a experiência vivida e interligando-a com o meu crescimento pessoal e profissional, concluo que ambos os estágios pela sua especificação e complementaridade contribuíram de forma clara e objectiva para a consolidação da minha aprendizagem efectuada ao longo da prática profissional, fornecendo-me bases para que no futuro possa dar o meu contributo no serviço aonde exerço funções, nomeadamente no que diz respeito à gestão dos cuidados, assim como na sugestão de projectos já idealizados, como é o caso da organização da consulta de enfermagem para as cirurgias de ambulatório.

Para o futuro considero estar pronta para solucionar problemas do meu serviço e identificar outros que surjam, desafiando-me em ser a primeira a propor a presença de actividade científica dentro do serviço, corrigir possíveis falhas de outros elementos e acompanhar de perto a integração de novos profissionais. Acima de tudo, assumo o compromisso em ser um exemplo para os demais.

Referências Bibliográficas

Associação dos enfermeiros de sala de operações portuguesas. 2006. Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados. Lusodidacta, Loures, 356pps.

Alminhas, M. 2007. Cuidar da pessoa no serviço de urgência. *Sinais Vitais* 75:1-15.

Bellan, M.; Angelis, N. e Cintra, E.. 2001. Acidente vascular cerebral, trauma cranioencefálico, trauma raquimedular, neuromiopias: aspectos gerais. pp. 391-44 In: *Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo* (Cintra, E., Nishide, V.,; Nunes, W.). Atheneu, São Paulo.

Bianchi, E. e Turrini, R.. 2007. Planejamento físico do centro cirúrgico. pp 22-37 In: *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação* (Carvalho, R. e E. R. F. Bianchi, editores), Manole, São Paulo.

Bianchi, E. e Vattimo, M.. 2007. Recepção do paciente no centro cirúrgico. pp.163-175 In: *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação* (Carvalho, R. e Bianchi, E. editores), Manole, São Paulo.

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Ministério da saúde. Setembro 2010. Plano de gestão de resíduos. Norma 23 FMS.5, 18pps.

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Ministério da saúde. Maio 2009. Utilização de anti-sépticos e desinfetantes. Norma 39 PCI.9. EM. 3.,4.e 5, 8pps.

Comissão de controlo da infeção, Hospital São Teotónio de Viseu. 2005. Manual de prevenção de infeções nosocomiais, 3ª Edição. Abreu, Viseu. 185pps.

Costa, A.; Coutinho, R. e Carvalho, R.. 2007. Recursos humanos em centro cirúrgico. pp. 82-101 In: *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação* (Carvalho, R. e Bianchi, E. editores), Manole, São Paulo.

Curcio, André. 2003. "Traqueostomias". Disponível:

www.otorrinousp.org.br/imageBank/seminarios/seminario [Data da visita: 3/30/11].

Delamar, L.. 2008. Anestesia. pp. 100-129 In: Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico (Rothrock, J. e Mcewen, D. editores), 13ª Edição. Lusodidacta, Loures.

Dias, C. 2009. Como evitar as complicações da sedação, da analgesia e do relaxamento muscular. Mundo médico 65:132.

Direcção geral da saúde. (2009). "Programa nacional de prevenção e controlo das infecções associadas aos cuidados de saúde". Disponível:

[_http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008902.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008902.pdf) [Data da visita: 11/ 17/10].

Direcção-geral das instalações e equipamentos da saúde (2007). "Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência". Disponível: www.portaldasaude.pt/.../RecomendacoesOrgEspUrgencia.pdf [Data da visita: 11/17/10].

Galdeano, L.; Rossi, L. e Peniche, A.. 2007. Assistência de enfermagem na recuperação pós-anestésica. pp.267-298 In: Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação (Carvalho, R. e Bianchi, E. editores), Manole, São Paulo.

Greco, R. (2009). "Gerenciamento de recursos materiais em enfermagem". Disponível: <http://www.ufjf.br/admenf/files/2009/08/gerenciamento-de-recursos-materiais-em-enfermagemi2.pdf> [Data da visita: 1/06/11].

Grupo de trabalho para elaboração do manual de normas e procedimentos.2001.Manual de normas e procedimentos para um serviço central de esterilização em estabelecimentos de saúde. Ministério da Saúde (etc.), Lisboa, 81pps.

Guido, L.; Leite, R. e Silveira, C.. 2007.Posicionamento do paciente para o procedimento anestésico-cirurgico. pp. 190-215 In: Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação (Carvalho, R. e E. R. F. Bianchi, editores), Manole, São Paulo.

Inaba, L.; Silva, M. e Telles, S..2005. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. Revista Escola Enfermagem USP 39: 423-429.

Manchester triage group.2005. Emergency Triage, 2^ª Edição. Blackwell, BMJ Books.178pps.

Marques, P. 2005.Questões éticas: reanimar - não reanimar. Nursing 37-38. 26-30.

Martins, H.; Vidinha, M. e Neto, R.. 2008. Hipoglicemias. pp.501-505 In: Pronto-socorro: diagnostico e tratamento em emergências (Martins, H., Damasceno, M. e Awada, S.), Manole, São Paulo.

Martins, M., ed. Lit. 2001.Manual de infecção hospitalar: epidemiologia, prevenção e controle. 2^a Edição. Medsi, Rio de Janeiro [etc], 1116pps.

Matos, M.. 2006.Entre a vida e a morte reanimar ou não? Nursing. 215:30-33.

Mendes, R.. 2004.“ Radiologia Técnica - Princípios Básicos de Radioprotecção”. Disponível: <http://www.rikmendes.vilabol.uol.com.br> [Data da visita: 1/14/11].

Ministério da Saúde, Comissão técnica de apoio do processo de requalificação das urgências e alegado encerramento de serviços. 2007.”Proposta de Requalificação das Urgências - Esclarecimentos adicionais”. Disponível: www.portaldasaude.pt/NR/.../CTAPRUcomunicado12007 [Data da visita: 10/17/10].

Nascimento, A. [et al]. 2007.Limites e possibilidades da permanência de familiares em unidade de terapia intensiva. Cogitare Enfermagem 12:446-451.

Nogaroto, S. e Penna, T.. 2006.Desinfecção e esterilização. Atheneu, São Paulo, 338pps.

Norton, C.. 2007.A experiencia da família com a doença critica.pp.27-33. In: Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística, (Morton, P. et al), Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

Ordem dos enfermeiros. 2010 “Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – PPQCE”. Disponível: www.ordemenfermeiros.pt/.../PadroesdeQualidade.aspx. [Data da visita 20/1/11].

Ordem dos enfermeiros. 2010. “Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista”. Disponível:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf [Data da visita:3/16/11].

Paranhos, J. [et al].2005. Acidente vascular encefálico isquémico (AVEI). pp 515-527 In: Rattton emergências médicas e terapia intensiva (Couto, R. [et al], Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

Pereira, L. e Sousa, F.. 2001. Considerações gerais sobre a experiencia dolorosa. pp 575-585 In: Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. (Cintra, E., Nishide, V. e Nunes, W.), Atheneu, São Paulo.

Ponce, P. e Teixeira, J.. 2006. Manual de Urgências e Emergências. Lidel, Lousã, 343 pps.

Potter, P.e Perry, A. 2006. Fundamentos de enfermagem. 6ª Edição. Elsevier, Rio de Janeiro, 1976 pps.

Relfe, M.2007. Prática de enfermagem em cuidados críticos: integração entre cuidado, competência e compromisso.pp.3-11 In: Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística, (Morton, P. et al), Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

Rempher, K.2007.historico do paciente: sistema respiratório. pp 500-525.In: Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística, (Morton, P. et al), Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

Riley, J. 2004. Comunicação em enfermagem, 4ª Edição. Lusociência, Loures, 480pps.

Rothrock, J. e Mcewen, D.. 2008. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª Edição. Lusodidacta, Loures, 1247 pps.



Santos, A.. 2008."A fase terminal da vida humana". Disponível: <http://algarvepelavida.blogspot.com> [Data da visita: 6/29/10].

Sheehy, S.. 2001. Enfermagem de urgência: da teoria à prática. 4ª Edição. Lusodidacta, Loures, 877pps.

Silveira, P. e Fonseca, G.. 2008. Anemias. In: Pronto-socorro: diagnostico e tratamento em emergências (Martins, H., Damasceno, M., Awada, S.), Manole, São Paulo.

Silveira, R. [et al]. 2005. Uma tentativa de humanizar a relação da equipa de enfermagem com a família de pacientes na UTI. Texto e Contexto Enfermagem 14.

Swearingen, P., ed. lit. e Keen, J. ed. lit..2003. Manual de Enfermagem de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções de enfermagem independentes e interdependentes. Lusociência, Loures, 937pps.

União nacional das associações de enfermeiros de bloco operatório com diploma de estado. 2001. Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório: desenvolver uma cultura da qualidade. Lusociência, Loures, 378 pps.

Urden, L.; Stacy, K. e Lough, M.. 2008. Enfermagem de cuidados intensivos: diagnostico e intervenção, 5ªEdição. Lusociência, Loures, 1265pps.



Anexos



Anexos I

Caracterização do Serviço de Urgência

Caracterização do Serviço de Urgência

A criação do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE anteriormente conhecida como Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, SA, como Sociedade Anónima de capitais exclusivamente públicos, ocorreu a 9 de Dezembro de 2002, com a publicação do DL nº 273/2002, que lhe dá personalidade jurídica como tal.

A missão do Centro Hospitalar é prestar serviços e cuidados de Saúde de elevada qualidade e profissionalismo para a satisfação dos doentes, promovendo a realização profissional e pessoal dos seus colaboradores, valorizando, permanentemente, a importância do seu papel para o sucesso dos objectivos da instituição.

O Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro apresenta-se constituído por quatro unidades hospitalares: o Hospital de S. Pedro, em Vila Real, onde está localizada a sede social e as unidades do Peso da Régua, Chaves e de Lamego.

A unidade hospitalar de Vila Real está inserida numa área de 120.000 m² e compreende um edifício hospitalar monobloco de 9 Pisos, com cerca de 15 anos e uma área conjunta total de 30.000m², com 8 pavilhões de construção antiga. Abrange todo o distrito de Vila Real e alguns Concelhos da Margem sul do Douro.



Legenda1: Fotografia da localização do CHTMAD

Abrange ainda, para algumas valências a parte sul do distrito de Bragança, o norte do distrito de Viseu e a área leste do distrito do Porto, estendo-se assim, a um total de cerca de meio milhão de habitantes; uma área coincidente com a da Associação de Municípios de Trás-os-Montes e Alto Douro e subjacente ao Centro de Oncologia, já construído.



Legenda 2: Fotografia do Hospital de S. Pedro Vila Real

Quanto ao Serviço de Urgência, este 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. A média de atendimento, neste de acordo com dados estatísticos do CHTMAD é de 220-240 doentes por dia.

Encontra-se fisicamente implantado no piso zero, e está actualmente a funcionar em estruturas pré-fabricadas. Estas estão a substituir o serviço, que se encontra em obras até ao final do ano de 2011.

Como em qualquer serviço para fazer a sua caracterização, torna-se necessário abordar determinadas áreas nomeadamente os recursos físicos e os recursos humanos.

Os recursos físicos dividem-se:

- 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 doentes 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 doentes. Existe também um posto de relações públicas.

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

Gabinetes:

- Sala de triagem (2)

A *Sala de Triagem*, logo à entrada do serviço de urgência, é formada por duas pequenas áreas individualizadas, onde os enfermeiros efectuam a Triagem de Manchester. Ao lado existe uma área destinada para a realização de ECG. Aida junto a estes, existe uma sala de radiologia que dá apoio á urgência.

- Medicina interna (2)
- Psiquiatria (1)
- Ortopedia (1)
- Cirurgia (1)
- Neurologia (1)
- Sala de apoio a especialidades como por exemplo: cardiologia e psiquiatria

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.

Salas de atendimento urgente:

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

Salas de internamento:

- Sala de internamento para observação (1)

A *Sala de Observações* única, suporta: oito camas, uma em regime de isolamento. A cada cama corresponde uma área de cuidados mais ampla, que inclui um monitor de parâmetros vitais, sistema de aspiração, rampa de O₂ e de vácuo, suporte eléctrico para adaptação das bombas 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.

Sala das macas (1)

A *Sala de Macas*, é uma sala única e com lugar para nove macas. Todas as unidades estão individualizadas e preparadas com O₂, 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 doze horas.

Outras salas:

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

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 doente, 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 quatro elementos, e assegura os cuidados de enfermagem aos doentes 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 quarenta e um elementos encontram-se em regime de "Roulement" todos os turnos, de dia de sete horas e noite de dez horas, sendo:

Sete entre as 08 e as 15.15 horas;

Sete entre as 15 e as 22.15 horas;

Seis entre as 22 e as 08.15 horas.

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 com a gestão do serviço bem como a resolução de situações pontuais directa ou indirectamente ligadas à equipa de enfermagem.

Semanalmente, pelo enfermeiro-chefe é feita a distribuição dos 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, que dão apoio aos gabinetes de consulta, pequena 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. Na sala das macas fica um enfermeiro.

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.

O plano de trabalho está afixado no placar da sala e macas, onde poderão estar também outras informações.

Quanto à **equipa médica**, esta 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.

Neste serviço também colaboram administrativos, relações públicas, e seguranças. Todos estes elementos em conjunto amoldam uma equipa que proporciona um melhor atendimento aos doentes que ali recorrem na procura disso mesmo.



Anexo II

Caracterização do Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

Caracterização do Serviço da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

A Unidade de Cuidados Intensivos situa-se no 3º piso do H.S.T.V, entre os serviços de Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) e Bloco Operatório (BO). Possui circuito directo para doentes do foro cirúrgico através de porta de comunicação para o BO. Tem ainda acesso directo pelo elevador do BO, aquando da deslocação de doentes ao serviço de imagiologia. Sempre que possível e necessário, são os meios auxiliares de diagnóstico que se deslocam ao serviço.

É uma unidade autónoma, com regulamento próprio, tem capacidade para oito camas, quatro das quais encontram-se numa sala aberta que é um espaço amplo onde não há nenhuma divisória entre as camas dos doentes. Tem a vantagem de possibilitar o permanente contacto visual entre o doente/enfermeiro, possibilitando um menor isolamento, maior observação e vigilância, economia de espaço e maior rentabilidade dos cuidados de enfermagem. Possui também dois quartos que são salas fechadas, cada um com uma cama que são muitas vezes utilizadas (quando livres) para doentes que necessitam de isolamento.

Tem a vantagem de proporcionar maior privacidade e conforto ao doente, assim como uma menor probabilidade de infecções cruzadas. As duas restantes camas estão integradas numa sala fechada com vídeo vigilância sendo esta utilizada só em caso de as outras estarem ocupadas, uma vez que a ausência de luz natural é um dos factores condicionantes para a perturbação da manutenção do ritmo circadiano do doente e conseqüentemente da manutenção do equilíbrio sensorial. Neste local as camas não estão equipadas de braços de suporte e em termos de localização estão mais distante da sala principal, tornando-se a vigilância dos doentes mais difícil.

A sala aberta e os quartos de isolamento têm todos os recursos materiais actualizados, de qualidade e necessários para ventilação mecânica e monitorização hemodinâmica.

Todas as unidades têm ligação a uma central de controlo de monitorização hemodinâmica que se situa na sala aberta.

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

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 praticado é:

- 14.00 às 14.30 horas
- 18.30 às 19.30 horas



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

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 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.

Em termos de recursos humanos fazem parte da equipa vinte e seis enfermeiros (um chefe, uma especialista em reabilitação e vários especializados em medico cirúrgica), cinco médicos, sete assistentes operacionais e um administrativo. 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.

A questão deste rácio entende-se já que o Intensivismo é uma área diferenciada multidisciplinar das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de doentes em condições fisiopatológicas pretensamente reversíveis, que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, implicando assim, um atendimento e supervisão contínuos de um enfermeiro. Os doentes estão monitorizados continuamente e esse controlo hemodinâmico é registado numa central que permite visualização em simultâneo dos parâmetros vitais dos doentes.



Anexo III

Caracterização do Serviço de Bloco Operatório

Caracterização do Serviço de Bloco Operatório

O BO é um espaço técnico, de grande diferenciação, que exige aos seus “quadros” uma preparação altamente especializada. Trata-se de um serviço de utilização transversal pelas diversas especialidades cirúrgicas, que se servem dele segundo critérios de utilização racional e exemplar distribuição de tempos, com vista à maximização e rentabilização das suas, capacidades, por ser uma estrutura com um significativo peso nas performances de produção e tabela de custos.

