



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

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

**HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA
FAMÍLIA**

Por Ana Cristina Rodrigues de Almeida

Lisboa, abril de 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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

**HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA
FAMÍLIA**

Por Ana Cristina Rodrigues de Almeida
Sob orientação da Professora Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, abril de 2013

RESUMO

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, nomeadamente na assistência à pessoa e família, ambos a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, presta cuidados de alta complexidade científica, técnica e humana. Com competências específicas na vertente relacional, nos domínios da comunicação, no acolhimento e na informação, ainda na vertente técnica o enfermeiro mobiliza os conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística. Perante os processos complexos de doença, frequentemente, esta passa a ser o objeto de cuidados ficando, assim, desagregada do ser que a possui, favorecendo a desumanização dos mesmos.

A humanização necessita estar sempre presente nas relações com o outro. Pressupõe atitudes, valores e comportamentos, pelo que se considera que a mesma e os cuidados são indissociáveis.

O objetivo deste relatório é descrever as atividades realizadas em contexto de ensino clínico, no sentido de aquisição de competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, direcionadas mais precisamente ao acompanhamento da pessoa em situação crítica e da sua família.

Os ensinamentos clínicos desenvolveram-se em contexto de bloco operatório e de serviço de urgência, pelo que o presente relatório apresenta as intervenções de enfermagem direcionadas para as necessidades da pessoa em situação crítica e da sua família, nestes serviços. Também são descritas as intervenções de enfermagem desenvolvidas em contexto de trabalho, cuidados intensivos. Foram realizadas revisões de literatura sobre as principais temáticas inerentes à abordagem à pessoa em situação crítica e à sua família, nomeadamente em contexto de bloco operatório, de serviço de urgência e de cuidados intensivos.

A metodologia utilizada para a realização deste relatório foi uma metodologia descritiva, analítico-reflexiva focada na prática, nos diferentes contextos do ensino clínico. É seu intuito narrar de forma detalhada e concisa as experiências vividas, as situações-problema encontradas, as intervenções realizadas, assim como, as dificuldades sentidas ao longo dos ensinamentos clínicos.

Os ensinamentos clínicos e a elaboração deste relatório pretendem refletir o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica, baseadas no desenvolvimento da autonomia, no espírito de iniciativa, no sentido de responsabilidade, na criatividade, e no pensamento crítico-reflexivo.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica deve estar desperto para as múltiplas dimensões do cuidado, nomeadamente, quando se refere à pessoa em situação crítica e sua família, o tema desenvolvido ao longo dos ensinamentos clínicos aborda a “humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica e à sua família”.

Palavras-Chave: Humanização; Cuidados de Enfermagem e Pessoa em situação crítica.

ABSTRACT

The nurse specialist in medical-surgical nursing, namely in terms of person and its family, both living complex processes of critical disease and/or organ failure, provides care of a high science, technical and human-based complexity. With specific skills in the relationship, in the communication, welcome and information domain, and also in the technical area, the nurse mobilizes multiple knowledge and skills to respond in time and in an holistic manner. However, before the complex processes of the disease, often this becomes an object, which needs care, thereby unbundled from the being, who possesses it, favouring their dehumanisation.

The humanisation needs to be always present in the relationships. It presupposes attitudes, values and behaviours, therefore it is considered that humanisation and care are inseparable.

The goal of this report is to describe the activities undertaken in the clinical teaching context and in the acquisition of specific skills of an expert nurse in medical-surgical nursing, aiming more precisely to the person's follow up in its own and in its family critical situation.

The clinical teaching has developed in the operating room and in the emergency context, for this report presents nursing interventions directed to the needs of the person/family in a critical situation in these services. There are also described the nursing interventions developed in the work and intensive care context. Some literary reviews were made about the main topics inherent to the person/family in critical situation approach, namely in the operating room, in the emergency service and in the intensive care context.

The methodology used to perform this report was very descriptive, analytical-reflective focused on a practical way of doing things in the different clinical teaching contexts. It is its intention to narrate in a detailed and concised way the experiences lived, the problem situations found, the performed interventions, as well as the perceived difficulties along the clinical teaching.

The clinical teaching and the elaboration of this report intend to reflect the development of specialist nurse skills in the medical-surgical area, based on the autonomy development, on having initiative, on responsibility, on criativity and on the critical-reflective thought.

The nurse specialist in medical-surgical nursing must be fully aware for multiple dimensions in terms of care, namely, when it is referred to the person/family in critical situation, the developed theme, along the clinical teaching, approach the "humanisation of the care process to the person/family in a critical situation".

Keywords: Humanisation; Nursing Care and Person in a critical situation.

AGRADECIMENTOS

Não esquecendo todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este percurso, por mim trilhado, chegasse ao fim, sinto necessidade de tecer alguns agradecimentos particulares;

À Sra. Enfermeira Patrícia Pontífice de Sousa pelo acompanhamento e orientação no ensino clínico no Serviço Urgência Central que decorreu no CHLN – Pólo Santa Maria, e também pela sua disponibilidade e coordenação relativamente à elaboração do relatório final dos ensinamentos clínicos;

À Sra. Enfermeira Georgeana Marques da Gama pelo acompanhamento e orientação no ensino clínico de Bloco Operatório de Cirurgia Plástica que decorreu no CHLN - Pólo Santa Maria;

Às Sras. Enfermeiras Tutoras, Enf^a Fátima Viana e Enf^a Susana Mendonça, por terem facilitado a minha integração no seio da equipa interdisciplinar, e terem sido parte integrante do meu desenvolvimento pessoal e profissional;

À Sra. Enfermeira Ana Paula Prata por facilitar, dentro das suas possibilidades, o meu horário na Unidade de Queimados onde atualmente exerço funções e pelas palavras amigas e encorajadoras, nos momentos de maior cansaço;

À Direção do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Pólo Santa Maria pela disponibilidade e autorização para a realização dos ensinamentos clínicos no Bloco de Cirurgia Plástica e Urgência Central;

A todos os amigos que, nos momentos mais atribulados, foram o meu porto de abrigo, e me ajudaram, de diferentes maneiras, a perceber que todos os esforços valem a pena. Com eles consegui ultrapassar cada um desses momentos;

Aos meus Pais e familiares pela compreensão e apoio incondicional que sempre demonstraram;

Aos meus filhos, Carolina e Tomás, que por tantos momentos se viram privados da minha companhia. Eles foram a luz que me guiou nos momentos de maior escuridão;

Ao meu marido, Luciano, que em muitos momentos “*aguentou as minhas neuras*” e má disposição, e ainda assim, nunca me privou do seu amor e compreensão;

Para finalizar, à minha tia Guida, que durante este percurso deixou de ser a minha conselheira via telemóvel, e passou a ser o meu anjo da guarda.

A todos, o meu sincero obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E ACRÓNIMOS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas
AO – Assistentes Operacionais
AORN - American Association of Operating Room Nurses
CCT – Cirurgia Cardiorácica
CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte
DGS – Direção Geral da Saúde
EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
HPV – Hospital Pulido Valente
HSM – Hospital de Santa Maria
ICS – Instituto de Ciências da Saúde
OE – Ordem dos Enfermeiros
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RSL – Revisão sistemática da Literatura
UCIP – HFF – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital Fernando da Fonseca
UCP – Universidade Católica Portuguesa
UQ – Unidade de Queimados
SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SUC – Serviço de Urgência Central
SUP – Serviço de Urgência Polivalente
TAC – Tomografia Axial Computorizada
VPO – Visita pré-operatória
VPOE – Visita pré-operatória de enfermagem

INDÍCE

INTRODUÇÃO	1
1. A VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA: UMA ESTRATÉGIA IMPORTANTE PARA UM CUIDADO HUMANIZADO – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	7
2. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO CURRICULAR E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	21
2.1 MÓDULO III (OPCIONAL) – BLOCO OPERATÓRIO DE CIRURGIA PLÁSTICA	25
2.2 MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA	39
CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
APÊNDICES	59
APÊNDICE A Norma de Procedimento – Visita Pré-Operatória de Enfermagem.	61
APÊNDICE B Folha de Visita Pré-Operatória.	69
APÊNDICE C Guia de Orientação – Realização da Visita Pré-Operatória de Enfermagem.	75
APÊNDICE D Plano de Sessão	81
APÊNDICE E Sessão de Formação Visita Pré-Operatória de Enfermagem: Importância do Acolhimento no Período Perioperatório.	85
APÊNDICE F Questionário de Avaliação – Sessão de Formação	91
APÊNDICE G Funções do Enfermeiro de Anestesia.	95
APÊNDICE H	103

Classificação de Ferida Cirúrgica – Altemeier

APÊNDICE I -----	107
Norma de Procedimento – Garrote Pneumático.	
APÊNDICE J -----	117
Póster - Intervenções de Enfermagem à Pessoa Vítima de Queimadura.	
APÊNDICE K -----	121
Norma de Procedimento – Teste Ventilador SERVO 900	
APÊNDICE L -----	135
Plano de Sessão	
APÊNDICE M -----	139
Sessão de Formação – Teste do Ventilador SERVO 900:	
APÊNDICE N -----	147
Questionário de Avaliação – Sessão de Formação	

INTRODUÇÃO

No âmbito da frequência do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, está prevista a redação de um relatório, inserido na unidade curricular com o mesmo nome. Pretende dar relevância e visibilidade ao processo formativo de aquisição, de treino e de desenvolvimento de competências no âmbito da especialidade, desenvolvendo a capacidade explicativa de situações práticas, construindo saber a partir da reflexão sobre a prática, ilustrando o esforço, os progressos, as aquisições e as realizações em diferentes níveis, executados durante os ensinamentos clínicos.

O presente relatório consiste numa exposição das atividades desenvolvidas no decorrer dos ensinamentos clínicos, expressa em pesquisas e intervenções realizadas, indo de encontro ao definido no Regulamento Geral do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica do ICS – UCP, que “*visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico*” (UCP, 2011: 8).

A motivação para fazer a especialidade, nomeadamente nesta área de especialização, deve-se ao facto de, desde o início da minha carreira, ter exercido a minha prática profissional essencialmente direcionada para a pessoa em situação crítica, nomeadamente Cirurgia Cardiorrácica, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Unidade de Queimados. Assim sendo, senti a necessidade pessoal e profissional de consolidar as competências adquiridas ao longo destes anos, desenvolver outras que me permitam prestar cuidados de alta complexidade à pessoa em situação crítica e à sua família, procurando a excelência dos mesmos, e obter perante os pares, restante equipa interdisciplinar e pessoas a quem presto cuidados o reconhecimento formal das competências adquiridas e desenvolvidas.

De entre as profissões de saúde, a enfermagem é, seguramente, uma das mais recentes (Osswald, 2000). Terá nascido no século passado com Florence Nightingale, ficando apelidada de enfermagem moderna. Foi Nightingale que fundou a primeira escola de enfermagem no St. Thomas Hospital em Londres. O conhecimento em enfermagem, desenvolvido por Nightingale, destaca-se pelas suas bases profundamente humanísticas (Tomey, *et al*, 2004).

O cuidar é a essência da prática da enfermagem de hoje e do futuro. Segundo Watson (2002), “*o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transações dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço*” (Watson, 2002: 52). Por seu lado, Hesbeen defende que os cuidados de enfermagem são baseados na relação interpessoal, e englobam tudo o que o enfermeiro faz, dentro das suas competências, com o intuito de prestar cuidados às pessoas. Este, como prestador de cuidados, desenvolve intervenções “*com*” e

“para” a pessoa baseadas no conhecimento científico, na capacidade, no pensamento crítico e na criatividade, acompanhadas de comportamentos e atitudes de cuidar com o objetivo de promover, manter e/ou recuperar o bem-estar da pessoa, a quem presta cuidados (Hesbeen:2000).

A **Enfermagem** foi definida por Travelbee como “*um processo interpessoal através do qual o profissional de enfermagem auxilia um indivíduo, família ou comunidade na prevenção e a lidar com a experiência da doença e do sofrimento e, se necessário, a encontrar sentido nestas experiências*”. Paralelamente define **Necessidade de Enfermagem** como “*qualquer necessidade da pessoa doente (ou família) que pode ser satisfeita pelo profissional de enfermagem e que se insere no âmbito da definição legal da prática de enfermagem*” (Travelbee in Tomey, 2004: 469-70).

A **profissão de enfermagem** ao longo dos anos tem estado em permanente desenvolvimento e maturação, com o objetivo de satisfazer as necessidades das pessoas e famílias a quem presta cuidados. Para tal, os enfermeiros devem investir na formação, na aquisição e no desenvolvimento de competências específicas capazes de dar resposta a situações de maior complexidade. Com este objetivo em mente, foram criadas especialidades em diferentes domínios da enfermagem, assumindo as mesmas um papel preponderante na prestação de cuidados diferenciados. Segundo as premissas do Enquadramento Conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o **exercício profissional da enfermagem** (OE, 2001) “*centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade)*”, acrescentando ainda que todos os envolvidos possuem um quadro de valores e crenças individuais que devem ser respeitadas (OE, 2001: 8).

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 2011) define o **Enfermeiro Especialista** como “*o enfermeiro que está habilitado com um curso de especialização em enfermagem . . . a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade*” (REPE, 2011:7). Segundo o regulamento das competências específicas do **Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**, preconizadas pela OE (OE, 2010) “*Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato . . . tendo em vista a sua recuperação total*” (OE, 2010:2).

A **formação especializada em enfermagem médico-cirúrgica, mais especificamente à pessoa em situação crítica**, e de acordo com o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (OE, 2010), visa desenvolver competências especializadas para “*cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, e sua família*” (OE, 2010:4). Para tal, o enfermeiro deverá mobilizar conhecimentos e competências múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos define **doente crítico** *“como aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica”* (SPCI, 2008: 9). Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros, no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica define pessoa em situação crítica como *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (OE, 2010:1)

O relatório do ensino clínico teve como **eixo estruturante a humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica e sua família** e todas as competências e intervenções desenvolvidas, enquanto enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica no âmbito dos ensinamentos clínicos referidos. Baseando-me no **Paradigma da Transformação**, nesta perspetiva, a *“pessoa”* é encarada como um ser único, indissociável do seu universo, e que necessita ser tido em consideração na prática dos cuidados. Por sua vez, a *“saúde”* tem um significado único na perspetiva de cada pessoa, englobando a unidade do ser humano/ambiente. Segundo o paradigma da transformação, um fenómeno é único no sentido de que jamais se assemelha a um outro, embora possa apresentar semelhanças, não será de todo, igual. Cada fenómeno poderá ser definido por uma estrutura, um padrão único. É uma unidade global em interação recíproca e simultânea com uma unidade mais lata, o mundo que o rodeia.

As teorias que sustentaram os cuidados de enfermagem são: a teoria da relação pessoa-a-pessoa, de Joyce Travelbee; a teoria do conforto, de Katharine Kolcaba e a teoria da incerteza na doença, de Merle Mishel.

Abordar a humanização dos cuidados não é mais do que analisar a própria evolução humana, dando ênfase à ética e ao relacionamento interpessoal. Humanizar é adotar uma prática na qual o enfermeiro, profissional que cuida da saúde do outro, assume uma posição ética e de respeito (Baraúna, 2002). Para esta autora, a humanização é um processo de construção gradual, realizada através da partilha de sentimentos e de conhecimentos. Para Teixeira (2003), a palavra humanização une o coração de quem sofre ao coração de quem cuida. Esta autora acrescenta ainda, que a capacidade de humanizar os hospitais portugueses depende de cada um dos seus trabalhadores, e na sua capacidade em adotar a postura de melhor funcionário. A humanização pode ser entendida como a forma de tornar os cuidados de saúde adaptados a cada pessoa, e assim responder às suas necessidades individuais. As necessidades diferem de pessoa para pessoa pelo que, cada uma deve ser tratada de acordo com o seu estado (Costa, 2004). O enfermeiro, para humanizar os cuidados prestados deve empenhar-se em colocar a pessoa doente no centro dos serviços de saúde, cuidando e respeitando-a na sua globalidade biológica, psicológica, sociológica e espiritual.

A responsabilidade de humanizar os cuidados de enfermagem saiu reforçada com a publicação do Código Deontológico do Enfermeiro (inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, anexo ao Decreto-lei 104/98 de 21 de abril), cabendo a cada enfermeiro o dever

de responder aos cidadãos, aos pares e ao estado, pela assunção do dever de humanizar os cuidados de enfermagem (artigo 89º). Desta forma o dever de humanizar implica reconhecer a pessoa na sua totalidade, dar-lhe atenção, e simultaneamente não esquecendo a sua singularidade face aos outros, tendo em conta o contexto em que se insere (familiar e comunitário) (Vieira, 2005:17). A humanização baseia-se no princípio da dignidade humana e no princípio da solidariedade. Pode reforçar a capacidade de aceitabilidade e satisfação do doente (Imperatori, 1998). Todo o profissional de saúde que recusa a rotina, não vê apenas o doente como alguém que necessita de ajuda especializada, mas sim como uma pessoa na sua totalidade e, como tal, possuidora de receios, de angústias, de emoções ou de desesperos (Osswald,2002).A humanização pode ser entendida como a ação ou o efeito de humanizar. E humanizar é caracterizado como “*tornar-se humano, tornar-se compreensivo ou sociável*” (Dicionário de Língua Portuguesa, 2009). Para Imperatori (1998) humanizar é a capacidade de adaptar os cuidados às necessidades e direitos do ser humano. Segundo Marchese (1987) cit. por Imperatori (1998) os hospitais e os centros de saúde, para serem verdadeiramente humanos, devem ser abertos e transparentes, aceitar críticas e sugestões; acreditar na responsabilidade que cada um assume dentro do seu grupo de forma a tornar-se uma casa familiar onde cada um é aceite, compreendido e ajudado.

A **formação profissional**, para Garrido (2004), deve ser encarada como um processo sistemático e organizado, em que os profissionais se implicam, individualmente ou em equipa, em experiências de aprendizagem através das quais é possível adquirir ou desenvolver competências e disposições, permitindo-lhes assim intervir profissionalmente (Garrido, 2004:9). Pode dizer-se que os ensinamentos clínicos são, para os formandos, espaços que possibilitam uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, sendo uma forma de consolidação dos conhecimentos, ou seja, a integração dos conhecimentos na prática. Neste contexto de formação, o ensino clínico é composto por três módulos, de acordo com o plano de estudos e totaliza 540 horas. Especificamente neste caso, totalizou 360 horas, porque foi obtida creditação ao **módulo II** (Cuidados Intensivos/Intermédios) com base no artigo nº45 do Decreto – Lei nº74/2006 de 24 de março. Os ensinamentos clínicos decorreram no CHLN – Pólo Santa Maria, Serviço de Urgência (módulo I) e Opcional (módulo III). A escolha deveu-se ao facto do HSM ser a nível nacional, um centro de referência do Serviço Nacional de Saúde, e integrar dois importantes estabelecimentos universitários. Os seus objetivos integram funções de prestação de cuidados de saúde, de formação pré, pós-graduada, de inovação e de investigação, constituindo-se como unidade essencial dentro do sistema de saúde português.

O Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) apresenta ao nível de recursos humanos, de tecnologias praticadas e do saber acumulado capacidades notáveis. A par do apoio que presta às populações da sua zona de influência direta, o Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) garante referência diferenciada em múltiplas áreas clínicas, no âmbito regional e nacional e dos países de expressão portuguesa. Com esta missão, o mesmo cumpre os objetivos de uma grande unidade do sistema público, com vista à garantia da equidade e universalidade do acesso, da assistência eficaz e eficiente e da promoção da qualidade e da excelência, com

satisfação dos doentes e dos profissionais, pelo que, se considera que este hospital oferece condições para o desenvolvimento de competências pretendidas no curso.

Para a escolha deste local também foi tido em consideração o facto de eu exercer funções nesta instituição, desde 1996, bem como a vontade de aqui permanecer. Nesta perspectiva, pretendo contribuir para a melhoria dos cuidados à pessoa em situação crítica e família, ambos a vivenciar processos complexos de doença.

O **módulo III**, ensino clínico opcional, foi realizado no Bloco Operatório do Serviço de Cirurgia Plástica do CHLN – HSM, durante o período compreendido de 23 de abril a 23 de junho de 2012. A escolha do local deveu-se ao facto de já ter realizado um curto estágio naquele serviço, o qual me deixou bastante agradada e com vontade de aprofundar algumas competências inerentes aos cuidados prestados naquele local. O facto de exercer funções nesta instituição também influenciou a escolha. A diversidade de cirurgias efetuadas neste bloco operatório foi, sem dúvida alguma, uma experiência muito enriquecedora.

O **módulo I**, Serviço de Urgência, foi realizado no SUC do CHLN- HSM, e decorreu no período de 20 de setembro a 10 de novembro de 2012. Visa prestar cuidados diferenciados a pessoas com necessidades urgentes e emergentes, oferecendo-lhes tratamento eficaz, eficiente e equitativo.

A pesquisa bibliográfica e a revisão de literatura internacional foram transversais a todo o processo de aprendizagem, de forma a ampliar e fundamentar os meus conhecimentos de forma científica e com base na evidência. Como tal, o conhecimento adquirido pela investigação, deve ser utilizado para desenvolver a prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.

O objetivo deste relatório é descrever as atividades realizadas em contexto de ensino clínico no sentido de aquisição de competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, direcionadas mais precisamente ao acompanhamento da pessoa em situação crítica e sua família e, permitir identificar e analisar problemas, desenvolver estratégias, implementar soluções, e demonstrar capacidade de descrever adequadamente as conclusões alcançadas.

A metodologia utilizada para a realização deste relatório é uma metodologia descritiva, analítico-reflexiva da e sobre a prática, nos diferentes contextos de ensino clínico. É seu intuito narrar de forma detalhada e concisa as experiências vividas, as situações-problema encontradas, as intervenções realizadas, assim como, as dificuldades sentidas ao longo dos ensinamentos clínicos.

Este relatório encontra-se dividido em pontos, por forma a facilitar a sua consulta através da sistematização da informação contida. Os módulos dos ensinamentos clínicos são apresentados por ordem cronológica.

Sumariamente definem-se alguns conceitos centrais, nomeadamente, enfermagem, exercício profissional da enfermagem, enfermeiro especialista e respetivas competências, formação profissional, pessoa em situação crítica, doente crítico e humanização. São apresentados os objetivos do relatório e a metodologia utilizada para a sua elaboração. É feita

referência ao Paradigma em que se sustentam os cuidados prestados, assim como, as teóricas de referência. Faz-se ainda, uma breve contextualização do módulo creditado e dos dois módulos realizados. Por último, referência às normas bibliográficas utilizadas.

O 1º ponto inclui a revisão sistemática da literatura que aborda a temática: A visita pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia: contributos para a humanização dos cuidados.

O 2º ponto engloba a análise reflexiva do percurso percorrido, onde estão incluídos os objetivos, atividades e competências desenvolvidas em cada módulo.

A conclusão exhibe uma reflexão sobre todo o percurso percorrido, e a síntese dos aspetos considerados mais relevantes.

As referências bibliográficas foram apresentadas de acordo com a norma ISO 690. Todo o relatório foi redigido de acordo com o novo acordo ortográfico.

1. A VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA: UMA ESTRATÉGIA IMPORTANTE PARA UM CUIDADO HUMANIZADO – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A investigação é tida como o motor do desenvolvimento da disciplina de Enfermagem e, oferece aos investigadores de enfermagem a oportunidade de ampliar o conhecimento na sua área. É incontestável que os estudos de revisão sistemática da literatura representam um papel claramente benéfico para o desenvolvimento da enfermagem. Em suma permitem desenvolver práticas clínicas de enfermagem baseadas em evidências (Ramalho, 2005).

Esta revisão sistemática da literatura tem como objetivo compreender se a visita pré-operatória de enfermagem é uma estratégia importante para a humanização dos cuidados.

Enquadramento do problema

Perante a necessidade de um procedimento cirúrgico, a hospitalização bem como o período de espera para a sua realização podem tornar-se angustiantes para a pessoa que a vivencia. A necessidade de hospitalização e de uma cirurgia provocam vivências, muitas vezes, marcadas pela insegurança e ansiedade (Costa, 2010; Sílvia, 2011). A intervenção cirúrgica pode ser encarada como uma vivência emocionalmente difícil para o ser humano (Paula, 1997:35) Na prática dos cuidados, os enfermeiros deverão centralizar as suas intervenções na complexa interdependência pessoa/ambiente, e ajudar a pessoa a tender para o equilíbrio.

A visita pré-operatória tem uma influência positiva no estado emocional da pessoa, e é sabido que o estado emocional da pessoa no pré-operatório tem influência direta nos períodos intra e pós-operatório (Barbosa, 2006:45). O contexto perioperatório em que cada pessoa, em determinado momento, se vê envolvida, desenvolve uma situação de crise, criando um desequilíbrio físico e psicológico (AESOP,2006). A notícia de uma cirurgia representa momentos de transição na vida da pessoa, gerando sentimentos de insegurança e de ansiedade, nos quais surgem novas condições de vida caracterizadas por grande vulnerabilidade, falta de informação, stress, ansiedade, medo do desconhecido e negação. Este período de transição envolve um processo de reorganização interior enquanto a pessoa aprende a adaptar-se e a incorporar as novas circunstâncias na sua vida (Castanheira, 2007).