Este serviço da unidade de Lamego foi inaugurado em Agosto de 1995, encontrando-se em funcionamento desde essa época. Situa-se no conhecido pavilhão do serviço de cirurgia e ortopedia, correspondendo ao segundo piso e fica entre a cirurgia e o serviço de esterilização. a porta de acesso encontra-se situada no fundo do corredor do serviço de cirurgia o que se torna uma mais-valia, uma vez que facilita o transporte dos doentes provenientes quer do serviço de cirurgia quer de ortopedia, tornando-se o seu acesso mais rápido evitando perdas de tempo no transporte e evita o uso de elevadores.



Legenda 1: Fotografia da porta de acesso ao Bloco Operatório

Trata-se de um serviço autónomo, constituído por duas salas cirúrgicas e uma unidade de cuidados pós-anestésicos com lotação para três camas. Têm ainda outras secções, tais como: gabinete da enfermeira chefe, esterilização, copa, zona de sujos, sala de material esterilizado, sala de stock de material, vestiários e serviço administrativo. Os materiais e resíduos têm circuitos próprios e a central de esterilização situa-se ao lado.

Da equipa multidisciplinar fazem parte nove enfermeiros, quatro médicos de cirurgia geral, um médico da especialidade de ortopedia, um de otorrino, um de ginecologia, dois anestesistas, uma administrativa e cinco assistentes operacionais. Constam ainda desta equipa, ortopedistas oriundos do Hospital da Universidade de Coimbra que vêm realizar intervenções cirúrgicas em SIGIC.

Este BO, actualmente funciona apenas durante 14 horas por dia, dividindo-se em dois turnos, um das 8h às 15h (turno da manhã), e das 15h às 20h (turno da tarde). O facto de se encontrar em funcionamento apenas durante o período diurno deve-se à reestruturação consumada desde o ingresso do antigo Hospital Distrital de Lamego no CHTMAD, altura em que este BO deixou de funcionar 24 horas por dia durante 7 dias semanais, para funcionar apenas de segunda-feira a sábado durante 12 horas. Assim suspenderam-se as cirurgias efectuadas em situação de urgência passando-se a cumprir um plano operatório programado. Estas alterações implicaram redução da equipa de enfermagem e também o número de assistentes operacionais, sendo uma alteração contestada por todos uma vez que em nada veio melhorar a assistência à população abrangida por esta unidade hospitalar, já que todas as situações que necessitem de cuidados operatórios fora do horário praticado por este BO têm de ser encaminhados para a unidade de Vila Real.

A recepção no BO é feita pelo enfermeiro destacado para a anestesia. No intra-operatório existem três enfermeiros cada um com uma função fixa: anestesista, instrumentista e circulante. O enfermeiro do recobro executa os cuidados pós-anestésicos. Para além das cirurgias realizadas neste serviço, a equipa de enfermagem possui serviço de exterior, deslocando-se ao Serviço de Esterilização.



Legenda 2:Fotografia da zona de transfer

Nesta zona de transfer encontram-se reconhecidas duas zonas distintas: a zona limpa e a suja, consistindo a vermelha num quadrado referente à zona limpa, e a restante parte azul alusiva á zona suja, aonde circula o pessoal e material externo ao bloco.

As intervenções realizadas neste serviço abrangem as seguintes especialidades cirúrgicas: ortopedia; ginecologia, otorrinolaringologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica e urologia. Realizam-se várias cirurgias no âmbito de cirurgia de ambulatório. Este tipo de cirurgia é a que hoje em dia está preconizada, e refere-se a toda a intervenção cirúrgica programada, que pode ser realizada sob anestesia geral, loco regional ou local, e que embora possa ser efectuada em regime de internamento, pode também ser executada em instalações próprias desde que possuam segurança e que estejam de acordo com as “leges artis” e em que a admissão e a alta ocorram no período de 24 horas, (AESOP, 2006).

No período de sexta-feira e sábado realizam-se intervenções cirúrgicas no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). Este sistema de acordo com o Portal da Saúde (2006) foi criado para a resolução do combate às listas de espera para cirurgia, e após se ter verificado que:

- Um número considerável de doentes permanecia em espera por períodos de tempo inaceitáveis;
- Não havia garantias de igualdade no acesso dos doentes às cirurgias;
- Não havia uniformidade e transparência nos processos de selecção e agendamento;
- As instituições não eram responsabilizadas pelo facto de terem os doentes em espera por tempo excessivo;
- Não estavam consagrados direitos e deveres específicos dos doentes.

Assim o SIGIC assenta em cinco grandes princípios de acordo com o Portal da Saúde (2006):

- Garantir o tratamento dentro de um período definido de acordo com regras claras;
- Proporcionar maior compromisso do Hospital expresso pela emissão de um certificado de inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia;
- Maior envolvimento do doente no reconhecimento dos seus direitos e deveres;
- Garantir maior uniformidade do processo, através da publicação de um regulamento processual

(a uniformização do tratamento dos doentes com necessidade de terapêutica cirúrgica);

- Maior controlo e transparência através da constituição de estruturas reguladoras a três níveis: Hospitalar, Regional e Nacional.

Sendo este sistema de gestão de doentes uma ocorrência actual, constata-se que surgem neste serviço doentes oriundos de locais geográficos muito diversificados, desde Coimbra, Bragança, Aveiro, entre outros.



Anexo IV

Trabalho de revisão com o tema: "Família como parceira de cuidados na UCI"



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS – VISEU

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA

Família como parceira de cuidados na UCI

Carla Gomes

Fernando Silva

UISEU, Junho 2010



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS – VISEU

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA

Família como parceira de cuidados na UCI

Trabalho realizado no âmbito do estágio, Módulo II
Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de Viseu
3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Universidade Católica Portuguesa / Viseu

Carla Gomes

Fernando Silva

Sob orientação de : Mestre Patrícia Coelho

WISEU, Junho 2010

Índice	Pág.
1-Introdução	3
2- Comunicar com o doente crítico	5
2.1- Necessidades manifestadas pelos familiares	7
2.2- O familiar no processo de cuidados	10
3-Projecto de inserção da família	17
3.1- Objectivos	17
3.2- Metas	18
3.3- Destinatários	18
3.4- Metodologia	19
3.5- Identificação das necessidades dos familiares	19
3.6-Actividades a implementar	20
3.7-Indicadores de avaliação	22
4- Conclusão	24
Referências bibliográficas	25
Anexo	
Anexo I- Cronograma de actividades	

1-Introdução

A realização deste trabalho surgiu no âmbito do estágio módulo II, que decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de Viseu do 3º curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica.

A escolha do tema deve-se ao facto da certeza, de que o histórico de enfermagem levantado pelos enfermeiros de cuidados intensivos envolve mais que uma avaliação do doente. Também é responsabilidade dos enfermeiros incluir os membros da família de modo a prestar um cuidado de enfermagem holístico. O histórico de enfermagem serve como uma base de dados na qual o cuidado ao doente e à família se pode apoiar. Inclui não apenas as respostas fisiológicas, mas também as respostas psicológicas, sociais, ambientais, culturais, económicas e espirituais. Envolve uma avaliação de comportamento verbal e não verbal e requer habilidade clínica. Uma parte importante do histórico da família é a história familiar.

Em geral, família é definida nos dicionários como um grupo de pessoas formado pelos pais e filhos que podem viver juntos ou não, num sentido mais amplo, é a unidade formada por todos aqueles que estão conectados proximamente por laços sanguíneos ou de afinidade, (Morton [et al], 2007). Família também pode ser definida como um grupo de indivíduos ligados por relações biológicas, legais e sociais, (Urden, Stacy e Lough, 2008). Qualquer pessoa que é parte significativa do estilo de vida normal do doente é considerada um membro da família.

A hospitalização de um familiar na unidade de cuidados intensivos (UCI) ocorre, geralmente, de forma aguda e inadvertida, restando pouco tempo para o ajustamento familiar. Diante dessa situação de stress, os familiares podem sentir-se desorganizados, desamparados e com dificuldades para se mobilizarem, fazendo emergir diferentes tipos de necessidades.

As necessidades de familiares são conceituadas como algo essencial, exigido pelas pessoas e, quando supridas, aliviam ou diminuem a aflição e a angústia imediatas e melhoram a percepção de bem-estar. As maiorias dos estudos sobre familiares de doentes em estado crítico têm-se concentrado em descrever a importância e o grau de satisfação das suas necessidades. Os enfermeiros foram os pioneiros no estudo desta temática.

O sentido genuíno do cuidar é de promover a vida. A qualidade da nossa vida depende do cuidado que lhe dispensamos. Assim a forma como a vivemos, como nos relacionamos com o mundo, com as pessoas, com a família, com os amigos, com o trabalho, interfere na forma como cuidamos. Se estivermos bem, sentimos prazer de estarmos vivos e, nessas condições, temos espaço interno para acolher e cuidar.

Estabelecer cuidados de saúde a doentes em situações de cuidados intensivos requer muito dos enfermeiros, particularmente ao nível da comunicação, pois, o relacionamento que se configura com cada um é tão intenso e as experiências vividas são tão variadas que se torna muitas vezes de difícil definição.

Um outro aspecto importante em enfermagem é a comunicação que assume particular importância, pois impulsiona a interacção e o contacto entre o enfermeiro/doente e permite a cooperação entre todos os elementos da equipa de saúde. Na procura constante da excelência do exercício profissional, o enfermeiro deve em conjunto com o doente devolver processos eficazes de adaptação aos seus problemas de saúde, (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Assim, o cuidar em enfermagem enfatiza as necessidades de um envolvimento relacional com o doente, o que necessariamente implica o desenvolvimento de perícias de comunicação que permitem ao enfermeiro estabelecer uma comunicação, clara, aberta e serena.

Neste contexto pretendemos com este trabalho identificar as necessidades dos familiares cuidadores na prestação de cuidados, envolver o familiar cuidador no processo de cuidados, reforçando as suas competências valorizando o papel da família no processo terapêutico e de recuperação do doente.

As necessidades dos familiares de doentes críticos têm sido objecto de interesse em diversos trabalhos, com diferentes metodologias, quantitativa ou qualitativa, mas todos com o mesmo propósito: conhecer as necessidades desses familiares e possibilitar o planeamento de intervenções que atendam aos reais problemas dos doentes.

A avaliação das necessidades desses familiares tem-se revelado na percepção do grau de importância e de satisfação com aspectos relacionados ao cuidado prestado ao paciente e à própria família.

A identificação da importância possibilita conhecer o valor atribuído pelos familiares às necessidades, fornecendo dados para o planeamento e implementação de acções que visam atendê-las, assim como redireccionar o possível enfoque dado a situações que não são consideradas importantes pelos familiares e doentes.

Este trabalho encontra-se estruturado em duas partes: primeira onde fazemos uma abordagem de natureza teórica e a segunda onde elaboramos um projecto de inserção na família como parceira de cuidados. Assim na primeira parte expomos todos os pressupostos teóricos necessários á compreensão da temática, onde se descrevemos o cuidar da pessoa doente, suas repercussões da doença na família e o envolvimento familiar no processo de cuidados. Na segunda parte delineamos os objectivos, metas, destinatários, metodologia, necessidades detectadas, actividades a implementar e quais os indicadores de avaliação.

A sua realização é apenas o início de uma longa caminhada, já que em apenas 180 horas do nosso estágio não conseguiríamos implementar todas as estratégias, assim é nosso objectivo deixar intervenções planeadas para posteriormente poderem ser implementadas, já que cuidar dos familiares dos doentes sempre foi antes de tudo um acto de solidariedade e dependente das habilidades e do conhecimento de cada indivíduo, mas é também hoje um conjunto de estratégias e intervenções testadas e fundamentadas cientificamente que devem fazer parte do processo de formação de todo profissional de saúde das UCI.

2-Comunicar com o doente crítico

A comunicação é a estratégia básica para a humanização, consiste em perceber cada ser humano como um indivíduo único, detentor de necessidades específicas, otimizando o exercício da sua autonomia de forma a facilitar a interacção entre eles, através do diálogo aberto entre quem cuida e quem é cuidado, (Marques, Silva e Maria, 2009).

O processo de comunicação é a pedra angular do cuidado dos familiares. Uma das tarefas mais importantes de um intensivista é fornecer, de modo apropriado, informações claras e realistas, mas também compassivas e solidárias. Em particular, nas situações terminais, os encontros podem ser difíceis e complexos quando não existe uma relação previamente estabelecida entre os profissionais de saúde das UCI e familiares.

A comunicação é um sistema de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de por em comum sentimentos e emoções entre os indivíduos, (Phaneuf, 2005). Para a mesma autora, a comunicação transmite-se consciente ou inconscientemente, pelo comportamento verbal e não verbal, de modo menos global, pela maneira de agir dos implicados no processo. Através do seu intermédio, mutuo apreendemos e compreendemos os intuitos, as concepções, os sentimentos, e as emoções sentidas pela outra pessoa de acordo com cada caso, permitindo desenvolver laços significativos com a mesma,

O objectivo básico da comunicação é influenciar, é tornarmo-nos agentes determinantes, não só influenciando os outros, mas também o ambiente físico e a nós próprios, ou seja comunicamos para influenciar com intenção. O objectivo último da comunicação é desenvolver habilidades para levar a cabo respostas empáticas, que expressem a compreensão do outro.

Os primeiros momentos para o doente crítico significam a diferença entre a vida e a morte. Assegurar uma assistência de enfermagem humanizada onde as suas necessidades sejam atendidas de forma sistematizada, em todos os níveis, é um compromisso humano e profissional, (Figueiredo e Vieira, 2006).

As UCI são diferentes de outras unidades de internamento e, sobretudo, do ambiente de casa do doente e seus familiares. É um ambiente em que se destacam aparatos tecnológicos para o atendimento de doentes em estado crítico, onde os indivíduos convivem em situações de emergências, risco e morte, diariamente, agravadas pelo isolamento social e falta de privacidade. O tratamento implementado nestas unidades é considerado agressivo e invasivo, traduzindo-se por uma alta intensidade e complexidade de eventos e situações. Pode ser menos hostil ao doente e á sua família se os profissionais de saúde humanizarem a assistência.

Hoje em dia, os cuidados intensivos são prestados por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, com uma educação aprofundada no campo especializado dos cuidados críticos, (Morton [et al], 2007).

Os doentes dos cuidados intensivos são os que estão com alto risco de problemas que ameaçam a vida, podendo eles ser existentes ou potenciais. Os enfermeiros prestam e contribuem para os cuidados dos doentes em estado crítico numa variedade de papéis, assim de acordo com a American Association of Critical Care Nurses, citado por (Morton [et al], 2007) são responsabilidades dos enfermeiros de cuidados intensivos:

- Respeitar e apoiar o direito do doente ou do seu representante a tomar decisões autónomas e informadas;
- Intervir quando está em questão o melhor interesse do doente;
- Ajudar o doente a conseguir os cuidados necessários;
- Respeitar os valores, crenças e direitos do doente;
- Proporcionar ao doente ou ao seu representante designado, ajuda de educação e suporte para tomar decisões;
- Representar o doente, de acordo com as suas escolhas;
- Suportar as decisões do doente ou do seu representante ou transferir os cuidados para outro enfermeiro de cuidados intensivos igualmente competente;
- Interceder pelos doentes que não podem falar por si próprios em situações que requerem atenção imediata;
- Monitorizar e salvaguardar a qualidade dos cuidados prestados ao doente;
- Actuar como ligação entre o doente, família, e outros profissionais de saúde.

A comunicação deve ser feita de modo claro e com a utilização de termos que sejam compreensíveis pelos familiares, pois a utilização de expressões técnicas ou do uso da “linguagem médica” pode impedir que o significado e a intenção de algumas assertivas não sejam assimilados adequadamente, o que pode gerar conflitos e sensações de “abandono” no cuidado do doente e dos próprios familiares.

Sabidamente os profissionais que trabalham em cuidados intensivos são submetidos a um elevado nível de stress, com condições e ritmos de trabalho extenuantes, além do convívio diário com situações de sofrimento e morte. A reacção a este stress ligado ao trabalho, conhecido como Síndrome de Burnout, envolve o distanciamento dos profissionais em relação às pessoas directamente envolvidas com o trabalho, uma vez que sentem que é mais seguro ficar indiferente.

Esta atitude, no entanto, pode estar relacionada a uma deterioração na qualidade do atendimento prestado ao doente aos e seus familiares.

2.1- Necessidades manifestadas pelos familiares

Nos últimos tempos vários estudos têm sido efectuados no sentido de avaliar a satisfação dos familiares de doentes internados em cuidados intensivos. Todos eles demonstram que os familiares geralmente estão satisfeitos com as informações recebidas, com os cuidados prestados e empatia com os profissionais.

No entanto, referem algumas necessidades que não são satisfeitas na totalidade, dessas destacam-se:

- Falta de preocupação dos enfermeiros com os sentimentos dos familiares;
- Pouca informação acerca dos equipamentos que estão a ser utilizados no doente (fios, monitores, ruídos, etc.);
- Horário reduzido do tempo de visitas;
- Necessidade de serem incluídos nas decisões dos cuidados e encorajadas na participação desses mesmos cuidados, ao doente;
- Inexistência em muitas unidades de salas individualizados, locais reservados para a comunicação com familiares e políticas de flexibilização do acesso ou mesmo de acesso livre aos familiares dos doentes, mesmo daqueles em situação terminal;
- Níveis elevados de ruídos constantes também são apontados pelos familiares como indicadores de um ambiente não acolhedor na unidade de cuidados intensivos;
- Questões financeiras relacionadas com a hospitalização e a possibilidade de incapacidade a longo prazo. São exemplos de preocupações financeiras o medo da perda de rendimento relacionado com o tempo de afastamento do trabalho ou com a possibilidade de incapacidade a longo prazo, como vão ser pagas as despesas de saúde, e a complexidade da cobertura dos seguros.

Nas situações de caso terminal, os familiares têm necessidades específicas que têm sido avaliadas em diversos estudos. Estas necessidades, referidas por Soares (2007) de acordo com as recomendações da *Society of Critical Care Medicine* são:

- Estar próximo ao doente;
- Sentir-se útil para ao doente;
- Ter conhecimento científico das modificações do quadro clínico;
- Compreender o que está a ser feito no cuidado e porquê;
- Ter garantias do controle do sofrimento e da dor;
- Estar seguro de que a decisão quanto á limitação do tratamento foi apropriada;
- Poder expressar os seus sentimentos e angústias;
- Ser confortado e consolado;

- Encontrar um significado para a morte do doente.

Neste sentido sugerem-se algumas medidas de propostas, no sentido de colmatar algumas destas necessidades:

- Vídeos educativos sobre a rotina da unidade, que podem ser transmitidos na sala de espera para os familiares antes da visita;
- Orientações e apresentação do serviço por um membro da equipe;
- Cartaz com especificação, função e nomenclatura dos equipamentos presentes na unidade;
- Folheto informativo sobre o processo de cuidado, definição de alguns termos técnicos e de intervenções, e da estruturação física e organizacional do serviço;
- Folhetos com os cuidados que os familiares devem ter durante a permanência na unidade;
- Mobilização da equipe para uma política mais liberal dos horários de acesso dos familiares de doentes em situações terminais;
- Medidas organizacionais para o controle dos níveis de ruído;
- Criação de um local reservado e de um grupo limitado de pessoas para a informação dos familiares os quais possam ser identificados como responsáveis pelo cuidado do doente;
- Reconhecer as questões financeiras como preocupações e mobilizar recursos para acalmar essa ansiedade. Solicitar apoio de assistentes sociais, que poderão ajudar os doentes e famílias a conseguir recursos da comunidade que ajudam a cobrir as despesas.

Um aspecto importante da prestação de cuidados e da recuperação dos doentes em estado crítico é o apoio pessoal dos membros da família e pessoas significativas. O valor dos cuidados centrados simultaneamente no doente e na família não pode ser subestimado.

Há controvérsias sobre a permanência de familiares nas unidades porém, observa-se que as pediátricas e neonatais são mais sensíveis a esta questão, e de uma maneira geral, permitem acompanhantes. Para os adultos e idosos, entretanto, nota-se uma maior dificuldade por parte das equipas, em aceitar acompanhante, destacando-se, entre os motivos, a crença de que a presença de parentes seria mais stressante para os doentes graves, ou um aumento de risco de infecção causado pelos acompanhantes.

Recentemente, uma pesquisa, de acordo com Nascimento [et al] (2007) mostrou que não existe consenso entre os próprios doentes internados nas unidades a respeito da presença de acompanhantes. Os resultados mostraram que alguns doentes diziam sentir-se seguros no ambiente e achavam que a família não podia ajudá-los nesta hora, ao contrário de outros que afirmavam gostar que a família permanecesse, justamente no momento em que eles

estivessem numa situação mais grave. O estudo concluiu que os serviços intensivos devem perguntar primeiramente aos doentes (na medida do possível), se querem ou não um familiar acompanhante.

Atender às necessidades dos familiares é uma das responsabilidades da equipa. A avaliação cuidadosa destas necessidades fornece auxílios importantes para a melhoria da compreensão, da satisfação e da capacidade na participação das decisões relacionadas ao cuidado de alguém, que na maioria das vezes não poderá decidir por si próprio.

Assim torna-se importante procurar-se apoio nas ideias da precursora da Enfermagem Moderna que remete o enfermeiro para a noção de que o ambiente inclui os aspectos: físico, psicológico e social, afectando, portanto, a saúde dos indivíduos, sejam estes, os doentes, visitantes ou os profissionais de saúde.

Torna-se indispensável estar atento para actuar sobre o ambiente sempre que necessário, facilitando a manutenção do processo da vida ou para o alcance de uma morte tranquila. Já na época de Nightingale, esta enfatizava a importância de estimular a força vital do indivíduo para facilitar o poder reparador da própria natureza, responsável pela restauração da saúde.

Entende-se que a força vital pode ser facilitada se a actuação dos enfermeiros for favorável sobre os ambientes onde se encontram, sendo considerada esta a forma de cuidado mais necessária para melhorar o nível de conforto das pessoas.

As UCI sempre foram percebidas pela população leiga e mesmo por alguns profissionais de saúde de outras especialidades como lugares de muito sofrimento, frios e pouco acolhedores. A filosofia da humanização dos cuidados intensivos representou um grande avanço para a mudança desta percepção. Entretanto, este processo de “humanização” ainda é bastante tímido, pois a estrutura física e organizacional da maioria das unidades ainda dá prioridade à conveniência dos profissionais de saúde, deixando as prioridades de doentes e dos seus familiares em segundo plano.

A gravidade da situação e o ambiente estranho (ambiente hospitalar ou da unidade) evocam uma resposta de stress tanto nos doentes como nas famílias, (Urden, Stacy e Lough, 2008). Os cuidados de enfermagem focalizam-se em melhorar a estabilidade fisiológica e promover a perfusão dos tecidos dos órgãos terminais.

A prioridade consiste em promover a necessidade humana mais básica de sobrevivência, a oxigenação celular. As alterações do funcionamento normal relacionadas com o processo de doença, a sedação, os dispositivos de suporte ou a ventilação mecânica contribuem para possíveis alterações mentais. A privação do sono e a sobrecarga sensorial vem aumentar a complexidade das questões que afectam a capacidade do doente para receber e compreender a informação médica.

Estas limitações físicas e cognitivas impedem o doente de receber ou compreender a informação relacionada com os cuidados e comprometem a capacidade de tomar uma decisão informada. Nestas alturas as decisões críticas sobre os cuidados de vida ou de morte são

transferidas para um próximo, geralmente um membro da família, assim este terá a responsabilidade de tomar decisões de tratamento informadas em nome do doente.

Como profissionais de saúde, é nosso dever ajudar o doente e família a recolher informação e a adquirir competências de auto cuidado, de modo a conseguir a melhor qualidade de vida possível.

2.2- O familiar no processo de cuidados

O processo educacional de acordo com Urden, Stacy e Lough, (2008) segue o mesmo esquema que o processo de enfermagem: avaliação, diagnóstico, objectivos, intervenções e reavaliação

Passo 1: Avaliação-recolha de informação

Doente/família: cultura, considerações específicas da idade. Necessidades de aprendizagem actuais e potenciais, possíveis barreiras ao processo de ensino aprendizagem.

Torna-se importante colher informação sobre os factores que afectam o processo educativo e comprometem a capacidade de resposta do doente e da família. Esses factores incluem: as perspectivas culturais e religiosas sobre a doença e saúde, barreiras emocionais, desejos e motivação, limitações físicas ou cognitivas, barreiras a uma comunicação efectiva.

Colocar questões estratégicas proporciona um caminho para detectar se o doente ou família tem alguma concepção errada sobre o ambiente, a doença ou as capacidades do auto cuidado. Deve-se evitar fazer questões fechadas, optar pelas abertas pois estas dão a oportunidade de avaliar os lapsos nos conhecimentos do doente, em vez de assumir esse conhecimento a partir de uma resposta de sim ou não. Assim numa primeira abordagem sempre que possível, desde que o doente tenha condições, deve-se abordar questões como:

- Porque é que veio para o hospital?
- Quando é que estes problemas começaram?
- Já tinha sido internado pelo mesmo problema?
- Que medicamentos estava a tomar?
- Como é que trata de si em casa? Tem ajuda?
- Tem alguém da família ou amigo consigo?
- São essas pessoas o seu principal sistema de suporte?
- Existem algumas necessidades especiais, religiosas ou outras que precisemos de conhecer enquanto esta no hospital?

- Existe alguma informação que lhe possa dar para o ajudar a compreender melhor porque esta aqui?

A identificação das necessidades de aprendizagem reais e percebidas dirige a equipa de saúde na previsão da educação orientada para as necessidades, esta destina-se a ajudar o familiar na integração com a situação actual. Estas necessidades podem situar-se em uma ou mais categorias: apenas informação (ambiente, horas de visita, resposta ás perguntas), decisão informada (plano de tratamento, consentimento informado), e auto cuidado (reconhecimento dos problemas e formas de responder).

Quando confrontados com situações que alteram a vida, como a admissão nos Cuidados Intensivos, tanto os doentes como os familiares podem experimentar ansiedade e stress emocional. A ansiedade e o medo quebram a normalidade do dia-a-dia. As fontes de stress emocional incluem o medo da morte, a incerteza do prognóstico, a alteração de papéis e do auto imagem, o isolamento social, a perturbação da rotina diária, preocupações financeiras e o ambiente desconhecido das unidades de cuidados intensivos.

Estas emoções intensas podem levar a uma crise de situação e alterar as capacidades de coping do doente e da família. Na doença grave a capacidade individual para processar ou reter informação e para participar no plano de tratamento pode ficar alterada, assim o peso da tomada de decisões é transferido para a família.

Estas necessidades são identificadas de modo recorrente dentre os principais factores associados com a ocorrência de stress, ansiedade e depressão nos familiares, bem como pela insatisfação com as assistências prestadas aos doentes.

Das questões ambientais, o nível de ruído dentro de muitas unidades é insuportável para os profissionais de saúde, pacientes e familiares. Níveis elevados de ruídos constantes estão relacionados com *Burnout* em profissionais de saúde e também apontados pelos familiares como indicadores de um ambiente não acolhedor na UCI.

O argumento de que a estrutura física de uma unidade foi concebida dentro de um padrão desejável em uma época passada, não pode servir de pretexto para o imobilismo no paradigma do cuidado a ser prestado aos familiares.

Passo 2: Desenvolvimento do plano educativo

Identificar as necessidades e escrever os resultados esperados, conceber intervenções: formação dirigida, remoção de barreiras, mobilizar os recursos necessários para remover as barreiras e reforçar a comunicação da informação.

A educação neste período de tempo deve orientar-se para a redução do stress, ansiedade, e medo imediato, mais do que para futuras alterações do estilo de vida ou necessidades de

reabilitação. As intervenções têm como finalidade promover o conforto e familiarização com o ambiente. As necessidades de aprendizagem nos cuidados intensivos podem separar-se em categorias para ajudar a estabelecer prioridades em cada fase da hospitalização.

Fase 1: Contacto inicial / primeira visita

Nesta fase deve ser feita a preparação dos familiares para a visita.

Fase 2: Continuação de cuidados

A espiritualidade é um dos aspectos que não se deve descorar. Ela é uma característica humana que, de entre outros aspectos, possibilita ao indivíduo encontrar significado e propósito para a sua vida. Embora estejam relacionadas, espiritualidade e religião não são equivalentes. As situações que antecedem e envolvem os processos de morte e morrer estão entre aquelas em que a espiritualidade e a necessidade de conforto espiritual são mais evidentes.

A visão de muitos intensivistas de que os cuidados médicos e espiritual não sejam complementares é no mínimo insensível nas situações críticas.

Fase 3: Transferência para um nível de cuidados diferente

Planificar todas as intervenções para a transferência do doente. Ter em atenção os aspectos físicos e psicológicos.

Fase 4: Plano de alta

- Auto cuidado: tratamento sintomático, administração de medicamentos, dieta, actividades, tarefas ou procedimentos
- O que fazer numa emergência
- Como cuidar dos locais de incisão cirúrgica ou de procedimentos
- Mudanças necessárias no estilo de vida: questões de mobilidade, e segurança para paraplégicos ou vítimas de AVC, problemas das actividades de vida diária relativo á medicação ou aos sintomas
- Modificação de potenciais factores de risco: parar de fumar, modificação da dieta, exercício
- Cuidados de fim de vida: participação nos cuidados, serviços disponíveis, mobilização de recursos, cuidados paliativos

Passo 3: Implementação

Nesta fase de implementação, pretende-se colocar em prática as intervenções para a partilha da informação, participação do receptor no processo educativo. Em complemento o uso de um plano escrito para estruturar o encontro educativo, cobrir a informação essencial e comunicar os resultados ao resto da equipa, seria uma mais-valia para a equipa.

O ambiente para a aprendizagem não deve ser agressivo, mas sim confortável, aberto, honesto, deve proporcionar á família uma visita aberta, acesso ao doente e aos cuidados, assim ajuda a diminuir o nível de ansiedade e melhorar a satisfação com os cuidados. Torna-se importante criar um ambiente de privacidade durante a recepção dos familiares.

O que acontece muitas das vezes é a sobrecarga de informação, pelo que a mesma é frequentemente esquecida. Os enfermeiros podem ficar frustrados quando os membros da família e os doentes colocam repetidamente as mesmas perguntas. A paciência para essas questões repetidas é essencial, visto que a informação dada pode ficar perdida em poucos minutos.

A duração dos encontros é também de extrema importância, encontros de duração reduzida estão relacionados à insatisfação com a assistência. A relação contrária, isto é, tempos maiores associados com uma maior satisfação, já foi igualmente documentada. O tempo despendido num número excessivo de procedimentos e tarefas que um doente grave exige, compete e acaba muitas vezes por limitar o tempo dispensado à sua família. Entretanto, a equipa da unidade de cuidados intensivos deve organizar-se para diminuir este desequilíbrio no processo de cuidados do doente e familiares.

A demonstração e a prática são as melhores estratégias para ensinar competências técnicas, assim como o uso dos media, estão a adquirir prevalência como estratégia de ensino de primeira linha. Os media são uma ferramenta excelente para transmitir informação a pessoas com qualquer estilo de aprendizagem.

Recentemente, o benefício do fornecimento de um panfleto específico para familiares de doentes internados em cuidados intensivos cuja expectativa era o óbito foi testado num ensino clínico (Soares, 2007). No texto inicial deste panfleto, além da descrição das informações que poderiam ser encontradas no documento, havia uma afirmação explícita de solidariedade da equipe dos cuidados intensivos. Os familiares que o receberam além dos cuidados habituais prestados apresentaram ao final de três meses do óbito do doente, menor incidência de sintomas de stress pós-traumático, ansiedade, depressão e menor necessidade de fármacos psicoativos. Embora o tempo despendido aos familiares no primeiro encontro tenha sido maior no grupo da intervenção, o fornecimento do panfleto reduziu de modo significativo a necessidade de informações complementares nos encontros subsequentes.

Esta estratégia de ensino fornece uma grande quantidade de informação num período de tempo relativamente curto. Os vídeos e materiais escritos permitem que diferentes enfermeiros distribuam a informação que se mantém consistente de doente para doente, Urden, Stacy e Loughl, (2008).