Frequentemente as pessoas admitidas num hospital para serem submetidas a uma intervenção cirúrgica, apresentam-se, muitas vezes, desprovidas de informações e orientações necessárias à intervenção, o que pode vir a tornar-se uma situação ameaçadora, na qual a ansiedade é a emoção mais comum, e é habitualmente descrita como uma sensação desagradável (Medeiros, 2004; Ribeiro,2009). A pessoa, ao deparar-se com a necessidade de ser submetida a uma cirurgia, e conseqüentemente a uma hospitalização, é acometida de medos, como por exemplo, medo do desconhecido, medo da anestesia, receio da morte, e da doença. Além disso manifesta preocupações em relação a problemas financeiros, compromissos no emprego e responsabilidades familiares (Galvão, 2002).

A cirurgia pode ser encarada como fonte de ansiedade, e pode criar necessidades a todos os níveis (físico, psico-espiritual, social e ambiental). As necessidades de cuidados de saúde são definidas como necessidades de conforto resultantes de situações desencadeadoras de tensão/ansiedade, para cada pessoa/família (Kolcaba, 2003). A mesma autora definiu o conforto como *“a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência)”* (Kolcaba in Dowd, 2006:484).

Fundada em 1949 a AORN (American Association of Operating Room Nurses), definiu pela primeira vez, em 1978, a função da enfermagem perioperatória *“... o enfermeiro de sala de operações consiste nas atividades de enfermagem durante as fases pré, intra e pós operatórias da experiência cirúrgica do doente”*; e acrescenta que *“o enfermeiro perioperatório identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociológicas do indivíduo, põe em prática um plano de cuidados individualizado..., a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo, antes, durante e após a cirurgia”* (AESOP, 2006:6). A AESOP (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações de Portugal) foi fundada em 1986, e defendia que o trabalho realizado pelos enfermeiros tinha de ser orientado pelo e para o doente, sendo o seu principal alvo de cuidados. O doente que vai ser operado sente-se inseguro e com medo, leva para o bloco problemas próprios e específicos, e ele é o único que merece, por parte dos enfermeiros, todo o respeito e um atendimento individualizado. Perante tal, os enfermeiros sentem-se solidários e aceitam o novo desafio da enfermagem perioperatória (AESOP, 2006:6).

O enfermeiro perioperatório tem um papel crucial, no acompanhamento da pessoa que vai ser sujeita a uma cirurgia. A aquisição de saberes e o desenvolvimento de competências nas distintas funções inerentes ao enfermeiro perioperatório é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade. A utilização sistemática de uma abordagem holística da pessoa permite a manutenção da sua identidade em todas as suas dimensões (AESOP,200:107). Desta forma, o enfermeiro deve desenvolver competências nas áreas da comunicação/relação e informação/educação, para a saúde. Ele deve iniciar o processo de relação na visita pré-operatória e terminá-lo com a visita pós-operatória.

Joyce Travelbee *cit. por* Chistóforo valoriza o relacionamento com a pessoa através da comunicação, da escuta, da perceção e do cuidado, como os sentimentos a serem mobilizados perante uma situação stressante como, medo, dúvidas e alterações emocionais. A autora aponta a necessidade de consciencialização relativamente à valorização do cuidado e da relação interpessoal. Defende ainda, a importância da preparação profissional, do enfermeiro, com o objetivo de humanizar os cuidados (Chistóforo, 2006:55). Travelbee definiu enfermagem como *“um processo interpessoal através do qual o profissional de enfermagem auxilia um indivíduo, família ou comunidade na prevenção e a lidar com a experiência da doença e do sofrimento e, se necessário, a encontrar sentido nestas experiências”* (Travelbee in Tomey, 2004:470). Também Meleis *et al* (2000), menciona que os enfermeiros têm como missão ajudar

as pessoas a gerir as transições durante o seu ciclo de vida, estas, ao experimentarem transições, tendem a ficar mais vulneráveis às ameaças, causando-lhe alterações no seu bem-estar e saúde. Nesta perspetiva, a transição significa uma alteração a vários níveis, requerendo, por isso, que as pessoas incorporem novos conhecimentos e, modifiquem comportamentos

Face à necessidade de suporte nos processos de transição, por parte das pessoas, torna-se um desafio para o enfermeiro a compreensão do próprio processo de transição, e consequentemente a implementação de intervenções de enfermagem, tendo como finalidade a prestação de ajuda efetiva às pessoas, proporcionar-lhes estabilidade e sensação de bem-estar (Meleis, 2010).

Os enfermeiros, através da visita pré-operatória, apoiam as pessoas que vão ser submetidas a cirurgia e às suas famílias. Na procura de informação e apoio são identificadas novas formas de viver e estar, modificando as atividades anteriores, dando sentido às circunstâncias e facilitando os processos de transição saudável.

Segundo a AESOP a realização da visita pré-operatória pelo enfermeiro perioperatório tem como objetivo *“conhecer o doente, identificar os problemas existentes e prepará-lo psicologicamente para a cirurgia”* (AESOP, 2006:124). A visita pré-operatória de enfermagem representa o primeiro elo da cadeia do processo de cuidados perioperatórios, tendo como base uma perspetiva de continuidade. Tem como finalidade não só um contacto prévio com a pessoa antes de chegar à sala de operações, como também o esclarecimento de algumas informações acerca dos procedimentos a que vai ser submetido. Para tal, urge a necessidade de criar uma relação de ajuda eficaz com a pessoa e sua família no sentido de promover um clima de maior segurança e confiança no período perioperatório. Nesta perspetiva a visita pré-operatória deve ser encarada como uma atividade fundamental, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados, tendo em vista a humanização dos mesmos. A qualidade dos cuidados é inquestionável e deve resultar da interação entre a excelência técnica e a humanização (AESOP, 2006:122-124).

A visita pré-operatória de enfermagem é considerada a primeira etapa de sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, e um relevante instrumento de trabalho, que permite a assistência à pessoa de modo individualizado, contínuo e sistematizado. A grande maioria dos enfermeiros considera a visita pré-operatória importante, e como uma das suas funções a desempenhar, enquanto enfermeiros perioperatórios, contudo um número significativo destes profissionais não a realizam, nomeadamente por: falta de tempo, horário de internamento, falta de protocolo por parte da instituição, excesso de rotinas, mapa operatório pouco confiável, entre outros fatores (Grittem, 2006). O acolhimento da pessoa, submetida a cirurgia, inicia-se com a visita pré operatória, com o objetivo de tornar o acolhimento num processo dinâmico, favorável ao desenvolvimento de uma relação de ajuda. Ela é benéfica para todos os intervenientes, dado que não só permite individualizar os cuidados de enfermagem perioperatórios, mas também dá uma visão menos tecnicista e mais humanista, dos profissionais que trabalham nesta área (Fonseca, 2009:28). Considera-se

assim, que a orientação à pessoa submetida a cirurgia através da visita pré-operatória representa um valioso instrumento para a humanização dos cuidados, bem como um fator importante na redução da ansiedade e de complicações pós-operatórias (Kruse, *et al*, 2009; Freiburger *et al*, 2011; Fonseca, 2010).

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Com a finalidade de contribuir para um conhecimento mais amplo sobre a temática: “A visita pré-operatória de enfermagem (VPOE) à pessoa submetida a cirurgia: Uma estratégia importante para um cuidado humanizado”, e mediante esta revisão sistemática da literatura (RSL), procurou-se resposta para a questão:

Será a visita pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia uma estratégia importante para um cuidado humanizado?

Assim, através desta RSL procura-se responder a questões secundárias a) Qual a percepção das pessoas submetidas a cirurgia relativamente à VPOE; b) Quais os contributos da VPOE para a pessoa submetida a cirurgia; c) Que importância atribuem as pessoas submetidas a cirurgia à VPOE; d) Quais as vantagens ou desvantagens da VPOE para a pessoa submetida a cirurgia.

Partindo destas questões, justificadas pelo desconhecimento das características da estruturação do cuidado humanizado à pessoa submetida a cirurgia, através da realização da visita pré-operatória de enfermagem, iniciou-se o processo de investigação cujos aspetos metodológicos e resultados encontrados se passam a apresentar.

OBJETIVOS

Compreender se a visita pré-operatória de enfermagem é uma estratégia importante para a humanização dos cuidados;

compreender a percepção das pessoas submetidas a cirurgia relativamente à visita pré-operatória de enfermagem;

descrever os contributos da visita pré-operatória de enfermagem para a pessoa submetida a cirurgia; vantagens ou desvantagens;

compreender a importância que as pessoas submetidas a cirurgia atribuem à visita pré-operatória de enfermagem.

MÉTODO E ESTRATÉGIAS

Esta revisão sistemática da literatura procura dar resposta à seguinte questão de investigação: **Será a visita pré-operatória de enfermagem (Intervenções) à pessoa submetida a cirurgia (Participantes) uma estratégia importante para um cuidado humanizado (Outcomes)?**

Na formulação da questão de investigação, definição de critérios de inclusão, critérios de exclusão e consequentemente da amostra, utilizamos o método designado de PI[C]OS:

Participantes (quem foi estudado?); Intervenções (o que foi feito?); [C] Comparações, entre parênteses porque podem existir ou não; “Outcomes” (resultados) e Desenho do estudo (como é que a evidência foi recolhida?) (Ramalho, 2005:44).

A partir desta questão iniciou-se o processo de investigação, cujos aspetos metodológicos passamos a apresentar.

De acordo com a temática foram selecionados os seguintes descritores: nursing; perioperative dialogue; perioperative care; perioperative nursing; surgery; patient. Estes foram combinados através das expressões booleanas AND e OR.

A pesquisa foi efetuada no mês de dezembro de 2012, no motor de busca EBSCO: nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, COCHRANE database of systematic reviews; Nursing & Allied Health Collection: comprehensive e Medclatina, sem restrições de língua, com texto integral, publicados entre janeiro de 2007 e dezembro de 2012. Simultaneamente, foi realizada uma pesquisa no Google académico, com base em texto integral e com o mesmo intervalo de tempo, com as seguintes palavras-chave: Enfermagem **AND** Humanização **AND** Visita pré-operatória.

No total foram identificados 307 artigos nas diferentes bases de dados, após a remoção dos artigos repetidos, da leitura dos resumos (apenas foram lidos artigos em português ou inglês), mas noutros sentiu-se necessidade de serem lidos na íntegra, tendo em consideração os critérios de inclusão e exclusão.

Sintetizando, nesta revisão sistemática foram incluídos 9 artigos (tabela 1) que cumpriam os critérios de inclusão pré-estabelecidos.

Os critérios de inclusão e exclusão definidos para a seleção dos estudos encontram-se definidos no quadro 1.

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos estudos a selecionar.

Critério de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Pessoas internadas com idade superior a 19 anos, que aguardam ou já foram submetidas a cirurgia. Realizaram VPOE pelo enfermeiro perioperatório ou receberam orientações pré-operatórias de enfermagem de outro enfermeiro.	Pessoas internadas, não submetidas a cirurgia; VPOE realizadas em contexto de domicílio <19 anos
Resultados	Estudarem a perceção, expectativas e benefícios da VPOE/ orientações pré-operatórias para a pessoa submetida a cirurgia.	
Desenho do estudo	A evidência científica ser obtida através de estudos qualitativos e fenomenológicos hermenêuticos.	Revisões sistemáticas da literatura; teses e estudos desenvolvidos com

		metodologia quantitativa.
--	--	---------------------------

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Aquando da leitura integral dos artigos selecionados foi identificado o ano, o país, o(s) autore(s), os participantes, as intervenções, os resultados e o tipo de estudo, resultados que, em síntese, se apresentam na **Tabela 1**.