Passo4: Reavaliação

A intenção é determinar a eficácia das intervenções educacionais. Os enfermeiros usam o seu julgamento clínico e o conhecimento dos princípios de aprendizagem para determinar até que ponto foram atingidos os objectivos e resultados. Este processo é contínuo e avalia todas as interacções de ensino aprendizagem.

Passo 5: Documentação

Deve-se registar as intervenções usadas, os recursos utilizados, a informação transmitida e os resultados do encontro de ensino.

Identificar as características da visita beneficia os enfermeiros e resulta numa comunicação optimizada e na compreensão da informação. É importante registar toda a informação dada em documentos aprovados para uso na instituição.

Existem no entanto factores que colocam barreiras ao processo, os factores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, financeiros e ambientais afectam a capacidade, motivação e aptidão do doente e família. As deficiências físicas, compromisso visual e perda auditiva afectam a capacidade para ler informação escrita, ouvir as instruções ou executar tarefas.

As barreiras ao processo não existem só por parte do doente e família, mas também por parte do enfermeiro. As limitações do tempo e as rotinas diárias interrompem ou comprometem a capacidade do enfermeiro comunicar a informação à família, assim deve-se tentar ultrapassar todos estes obstáculos.

Também num questionário que foi elaborado para avaliação da qualidade de atendimento, referenciado por Wallau [et al] (2006), foram incluídos familiares de doentes que se encontravam internados há mais de 48 horas, e que já haviam visitado o doente uma vez ou mais durante o período.

Os critérios de exclusão foram familiares de doentes internados há menos de 48 horas, familiares que não haviam visitado o doente pelo menos uma vez ou que não desejavam responder ao questionário por quaisquer motivos de ordem pessoal. Os familiares foram entrevistados de maneira pessoal e os entrevistadores não faziam parte da equipa de atendimento do doente. Desse questionário faziam parte as seguintes questões:

- Data: ____ / ____ / ____
- Nome (opcional): ----Idade: ---- anos Sexo: ----Raça: ----Religião: ---- Grau de Parentesco: ---Nome do doente: ---- Leito: ----Tempo de permanência: ---dias
- Doente consegue ou conseguia comunicar? ---- Há quanto tempo? ----
- O que mais o incomodou durante o internamento do seu familiar na UCI? ----

- O seu familiar referiu sentir dor durante o internamento na UCI? ---
 - Que intensidade? ----
 - Que frequência? ----
- Foi solicitado atendimento devido à dor? ----
 - Foi atendido? ----
 - Obteve alívio da sua queixa? ----
- Referiu sentir frio ou calor durante o internamento? ----
- Referiu ter dor durante a realização de exames? ----
- Tratamento médico:
 - Qualidade: ----
 - Informações prestadas: Educação e atenção: ----
- Tratamento da enfermagem:
 - Qualidade: ----
 - Informações prestadas: Educação e atenção: ----
- O tempo de visita é suficiente? ----
- Expectativas quanto ao familiar? ----
- Que nota daria ao atendimento e funcionamento da UCI (0 a 10)?
- Sugestões: ----

Este estudo teve por objectivo descrever a avaliação pelas visitas da qualidade de atendimento prestada numa unidade de cuidados intensivos de um hospital universitário.

As conclusões a que chegaram são que a existência de falhas na comunicação é o principal factor apontado para a qualidade insatisfatória do serviço pela visão do familiar.

Embora não se possa comparar o grau de satisfação entre trabalhos distintos publicados, devido a diferenças nos métodos, considera-se que na casuística apresentada, o reconhecimento dos mais frequentes factores de descontentamento ou crítica, pode apontar melhorias na qualidade do atendimento prestado.

Num outro estudo referenciado por Neves [et al] (2009), foi aplicado um questionário, para avaliação do índice de satisfação dos familiares em cuidados intensivos. As conclusões deste estudo foram que a maioria dos familiares avaliou positivamente os profissionais nas questões relacionadas à comunicação, atitude e cuidado médico. No entanto, houve uma percentagem menor de satisfação nas questões relacionadas com a capacidade dos profissionais de confortar os familiares.

A título de reflexão e para complementar o que atrás foi referido, apresentamos um episódio relatado por, (Urden, Stacy e Loughl, 2008, pag. 57) relativamente a uma situação de internamento numa UCI, receios e questões colocadas pelos pais do doente, " O António é um rapaz de 18 anos de idade que se envolveu, há 2 dias, numa colisão de veículos. Ele e a namorada iam a caminho de uma festa de caloiros, quando uma mulher cruzou a linha central e lhe bateu de frente. A namorada morreu. O António foi evacuado de helicóptero (...) tem uma ventriculostomia, um cateter da artéria pulmonar, uma linha arterial, uma algália de Fowler e drenos torácicos e está entubado e ventilado. A situação mantém-se crítica o plano de cuidados consiste em manter a estabilidade hemodinâmica com vasopressores, sedação para diminuir o consumo de oxigénio e a pressão intra craniana e outros cuidados de suporte. Tem mais 12 kg do que na admissão e as feições distorcidas em resultado dos líquidos.

A mãe e o pai tem estado no hospital, a viver na sala de espera da UCI, desde o acidente. Nunca tinham estado numa unidade e estão assustados com todos os tubos e maquinas a que o filho esta ligado. Em cada visita, a mãe traz um papel com uma lista de perguntas. Faz muitas vezes as mesmas perguntas e ainda hesita em tocar no filho, durante a visita, dizendo" Nem sei onde tocar, com todos estes tubos". Os pais estão emocionados durante a visita, mas falam com o filho e contam-lhe quem tem vindo perguntar por ele e que estão a rezar por ele. O António só respondeu uma vez, apertando a mão. Preocupa-os o seu aspecto, quando é que vai estar acordado, e a falar com eles, se vai poder voltar á universidade e quando. O pai também esta preocupado com os custos da hospitalização porque é trabalhador independente e tem um seguro limitado".

3- Projecto de inserção da família

No cenário actual a disponibilidade de informação é incomparável com qualquer outro momento da história, dando a ideia que a população deste século não pode estar sem “saber”. Televisão, internet, livros, informação técnica específica ao alcance de um carregar de botão de um telemóvel, sempre ligado e disponível em qualquer lugar, permite responder a uma necessidade compulsiva de desejo de gratificação imediata. Esta necessidade tenta pôr de lado o desconhecido, permitindo lidar com a experiência nova e adaptar-se a ela, (Urden, Stacy e Loughl, 2008).

Como profissionais de saúde, é nosso dever ajudar o doente e família a recolher informação e a adquirir competências de auto-cuidado, de modo a conseguir a melhor qualidade de vida possível.

A passagem de um paradigma da categorização (em que os cuidados eram orientados para a doença) ou paradigma de integração (cuidados direccionados para a saúde das pessoas em todas as suas dimensões), evoluiu-se para um paradigma da transformação, que nos demonstra a abertura ao mundo, em que o cuidado é dirigido ao bem-estar da pessoa, tal como ela a define, englobando a pessoa e a família no desenvolvimento das suas potencialidades, reconhecendo os seus valores culturais, as suas crenças, as suas convicções.

O paradigma da transformação é a base de apoio para o desenvolvimento deste projecto que encara a família como parceira no planeamento, na decisão dos cuidados, na UCI, ou seja, um plano de cuidados educacionais em colaboração, bem organizado e orientado para as necessidades, é essencial para melhorar os resultados de saúde e diminuir os tempos de internamento,(Urden, Stacy e Loughl, 2008).

O envolvimento da família durante o internamento aumenta o seu grau de satisfação, assim como o dos profissionais, permite quebrar mitos e preconceitos que existem sobre as UCI, promovem o serviço e a instituição, e permitem o desenvolvimento de uma prática de enfermagem avançada e não somente uma prática avançada de enfermagem.

3.1-Objectivos

Este projecto tem como objectivos:

- Envolver o familiar cuidador no processo de cuidados, reforçando as suas competências no cuidar, diminuindo ansiedade;
- Aumentar o grau de satisfação dos utentes face aos cuidados prestados e informações disponibilizadas;

- Aumentar o grau de satisfação dos profissionais de saúde;
- Promover o serviço e a instituição.

3.2-Metas

1-Reunir com o chefe de equipa de enfermagem da unidade cuidados intensivos polivalentes discutindo aspectos sobre o projecto de inserção da família como parceira de cuidados.



Aprovação ou não

2-Identificar as necessidades sentidas pelos familiares, através de entrevistas informais.



3-Aprofundamento teórico e realização de projecto a implementar pelos enfermeiros da unidade de cuidados intensivos polivalente.



4-Conhecimento do projecto por parte da equipa de enfermagem através da realização de uma acção de formação.



Aprovação ou não

5-Implementação do projecto com a realização das actividades propostas.



6-Avaliação

(Consultar anexo I)

3.3-Destinatários

Doentes e respectivos familiares que estejam internados nos cuidados Intensivos polivalente no Hospital São Teotónio de Visu, E.P.E.

3.4-Metodologia

A metodologia utilizada na realização deste projecto é descritiva com revisão bibliográfica, assim como a realização de entrevistas informais a familiares cuidadores de utentes que se encontram internados na UCIP do Hospital São Teotónio de Viseu. Esta metodologia utilizada na implementação do projecto prende-se com o cumprimento de um protocolo de actuação desde o contacto inicial/primeira visitas. Seguidamente na continuação de cuidados e terminando na transferência para um nível de cuidados diferentes.

3.5- Identificação das necessidades dos familiares

Foi colocada uma questão a 10 familiares de referência dos utentes internados durante o mês de Maio na UCIP do HSTV, E.P.E., com o objectivo de identificar as suas necessidades relacionadas com o seu envolvimento na UCIP, especialmente o familiar de referência. Foi colocada a questão: “ O que poderá ser realizado futuramente a nível de atendimento aos familiares e o seu envolvimento nos cuidados aqui na UCIP?”

Uma questão aberta que permite que os familiares se expressem sem constrangimentos, ou seja entendido como uma avaliação dos cuidados que estão a ser prestados presentemente. Os resultados obtidos serão descritos através de afirmações referidas por esses familiares de referência:

-“ Gostaria que o tempo de visita fosse alargado mas para só uma pessoa (alguém significativo para esta) mantendo o que agora está para os outros.”

-“Gostaria de fazer alguma coisa pelo meu marido”. “Colaborar em algo”.

-“Ter informação ajuda-me a ficar mais calma.”

-“Gostaria de ajudar em alguma coisa.”

-“ Só faz sentido se for útil, senão não vale a pena.”

-“Os outros dentro do horário normal”.

-“Gosto do atendimento, não mudava nada.”

-“Só uma pessoa de referência.”

-“Estou dependente da atenção que nos dão.”

-“As explicações são muito importantes para mim”.

-“É reconfortante estar presente”.

-“Gostava de estar, saber o que se faz”.

Desta forma, existe uma maioria de familiares que defendem:

A1- “ Informação constante e diálogo aberto.”

A2- “Estar envolvido nas actividades possíveis”.

A3- “Maior tempo de permanência do familiar de referência”.

3.6-Actividades a implementar

É importante definir estratégias que se podem implementar para facilitar a integração da família, de acordo com as necessidades referidas pelos familiares:

A1- “ Informação constante e diálogo aberto.”

- Dirigir-se ao doente/família pelo nome;
- Afirmar, com clareza, o objectivo do encontro educativo;
- Manter o contacto visual durante o encontro;
- Manter o encontro breve e directo ao ponto;
- Realizar reforço positivo;
- Mostrar empatia e preocupação.
- Ouvir activamente e reconhecer as experiências de vida e ideias;
- Utilizar linguagem e comunicação não verbal que reforce a escolha e promova a resolução de problemas;
- Reduzir a linguagem controladora, crítica, que implique julgamento ou punição;
- Explicar os fundamentos para os comportamentos de auto cuidado: a importância de modificar o estilo de vida;
- Demonstrar disponibilidade para esclarecimento de qualquer dúvida;
- Realização de entrevistas informais a familiares no sentido de identificar necessidades e melhorar integração destes na equipa de cuidados;
- Realização de panfletos explicativos da dinâmica da unidade;
- Ensino direccionado, mediante protocolo instituído.

A2- “Estar envolvido nas actividades possíveis”.

Fase	Necessidades Educacionais
1-Contacto inicial / primeira visita.	<ul style="list-style-type: none"> • Preparação para a visita: explicar o que esperar no ambiente, quanto tempo dura a visita, como o doente se apresenta (por exemplo tubos, linhas intravenosas). • Orientação para a unidade/ambiente, luzes de chamada, controlo da cama, salas de espera, números de contacto da unidade. • Orientação para as políticas da unidade e do hospital. • Orientação para o equipamento, oxímetros de pulso, ventilação, medicamentos, indicações e efeitos secundários. • O que fazer durante a visita: falar com doente, promover o toque, interacção. • Hemodinâmica do doente estável ou instável e significado da terminologia. • Que tratamentos e intervenções estão a ser realizados. • Procedimentos esperados. • Horário das informações médicas. • Plano de cuidados para as vinte e quatro horas seguintes.
2-Continuação dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Dinâmica diária: refeições, visita médica, frequência das monitorizações, avaliações de enfermagem, peso diário e rotinas de turnos. • Explicação de todos os procedimentos: sensações ou desconfortos inesperados (por exemplo: remoção de drenos, de linha arterial, de cateteres, etc.) • Plano de cuidados: tratamentos, evolução, o que o doente alcançou (por exemplo extubação) • Medicamentos: nome, por que é tomado, efeitos secundários • Processo de doença: o que é e como afecta a vida • Como mobilizar recursos para ajudar o doente/ família a lidar com o stress e a crise, assistência religiosa, assistentes sociais, assistência á vítima.

<p>3-Transferência para um nível de cuidados diferente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer que é positivo sair dos Cuidados Intensivos. • Quando e o porquê da transferência. • O que esperar na outra unidade. • Horário de visitas. • Orientação para o ambiente. • Dinâmica da unidade, alterações dos turnos das refeições, visitas médicas. • Expectativas de auto-cuidado. • Medicação e exames de diagnóstico de rotina.
--	--

Este protocolo de actuação permite que o familiar de referência se mantenha envolvido, informado e possa participar em alguma actividade (ex. posicionamentos, massagem, toque terapêutico, alimentação do familiar, etc.)

A3- “Maior tempo de permanência do familiar de referência”.

Alargamento do tempo de visita para o familiar de referência ou familiar cuidador, perante as expectativas da família, no sentido de uma maior disponibilidade para cumprir o protocolo prescrito, permitindo desenvolver uma relação de confiança com a equipa.

3.7-Indicadores de avaliação

Avaliação do grau de satisfação da família.

A avaliação da satisfação da família deve ser realizada mediante escala de satisfação a utentes de forma anónima.

Pode-se aplicar também um questionário, conforme foi aplicado num estudo referenciado por Neves [et al] (2009), para avaliação do índice de satisfação dos familiares em cuidados intensivos. Dele constavam algumas destas questões:

1. Sente que está a ser prestado o melhor cuidado possível ao doente?
2. Sente interesse por parte dos funcionários do hospital em relação ao doente?
3. As explicações dadas sobre a condição clínica do doente são transmitidas de forma clara?

4. Sente que as informações dadas sobre o doente foram honestas?
5. Entende o que está a acontecer com o doente e o porquê de as coisas estarem a ser feitas?
6. As pessoas que trabalham na UCI têm sido amáveis?
7. Alguém da UCI demonstrou interesse em saber como você se esta a sentir?
8. Acredita que alguém o iria contactar se houvesse qualquer mudança significativa na condição clínica do doente?
9. Os funcionários do hospital explicaram-lhe como é que os equipamentos estão a ser usados?
10. Está satisfeito com o cuidado médico que o doente recebe?
11. Sente-se confortável quando visita o seu familiar na unidade?
12. A sala de espera é confortável?
13. Sente-se só e isolado na sala de espera?

Avaliação do grau de satisfação dos profissionais do serviço.

Deve também ser realizada avaliação do grau de satisfação dos profissionais do serviço, com um espaço aberto para sugestões valorizando o papel de todos os intervenientes.

Diminuição do número de reclamações.

Redução do número de conflitos entre equipa e familiares.