TABELA 1 – Artigos selecionados, segundo PIOS

Autores/ País Estudo 4	Giovana Dorneles Callegaro; Maria Aparecida Baggio; Keyla Cristiane do Nascimento; Alcoque Lorenzini Erdmann /2011 / Brasil
Participantes	23 sujeitos internados em unidade cirúrgica de um hospital público do Estado de Santa Catarina, orientados e capazes de verbalizar a sua vivência no período perioperatório, e aceitaram participar no estudo.
Intervenções	Entrevista semiestruturada, realizada individualmente a cada participante, e pelo registo de campo efetuado pelas pesquisadoras.
Resultados (Outcomes)	Foram identificadas quatro categorias: Vivenciando o cuidado e o não cuidado na experiência cirúrgica; Identificando os profissionais do centro cirúrgico; Experienciando o cancelamento/atraso/adiamento do procedimento cirúrgico; e Percebendo as orientações perioperatórias. O cuidado perioperatório revela fortalezas, mas também algumas fragilidades, que devem ser objeto de reflexão e atenção por partes das equipas de enfermagem e de saúde. À <i>priori</i> , identifica-se no cuidado prestado ao cliente cirúrgico a presença humana dos profissionais de enfermagem, um cuidado revelado por atitudes de atenção, escuta e preocupação com o bem-estar do ser humano cuidado; um cuidado encontrado e revelado por condutas de respeito, que atribuem valor ao outro, como quando o profissional se identifica, orienta, informa e explica ao paciente o processo cirúrgico pelo qual passará Em contrapartida, foram identificadas situações que fragilizam o cuidado humano, denominadas de “não cuidado”, nomeadamente: A pouca importância dada pelos profissionais à sua identificação, há falta de orientação pré-operatória, aos atrasos, aos adiamentos e cancelamentos de cirurgias não comunicados atempadamente fragilizam essa relação; A comunicação, o diálogo, as informações, o respeito e a orientação pré-operatória fundamentam a relação de cuidado entre um ser cuidado e o ser cuidador. Os profissionais de enfermagem deverão refletir sobre os resultados com vista ao atendimento da multidimensionalidade do ser no cuidado no perioperatório.
Tipo de estudo	Estudo qualitativo, exploratório e descritivo.
Objetivo	O objetivo do estudo visou compreender como o cliente cirúrgico percebe o cuidado perioperatório realizado pelos profissionais de enfermagem e de saúde.
Autores/ País Estudo 5	Jeferson dos Santos; Luizita Henckmeier; Silvana Alves Benedet 2011 Brasil
Participantes	6 enfermeiros e 25 pacientes (10 sexo masculino e 15 sexo feminino) cirúrgicos de um hospital de ensino de Santa Catarina.
Intervenções	Observação sistematizada e entrevistas semiestruturadas
Resultados	A orientação pré-operatória individualizada influencia a melhoria da

(Outcomes)	qualidade de vida do paciente, proporcionando-lhe tranquilidade, bem-estar, otimismo, diminuído o medo e a ansiedade. Estes mobilizam-se precocemente e realizam exercícios respiratórios contribuindo assim para uma recuperação mais rápida e com menos complicações. Evidenciou o papel do enfermeiro como principal elemento na educação dos pacientes cirúrgicos, e a importância de adotar como atribuição diária a orientação aos pacientes sob sua responsabilidade
Tipo de estudo	Estudo qualitativo de natureza exploratória descritiva
Objetivo	O objetivo do estudo visa caracterizar as orientações pré-operatórias realizadas pelos enfermeiros e identificar o impacto na recuperação do paciente cirúrgico.

Autores/ País	Rodrigo Marques da Silva; Rhea Silvia de Ávila Soares; Letice Dalla Lana; Jucelaine Arend Birrer; Sadjá Cristina Tassinari de Souza Mostardeiro
Estudo 6	2011 Brasil
Participantes	8 pacientes, com idades entre os 41 e 78 anos, internados na clínica cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Catarina, Rio Grande do Sul
Intervenções	Entrevista estruturadas com quatro questões abertas..
Resultados (Outcomes)	A maioria dos pacientes estudados recebeu orientações pré-operatórias adequadas sobre as suas cirurgias, e sentiram-se mais tranquilos e seguros em relação ao procedimento cirúrgico. Embora as orientações tenham sido realizadas com efeitos positivos no pós-operatório, percebeu-se a necessidade dos profissionais realizarem orientações que se adaptem às necessidades de cada paciente sem definir o grau de importância das informações. A ansiedade destacou-se como sentimento para a alta hospitalar e os cuidados domiciliares foram pouco relatados pelo paciente. Isso sugere lacuna nas orientações para a alta hospitalar que não englobaram informações sobre esses cuidados.
Tipo de estudo	Estudo qualitativo e descritivo
Objetivo	O objetivo do estudo visa conhecer as percepções dos pacientes com neoplasias gástricas e esofágicas sobre as orientações pré-operatórias.

Autores/ País	Marcelo Mota Vieira; Enedina Soares; Gleidson de Oliveira Dutra; Bruna Mazon e Souza; Leonardo Costa de Ávila
Estudo 7	2011 Brasil
Participantes	10 clientes em pré-operatório imediato e mediato, internados em unidades.
Intervenções	Questionário com 15 questões, sendo 10 abertas e 5 fechadas.
Resultados (Outcomes)	Obtiveram-se as seguintes categorias: o cliente não reconhece as ações de enfermagem; o cliente conhece a enfermagem pelas ações técnicas pontuais; a necessidade de adotar uma atitude informativa; o estabelecimento de comunicação e vínculo com o cliente; e a necessidade de a enfermagem fazer-se presente. O estudo conclui que a humanização não está presente na assistência de enfermagem no pré-operatório, mostrando ausência do vínculo da equipe de enfermagem com o paciente/cliente, a falta de informação, a necessidade de atenção e diálogo com o paciente, no sentido de minimizar a ansiedade, angústia e estresse da hospitalização e avaliação global da saúde do paciente.
Tipo de estudo	Estudo qualitativa (descritiva e exploratório).
Objetivo	O objetivo do estudo é discutir ações de humanização no cuidar da equipe de enfermagem durante o pré-operatório imediato, conhecer as ações de enfermagem realizadas no período pré-operatório, na ótica do cliente e apontar estratégias de abordagem humanizada ao paciente cirúrgico.

Autores/ País	Yvonne Sundell; Iréne Von Post; Lillemor Lindwall
Estudo 8	2010 Suécia

Participantes	42 pacientes (14 homens e 28 mulheres) com idades entre os 67 e 88 anos, submetidos a cirurgia com vpo e capacidade de falar e compreender.sueco.
Intervenções	Entrevista aberta
Resultados (Outcomes)	Os pacientes necessitam de tempo para falarem: das suas histórias, esperanças, tristezas e alegrias do seu dia-a-dia; do seu corpo que vai ser submetido a cirurgia. Deseja ser visto como um todo e considerado único. O paciente idoso deseja que o enfermeiro perioperatório o conheça, e o desejo do enfermeiro é ser reconhecido pelo paciente idoso.
Tipo de estudo	Estudo Hermenêutico baseado em Gadamer' s (1989).
Objetivo	O objetivo do estudo visa conhecer e descrever o que os pacientes idosos, submetidos a cirurgia, desejam falar durante o acolhimento pré-operatório com os profissionais de enfermagem.

Autores/ Ano/ País Estudo 9	Maria Zélia de Araújo Madeira; Rogério da Cunha Alves; Rodolfo Luiz Marques Reis; Fernando José Guedes da Silva Júnior e Ana Maria Ribeiro dos Santos 2010 Brasil.
Participantes	12 pacientes no período pré-operatório de prostatectomia, a maioria encontrava-se na faixa etária de 65 a 79 anos.
Intervenções	Análise de conteúdo por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas e literalmente transcritas.
Resultados (Outcomes)	Os resultados indicam que os pacientes, na sua maioria, não estão orientados quanto ao procedimento anestésico cirúrgico; Verificou-se que VPO ao paciente é singular visando o esclarecimento de dúvidas, não só quanto ao procedimento cirúrgico, mas também quanto às informações populares que muitos sujeitos traziam em suas mentes, diminuindo o stress pré-operatório e o nível de ansiedade; A enfermagem através da VPO tem uma ferramenta muito importante para o planeamento da assistência e implementação de cuidados de forma efetiva e humanizada aos pacientes em pré-operatória de prostatectomia.
Tipo de estudo	Estudo qualitativo
Objetivo	O estudo tem como objetivo descrever e analisar as expectativas do paciente no pré-operatório de prostatectomia quanto ao seu pós-operatório.

Autores / Ano / País Estudo 1	Lillemor Lindwall; Ann-Christine Lindberg; Iréne Von Post 2010 Suécia
Participantes	54 idosos (18 homens e 36 mulheres) entre os 67 e 88 anos de idade, que são submetidos a cirurgia e com capacidade de compreender e falar sueco. Para alguns participantes foi a primeira cirurgia, enquanto outros já tinham experiências prévias de cirurgias e/ou anestésias. Todos os participantes que foram contactados aceitaram o convite para participar no estudo.
Intervenções	Entrevista aberta realizada por enfermeiros perioperatórios, com experiência perioperatória entre 5 e 25 anos, e que trabalhavam num dos 5 hospitais selecionados do oeste da Suécia. A escolha dos participantes por parte dos enfermeiros foi influenciada pelo seu horário de trabalho.
Resultados (Outcomes)	O diálogo perioperatório é uma oportunidade para os enfermeiros prestarem cuidados holísticos, este conhecimento holístico do paciente deve ser encarado como valioso e importante para a continuidade dos cuidados. Se o diálogo perioperatório não se realizar, não se conseguem obter os dados necessários, nem conhecer a pessoa na sua individualidade Os cuidados perioperatórios aos pacientes mais idosos devem ser organizados para aliviar o sofrimento e promover a saúde, dando-lhes tempo e espaço para falar. Estes falam sobre as suas alegrias, tristezas e esperanças da vida cotidiana; sentimentos de traição pelo próprio corpo; medos antes da cirurgia; e necessidade de apoio por parte dos familiares após a cirurgia, e ainda referem dificuldades em se adaptarem ao novo corpo.

Tipo de estudo	Estudo fenomenológico com abordagem hermenêutica (Gadamer, 1989).
Objetivo	O objetivo deste estudo foi apreender e descrever o que os pacientes idosos, submetidos a cirurgia, desejavam falar com a equipa de enfermagem, durante o diálogo pré-operatório.

Autores/ País Estudo 3	Maria Henriqueta Kruse, Miriam de Abreu Almeida, Kátia Bica Keretzky, Eveline, Flávia Pacheco da Silva, Vandréia Machado Garcia 2009 Brasil.
Participantes	9 pacientes hospitalizados (5 sexo masculino, 4 sexo feminino), com idades entre os 47 e 74 anos, em pós-operatório de cirurgia abdominal
Intervenções	Entrevista semiestruturada
Resultados (Outcomes)	Este estudo revelou que os pacientes pouco se lembram das orientações fornecidas pelo enfermeiro no período pré-operatório, no entanto referiam que as orientações os ajudaram a enfrentar a cirurgia. Muitos são os fatores que justificam este achado, nomeadamente: ritualização da orientação, o que provoca falta de individualização desse procedimento; pouca participação por parte do paciente, que tendem a ser elementos passivos, embora seja importante reconhecer que a ansiedade pré-operatória pode ser um dos fatores que dificulta a apreensão das informações. Os enfermeiros devem refletir sobre as práticas que desenvolvem por forma a não serem banalizadas pela repetição e ritualização que adquirem no nosso dia-a-dia. Acreditasse que o enfermeiro é um profissional capacitado e competente para exercer as suas funções na assistência, administração, ensino e pesquisa, portanto de procurar transformar e qualificar o seu processo de trabalho.
Tipo de estudo	Qualitativo exploratório e descritivo.
Objetivo	O objetivo deste estudo foi conhecer a opinião dos pacientes cirúrgicos sobre a orientação pré-operatória que receberam das enfermeiras, principalmente quanto à influência dessas orientações para enfrentar o período perioperatório.

Autores/ País Estudo 2	Kerstin Westerling; Ingegerd Bergbom 2008 Suécia
Participantes	10 pacientes do mesmo hospital, submetidos a cirurgias gastro-intestinais major. Realizaram visita pré-operatória pelo enfermeiro perioperatório, no dia de entrada no hospital, que forneceu informação acerca da operação e respondeu às questões do paciente. Foram tratados pelo mesmo enfermeiro durante a fase pré, intra e pós-operatória.
Intervenções	Entrevistas abertas, onde foi pedido a cada participante que descreve-se detalhadamente as suas experiências e reflexões. No final de cada entrevista, o entrevistador resumiu a entrevista.
Resultados (Outcomes)	Os resultados mostram que os pacientes sentem este modelo de cuidados perioperatórios “valioso”. A continuidade dos cuidados e capacidade de estabelecer relação significativa com o enfermeiro, durante todas as fases, foi considerado o fator de maior importância, visto que os pacientes sentiram que os enfermeiros têm a responsabilidade pessoal para com o paciente durante todo o processo, traduzindo-se em sentimentos de calma e segurança. Todos os pacientes deste estudo, à exceção de um, afirmaram que o cuidado perioperatório individualizado, que envolve o mesmo enfermeiro durante as três fases (pré, intra e pós-operatória) é “valiosa”. Os significados contidos na palavra “valioso” na fase pré-operatória foram: dar informação e ser capaz de comunicar, conhecer profissionais de

	enfermagem experientes e responsáveis, e sentirem-se bem-vindos e importantes. Durante a fase intra-operatória, a palavra “valioso” tem outros sentidos: ser reconhecido e bem-vindo, e sentir-se participante no processo de cuidados e de tratamento. Na fase pós-operatória os significados da mesma palavra diferem das restantes fases: dar uma percepção da operação, e sentir que as promessas foram cumpridas, e comprovar que é importante como indivíduo. “Valioso” é visto como uma sinopse interpretativa dos cuidados individuais.
Tipo de estudo	Fenomenológico com abordagem hermenêutica – Gandamer (1997)
Objetivo	O objetivo deste estudo foi descrever as experiências dos cuidados perioperatórios de enfermagem, na perspetiva dos pacientes, nas diferentes fases do período perioperatório (pré, intra e pós-operatório).