4-Conclusão

A família como parceira de cuidados numa unidade de cuidados intensivos constitui um desafio, mas sobretudo uma necessidade com a transformação do paradigma de cuidados.

Envolver a família nos cuidados, participar activamente nas decisões a tomar, desenvolver uma relação de confiança e respeitar a sua singularidade, cultura e crenças, permite atingir objectivos, aumentar o seu grau de satisfação, assim como o dos profissionais. Permite quebrar mitos e preconceitos que existem sobre as unidades de cuidados intensivos, promovem o serviço e a instituição, e permitem o desenvolvimento de uma prática de enfermagem avançada e não somente uma prática avançada de enfermagem.

Nesta perspectiva, cabe aos enfermeiros como actores comprometidos na acção, reflectir sobre as suas práticas e introduzir medidas que contribuam para a inclusão do familiar cuidador como parte integrante da equipa de saúde, surgindo este projecto como uma resposta a essas necessidades.

Referências bibliográficas

Figueiredo, N. ed.lit. e Vieira, A. ed.lit.. 2006.Emergencia: Atendimento e cuidados de enfermagem. Yendis Editora, São Paulo, 304 pps.

Marques, R., Silva, M. e Maia, F.. 2009.Comunicação entre profissional de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. Revista de enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, 17: 91-95.

Morton, Patrícia [et al]. 2007. Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística. 8ª Edição, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1389pps.

Nascimento, A. [et al.] 2007. Limites e possibilidades da permanência de familiares em unidade de terapia intensiva. Cogitare Enfermagem, 60:446-451.

Neves, F.[et al.]. 2009.“Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva.”Disponível: www.scielo.br/scielo.php?507X2009000100005 [Data da visita:5/15/10].

Ordem dos enfermeiros.2002. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Divulgar, 32:16.

Phaneuf, M.. 2005.Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusodidacta, Loures, 668pps.

Soares, M.. 2007. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 19:481-484.

Urden, L., Stacy, K. e Lough, M.. 2008. Enfermagem de cuidados intensivos: diagnostico e intervenção, 5ªEdição. Lusociência, Loures, 1265pps.

Wallau, R. [et al]. 2006.Qualidade e Humanização do Atendimento em Medicina Intensiva. Qual a Visão dos Familiares? Revista Brasileira Terapia Intensiva, 18:45-51.

ANEXO

ANEXO I

Cronograma de actividades

Cronograma de actividades

Data Metas	De 28 de Abril de 2010 a 30 de Maio de 2011	
Reunir com o chefe de equipa de enfermagem da Unidade cuidados Intensivos Polivalente	28 de Abril de 2010	14 de Junho de 2010
Identificar as necessidades sentidas pelos familiares	De 28 de Abril de 2010 a 31 de Julho de 2010	
Aprofundamento teórico e realização de projecto a implementar	De 01 de Junho de 2010 a 13 de Junho de 2010	
Conhecimento do projecto por parte da equipa de enfermagem através de acção de formação.	22 de Junho de 2010	
Implementação do projecto	Início 31 de Julho de 2010.	
Avaliação	30 de Maio de 2011	



Anexo V

Trabalho de revisão com o tema: "Satisfação do doente: Contacto com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência"



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS – VISEU

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA

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

Carla Gomes

Daniela Ferreira

WISEU, Novembro 2010



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS – VISEU

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 Gomes

Daniela Ferreira

Sob orientação de : Mestre Patrícia Coelho

VISEU, Novembro 2010

Lista de siglas e abreviaturas

SNS- Sistema Nacional de Saúde

SU- Serviço de Urgência

Índice	Pág.
1-Introdução	6
2-Serviço de urgência	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
3-Triagem de Manchester	12
3.1-Triagem no serviço de urgência	12
3.2- Sistema de triagem de Manchester	14
4-Comunicação enfermeiro/ doente no serviço de urgência	16
4.1- A comunicação e a prática de enfermagem	16
4.2- Satisfação dos doentes	18
5-Opções metodológicas do estudo	20
5.1-Objectivo do estudo	20
5.2. - Caracterização geral dos sujeitos da amostra	21
5.3- Modo de investigação e procedimentos adoptados	21
6-Avaliação dos resultados	23
6.1- Apresentação dos resultados	23
6.2- Análise e interpretação crítica dos resultados	27
7-Conclusão	29
Referências bibliográficas	30
Anexos	
Anexo I- 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 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"; 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.

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 as ocorrências de emergência que 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 referência hospitalar para instituições com a diferenciação suficiente para um atendimento correcto sob o ponto de vista científico e técnico.

Assim neste âmbito, surgiu a 14 de Novembro de 2001, a Rede de Referência 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 pretende 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 tem vindo a verificar-se é um super-povoamento 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 (2001) entre as quais: a não necessidade de marcação de consulta, serviço útil para doentes de poucos recursos económicos, possibilita o 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 e coordenação, 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. A este respeito, Sheehy (2001) refere 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 lesões mais graves.

A enfermagem moderna, de acordo com Potter e Perry (2006), 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

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 particularidades intrínsecas à intensidade do trabalho físico e mental, à 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, 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.

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 efectuada 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 (EMTALA), 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. 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 optimizado quando realizado por enfermeiros, na medida em que estes profissionais apresentam uma melhor visão do conjunto. Além destas vantagens, Ponce e Teixeira (2006) apontam 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 dos mesmos.

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. Os mesmos autores, consideram 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.

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 como é 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, 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. 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.

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.

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.

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, 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, 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 também 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.

Actualmente para se proceder à triagem dos doentes, encontra-se em vigor o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester no Serviço de Urgência, instituído em Junho de 2003.

3.2- Sistema de triagem de Manchester

O sistema de triagem de Manchester foi 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, (Ponce e 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 a realização do processo de triagem é essencial que o enfermeiro seja dotado de uma capacidade resistente de tomada de decisão, 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 execução, 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, (Ponce e Teixeira 2006) permitindo identificar atempadamente e, de forma objectiva e contínua, o doente que necessita de cuidados urgentes.

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, (Ponce e 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).



<u>COR</u>	<u>SITUAÇÃO</u>
Vermelho	EMERGENTE
Laranja	MUITO URGENTE
Amarelo	URGENTE
Verde	POUCO URGENTE
Azul	NÃO URGENTE

Legenda: Sistema de cores correspondente ao funcionamento da Triagem de Manchester, disponível em: 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).

Os profissionais de enfermagem e, principalmente os que exercem a sua profissão num SU, têm de enfrentar inúmeras circunstâncias 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-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.

Torna-se 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.

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. 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.

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.

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 percepção a realidade que o rodeia, sendo esta percepção, na maior parte das vezes, em função do que lhes é significativo e importante.

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.

O facto do Sistema de Triagem de Manchester constituir instrumento da prática diária de cuidados de enfermagem, é portanto motivo de interesse pessoal, e 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.

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.

6– Avaliação dos resultados

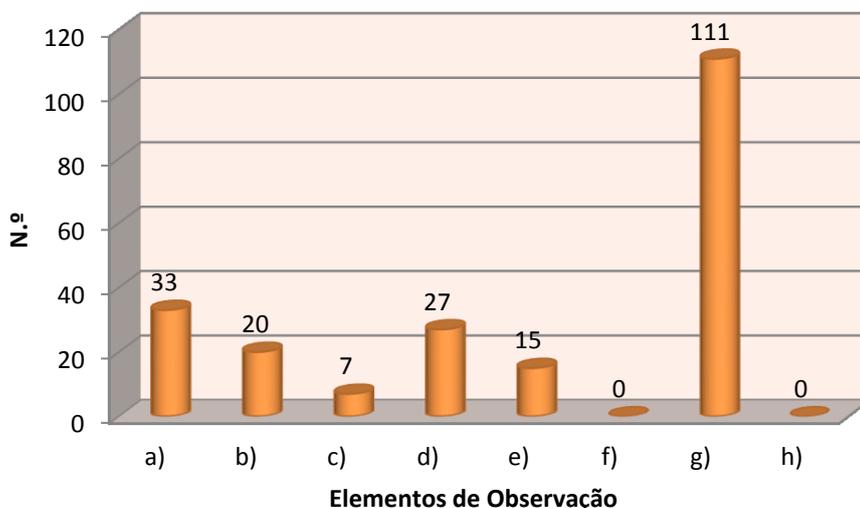
Neste capítulo procede-se à avaliação, análise e discussão dos resultados obtidos através das grelhas de observação.

6.1 - Apresentação dos resultados

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

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 (ex. dor torácica/ “dor no peito”) e existência de outros focos de dor	111
h)	Procura de uma ambulância no transporte ao hospital, simulando terem sido transportados nela	0

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



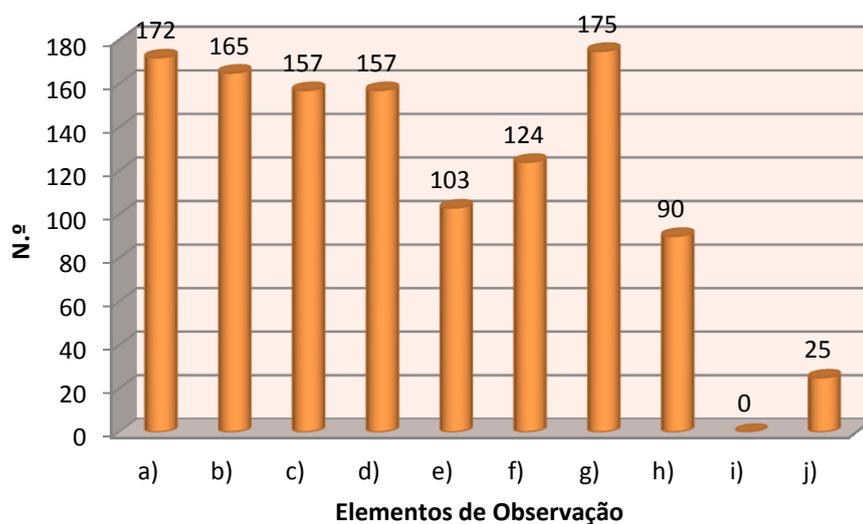
De acordo com os elementos presentes na Tabela e Gráfico 1, verifica-se que mais de metade dos doentes observados (n= 111) manifesta intensificação da dor ou dores especialmente localizadas (ex. dor torácica/ “dor no peito”). Um número consideravelmente reduzido de doentes (n= 7) simula lipotimia/ “desmaio” 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 Sistema de Triagem de Manchester como contributo para a satisfação dos doentes

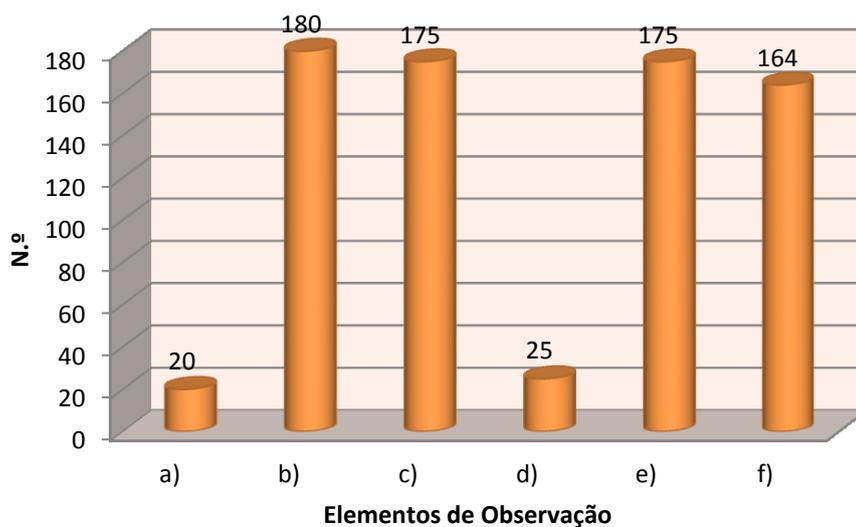


Segundo os dados apresentados na Tabela e Gráfico 2, observa-se que apenas uma pequena parte dos doentes (n=25) considera que a implementação do sistema de Triagem de Manchester contribui para a sua satisfação. Em grande parte das observações, os doentes foram adequadamente recebidos pelo enfermeiro 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 e a disponibilidade para os ouvir e as explicações proporcionadas acerca dos procedimentos efectuados.

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 Ponce e 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.

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 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.

Constituiu para nós uma experiência bastante enriquecedora, uma vez que, permitiu desenvolver competências e saberes na área de investigação, obrigando-nos a manifestar uma atitude crítico-reflexiva acerca da actual situação do SNS, 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, 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.

Referências bibliográficas

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

Canário, R.. 2000. Educação de Adultos. Um campo e uma problemática. Educa, Lisboa.

Derlet, R.. 2003. "Triage" Disponível: www.emedicine.com/emerg/topic670.htm) [Data da visita: 11 /11/10].

Fortin, M. 2003. O Processo de Investigação: Da concepção à realização. Lusociência, Lisboa

Gomes, C.. 2008. Contacto com o Enfermeiro da Triage do Serviço de Urgência: Satisfação do Utente. [obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem]. Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima. 117 pp. Disponível: Universidade Fernando Pessoa.

Grupo português de triagem de Manchester. 2002. Triage no Serviço de Urgência – Manual do Formando. 2.ª Edição BMJ Publishing Group, Lisboa.

Ministério da saúde/Hospital Reynaldo dos Santos. 2010. "Sistema de cores correspondente ao funcionamento da triagem de Manchester". Disponível: www.hvfxira.min-saude.pt/bS_triagem.html [Data da visita: 11/20/10]

Ministério da saúde. 2007. "Comissão técnica de apoio do processo de requalificação das urgências" Disponível: www.portaldasauade.pt/NR/.../CTAPRUcomunicado022007.pdf [Data da visita: 11/22/10].

Neto, A., [et al.]. 2003. Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência. Servir, 51.

Ordem dos enfermeiros. 2005. "Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem".

Disponível: www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf [Data da visita: 11/14/10].

Polit, D. e Hungler, B.. 2004. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3ª Edição. Artes Médicas.

Porto Alegre.

Ponce, P. e Teixeira, J.(2006). Manual de Urgências e Emergências. Lidel, Lousã, 343 pps.

Potter, P. e Perry, A. 2006. Fundamentos de enfermagem. 6ª Edição. Elsevier, Rio de Janeiro, 1976 pps.

Riley, J. 2004. Comunicação em enfermagem, 4ª Edição. Lusociencia, Loures, 480pps.

Russo, F. 2003. Gestão em Odontologia. Lovise, São Paulo.

Sheehy, S.. 2001. Enfermagem de urgência: da teoria à prática. 4ª Edição. Lusodidacta, Loures, 877pps.

Vala, J.. 2001. A análise de conteúdo. In: Metodologia das Ciências Sociais. (Santos, A. e Pinto, J. orgs), Afrontamento, Porto.

Vaz-Freixo, M.. 2009. Metodologia Científica – Fundamentos Métodos e Técnicas. Instituto Piaget, Lisboa.

Anexos

Anexo I

Grelha de observação

Nº Observação:

Data: ____/____/2010

Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional das Beiras
Instituto de Ciências de Saúde
Grelha de Observação Participante

Situação a Observar: Satisfação do doente: Contacto com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência

Estágio: Serviço de Urgência – Unidade de Vila Real

Tópicos Gerais de Observação	Elementos Específicos Observação		Não Verificado	Verificado	Observação
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 Utentes relativamente ao contacto com o Enfermeiro na Triagem			
3. Comunicação entre o profissional de saúde/ doente durante a triagem	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

Estudo de caso com o tema: “Doente com sépsis”

Estudo de caso

Doente com sépsis

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 com patologia de sépsis, visto tratar-se de um diagnóstico com que nos deparamos frequentemente neste serviço, pretendendo assim adquirir mais conhecimentos.

1-Fisiopatologia

O conceito de sépsis é impreciso e as definições actuais são fruto de consensos estabelecidos por peritos. Durante muito tempo, diferentes autores usaram termos como sépsis, septicemia, bacteriemia de forma indistinta e outros designaram entidades clínicas idênticas com nomes diferentes.

Ciente desta impressão de definições e de conceitos, o American College of Chest Physicians e a Society of Critical Care Medicine organizaram em 1991 uma “Conferencia de Consenso”, com o objectivo de criar um conceito, com aplicação prática, que permita definir e caracterizar a resposta do organismo à infecção. Esta resposta exprime-se por um continuo de manifestações clínicas que permitem identificar os doentes com sépsis e inclui disfunções de órgãos associadas, (Azevedo, Pizzo e Zigaib, 2008).

Desde então os termos SIRS (síndrome da resposta inflamatória sistémica) e SEPSIS passaram a fazer parte definitivamente do vocabulário médico enquanto que os termos previamente usados de septicemia e síndrome séptico foram abandonados. Assim SIRS é o conjunto de manifestações sistémicas que traduzem a resposta sistémica do organismo à inflamação, **sépsis** é a SIRS provocada por uma infecção, **sépsis grave** é a sépsis com disfunção de órgãos associados e **choque séptico** é uma sépsis grave, que cursa com hipotensão, e que persiste mesmo depois de feita reposição de volume vascular adequada.

As principais origens das septicemias adquiridas fora do hospital são urinárias, pulmonares e digestivas. No hospital (infecção nosocomiais) os cateteres estão igualmente em causa.

O número de casos é de várias dezenas de milhar por ano, de entre os quais 2/3 sobrevivem (em pacientes hospitalizados). A mortalidade é elevada. Embora 1/3 das mortes ocorra nas primeiras 48 horas após o estabelecimento dos sinais e sintomas, a morte pode acontecer após 14 dias ou mais.

As mortes tardias devem-se, sobretudo, à infecção mal controlada, complicações da terapêutica intensiva ou falência multiorgânica.

1.1- Abordagem terapêutica

A sépsis pode matar rapidamente, em virtude disso o seu controlo exige medidas urgentes para tratar a infecção localizada. O resultado também é influenciado pela doença básica do doente que deverá ser agressivamente tratada.

Assim devem ser instituídas medidas de suporte nutricional, logo que possível. De acordo com o Manual do curso da sépsis e infecção grave para enfermeiros (2010), a monitorização da disfunção cardio-circulatória, tem de ser articulada com a monitorização das manifestações sistémicas da sépsis:

- Avaliar e registar a temperatura central (a hipotermia central é um critério de gravidade);
- Avaliar e registar a frequência cardíaca e respiração (as variações extremas de frequência cardíaca podem precipitar ou agravar o colapso cardio-circulatorio, a taquipneia traduz esforço respiratório, aumenta o consumo de oxigénio e evidencia a tentativa de compensar podendo prenunciar a descompensação);
- Vigiar aparecimento de edemas (são imagem de marca da fase de permeabilidade capilar aumentada e implica balanço hídrico positivo);
- Hiperglicemia (manifestação inespecífica da resposta metabólica ao stress, podendo ser um dos sinais precoces de disfunção metabólica);
- Alteração da consciência (as alterações de comportamento e a depressão do nível da consciência que pode chegar ao coma são sinais graves de precoces de hipoperfusão cerebral que têm de ser monitorizadas com sensibilidade);
- Oligúria aguda, 0,5ml/kg/h(a redução da diurese é indicador precoce da hipoperfusão, que se não for revertida em tempo oportuno pode evoluir para insuficiência renal);
- Hipotensão (a pressão arterial sistémica é o principal indicador da eficácia cardio-circulatoria com o objectivo de conseguir: sistolica > 90mmHg, média > 70mmHg ou próxima do valor normal para a idade);
- SPO2 <70% (é indicador de aumento da extracção de O2 a nível celular o que quer dizer que o debito de O2 baixa para as necessidades desses tecidos).

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 3-11-2010, vindo referenciado do Centro de Saúde por vómitos incoercíveis, hipotensão e picos febris com 1 dia de evolução. Após avaliação clínica, foi feito o diagnóstico médico de sépsis.

A minha escolha por este doente, deveu-se á complexidade da patologia a ele associada, e também pelo carinho manifestado pela sua família aquando da sua admissão neste Serviço de Urgência, ficando bastante sensibilizada. Assim penso que seja uma óptima 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 J.R é um doente de 78 anos, sexo masculino, raça caucasiana, casado e pai de 3 filhos. Possui o 4º ano de escolaridade. É natural de Chaves, residente num Lar de 3ª idade. Doente de estatura média, com o cabelo curto e matizado pela idade.

Medicação habitual

Omeprazol 20mg/dia, Furosemida 40mg/dia, Digoxina 1xdia excepto ao Domingo, Lisinopril 2,5 mg/dia, Ácido acetilsalicílico 100mg ao almoço, Vitaminas do complexo B 1 por dia.

Na admissão apresentava-se:

Consciente, orientado no espaço, mas com desorientação no tempo, colaborante dentro das suas possibilidades.

Olhos: Castanhos, apresenta diminuição da acuidade visual.

Ouvidos: Apresenta acuidade auditiva.

Nariz: A sua função respiratória encontra-se alterada (faz O2 por ventimask a 35%). Sem o qual as suas saturações descem para níveis de 80%.

Boca: Apresenta lábios simétricos, sem escoriações, dentição incompleta.

Tórax: Simétrico sem alterações visíveis.

Abdómen: Mole e depressível, sem queixa à palpação.

Membros superiores: Pele íntegra, seca e corada. Unhas cuidadas.

Membros inferiores: Simétricos, sem cicatrizes, varizes ou edemas evidentes.

Sistema sensorial: Apresenta uma ligeira hemiparesia à direita do corpo.

Sistema cardiovascular: Na hora desta colheita de dados apresenta um pulso radial de 59 batimentos por minuto e uma TA de 74/51 mmhg.

Sistema respiratório: Frequência respiratória de 34 ciclos incompletos e irregulares.

Temperatura corporal: 35,4°C.

Sistema Gastrointestinal: Presença de fralda com regularidade de trânsito intestinal.

Sistema Gênero-urinário: Encontra-se algaliado com sonda vesical nº 18, foley, com baixo débito urinário.

Antecedentes pessoais

Os registos mais significativos de doenças anteriores são, portador de Pacemaker, insuficiência cardíaca congestiva, trombocitopenia e derrame pleural crónico, feito estudo de derrame mas foi inconclusivo, complicado por hemotorax iatrogenico secundário a biopsia pleural, na sequência do qual o doente foi transferido para o serviço de cirurgia torácica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, onde foi submetido a toracotomia exploradora no dia 1/5/2010, com resolução do quadro.

Motivo de internamento:

Foi enviado ao Serviço de Urgência por vômitos incoercíveis, picos febris e hipotensão. Emagrecido, sem registo de perdas de hemáticas, debilidade e cansaço geral. Apresenta olhar distante, refere visão turva e tonturas. Verificada hipoglicemia.

Exames Laboratoriais: Hb 8.6g/dl, Leucócitos 9.4×10^9 /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.

Gasimetria arterial: Ph 7.38, Pco2 37 mmhg, Po2 50 mmhg, Hco3 22.7 mmol/l, Sato2 84%, Lactatos 1,4 mmol/l. Desta leitura constata-se que apresenta uma hipoxemia: Po2 50 mmhg e Sato2 de 84%.

2.1- Plano de cuidados

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 [et al], 2007).

O processo de enfermagem é um modelo de decisão sistemático que é cíclico, não linear. Dele faz parte o diagnóstico de enfermagem, que é de acordo com (Morton [et al], 2007), um processo dinâmico de pensamento que leva a uma hipótese para explicar os estádios e o raciocínio diagnóstico. Assim como as intervenções de enfermagem que de acordo com o mesmo autor constituem a abordagem ao tratamento de um problema identificado, estas intervenções são seleccionadas no sentido de atingir os critérios dos resultados e evitar ou resolver os diagnósticos de enfermagem.

Como última etapa faz parte a avaliação de resultados, esta fase de avaliação com as actividades que lhe são inerentes é talvez a dimensão mais importante do processo.

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

Foco	Diagnostico	Resultados Esperados	Intervenções	Resultados obtidos
Infecção (3/11/10)	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 3/11/10 com sonda tipo foley, calibre 18. Após algaliação apresentava urina muito concentrada, com débito urinário nas primeiras 2 horas de 50ml.
			Realizar recolha de urina para exame bacteriológico	Resultados analíticos de urina (3/11/10): <ul style="list-style-type: none"> • Algumas células epiteliais • Raros leucócitos • Raros eritrócitos
			Vigiar características da urina Hidratar o doente	Características da drenagem vesical sem sinais de hematuria Apresenta urina de cor amarelada, com sedimento urinário (4/11/10)
			. Vigiar permeabilidade da sonda vesical	Apresenta a 5/11/10 perdas de urina extra algália, foi feita lavagem vesical, com saída de urina concentrada, ficando depois a drenar urina límpida

Infecção (3/11/10)	Risco de infecção relacionado com presença de cateter vesical	Que o doente não apresente sinais de infecção relacionados com cateterismo vesical	Avaliar temperatura axilar de 4/4 horas	. Apresenta temperatura axilar às 18 horas: <ul style="list-style-type: none"> • 3/11/10 -35,5°C • 4/11/10 -36°C • 5/11/10-36,4
			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.

Foco	Diagnostico	Resultados Esperados	Intervenções	Resultados obtidos
Respiração (3/11/10)	Alteração da função respiratória	Que o doente não apresente sinais de dificuldade respiratória e os valores de SPO2 se mantenham dentro dos valores normais	<p>Avaliar sinais de dificuldade respiratória</p> <p>Vigiar a coloração da pele e mucosas</p> <p>Elevar cabeceira do leito a 45°</p>	Colocado leito a 45° e mascara de O2, por apresentar valores de SPO2 periférica de 80%, dispneico, cianose labial e polipneico
			<p>Monitorizar o doente para avaliar valores de SPO2</p> <p>Colocar O2 em curso por ventimask a 31%</p>	Realizada gasimetria. Apresentava valores de PO2 de 50, PCO2 37 e SATO2 84%
			Vigiar presença e características das secreções	Apresenta secreções mucopurulentas, em quantidade abundante
			<p>Incentivar o doente a expectorar</p> <p>Aspirar secreções</p>	O doente não apresenta reflexo de tosse eficaz

Respiração (3/11/10)	Alteração da função respiratória	Que o doente não apresente sinais de dificuldade respiratória e os valores de SPO2 se mantenham dentro dos valores normais	Fazer nebulização com “combivent” de 6/6 horas Colher expectoração para análise	Feita aspiração de secreções 3/11/10 e posterior nebulização, de acordo com prescrição médica Feita colheita de expectoração para bacteriologia, em 3 amostras e enviada para laboratório
			Conectar o doente a prótese ventilatória não invasiva	Foi conectado ao BIPAP por se encontrar muito dispneico, extremidades com sinais de hipoperfusão

Foco	Diagnostico	Resultados Esperados	Intervenções	Resultados obtidos
Nutrição (3/11/10)	Incapacidade em deglutir	Que o doente seja alimentado dentro das suas necessidades, mantendo um bom estado nutricional	Tentar alimentar via oral o doente	O doente encontra-se muito prostrado, não sendo possível alimentar oralmente a 3/11/1
			Entubar com sonda nasogastrica	Foi colocada sonda nasogastrica nº18 para alimentação
			Substituir adesivo de fixação de sonda diariamente e em SOS	Verificada a integridade da pele do nariz devido `a presença da sonda, uma vez por dia, no turno da manhã aquando da prestação dos cuidados de higiene. No dia 4/11/10 apresenta pele íntegra
			Verificar a permeabilidade da sonda uma vez por turno	Apresenta sonda permeável 4/11/10

Nutrição (3/11/10)	Incapacidade em deglutir	Que o doente seja alimentado dentro das suas necessidades, mantendo um bom estado nutricional	Verificar conteúdo gástrico antes da alimentação	No dia 5/11/10 pelas 9horas não apresentava conteúdo gástrico, foi alimentado na totalidade da dieta
			Monitorizar conteúdo gástrico e registar volume e suas características	Verificava-se antes da administração de alimentos ou medicação a tolerância alimentar, através da aspiração do conteúdo alimentar. Acabando por não tolerar a alimentação, a 4/11/10-140ml, conteúdo alimentar.
			Controlar o equilíbrio hidroelectrolitico	Feita colheita de sangue para análise a 5/11/10, apresenta ureia- 60, creatinina- 2, sódio 133, potássio 4,1.

Referências bibliográficas

Ackley, B. e Ladwig, G. 2007. Manual de diagnóstico de enfermagem: guia para a planificação de cuidados. 7ª Edição. Elsevier, Madrid, 1376pp.

Azevedo, L., Pizzo, V. e Zigaib, R. 2008. Sepsis e choque séptico. pp. 201-206. In: Pronto-socorro: diagnóstico e tratamento em emergências. (Martins, H. ed., Damasceno, M. ed. e Awada, S., ed), Manole, São Paulo.

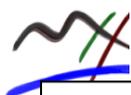
Morton, P. [et al]. 2007. Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística. 8ª Edição, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1389pp.

Reanima. 2010 "Manual do curso de sépsis e infecção grave para enfermeiros". Disponível: [http:// www.reanima.pt/manual](http://www.reanima.pt/manual) curso sépsis infecção grave para enfermeiros. [Data da visita: 11/8/2010].



Anexo VII

Carta de registo de Intervenções de Enfermagem para o Serviço de Urgência



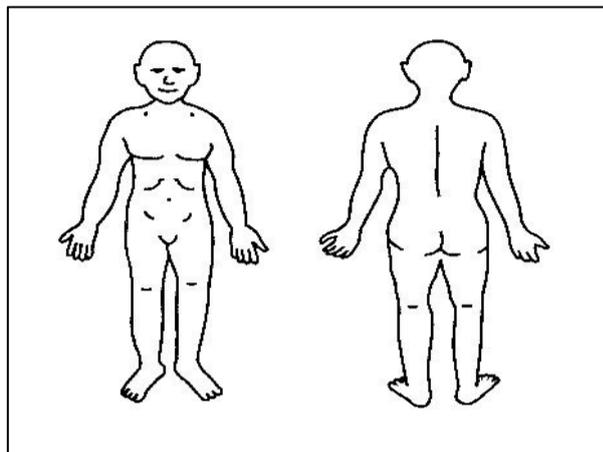
Carta de Registo de Intervenções de Enfermagem

Serviço de Urgência

Identificação

Resumo da Situação:

Localização da Ferida



OBSERVAÇÕES

Tipo de Lesão:

Ferida Cirúrgica

Sutura com ____ pontos

Com Deiscência

Local inserção Dreno / Catéter

Penso Realizado com:

Vacina Anti-Tetânica:

Sim

Não

Imunoglobulina Anti-Tetânica lote _____

Ferida Traumática:

Escoriação

Contusão

Laceração

Perfurante

Incisa

Cortante

Queimadura

Esfacelo

Outros: _____

Outros procedimentos:

Sonda Nasogástrica:

Calibre: _____

Tipo: _____

Sonda Vesical:

Calibre: _____

Tipo: _____

Lavagem vesical:

Outros:

Indicações para o domicílio:

Realgaliar:

data: ___/___/___

Realizar penso

data: ___/___/___

Reentubar:

data: ___/___/___

Retira pontos a partir de

data: ___/___/___



Anexo VIII

Estudo de caso com o tema:

“Doente submetido a colocação de prótese total do joelho”

Estudo de caso

Doente submetido a colocação de prótese total do joelho

O estudo de caso é um trabalho que se pretende realizar para aprofundar conhecimentos sobre determinado assunto. 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 proponho-me a abordar uma doente internada no serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro desde o dia 7-1-2011. Deu entrada neste dia para intervenção cirúrgica a 8-1-2011, com o diagnóstico de Gonartrose bilateral para colocação de prótese do joelho direito.

A minha escolha por esta doente, deveu-se ao facto de ser uma doente que sempre revelou uma grande ansiedade e angústia em relação à intervenção cirúrgica. Despertou-me a atenção do facto de revelar à entrada da sala de operações que tinha necessariamente de ficar boa. Esta doente foi intervencionada sob efeito de raquianestesia, tendo permanecido sendo desperta e comunicativa durante a intervenção. No final da cirurgia referiu que o joelho esquerdo também necessitava de uma prótese ficando toda a equipa maravilhada com a sua atitude.

No dia seguinte dirigi-me à enfermaria para tentar compreender melhor a sua situação familiar. Reparei que se encontrava com fácies de dor mas não manifestou queixas álgicas com receio de ter de permanecer mais tempo no hospital por isso. Esta doente vive com o marido de 80 anos e com um filho de 36anos, que se encontra totalmente dependente dos pais. Tem mais 8 filhos mas também não pode contar com a sua ajuda. Esta família sobre vive essencialmente das colheitas da agricultura e da pequena reforma que recebem.