Após a avaliação crítica dos artigos, verificou-se que a sua totalidade, nove (100%), se guia por um paradigma indutivo. No que respeita ao país, verifica-se que o Brasil publicou o maior número de estudos (6), seguido da Suécia que publicou (3). Relativamente ao ano de publicação, pode concluir-se que o interesse pela investigação, e produção de conhecimento tem aumentado ao longo dos anos, sendo que 2011 é o ano no qual surgem mais estudos, quatro.

Todos os artigos recolhidos apresentam informações pertinentes, que visam dar resposta à questão de partida desta pesquisa. Todos os dados obtidos revelam o papel da visita pré-operatória de enfermagem e/ou as orientações de enfermagem para as pessoas submetidas a cirurgia, nomeadamente: os seus benefícios; a sua contribuição para um cuidado de enfermagem humanizado, e o reconhecimento dos cuidados pré-operatórios por parte das pessoas submetidas a cirurgia.

Todos os participantes dos estudos realizaram visita pré-operatória de enfermagem ou tiveram orientações pré-operatórias, e foram entrevistados no período pós-operatório, enquanto hospitalizados.

A evidência dos resultados demonstra que os sentimentos vivenciados pelas pessoas no período pré-operatório são transversais a todos os estudos, (Lindwall *et al*, 2010; Westerling *et al*, 2008; Kruse *et al*, 2009; Callegaro *et al*, 2010; Santos *et al*, 2011; Silva *et al*, 2011; Nogueira, *et al*, 2011; Sundell, Y *et al*, 2010; Madeira *et al*, 2010). Refere-se a ansiedade, a angústia, o sofrimento, a insegurança, o stress, o medo do desconhecido, e da cirurgia, da morte, e da anestesia, entre outros aspetos. A preparação psicológica é vista como benéfica se baseada nas necessidades individuais do paciente, prevenindo possíveis complicações no pós-operatório, e minimizando o sentimento de medo. Alguns dos estudos (Kruse *et al*, 2009; Callegaro *et al*, 2010; Santos *et al*, 2011; Silva *et al*, 2011) concluem que a visita e as orientações pré-operatórias de enfermagem são uma mais-valia para a pessoa submetida a cirurgia, nomeadamente: a orientação pré-operatória individualizada influencia a melhoria da qualidade de vida das pessoas, pois Zago, *et al*; Baggio *et al* cit. por Kruse *et al* (2009) “...é importante conhecer o que o paciente deseja saber, suas percepções e expectativas em relação ao procedimento (...) identificando os significados que ele atribui à doença, à hospitalização e ao tratamento cirúrgico” Zago, *et al*; Baggio *et al* cit por Kruse (2009:495). Além de proporcionar o esclarecimento de dúvidas de forma singular, também tem como objetivo

desmistificar ideias pré-concebidas que a pessoa tem, relativamente à sua cirurgia, diminuindo o stress pré-operatório e o nível de ansiedade (Madeira *et al*, 2010). Um outro objetivo da visita pré-operatória é proporcionar tranquilidade, bem-estar e otimismo, reduzindo o medo e a ansiedade, como tal “...reduz a duração do internamento hospitalar, melhora a satisfação com o serviço prestado, minimiza as complicações cirúrgicas e aumenta o bem-estar psíquico” Ong, *et al* cit por Kruse (2009:495). A maioria das pessoas recebeu orientações pré-operatórias adequadas sobre as suas cirurgias, e sentiram-se mais seguros em relação ao procedimento cirúrgico, a comunicação, o diálogo, as informações, o respeito e a orientação pré-operatória fundamentam a relação de cuidado entre o ser cuidado e o ser cuidador. Corroborando com Callegaro *et al* (2010); “ *A interação entre os profissionais e o ser humano cuidado deve ser processada em um ambiente humanizado, no qual atitudes e gestos promovam a dignidade a autoestima, a privacidade e a individualidade do ser que recebe o cuidado*” as orientações pré-operatórias ajudam as pessoas a enfrentar a cirurgia, e “...é um dos passos da assistência que garantem um cuidado digno, respeitando a autonomia do sujeito” Callegaro *et al* (2010:133). Também Silva, *et al* (2011) defende que a orientação pré-operatória “...exige um diálogo com fala e escuta, em que o paciente reconhece o profissional como referencia e sente-se mais tranquilo...” (Silva *et al*, 2011:434). Os estudos de (Kruse *et al*, 2009; Callegaro *et al*, 2010; Santos *et al*, 2011; Silva *et al*, 2011) salientam que os enfermeiros devem refletir sobre os cuidados prestados à pessoa, identificando, avaliando, observando as suas especificidades, com vista a garantir segurança e tranquilidade, bem como o conforto indispensável em qualquer fase do período perioperatório. Santos *et al* (2011) evidencia, no seu estudo, o papel do enfermeiro como principal elemento na educação da pessoa, e a sua responsabilidade na orientação a todos os que estão ao seu cuidado. Estas orientações deverão dar resposta às dúvidas e necessidades apresentadas pela pessoa, promovendo sentimentos de tranquilidade bem-estar, otimismo, minimização do medo e da ansiedade.

Em três estudos (Lindwall *et al*, 2010; Westerling *et al*, 2008; Sundell, Y *et al*, 2010) o diálogo perioperatório foi efetuado a pacientes idosos pelo enfermeiro perioperatório, que os acompanhou durante todo o período perioperatório, pré, intra, e pós-operatório. Este modelo de diálogo perioperatório de Von Post cit por Westerling *et al* (2008) consiste em três visitas entre o paciente e o enfermeiro, as quais se realizam no dia anterior à cirurgia, durante o período pré-operatório imediato, e após a cirurgia. O acompanhamento é realizado pelo mesmo enfermeiro perioperatório, ou seja, ele participa nas três visitas. Durante as visitas é dada a oportunidade para planear os cuidados de enfermagem, proceder à sua implementação e avaliação. O fator mais importante para o paciente é a visita pré-operatória individual, proporcionando-lhe menor ansiedade e menos desconforto antes da anestesia. A continuidade dos cuidados pelo mesmo enfermeiro pode ser vista como a chave para a compreensão e gestão da ansiedade pré-operatória (Lindwall *et al*, 2010; Westerling, K, Bergbom, I., 2008; Sundell, Y *et al*, 2010). Lindwall & Von Post (2009), acrescenta que o enfermeiro perioperatório pode envolver o paciente nos cuidados dando-lhe tempo para partilhar os seus pensamentos, a este momento chama-lhe “timeprotected”, preservando a sua dignidade.

Também Leinonen *et al* cit por Sundell, Y *et al* (2010) referem que os cuidadores devem ter em consideração os pensamentos das pessoas, que vão ser submetidas a cirurgia, e os respeitem, durante o período perioperatório.

A assistência humanizada envolve atitudes, comportamentos, valores e ética moral e profissional por parte do enfermeiro. Este deve consciencializar-se da importância de ouvir, de olhar, de tocar enquanto presta cuidados à pessoa. Desta forma, transmite segurança e tranquilidade, favorecendo assim, a reabilitação da pessoa, melhorando a qualidade das intervenções de enfermagem (Nogueira, *et al*, 2011). Os mesmos estudos concluem que o diálogo perioperatório permite ao enfermeiro a prestação de cuidados holísticos, e os pacientes consideram-no “valioso”, pois é dado tempo ao paciente para falar sobre a sua vida, e é criada uma relação significativa com o enfermeiro que o vai acompanhar. O paciente deseja ser visto como um todo e considerado único. No estudo de (Westerling, K. *et al*, 2008) os pacientes atribuem significados diferentes à palavra “valioso”, dependendo da fase perioperatória em que se encontram. Os significados contidos na palavra “valioso” na fase pré-operatória foram, entre outros, dar informação, ser capaz de comunicar, conhecer profissionais de enfermagem experientes e responsáveis, sentirem-se bem-vindos e importantes; na fase intra-operatória serem reconhecidos, e bem-vindos, sentirem-se participantes no processo de cuidados e tratamentos; na fase pós-operatória dar uma perceção da operação, sentir que as promessas foram cumpridas, e comprovar que são importantes como indivíduos.

O estudo de (Kruse *et al*, 2009) revelou que os pacientes pouco se lembram das orientações fornecidas pelo enfermeiro no período pré-operatório, “...pois a orientação pré-operatória é feita de modo semelhante a todos, independentemente do paciente ou da cirurgia que será realizada” Fitzpatrick E. *et al* cit. por Kruse *et al* (2009:497). Tal facto contribui para a falta de individualização deste procedimento e para a pouca participação por parte do paciente, que tende a ser elemento passivo, embora seja importante reconhecer que a ansiedade pré-operatória pode ser um dos fatores que dificulta a apreensão das informações. Muitos são os fatores que justificam este resultado, nomeadamente a ritualização da orientação “sendo essa realizada conforme aprendido com as profissionais mais antigas ou aplicando os conhecimentos adquiridos na formação. (...) sem bases teóricas de ensino e aprendizagem” Fitzpatrick E. *et al* cit por Kruse *et al* (2009:497). Nogueira *et al* (2011) referem, no seu estudo, que a pessoa não reconhece as ações de enfermagem, distinguindo apenas o enfermeiro pelas ações técnicas pontuais. Os enfermeiros têm a responsabilidade de adotar uma atitude informativa, de estabelecer comunicação e vínculo com a pessoa, bem como a necessidade de estar presente. A autora conclui deixando uma reflexão aos profissionais de enfermagem.

De acordo com os estudos realizados verificou-se que, na visita pré-operatória de enfermagem /orientações de enfermagem existem fatores que influenciam a humanização dos cuidados, sendo que uns contribuem positivamente para o processo, e outros têm uma influência bloqueadora no mesmo. (diagrama 1).

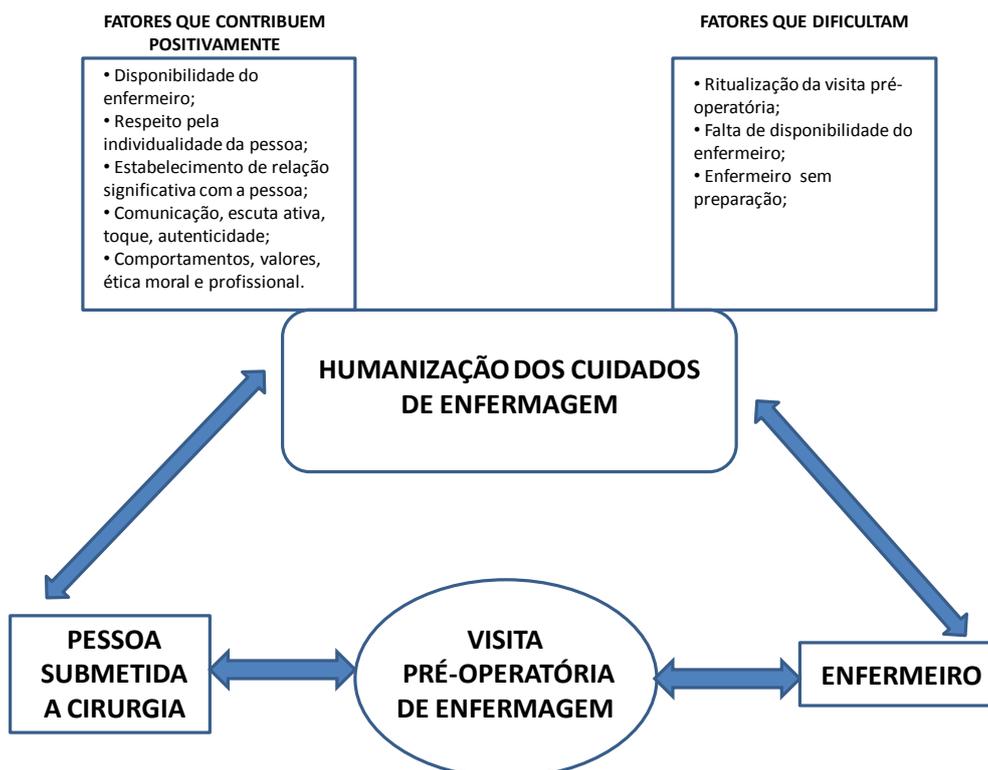


DIAGRAMA 1 – Fatores que influenciam a humanização dos cuidados de enfermagem, na visita pré-operatória.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a finalidade de aumentar a compreensão sobre o fenômeno da humanização dos cuidados de enfermagem relacionada com a visita pré-operatória de enfermagem, analisaram-se nove estudos primários, conduzidos com metodologia qualitativa ou fenomenológica. Através dos estudos realizados, foi possível obter dados que respondem, se bem que de forma parcial, às questões inicialmente formuladas.