O principal receio desta doente era o facto de não poder voltar a andar para efectuar as actividades domésticas e do campo. Referiu-me também que um enfermeiro lhe tinha dito para arranjar outra canadiana sendo indispensável para efectuar levante, mas ela não sabia como haveria de a obter, também lhe tinham dado a possibilidade de após alta hospitalar ingressar numa Unidade de Cuidados Continuados para assim poder ir para casa totalmente independente nas actividades de vida diárias. Mas ela recusou referindo que não podia estar tanto tempo ausente de casa. Posto isto contactei o serviço social do hospital para lhe dar conhecimento da situação e saber o que se poderia fazer. Posteriormente foi-me comunicado que esta senhora foi para a Unidade de Cuidados Continuados de Tarouca, que se trata de uma unidade de curta duração, e ao marido e filho durante este tempo foi-lhe prestado apoio domiciliário através da APITIL. (Associação pela Infância e Terceira Idade de Lamego).

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.

1- Colheita de dados

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 da doente e também através de conversas com a própria doente.

Dados pessoais: Doente do sexo feminino, com o nome de M.J.O., 77anos, casada, tem 9 filhos, é reformada, vive com o marido e com um filho de 36 anos.

Motivo de internamento: Gonartrose bilateral para colocação de prótese do joelho direito.

História clínica: Doente com problemas de artroses desde há vários anos, proposta para cirurgia mas nunca aceitou devido ao receio de correr mal.

Na admissão apresentava-se:

- Consciente, orientada, colaborante, mas bastante ansiosa em relação ao internamento, fazia-se acompanhar pela filha e pelo marido
- Pele seca
- Membros sem edemas
- Em ventilação espontânea
- Deambula com auxílio de uma canadiana

Antecedentes pessoais: É o primeiro internamento, diabética há cerca de 5 anos controlada com antidiabéticos orais, hipertensa e hipercolesterolemia, tem artroses, apresenta diminuição da acuidade visual, usa óculos.

Medicação habitual: Furosemida 40mg, Metformina 850mg, Acarbose 50mg, Calcium D, Tromalyt 150 mg, Sinvastatina, Linapor 100mg.

Antecedentes familiares: Filha com neoplasia da mama em fase de realização de quimioterapia, com fins paliativos.

Sinais vitais: No dia 5/1/2011 apresentava os seguintes sinais vitais: Frequência cardíaca 75 batimentos/minuto, Tensão arterial 135/64mmHg, Temperatura axilar 36°C, Frequência respiratória 14 ciclos/minuto, Saturação de O₂ 98%.

Alimentação: Alimentava-se de tudo um pouco, não tinha por hábito fazer dieta, embora tenha algum cuidado na ingestão de doces, nega hábitos alcoólicos, pesa 70 kg.

Eliminação: Eliminação vesical – polaquiúria devido à toma de diuréticos, eliminação intestinal - geralmente evacuava diariamente.

Exames Laboratoriais: Hemoglobina 13,07g/dl, Leucócitos 6.37×10^3 /uL, Glicose 128mg/dl, Ureia 41mg/dl, Creatinina 0,79mg/dl, Sódio 141mEq/L, Potássio 4.9 mEq/L, Gama Glutamiltransferase 23U/L, Fosfatase alcalina 154U/L, Bilirrubina total 0,36mg/dl, Bilirrubina directa 0,11mg/dl, INR 0,92.

Exames complementares de diagnóstico:

- ECG: discreto sopro aórtico
- RX tórax: sem alterações
- TAC do joelho direito: Evoluída artrose femuro-tibial externa com superfícies ósseas praticamente em apoio.

Duração da prótese

Na maioria das pessoas idosas essa substituição dura uma década ou mais. Isso proporcionará anos de vida sem dor. Os doentes mais jovens podem necessitar de uma segunda substituição total da articulação.

Posicionamento do doente

O doente é colocado em posição de decubito dorsal. É colocado garrote pneumático na raiz da coxa da perna a operar. Este garrote permite obter ao nível do membro um campo operatorio para operar ao melhor nível, vai permitir assim ganho de tempo e diminuição de sangramento (UNAIBODE, 2001). A sua utilização pode provocar o aparecimento de efeitos secundários, com consequência grave para o doente. O tempo de pressão não deve

ultrapassar 1 h a 1h,30minutos, de acordo com a sua localização, este tempo deve ser anotado no processo.

No caso da doente em estudo o garrote permaneceu insuflado durante 75 minutos, após esvaziado e retirado, avaliada condição da pele, apresentava-se sem lesões.

Encerramento

Foram colocados dois drenos aspirativos(Redivac), um em posição intra-articular outro subcutaneo. Foi feito encerramento com fio reabsorbível e com agrafos. O penso foi realizado por meio de uma ligadura e foi colocada uma tala com fins analgésicos.

Pós –operatorio

- À saída da intervenção verificou-se a ausência de lesões provocadas pela placa do bisturi eléctrico.
- Tinha em curso soro glicosado e paracetamol como analgesia.
- Os drenos são retirados após 48 horas.
- Reabilitação passiva no dia seguinte.

Recomendações

- Crioterapia – 3 a 4 vezes ao dia sem ultrapassar os 20 minutos;
- Vigiar o peso e alertar para a sua implicação na preservação da artroplastia;
- Evitar o transporte de pesos;
- Não usar saltos altos;
- Evitar actividades de risco de quedas;
- Respeitar todos os tempos da intervenção;
- Aconselhar o uso de uma bengala no caso de efectuar longos trajectos;
- Evitar levantar objetos pesados repetitivamente;
- Evitar subir escadas excessivamente;
- Manter-se saudável e activo;
- Consultar seu cirurgião antes de iniciar qualquer novo desporto ou actividade;
- Evitar qualquer tipo de actividade física que envolva movimentos rápidos,
- Não levantar ou empurrar objectos pesados;

- Não se ajoelhar;
- Evitar sentar-se em locais e cadeiras baixas, (Instituto Affonso Ferreira, 2011).

2- Plano de cuidados

O plano de cuidados de enfermagem consiste num método de trabalho sistémico, que possibilita ao enfermeiro delinear e gerir a sua actuação de forma a atingir o principal objectivo dos cuidados pós anestésicos que é assistir o doente a recuperar um nível fisiológico seguro depois da anestesia, com o mínimo de complicações e o máximo de conforto possível (AESOP, 2006). Este plano faz parte do processo de enfermagem, e 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 [et al.], 2007).

O processo de enfermagem é um modelo de decisão sistemático que é cíclico, não linear. Dele faz parte o diagnóstico de enfermagem, que é de acordo com Morton [et al.] (2007), um processo dinâmico de pensamento que leva a uma hipótese para explicar os estádios e o raciocínio diagnóstico.

Assim como as intervenções de enfermagem que de acordo com o mesmo autor constituem a abordagem ao tratamento de um problema identificado, estas intervenções são seleccionadas no sentido de atingir os critérios dos resultados e evitar ou resolver os diagnósticos de enfermagem.

Foco	Diagnostico	Resultados Esperados	Intervenções	Resultados obtidos
Equilíbrio hidro-electrolítico (8/1/11)	Alteração do equilíbrio hidro-electrolítico relacionado com perda de fluidos e deficiente reposição	Manutenção do equilíbrio hidro-electrolítico	Reconhecimento de sinais e sintomas de hipo ou hipervolemia;	Na unidade de recobro apresentou hipotensão com valores de 95/50mmhg, hipoperfusão periférica
			Monitorização do débito urinário, características da urina e drenagens;	Doente algaliado no dia 8/1/11 com sonda tipo foley, calibre 16. Após algaliação apresentava urina límpida, com débito urinário nas primeiras 2 horas de 100ml. Apresenta urina de cor amarelada, sem sedimento urinário (8/1/11), sonda permeável
			Ter em conta a correcta fixação de drenos e posicionamento de saco de urina para evitar traumatismos	Saco colector de urina e drenos de redivac posicionados com suporte na grade da maca
			Cuidados de assepsia e manutenção do cateter vesical e drenos	O saco de urina é esvaziado através de um saco de despejo, em que é feita a desinfecção prévia da torneira com álcool
			Monitorização de fluidos administrados, realizar balanço hídrico	Realizado registo de entrada de soros e concentrado eritrocitario e saídas de urina, e sangue drenado através de dreno. Em cerca de uma hora no pós-operatório imediato urinou cerca de 40cc, drenos com cerca de 20 e 10 cc de

				conteúdo hemático.
Equilíbrio hidro-electrolítico (8/1/11)	Alteração do equilíbrio hidro-electrolítico relacionado com perda de fluidos e deficiente reposição	Manutenção do equilíbrio hidro-electrolítico	Reposição de fluidos, com Soro fisiológico a 0,9% e Lactato de Ringer	Foram administradas 2 unidades de concentrado eritrocitário por apresentar uma hemoglobina de 9.20mg/dl, e fez 500ml de lactato de ringer e 1000ml de soro fisiológico a 0,9%.

Foco	Diagnostico	Resultados Esperados	Intervenções	Resultados obtidos
Dor (8/1/11)	Dor relacionada com toda a intervenção cirúrgica e técnicas invasivas de tratamento, quer dos posicionamentos	Ausência de dor através da avaliação, prevenção e tratamento da mesma.	Monitorização e registo da existência de dor e suas características	No dia 8/1/11 (dia da intervenção cirúrgica) a doente manifestou dor moderada (6 na escala numérica) na unidade de recobro, a nível da zona lombar
			Atender a sinais e sintomas de dor, sobretudo se o doente tem dificuldade em verbalizar a situação	Durante o acto cirúrgico por manifestar fácies de dor (encontrava-se em ventilação espontânea, uma vez que foi submetida a raquianestesia) foi administrado 1 gr de paracetamol por via endovenosa
			Administração de terapêutica analgésica de acordo com prescrição medica, vigilância cuidadosa da reacção à sua administração e avaliação da sua eficácia	Não ocorreu qualquer efeito secundário durante a sua administração
			Promoção de um ambiente calmo e seguro com baixo nível de estímulos sensoriais Promoção de posicionamentos de conforto sempre que possível.	No recobro apresentava sinais de dor moderada, assim, foram aplicadas medidas não farmacológicas: realizada massagem de conforto com creme hidratante na zona dorsal e calcâneos, aliviado posicionamento em decúbito dorsal, diminuída a intensidade da luz da sala, conversei com a doente, inculindo assim tranquilidade. Tendo a doente referido sentir-se melhor

Foco	Diagnostico	Resultados Esperados	Intervenções	Resultados obtidos
Conforto (8/1/11)	Alteração do conforto (hipotermia) relacionada com intervenção cirúrgica	Que a doente se sinta confortável	<p>Adequação do ambiente (temperatura, humidade, estímulos sensoriais, nível de ruído) às necessidades da doente</p> <p>Promoção do aquecimento corporal recorrendo à utilização de sistema de aquecimento eléctrico</p>	<p>Durante a cirurgia a doente manifestou frio (a sala cirúrgica encontrava-se a uma temperatura de 20°C), foi colocado o “equator” que é um aparelho eléctrico adquirido à relativamente pouco tempo por este BO e que serve para fazer o aquecimento de todo o corpo ou de apenas algumas partes como foi aqui o caso, em que se colocou apenas na região torácica para promover o aquecimento</p>
			Manutenção da higiene e hidratação da mucosa oral	No recobro procedeu-se á hidratação oral através de espátulas humidificadas
			Prevenção de acidentes com o posicionamento	Durante a permanência da doente com o aparelho eléctrico houve vigilância constante, para evitar o aquecimento excessivo e senhor com grades elevadas da maca

Referências bibliográficas

Ackley, B. e Ladwig, G. 2007. Manual de diagnóstico de enfermagem: guia para a planificação de los cuidados. 7ª Edição. Elsevier, Madrid, 1316pps.

Associação dos enfermeiros de sala de operações portuguesas). 2006. Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados, Lusodidacta, Loures, 356pps.

Instituto Affonso Ferreira. 2010. “Artroplastia total do joelho, perguntas frequentes”. Disponível: www.iafortopedia.com.br/.../joelho/artroplastia-total-de-joelho. [Data da visita: 1/21/11].

Morton, P.[et al]. 2007. Cuidados Críticos de Enfermagem: uma abordagem holística. 8ª Edição. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1389pps.

União nacional das associações de enfermeiros de bloco operatório com diploma de estado 2001. Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório: desenvolver uma cultura da qualidade. Lusociência, Loures, 378pps.



Anexo IX

Tabela de (In) Compatibilidades de administração de medicação em “Y”

”

Compatibilidades condicionadas :

- .**Aminofilina**(4mg/7ml)+ **Morfina**(0,2 mg/ml):compatíveis por 3 horas se diluídos em G5 ou SF
- .**Bicarbonato de sodio** 8,4%+ **Morfina** (0,2mg/ml) em G5 ou SF: compatíveis por 3 horas
- .**Diazepam**(0,2mg/ml)+ **Dobutamina** (4mg/ml):compatíveis por 3 horas
- .**Dobutamina**(4mg/ml)+ **Magnésio**(40mg/ml):compatíveis por 3 horas
- .**Dobutamina**(4mg/ml)+ **Cloreto de Potássio** (0,06mEq/ml): compatíveis por 3 horas
- .**Dobutamina**(4mg/ml)+ **Verapamil**(0,2mg/ml): compatíveis por 3 horas
- .**Dopamina**(3,2mg/ml)+ **Heparina**(100U/ml):compatíveis por 4 horas se diluídos em G5
- .**Dopamina**(1,6mg/ml)+ **Heparina**(50U/ml):compatíveis por 6 horas se diluídos em G5 ou SF
- .**Fentanil**(0,05mg/ml) + **Tiopental**(25mg/ml) em G5: compatíveis por 4 horas a 27º
- .**Furosemida**(10mg/ml) + **Adrenalina**(0,02 mg/ml) em G5:compatíveis por 4 horas a 27º
- .**Gluconato de Cálcio**(4mg/ml)+ **Dobutamina**(4mg/ml):compatíveis por 3 horas se diluídos em G5 ou SF
- .**Heparina**(50U/ml) em SF+ **Dobutamina**(4 mg/ml) em SF:compatíveis por 3 horas
- .**Heparina**(100U/ml) em G5+ **Labetolol** (2 mg/ml) em SF:compatíveis por 4 horas
- .**Heparina**(1000U/ml) em G5, SF ou LR+ **Morfina** (15 mg/ml) em SF:compatíveis por 4 horas
- .**Heparina**(50U/ml) em G5+ SF + **Morfina**(0,2 mg/ml) em G5 ou SF:compatíveis por 3 horas
- .**Heparina**(60U/ml) em G5+ **Morfina**(1mg/ml) em G5 ou SF:compatíveis por 1 hora
- .**Heparina**(100U/ml) em G5+ **Morfina**(2mg/ml) em G5 :compatíveis por 4horas
- .**Insulina**(1U/ml) em SF + **Digoxina** (0,05mg/ml) em SF:compatíveis por 3 horas
- .**Insulina**(1U/ml) em G5 ou SF + **Dobutamina**(4mg/ml) em G5 ou SF:compatíveis por 3 horas
- .**Midazolam** (1mg/ml) em G5 + **Dobutamina**(4mg/ml): compatíveis por 4 horas
- .**Midazolam** (2mg/ml) em G5 + **Dobutamina**(4mg/ml): compatíveis por 4 horas
- .**Morfina**(2mg/ml) em G5 + **Tiopental**(25mg/ml) em água própria para injectáveis :compatíveis por 4 horas

Em G5: Diluído em soro glicosado a 5%



Anexo X

Plano de sessão e diapositivos da acção de formação:

“Comunicação em Enfermagem no Bloco Operatório”

”

Planificação da sessão de formação

CURSO: 3º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica. Estágio módulo III- Bloco Operatório			DESTINATARIOS: Enfermeiros e Assistentes operacionais do Bloco Operatório da Unidade de Lamego		
TEMA: Comunicação em Enfermagem – Bloco Operatório			DURAÇÃO: 60 minutos		
LOCAL: Sala de pausa do Bloco Operatório			DATA: 29 de Setembro de 2010		
FORMADOR: Carla Loureiro Gomes e Daniela Ferreira			Sob orientação: Mestre Patrícia Coelho		
<p>Objectivos Gerais:</p> <p>No final da sessão os formandos deverão ser capazes de Comunicar eficazmente, de forma assertiva.</p>			<p>Objectivos Específicos: 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.</p>		
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,	Expositivo Demonstrativo Interrogativo	Projector multimédia Computador	40Minutos	Formativa

	<ul style="list-style-type: none"> -Ensinar técnicas para uma comunicação mais assertiva, -Referir aspectos a ter em conta para comunicar assertivamente, -Incentivar a reflexão sobre a prática de cuidados, -Identificar as necessidades comunicacionais como fonte de stress; -Ensinar algumas técnicas de relaxamento. 				
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> -Síntese de ideias -Esclarecimento de dúvidas -Actividade de relaxamento 	Expositivo/Activo	Projector multimédia	10 Minutos	Reconhecimento da importância do tema apresentado



Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional Das Beiras
Departamento das Ciências da Saúde



Comunicação em Enfermagem – Bloco Operatório

29 de Setembro de 2010

Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional Das Beiras
Departamento das Ciências da Saúde

3º curso de Mestrado de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica
Modulo III- Bloco Operatório
CHTMAD- UNIDADE LAMEGO

Por: Carla Loureiro e Daniela Ferreira

Orientação: Mestre 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)

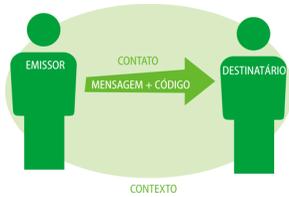
Comunicação

- 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

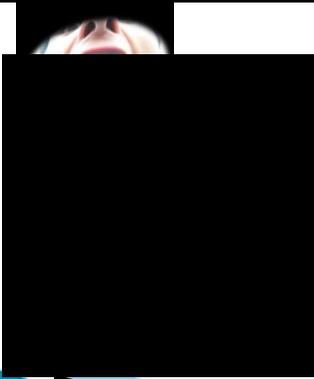
Estamos sempre a emitir mensagens quando estamos em relação com alguém, sejam elas mensagens **verbais** ou **não verbais**.

- 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



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 descreditação 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 relacionadas com as prioridades determinadas pelo grau de ameaça à 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/a, conciso/a e específico/a 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.

Contudo, há duas lições importantes que cada um deve reter:

1º Deve "aprender" a discriminar entre comportamento assertivo e comportamento não assertivo;

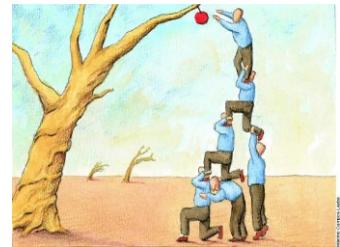
2º Deve praticar as suas capacidades assertivas continuamente até desenvolver um repertório de comportamentos disponíveis e prontos a serem usados numa larga gama de situações mesmo quando está sob alguma pressão.

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 **mals 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. 2000. Introdução à teoria geral da administração. 6 Edição. Campus, Rio de Janeiro, 699pps.

Paula, E. 2010. "A escada do feedback positivo". Disponível: www.oartigo.com/index.php?relacionamentos/a-escada-do-feedback-positivo.html [Data da visita: 9/2/10].

Dias, F.. 2001. "Sistemas de Comunicação, de Cultura e de Conhecimento, um Olhar Sociológico". Disponível :www.sociuslogia.com/artigos/A_Organizacao_do_Conhecimento.pdf. [Data da visita: 8/20/10].

Neto, H.. 2010. "A Comunicação assertiva... Princípios e exemplos!". Disponível: http://quiosque.ueiou.pt/gen.pl?p=stories&op=view&fokey=ae_stories/24403. [Data da visita: 9/2/10].

Phaneuf, M.. 2005. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusodidacta, Loures, 668pps.

Riley, J. 2004. Comunicação em enfermagem, 4ª Edição. Lusociencia, Loures, 480pps.

Exercícios



Anexo XI

Plano de sessão e diapositivos da acção de formação:

“Manuseamento de material esterilizado”

Planificação da sessão de formação

CURSO: 3º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica. Estágio módulo III- Bloco Operatório			DESTINATARIOS: Enfermeiros e Assistentes operacionais do Bloco Operatório da Unidade de Lamego		
TEMA: Manipulação de material esterilizado			DURAÇÃO: 45 minutos		
LOCAL: Sala de pausa do Bloco Operatório			DATA: 10/02/2011		
FORMADOR: Carla Loureiro Gomes			Sob orientação: Mestre Patrícia Coelho		
<p>Objectivos Gerais:</p> <p>No final da sessão os formandos deverão ter adquirido conhecimentos e reflectido acerca do tema.</p>			<p>Objectivos Específicos: Desenvolver acções para a correcta circulação, armazenamento e utilização dos materiais esterilizados;</p> <p>Sensibilizar para o correcto manuseamento de materiais esterilizados;</p> <p>Promover a preservação, com qualidade e segurança, dos materiais e equipamentos reprocessados;</p> <p>Fornecer aos formandos um momento de reflexão sobre as práticas habituais.</p>		
Momentos da Sessão	Actividades	Métodos	Material	Tempo	Avaliação
Introdução	- Apresentação do tema; - Comunicação de objectivos;	Expositivo / Interrogativo	Projector multimédia Computador	3 Minutos	Inicial
Desenvolvimento	-Apresentação da formação com: -Classificação de materiais -Tipos de esterilização e controladores -Cuidados com o manuseamento do material -Tipos de embalagens e empacotamento	Expositivo	Projector multimédia Computador	17 Minutos	Formativa
Conclusão	- Síntese de ideias - Esclarecimento de dúvidas - Sugestões para melhorar a prática das actividades diárias.	Expositivo / Interrogativo /Discussão	Projector multimédia	10 Minutos	Reconhecimento da importância do tema apresentado



Manipulação de material esterilizado



10 de Fevereiro de 2011

3º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica
Estágio modulo III- Bloco Operatório
CHTMAD
Unidade de Lamego

Por: Carla Loureiro
Orientação: Mestre Patrícia Coelho

Manipulação de material esterilizado

Objectivos:

- Desenvolver acções para a correcta circulação, armazenamento e utilização dos materiais esterilizados;
- Sensibilizar os formandos para o correcto manuseamento de materiais esterilizados;
- Promover a preservação, com qualidade e segurança, dos materiais e equipamentos reprocessados;
- Fornecer aos formandos um momento de reflexão sobre as práticas habituais .

Manipulação de material esterilizado

Os materiais de uso hospitalar, são classificados mediante o tipo e o procedimento onde serão utilizados :

- **Material crítico** - penetra nas cavidades estéreis ou no organismo do doente por rotura das camadas da pele e mucosas, podendo causar infecções se não forem adequadamente preparados(ex. instrumentais cirúrgicos, cateteres, implantes, agulhas). [Lavagem +Esterilização](#)
- **Material semicrítico** – entra em contacto com as mucosas e pele não integra (ex. equipamento para anestesia e de ventilação mecânica, endoscópio). [Desinfecção](#)
- **Material não crítico** - entra em contacto com a pele íntegra, o risco de adquirir infecção com a sua utilização é baixo (ex. termómetros, estetoscópio, roupa da cama, aparelhos de TA). [Limpeza](#)

Manipulação de material esterilizado

- ❖ Para obter um artigo esterilizado devemos considerar os factores que colaboram com a resistência dos microrganismos.



- ❖ Os principais *factores de resistência* são:
 - a carga microbiana inicial
 - a resistência interna do microrganismo
 - os agentes de resistência externa(qualquer obstáculo que impeça o contacto do agente esterilizador com o material a ser processado).

Manipulação de material esterilizado

- ❖ Qualquer sujidade, incrustação ou oxidação deve ser removida.
- ❖ Um material que contenha qualquer indicio de sujidade, mesmo depois de ser processado no esterilizador , não poder ser considerado estéril.
- ❖ Seguindo ao processo de limpeza → desinfecção(garantir ↓ carga microbiana a um nível seguro para a manipulação e preparação do material)



Manipulação de material esterilizado

- “Esterilização é definida como a completa eliminação ou destruição de todas as formas de vida microbiana”,(Rothrock e Mcewen, 2008).



- “Pela esterilização pretende-se a destruição de microorganismos patogénicos, no entanto existe sempre uma probabilidade aceitavelmente baixa (uma num milhão) de que algum microorganismo possa sobreviver ao processo”,(AESOP, 2006).

Manipulação de material esterilizado

Métodos de esterilização

- Físicos
- Químicos

Sistemas de esterilização

- Calor húmido sob pressão
- Calor seco
- Radiação ionizante
- Radiação não ionizante
- Gás plasma de peróxido de hidrogénio
- Oxido de etileno

Manipulação de material esterilizado

- **Calor húmido sob pressão** - baseado no uso de vapor saturado com níveis de temperatura entre os 121° (15 min) e os 134°(3min). Processo mais económico, ecológico, seguro e reconhecido internacionalmente. Parâmetros monitorizados: Temperatura, humidade, pressão e contacto.
- **Gás plasma de peróxido de hidrogénio** - baseia-se na difusão de gás, utilizando o peróxido de hidrogénio em elevada concentração e uma fonte de energia para transformar o peróxido em plasma.

Esterilizadores a vapor

Condições necessárias à esterilização

- Contacto
- Temperatura
- Tempo
- Humidade



Esterilizadores a vapor

Insucesso /contacto

- Falta de limpeza do material
- Demasiada carga
- Posicionamento impróprio da carga
- Equipamento de esterilização em más condições



Esterilizadores a vapor

Carregamento do esterilizador

- Não carregar demasiado o esterilizador (80-85%)
- As embalagens mais pesadas devem ser colocadas na prateleira inferior e as mais leves na prateleira superior
- Preferencialmente utilizar os cestos



Esterilizadores Peróxido de hidrogénio - plasma

- Temperatura <45°C
- Ausência de humidade
- Eficácia sem resíduos tóxicos
Segurança para o doente, para os profissionais e ambiente
- Não necessita de arejamento



Manipulação de material esterilizado

• Antes de abrir um recipiente deve-se verificar a evidência de **integridade e esterilidade**.



• O enfermeiro deve verificar se o indicador mudou para declarar que o vapor ou oxido de etileno alcançou o interior da embalagem.

Manipulação de material esterilizado

Métodos para verificação sobre o funcionamento de um esterilizador:

- **Controle mecânico** (são os controles automáticos realizados através de um programa pré determinado)
- **Controle biológico** (método mais exacto de verificar a eficácia da esterilização)
- **Controle químico** (são usados para detectar falhas nas embalagens, carga ou função do esterilizador)

Diferentes classes - indicadores químicos:

- **Classe A ou 1** – indicadores de processo (servem para diferenciar entre o material processado do não processado). Ex: fitas de testemunho, indicador da manga.
- **Classe B ou 2 teste de bowie dick** - controlo do equipamento.

Diferentes classes - indicadores químicos:

- **Classe C ou 3** – indicador de parâmetro único. Só controlam um dos parâmetros da esterilização.
- **Classe D ou 4** – controlam dois ou mais parâmetros de esterilização

Diferentes classes - indicadores químicos:

- **Classe D ou 5** – integradores reagem a todos os parâmetros de esterilização. Seguem uma curva de morte das bactérias. (apresentam uma variação de tolerância de 15%).
- **Classe D ou 6** – Emuladores. Reagem a todos os parâmetros da esterilização. Apresentam uma variação de tolerância de 6% (apresentam uma fiabilidade igual ou inferior a 6%).

Manipulação de material esterilizado

Manutenção da esterilidade de um dispositivo depende:

Práticas de manuseamento

Qualidade da barreira do material empacotamento

Condições de armazenamento

Condições de transporte



Manipulação do material esterilizado

Práticas de manuseamento

- Redução do manuseamento
- Manipulação cuidadosa
- Mãos limpas e secas
- Não se deve manusear as embalagens estéreis ainda quentes e húmidas
- Observar o aspecto da embalagem



Armazenamento do material esterilizado

Condições de armazenamento

- Sistema de ventilação controlada
- Humidade 35-70%
- Renovação por hora de fluxo de ar (10-12)
- Circulação restrita de pessoal
- Ausência de janelas e as portas em nº reduzido
- Higienização do local



Armazenamento do material esterilizado

Condições de armazenamento

- Condicionamento em recipientes adequados
- De preferência em armários fechados ou contentores rígidos e fechados
- Em alternativa, prateleiras laváveis e não porosas colocadas a 25 cm do chão, 45 cm do tecto e 5 cm da parede
- Não devem estar guardados junto dos materiais não estéreis
- Artigos mais pesados guardados em prateleiras inferiores



Armazenamento do material esterilizado

Condições de armazenamento

- Devem favorecer a correcta rotação dos stocks
- Material não empilhado
- Protegido da luz solar, fontes de calor e humidade
- Não colocar o material apertado (pelo risco de provocar ruptura na embalagem)



Manipulação do material esterilizado

Práticas de transporte

- Carro tapado ou fechado
- Carro limpo
- Manuseamento cuidadoso das embalagens evitando quedas das mesmas das quais pode resultar danos
- Não empilhar os artigos
- Não transportar materiais nas mãos
- Identificados com o tipo de conteúdo
- Leves



Manipulação do material esterilizado

Prazos de validade

- A definição de prazos de validade só tem valor indicativo (*o importante é o que acontece com a embalagem depois de esterilizada e não o tempo em que permanece na prateleira*)
- Deverão ser utilizados apenas como referência no controlo de stocks
- As embalagens estéreis deverão permanecer nos serviços o mínimo tempo possível

Manipulação do material esterilizado

Prazos de validade

As variáveis que devem ser consideradas são:

- Tipo e número de camadas de material de embalagem utilizadas
- Presença ou não de revestimentos protectores impermeáveis (*cobertores de poeira*)
- Número de vezes que a embalagem é manuseada antes do uso
- Condições de armazenamento

Tipos de embalagem/ empacotamento

Objectivos :

- Contenção do material a esterilizar
- Manutenção da esterilidade do material



Tipos de embalagem/ empacotamento

Embalagem primária – evita a recontaminação do produto após a esterilização. Ela deve oferecer uma barreira microbiana e permitir a passagem de ar e do agente esterilizante

Embalagem secundária – a segunda camada serve para ajudar no armazenamento adequado e no transporte até ao utilizador. Usada para artigos esterilizados descartáveis

Embalagem de transporte – usada para transporte externo de artigos esterilizados, dentro das suas embalagens primárias e secundárias (deve ser retirada quando entra num ambiente limpo)

Tipos de embalagem/ empacotamento

Materiais usados no empacotamento:

- Folha de tecido não tecido
- Saco de papel
- Manga mista
- Sacos mistos
- Contentores (polipropileno, metal)
- Manga mista tyvek

Tipos de contentores



Tipos de contentores

Vantagens - Segurança

- Robustez
- Permite verificar violação da embalagem
- Após utilização pode ser usado como meio de transporte

Tipos de embalagem/ empacotamento

Registos:

- data de processamento
- identificação do conteúdo
- identificação do serviço utilizador
- identificação do pessoal

Fim a que se destina: se o material se destinar a procedimentos invasivos o empacotamento deve ser duplo

Manipulação do material esterilizado

- Pacotes que caem ao chão
- Colocados no chão
- Que sejam comprimidos
- Rasgados
- Perfurados
- Molhados.....



Devem ser considerados contaminados e por tal rejeitados!!!!

Bibliografia

- AESOP (Associação dos enfermeiros de sala de operações portuguesas). 2006. Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados, Lusodidacta, Loures, 356pps.
- Grupo de trabalho para elaboração do manual de normas e procedimentos.2001.Manual de normas e procedimentos para um serviço central de esterilização em estabelecimentos de saúde, Ministério da Saúde [etc.], Lisboa, 81pps.
- Ministério da saúde, Centro Hospitalar de Trás os montes e Alto Douro2010.Descontaminação de material e equipamento de uso múltiplo. Norma PCT.7.1. 17pps.
- Nogaroto, S. e Penna, T., 2006. Desinfecção e esterilização, Atheneu, São Paulo,338pps.
- Rothrock, J. e Mcewen, D., 2008. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico, 13ª Edição. Lusodidacta, Loures, 1247pps.



Obrigada pela disponibilidade