A visita pré-operatória de enfermagem, tal como consolidado ao longo desta revisão sistemática da literatura, tem um efeito positivo nos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a cirurgia, contribuindo para a humanização dos mesmos. Contudo, também foi possível identificar outros fatores que têm uma influência bloqueadora neste processo, nomeadamente, a sua ritualização, o que provoca a não individualização da visita; linguagem técnica utilizada por parte dos enfermeiros; falta de tempo, entre outros fatores. De referir que apenas três estudos realizam a visita pré-operatória, tal como ela é definida pela AORN e AESOP, ou seja, cabe ao enfermeiro perioperatório o acompanhamento da pessoa submetida a cirurgia durante todo o período perioperatório (pré, intra e pós-operatório). Como tal, urge a necessidade dos enfermeiros perioperatórios reconhecerem a visita pré-operatória como uma das suas funções, uma vez que a mesma tem influência direta na prestação de cuidados à pessoa submetida a cirurgia.

A evidência dos resultados demonstra que as pessoas submetidas a cirurgia, e que realizaram visita pré-operatória de enfermagem, no período pós-operatório manifestam sentimentos de tranquilidade, de otimismo, diminuição do medo e da ansiedade, prevenindo complicações e aumentando a confiança da pessoa no enfermeiro, pelo que se torna imprescindível que os enfermeiros reconheçam a importância da realização da mesma.

O enfermeiro é considerado o principal elemento na educação das pessoas submetidas a cirurgia. Como tal, torna-se indispensável que os enfermeiros reconheçam a sua relevância, na promoção da saúde, física e psíquica, da pessoa a quem prestam cuidados, pois encontram-se numa posição que pode influenciar positiva ou negativamente a pessoa em questão. Sugere-se a reflexão dos profissionais de enfermagem sobre esta temática, e um maior investimento na investigação, com o objetivo de esclarecer o significado da visita pré-operatória de enfermagem, o seu papel na saúde da pessoa e, conseqüentemente, na qualidade dos cuidados prestados.

2. ANALISE REFLEXIVA DO PERCURSO CURRICULAR E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo serão descritas, analisadas e avaliadas as atividades desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos, a capacidade de mobilização dos conhecimentos específicos na área de enfermagem médico-cirúrgica e os resultados obtidos com as estratégias adotadas. Deste modo, descrevem-se as atividades de forma analítico-reflexiva, abordando inicialmente os objetivos previamente delineados nos projetos de formação elaborados para cada ensino clínico, com o objetivo final de aquisição de competências nos domínios científico, técnico, humano e cultural que o grau académico de EEEMC exige.

O módulo II, Cuidados Intensivos/Intermédios foi creditado, tendo como base o artigo nº45 do Decreto – Lei nº74/2006 de 24 de março, que reconhece, através da atribuição de créditos, a experiência profissional e a formação pós-secundária. Neste caso específico a experiência profissional em Cuidados Intensivos desde 1996.

14/04/1996 a 18/07/2010 – Exerceu funções, como enfermeira, na Unidade de Cuidados Intensivos, do Serviço de Cirurgia Cardiorácica – Centro Hospitalar Lisboa Norte – Pólo Santa Maria (CCT-CHLN); Desde 1999 a desempenhar funções de Chefe de Equipa, tendo transitado para a categoria de Enfermeira Graduada a 16/04/2002;

30/03/1998 a 25/05/2002 – Exerceu funções, como enfermeira, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital Fernando da Fonseca (UCIP-HFF). Desde 2000 a desempenhar funções de 2º elemento e de chefe de equipa;

19/07/2010 até à presente data – A exercer funções, como enfermeira, na Unidade de Queimados inserida no Serviço de Cirurgia Plástica do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Pólo Santa Maria (UQ-CHLN).

O serviço de CCT engloba um bloco operatório, uma unidade de cuidados intensivos, uma unidade de cuidados intermédios e uma enfermaria com a capacidade total para trinta e dois doentes. É um serviço direcionado para a cirurgia cardíaca, pulmonar e vascular a pessoas, de ambos os sexos, com idades a partir dos 10/12 anos, contudo são operadas crianças com idade inferior, mas o pós-operatório é feito nas Unidades Pediátricas. As patologias mais frequentes são cardiopatias valvulares, cardiopatias isquémicas e todas as suas complicações, patologias da aorta e grandes vasos e patologias mediastínicas e torácicas. O número de cirurgias é variável, dependendo das vagas, no entanto pode chegar às seis cirurgias programadas. Também se realizam cirurgias de urgência/emergência.

O serviço de UCIP-HFF presta cuidados a doentes, adultos, com patologias do foro médico e/ou cirúrgico, que depois de avaliados pela equipa médica reúnem critérios de admissão nesta Unidade.

A UQ recebe doentes com grandes superfícies de área queimada e/ou queimaduras de áreas nobres (da face, das mãos, dos pés, do períneo), queimaduras respiratórias e doentes com síndrome de Lyell. São admitidos doentes de todo o país e de todas as faixas etárias, relativamente à pediatria, apenas recebe crianças se as unidades de queimados pediátricas estiverem lotadas.

Em UCI presto cuidados de enfermagem diferenciados à pessoa em situação crítica e sua família, desempenhando o conteúdo funcional previsto na Carreira de Enfermagem sempre que o contexto do serviço o exige, planeando, executando e avaliando os cuidados de enfermagem prestados à pessoa e à sua família.

Executo cuidados com técnica, proporcionando, dentro das condições do serviço, a privacidade possível, dando especial atenção à comunicação, não expressando juízos de valor ou qualquer outra forma de discriminação, com vista a estabelecer uma relação empática, revelando a competência de “demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura” e a competência “desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente”. Procuo responder, de forma individualizada, aos problemas da pessoa, relativamente às necessidades humanas básicas afetadas, respeitando os princípios da segurança física e psicológica, tentando sempre mobilizar e potenciar as capacidades de cada pessoa. Na prestação de cuidados tenho, sempre em conta, a personalização dos mesmos, considerando cada pessoa, sã ou doente, como um todo, não esquecendo as suas dimensões bio-psico-socioculturais e espirituais.

Colaboro na prestação de cuidados de enfermagem que exijam competências/conhecimentos mais específicos na minha área de formação/experiência. Para Boterf cit. por Madureira *et al* (2007) a competência profissional, prova a capacidade de agir eficazmente numa situação, assim como a capacidade de empregar os recursos e conhecimentos, sem que se reduza a eles, considerando que o saber fazer, as aptidões e as qualidades são instrumentos essenciais ao profissional na estruturação da sua competência. Também, Benner valoriza a experiência profissional, considerando que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a experiência de situações reais. Esta autora construiu um modelo de aquisição de competências baseado no modelo de Dreyfus, adaptando-o à enfermagem e, nele descreve cinco níveis de aquisição e desenvolvimento de competências, nomeadamente a) iniciado, b) iniciado avançado, c) competente, d) proficiente e e) perito. Quando o enfermeiro atinge o nível de perito, o mesmo consegue compreender de forma intuitiva cada situação no seu todo, apreendendo diretamente o problema. Focaliza-se no aspeto principal do mesmo em detrimento de aspetos menos evidentes. São profissionais flexíveis e com um distinto nível de adaptabilidade, atuando rapidamente e em congruência com a situação (Benner, 2001).

Colaboro com a equipa médica na execução de uma globalidade de procedimentos e, em algumas destas técnicas desempenho funções de Enfermeira Instrumentista, Circulante e de Anestesia, nomeadamente em situações de esternotomias de emergência, colocação de

balão intra-aórtico e traqueostomias, demonstrando a competência “demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização”, “zela pelos cuidados prestados na sua área de especialização”, “demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização” e a competência “demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”.

Estabeleço uma relação de ajuda com a pessoa queimada e sua família, procurando transmitir-lhes maior capacidade para enfrentar tanto a situação presente como situações futuras, em conformidade com as competências “formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica”, “toma iniciativa e é criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização” e ainda a competência “aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com cliente e família, especialmente na sua área de especialização”.

Procedo diariamente, e em colaboração com os Anestesiistas e Cirurgiões Plásticos na admissão do doente queimado, na realização de balneoterapia, e de todos os cuidados e intervenções que estão implícitos a este procedimento, à realização de pensos e à prestação de outros cuidados de enfermagem, respeitando os princípios da técnica asséptica;

Exerço funções de Enfermeira Anestesiista/Circulante/Instrumentista no Bloco Operatório integrado na Unidade de Queimados. As intervenções desenvolvidas demonstram as competências “demonstra nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização”, “mantém de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, “demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar” e a competência “gera e interpreta, de forma adequada, informação proveniente de sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada”.

Relativamente à Gestão de Cuidados, procedo à supervisão, coordenação, orientação e avaliação global dos cuidados de enfermagem prestados pelos restantes elementos. Enquanto coordenadora da equipa de enfermagem, dou particular atenção aos elementos com maior carga de trabalho e aos elementos com menor experiência, com o intuito de colaborar e ajudar sempre que necessário e/ou solicitada, demonstrando, disponibilidade e sentido de interajuda. Para Imogene King “o acompanhamento das práticas pressupõe uma dinâmica de supervisão, a qual permite uma avaliação sobre o tipo de informação considerada para a tomada de decisão, sobre as alternativas colocadas, e sobre os conhecimentos que os enfermeiros possuem para considerar e avaliar estas alternativas” (Abreu,2003:15). Avalio a qualidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem com vista à deteção de problemas, de modo a poder traçar planos visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e à sua família, aplicando as competências “exerce supervisão do exercício profissional na sua área de especialização”, “zela pelos cuidados prestados na sua área de especialização”, “realiza a gestão dos cuidados na sua área de

especialização”, “promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”, e a competência “lidera equipas de prestação de cuidados especializados na sua área de especialização”.

Assisto à passagem de turno, participando de forma pedagógica; Colaboro na implementação e no cumprimento das normas e protocolos do serviço, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, demonstrando as competências “identifica necessidades formativas na sua área de especialização”, “promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”, e a competência “reflete na e sobre a prática de forma crítica”. Refletir sobre a prática é, em si, uma prática de formação, porque revela a possibilidade de transformação do mundo e das formas de o conhecer, pelo que o indivíduo reflexivo se torna dono das suas próprias escolhas. A experiência cumpre um papel preponderante de formação de cada enfermeiro, pelo que, será saudável e formativa a sua partilha. A troca de conhecimentos e de experiências entre os profissionais é fulcral, não só para a socialização dos mesmos, mas também para a sua aprendizagem. Para concluir, a formação profissional dos enfermeiros decorre em diferentes contextos, onde se articulam as vertentes formal, informal e não formal (Garrido, 2004).

Coordeno os assistentes operacionais nas suas diferentes áreas de intervenção, visando o cumprimento das tarefas atribuídas; Avalio as necessidades individuais ou de grupo, de modo a estabelecer prioridades de formação/aprendizagem, aproveitando as dificuldades manifestadas e/ou avaliadas para clarificar dúvidas e/ou receios, aplicando a competência “toma iniciativas e é criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização”, e a competência “demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”.

Participo na integração de novos elementos e faço acompanhamento de alunos durante os ensinamentos clínicos, explicando e demonstrando técnicas e intervenções que podem melhorar a qualidade do tratamento à pessoa em situação crítica, efetuando um ensino orientado para a reflexão crítica e para o agir. A supervisão clínica em enfermagem é um processo baseado no relacionamento pessoal. Tento ser um modelo a seguir, contribuindo assim para a dignificação da enfermagem, demonstrando a competência “colabora na integração de novos profissionais” e a competência “comunica os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas”. Tal como defende Mendonça (2009) o enfermeiro para além das suas funções deve assumir o papel de formador, acrescenta ainda que *“...estes enfermeiros, pelo seu natural estatuto funcional, são observados pelos estudantes e deles colhem exemplos de procedimentos, comportamentos e atitudes profissionais”* (Mendonça, 2009: resumo). A mesma autora realça que a necessidade de cada enfermeiro “querer ser” competente, desperta nele o desejo de formação e de desenvolvimento profissional. Como tal, cria estratégias para promover a qualidade do seu exercício (Mendonça, 2009:51). A formação, como é definida por Dias, *“é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e a atualização)”* (Dias,

2004:58), pelo que cabe a cada um dos profissionais a capacidade de se adaptarem às situações e contextos, partindo do pressuposto que todos os saberes estão em interação.

A integração fornece ao enfermeiro ou ao aluno conhecimentos sobre normas, procedimentos e particularidades do serviço. Como tal, a formação e a integração de enfermeiros e alunos são, a meu ver, fundamentais para melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Esta integração e acolhimento têm como objetivo final a aquisição de segurança e de autonomia necessárias em cada momento, encorajando-os e motivando-os para as funções a desempenhar, tal como afirma Chiavenato (2000: 263) sobre o que é um programa de integração “...é fazer com que o novo participante aprenda e incorpore valores, normas e padrões de comportamento que a organização considera imprescindíveis e relevantes para um bom desempenho em seus quadros”. A integração deve ser encarada como estratégia para melhorar o desenvolvimento profissional do ser humano, no desempenho das suas funções, ou seja, visa a preparação e o aperfeiçoamento das técnicas, dos conhecimentos e das competências.

Por último, considero-me um elemento ativo na formação em serviço, quer como formadora, quer como formanda, relevando a competência “promove a formação em serviço”, e a competência “reflete na e sobre a prática de forma crítica”. É inquestionável a mais-valia da formação profissional para o desenvolvimento das competências dos profissionais de enfermagem.

2.1 MÓDULO III (OPCIONAL) – BLOCO OPERATÓRIO DE CIRURGIA PLÁSTICA

O ensino clínico opcional foi realizado no Bloco Operatório do Serviço de Cirurgia Plástica do CHLN – Pólo Santa Maria no período compreendido entre 23 de abril a 23 de junho de 2012. A escolha do local deveu-se ao facto de já ter realizado um curto estágio naquele serviço, que me deixou bastante agradada e com vontade de aprofundar algumas competências inerentes aos cuidados prestados no mesmo local. A diversidade de cirurgias efetuada neste bloco operatório foi, sem dúvida alguma, uma experiência muito enriquecedora. Neste bloco são submetidas a cirurgias pessoas de ambos os sexos e de todas as faixas etárias. As competências desenvolvidas e aperfeiçoadas neste estágio serão, por certo, uma mais-valia para o meu desempenho enquanto membro da equipa da Unidade de Queimados.

A Cirurgia Plástica é, uma especialidade muito vasta, sendo que engloba a Cirurgia Reconstructiva. Esta engloba todas as partes do corpo, nomeadamente os traumatismos da face; cirurgia da mão; cirurgia reconstructiva dos membros superiores e inferiores; do tronco, e finalmente todas as outras superfícies corporais. Também abrange a vertente da Cirurgia Estética, esta com maior incidência em determinadas zonas do corpo, como é o exemplo da reconstrução mamária. De realçar ainda, o mundo infindo das queimaduras que integra o tratamento dos queimados. A juntar a todas estas especialidades, há ainda a referir as cirurgias transexuais. Por tudo isto se pode concluir quão ampla é a Cirurgia Plástica.

A sua maior incidência verifica-se a nível da traumatologia da mão e da face, relacionada com acidentes de todo o tipo. São igualmente operados, um grande grupo de pessoas com patologias relacionadas com dismorfias corporais, como por exemplo, doentes que emagreceram muito num contexto de obesidade mórbida, ginecomastia (no caso de homens) que se repercute em problemas de autoimagem, gigantomastia (no caso das mulheres) que se repercute em problemas de coluna vertebral e, também associados à alteração da autoimagem. Tendo sempre como objetivo o bem-estar da pessoa.

No ano de 2010, segundo as estatísticas do serviço, foram operadas no bloco do serviço de Cirurgia Plástica 1609 pessoas. No entanto atualmente a lista de espera para esta especialidade é de, aproximadamente dois anos, contudo, existe um rigoroso critério de seleção no estabelecimento de prioridades, relacionado com a gravidade das patologias.

O Bloco Operatório de Cirurgia Plástica está inserido no departamento de Cirurgia Plástica, do qual fazem parte o bloco operatório, serviço de internamento, consulta externa e unidade de queimados. Dele fazem parte duas salas operatórias, uma sala de sujos, uma sala de material esterilizado, um vestuário e uma copa. Naquele bloco existe uma equipa fixa de enfermeiras, anestesistas, cirurgiões, uma administrativa e assistentes operacionais. O número de cirurgias é variável, pois depende da duração de cada uma delas.

Objetivo Geral

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista na assistência à pessoa submetida a cirurgia e sua família, no período perioperatório.

Objetivos Específicos

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a cirurgia no período perioperatório, como enfermeira anestesista e circulante.
- Promover o acolhimento da pessoa submetida a cirurgia e sua família, na fase pré-operatória, através da realização da visita pré-operatória.
- Elaborar normas de procedimentos de enfermagem pertinentes ao serviço.

Durante o ensino clínico desempenhei funções de enfermeiro anestesista e circulante. Para tal, prestei cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a cirurgia e à sua família, encarando a pessoa como um ser único, indissociável do seu universo, e que necessita ser tido em consideração na prática dos cuidados para que se possam prestar cuidados de enfermagem humanizados e holísticos. O enfermeiro perioperatório tem um papel crucial no acompanhamento da pessoa que vai ser sujeita a uma cirurgia. Desta forma, o enfermeiro deve desenvolver competências nas áreas da comunicação/relação e informação/educação, para a saúde. Deve iniciar o processo de relação na visita pré-operatória e terminá-lo com a visita pós-operatória. Durante este período, terá oportunidade de levantar problemas e necessidades, fornecer informações que certamente contribuirão para minimizar o medo, ansiedade e a insegurança da pessoa e da sua família (AESOP, 2006).

Durante o período que permaneci no bloco operatório, em dezembro, constatei que não era realizada qualquer visita pré-operatória às pessoas submetidas a cirurgia. Quando falava com elas, a grande maioria, referia ansiedade e desconforto no momento de realizar a cirurgia. As razões enumeradas eram várias, nomeadamente: medo de não acordar da anestesia; medo de sentir a cirurgia e não conseguir falar; nunca ter entrado num bloco operatório (medo do desconhecido); medo de morrer; preocupações relativas à família e ao emprego; receio de ter dores no pós-operatório; alteração da autoimagem, entre outras. Tais sentimentos são consistentes com os resultados da investigação realizada através da RSL.

As conversas com as pessoas submetidas a cirurgia, e os sentimentos por elas verbalizados foram o principal motivo para querer desenvolver a visita pré-operatória de enfermagem. Tal como se pode concluir com a RSL, a visita pré-operatória pode contribuir para um cuidado humanizado à pessoa submetida a cirurgia.

Após reunião não só com a sr^a enfermeira orientadora, como com a responsável do bloco e a sr^a enfermeira chefe, foram partilhados alguns temas que se julgavam pertinentes de serem desenvolvidos e trabalhados, nomeadamente, a elaboração de um manual de integração de novos profissionais ou estudantes, protocolos e normas de procedimentos e visita pré-operatória.

As enfermeiras reconheceram o tema da visita pré-operatória pertinente, uma vez que não existe no serviço, e a grande maioria admitiu a sua importância, tendo sido referenciado o facto nos relatórios críticos de atividades por elas elaborados, como sendo um dos objetivos a alcançar.

Perante os factos descritos, considerei pertinente a implementação da visita pré-operatória de enfermagem, pelo que avancei com a mesma. Desenvolvendo a competência “gera e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada” e da competência “formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica”.

Com a colaboração da enfermeira orientadora e restantes elementos da equipa elaborei uma norma de procedimento sobre a visita pré-operatória no Bloco de Cirurgia Plástica do CHLN- HSM (Apêndice A), uma folha de visita pré-operatória de enfermagem (Apêndice B), a qual deverá ser preenchida pelo enfermeiro perioperatório, no momento da visita. Conjuntamente foi elaborado um guia de orientação (Apêndice C) para a realização da referenciada. Estes documentos têm como objetivos: uniformizar procedimentos no seio da equipa de enfermagem; contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa submetida a cirurgia e sua família, e facilitar a integração de novos elementos. Revelando a competência de “desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente” e a competência “incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências”. A folha da visita pré-operatória revelou-se bastante útil e de fácil consulta, o que foi verbalizado pelos elementos da equipa multidisciplinar. Consideraram-na uma mais-valia, pois consegue-se ter acesso às

informações necessárias, e aos problemas detetados, permitindo que a pessoa seja submetida à cirurgia com maior segurança. Em algumas situações, os anestesistas chegaram a pedir a folha da visita pré-operatória para a consultarem, verbalizando que continha a informação necessária, e que os mesmos não tinham tido tempo para ir falar com doente.

Os documentos elaborados, segundo informação da sr^a enfermeira chefe do Bloco Operatório, já seguiram para a Direção de Enfermagem para serem avaliados e posteriormente aprovados.

A pessoa que é internada num hospital para realizar uma cirurgia, independentemente da complexidade da mesma, tem necessidade de encontrar alguém que a considere na sua globalidade e respeite os seus sentimentos (Silva, 2005:674). A pessoa submetida a cirurgia, habitualmente, é internada na véspera e, neste período, as pessoas apresentam necessidades de apoio emocional e de ensinamentos. Como tal, a hospitalização é considerada uma experiência desagradável por quem a vivencia (Morais, *et al*, 2009). A necessidade de hospitalização e de uma cirurgia provocam muitas vezes vivências marcadas pela insegurança e pela ansiedade. O internamento por si só constitui um fator de stress e de despersonalização, facto que assume maior relevância quando a pessoa vai ser submetida a cirurgia.

Durante o processo de transição saúde/doença e hospitalização, a equipa de saúde debruça-se essencialmente na doença e não na pessoa doente. Isto faz surgir um sentimento de insegurança, de solidão, de medo e de desamparo, levando a procurar na equipa de saúde não apenas a sua cura, mas também segurança, afeto e solidariedade (Silva, 2005). Na prática dos cuidados, os enfermeiros deverão centralizar as suas intervenções na complexa interdependência pessoa/ambiente, e ajudar o doente a tender para o equilíbrio. Ora, a existência dum momento onde a pessoa possa colocar as suas dúvidas e, expressar os seus medos é essencial; como tal, a visita pré-operatória de enfermagem torna-se um imperativo. Também, Santos (2008) realizou um estudo cujo objetivo foi verificar se a ansiedade dos utentes submetidos a visita pré-operatória, era inferior à daqueles que não a realizavam. Concluiu que os utentes submetidos à visita pré-operatória tinham menor nível de ansiedade em relação ao grupo de controlo.

O contexto perioperatório em que cada pessoa, em determinado momento, se vê envolvida, desenvolve uma situação de crise, criando um desequilíbrio físico e psicológico (AESOP, 2006). A cirurgia pode ser encarada como fonte de ansiedade, e pode criar necessidades a todos os níveis (físico, psico-espiritual, social e ambiental), requerendo medidas de conforto específicas, para cada doente e família. O conforto, o bem-estar físico e psíquico da pessoa submetida a cirurgia devem ser encarados como prática indispensável das intervenções de enfermagem.

As necessidades de cuidados de saúde são definidas como necessidades de conforto resultantes de situações desencadeadoras de tensão e de ansiedade. As necessidades de conforto podem ser físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais (Kolcaba, 2003). Acrescenta ainda, Kolcaba que o conforto “*é a experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos (físico,*

psicoespiritual, social e ambiental) "(Kolcaba, 2003: 14); *"muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos"*. Trata-se de *"um resultado essencial do cuidado de saúde (...) é um estado holístico e complexo (...)"* (Kolcaba, 1997; Kolcaba, 2003: 16). Aqui, o alívio representa *"o estado, a experiência dum doente a quem foi satisfeita uma necessidade de conforto específica"*, a tranquilidade, *"um estado de calma, sossego ou satisfação"* e a transcendência, *"o estado no qual é possível superar problemas ou dor"* (Kolcaba, 2003:9; 15). Ainda Kolcaba (1991) cit. por Mussi (1996) investigou a literatura de enfermagem sobre holismo, e concluiu que as necessidades de conforto podem ser experienciadas pelas pessoas em quatro contextos: físico (atribuído às sensações do corpo); psicoespiritual (relacionado com a consciencialização interna do eu, incluindo estima, conceito, sexualidade e significado na vida do indivíduo; pode também abranger um relacionamento do indivíduo com uma ordem mais alta ou ser superior); ambiental (relativo ao cenário externo da experiência humana, abrangendo luz, barulho, ambiente, cor, temperatura e elementos naturais versus sintéticos); social (ligado às relações interpessoais, familiares e sociais) (Mussi,1996: 257).

O avanço tecnológico necessário para a manutenção do doente crítico tem contribuído para a fragmentação da pessoa que necessita de cuidados diferenciados. A prática mecanicista e os procedimentos passam a ser o objeto de cuidados (Barbosa, 2007), esquecendo o fundamental que é a pessoa a quem as tecnologias devem servir para que se alcance o fim desejado, o que é, melhorar o mais possível a pessoa que necessita de cuidados, tanto a nível físico, como emocional e espiritual (Osswald, 2000). A *"pessoa"* no paradigma da transformação é encarada como um ser único, indissociável do seu universo, e que necessita ser tido em consideração na prática dos cuidados.

Durante o período de estágio realizei visitas pré-operatórias a dezassete pessoas, no serviço de Cirurgia Plástica. Habitualmente, a visita era realizada na sala de refeições, caso estivesse livre, caso contrário, ou se a pessoa estivesse acamada era junto da cama, havendo a preocupação de fechar os cortinados para facultar o mais possível a privacidade da pessoa. Tentava criar um ambiente calmo, onde as interrupções fossem reduzidas ao mínimo, e com cadeiras disponíveis. Caso a pessoa estivesse acompanhada era-lhe perguntado se queria realizar a VPOE sozinha ou com o seu familiar. Tinha a preocupação de me apresentar e explicar a razão da minha presença. Durante a visita pré-operatória prestei cuidados de enfermagem únicos e individualizados, criando um ambiente de confiança entre a pessoa e a enfermeira. Assim, foi possível compreender as necessidades individuais, as dúvidas, os receios e as expectativas. Este momento permite ao enfermeiro, de forma sucinta e adaptada à pessoa, falar sobre o BO, toda a sua dinâmica, e pós-operatório, criando alguma tranquilidade relacionada com o desconhecido. Emergindo assim, a competência *"Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura"*.

O momento do acolhimento deve ser considerado único, pois é o início de um processo de inter-relação entre enfermeiro-pessoa, em que a comunicação é encarada como um elemento fundamental. A comunicação é definida por Travelbee como *"um processo que pode*

permitir à enfermeira estabelecer uma relação pessoa-a-pessoa e, conseqüentemente, satisfazer o propósito da enfermagem, nomeadamente, assistir os indivíduos e as famílias na prevenção e lidar com a experiência da doença e do sofrimento e, se necessário, ajudá-los a encontrar sentido nestas experiências” (Travelbee in Tomey, 2004:469). O primeiro contacto é considerado um momento único e irrepetível (Osswald,2000), pelo que, estes primeiros momentos devem transmitir confiança à pessoa recém-chegada de forma a desdramatizar a sua hospitalização. O modo como se processa o acolhimento deverá adequar-se às características e necessidades da pessoa a acolher.

Pude constatar durante as visitas pré-operatórias realizadas, que numa fase inicial, as pessoas não tinham dúvidas, mas quando percebiam que lhes era dado tempo possibilidade de diálogo, logo as dúvidas começavam a surgir. Travelbee refere que a relação pessoa-a-pessoa *“estabelece-se quando a enfermeira e aquele que a recebe o seu cuidado atingem uma harmonia tendo progredido através dos estágios do encontro original, da emergência de identidade, empatia e simpatia”* e, assim atingir a harmonia que a define como *“um processo, um acontecimento, uma experiência (...) que passam, em simultâneo, (...). É composta por um aglomerado sentimentos e pensamentos inter-relacionados (...) são transmitidos, ou comunicados, por um ser humano a outro”* (Travelbee in Tomey,2004:470). Quando se consegue estabelecer esta relação surgem as questões e as dúvidas, como por exemplo, *“gostaria de pedir ao médico para ir fotografando a minha cirurgia”* (esta situação refere-se a uma cirurgia transexual); *“Se a cirurgia terminar cedo, será que ainda posso ir trabalhar hoje?; vou ser submetida a que tipo de anestesia?; daqui a quanto tempo posso pegar a minha neta ao colo?; será que as cicatrizes se vão notar muito?”*, entre outras. A algumas destas dúvidas e questões não sabia dar resposta, mas outras não eram sequer da minha área de competência. Porém, perante as pessoas, comprometia-me a procurar o médico a fim de serem esclarecidas. Destas questões, também se pode concluir que as pessoas não foram esclarecidas pelo médico, nomeadamente em relação ao tempo de recuperação, tipo de anestesia e qual a cirurgia a realizar.

Durante este período deparei-me com pessoas que vinham ser submetidas a uma cirurgia, e demonstravam total desconhecimento não só sobre o ato anestésico como também a cirurgia a que seriam submetidas. Um número significativo não sabia inclusive o nome do médico que o iria operar. Ribeiro (2010) realizou um estudo sobre os fatores que influenciam o nível de ansiedade, no pré-operatório, e concluiu que os fatores informativos e cirúrgicos têm mais influência no nível de ansiedade pré-operatório dos doentes do que os familiares e pessoais.

O diálogo enfermeiro-pessoa reveste-se de grande importância, pois é aqui que se deve travar uma relação de confiança mútua capaz de fortalecer a relação. Este diálogo exige, da parte do enfermeiro, autenticidade, disponibilidade, empatia, para além do respeito pela dignidade e singularidade da pessoa. É esta capacidade que confere ao enfermeiro um papel importante na humanização dos cuidados de saúde. O sentimento de satisfação era grande quando as pessoas me reencontravam e reconheciam, no momento da admissão no bloco

Para Travelbee, o termo pessoa é definido como *“um ser humano. Tanto enfermeira como doente são seres humanos. Um ser humano é um indivíduo único e insubstituível que se encontra no processo contínuo de tornar-se, evoluir e mudar”* (Travelbee in Tomey, 2004:470).

Autores como Barbosa, *et al* (2006); Fonseca (2010); Grittem, *et al* (2006) evidenciam que a visita pré-operatória reduz o nível de ansiedade, o que, conseqüentemente, permitirá um maior grau de colaboração por parte da pessoa, e uma redução das complicações pós-operatórias. No decorrer das visitas pré-operatórias, foi nítido que as pessoas estavam a vivenciar sentimentos de medo, de ansiedade, preocupações com a vida familiar e profissional, entre outros, fatores que, numa fase inicial da visita não conseguiam verbalizar. Na generalidade as pessoas verbalizavam agrado em conhecer alguém que as seguiria posteriormente no bloco operatório. Algumas chegaram mesmo a questionar se, quando chegassem ao bloco, poderiam chamar por mim. A visita pré-operatória era realizada, na véspera da cirurgia ou no próprio dia. Posteriormente recebia as pessoas no bloco operatório e ficava responsável por elas, como enfermeira de anestesia, até serem transferidas para a enfermaria ou para o SO. No dia seguinte, ou algumas horas após terem saído do bloco ia ao serviço saber como estavam, perguntar se tinham dores, se precisavam de alguma coisa, tentar perceber se as orientações pré-operatórias tinham ajudado.

Na visita pré-operatória, tentei estabelecer com a pessoa um diálogo, proporcionando condições para a criação de uma relação empática baseada na confiança, na disponibilidade e na autenticidade. Desta forma, a pessoa conseguia falar de aspetos da sua vida privada, das suas necessidades, dos seus receios e dúvidas, fatores relevantes e necessários para o planeamento das intervenções de enfermagem. Evidenciando a competência *“demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relaciona-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”* e a competência *“aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”*.

Em relação às visitas pré-operatórias realizadas, as enfermeiras começaram a perceber que as mesmas tinham inúmeras vantagens, nomeadamente, a nível do conhecimento dos antecedentes, da lateralidade da cirurgia, das alergias, do estado emocional, entre outros fatores. Quando regressava das visitas transmitia as informações aos restantes elementos da equipa, proporcionando continuidade de cuidados, revelando a competência *“demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar”*

O enfermeiro perioperatório deverá participar nos três períodos que englobam o período perioperatório – pré, intra e pós-operatório. No contexto do ensino clínico constatei que as enfermeiras de perioperatório dão maior relevância aos cuidados prestados durante o período intraoperatório. Senti ainda, um domínio da técnica em relação às outras dimensões do cuidar. Contudo, no decorrer do ensino clínico, constatei uma maior preocupação por parte das enfermeiras em se apresentarem, assim como, em explicar o que se iria passar, disponibilizando-se para tirarem dúvidas. Esta atitude por parte das enfermeiras deixou-me bastante satisfeita, pois senti que algo estava a ser interiorizado.

O sentimento de excesso de trabalho foi referenciado por um grande número de enfermeiras que desempenham funções no bloco operatório, como fator impeditivo para a realização da VPOE, embora reconheçam a importância da mesma, o que vai de encontro ao estudo de Grittem *et al* (2006), que reconhece a importância que os enfermeiros atribuem à visita pré-operatória, e ao facto do excesso de trabalho dificultar a sua realização. Nas últimas décadas, a evolução técnica e científica da enfermagem tem sofrido um crescimento exponencial, aliado ao número cada vez menor de enfermeiros, e atividades burocráticas a desenvolver. Também, Fonseca (2009) evidencia a dificuldade na realização das visitas pré-operatórias, esta, relacionada com o número reduzido de enfermeiros em relação ao número de cirurgias programadas. Noutra perspectiva, Silva (2010) defende que o número insuficiente de profissionais, não deve ser visto como impeditivo ao cuidado de qualidade, embora possa interferir no mesmo. O cuidado com o ser humano deve ser encarado como um todo, pelo que, foi meu intuito sensibilizar para a importância da implementação e realização da visita pré-operatória.

Foi realizada uma sessão de formação, dia 18 de junho de 2012, (Apêndice D e E), que teve como objetivo principal a sensibilização dos enfermeiros para a importância do acolhimento da pessoa e família no período perioperatório, através da visita pré-operatória. A necessidade de cada enfermeiro “querer ser” competente, desperta nele o desejo de formação e de desenvolvimento profissional, pelo que deve criar estratégias para promover a qualidade do exercício da sua profissão (Mendonça, 2009:51). Também Alarcão (1997) defende que o formando tende a assumir-se, cada vez mais, como um elemento ativo na formação e, paralelamente, se corresponsabilizar pela formação dos seus pares.

A formação contou com a presença de todas as enfermeiras do bloco à exceção de uma enfermeira que se encontrava de férias. No questionário aplicado, no final da sessão, a totalidade das enfermeiras referiram que os conteúdos apreendidos, foram muito importantes para a sua prática diária. Relativamente à pergunta: “pretender dar continuidade à visita pré-operatória?” Algumas vezes, foi a opção mais selecionada. Tendo sido justificada pela dinâmica do serviço, excesso de trabalho e alteração frequente dos mapas operatórios. Em parte, as respostas deste inquérito vão de encontro ao estudo realizado por Fonseca (2009), que evidencia dificuldades relacionadas com o número reduzido de enfermeiros em relação ao número de cirurgias programadas. Por tudo o que foi dito anteriormente, tenho algumas dúvidas que as enfermeiras vão dar continuidade à realização da visita pré-operatória de enfermagem, naquele bloco.

Tal como foi referido anteriormente, e durante a minha permanência no bloco foram desempenhadas, por mim, funções de enfermeira anestesista e de enfermeira circulante. Como tal a aquisição de competências nas diferentes funções da enfermagem perioperatória tornou-se, para mim, um imperativo, com a finalidade de prestar cuidados de qualidade. Deve também, dar-se primazia a uma abordagem holística da pessoa (AESOP, 2006:107). O facto de não existirem em número suficiente normas de procedimento, nem manual de integração de novos enfermeiros, dificultou, numa fase inicial, a minha integração, e conduziu a alguma

insegurança no meu desempenho, pois não tinha documentos, nem normas pelas quais me pudesse guiar.

Penso que, numa fase inicial, é necessário que o enfermeiro perioperatório desenvolva uma consciência “cirúrgica” baseada em conhecimentos teórico-práticos e na competência profissional. O desenvolvimento desta consciência cirúrgica implica conhecer os princípios de assepsia; desenvolver a sua prática nesta função específica, independentemente de estar ou não a ser observado e/ou avaliado; auto disciplinar e organizar a sua própria higiene, vestuário e prática de enfermagem, sem quebras na técnica; antecipar as necessidades do doente e da sua equipa, conhecendo a pessoa, o tipo de cirurgia, as preferências da equipa os materiais necessários e como os obter e, por último desenvolver maturidade para ultrapassar preferências e divergências, independentemente do tipo de cirurgia, das circunstâncias em que esta ocorre e dos diferentes membros da equipa (AESOP, 2006:109).

A equipa cirúrgica engloba a equipa assética e a equipa não esterilizada. A primeira é constituída por cirurgião, ajudantes e enfermeiro instrumentista. A segunda é constituída pelo anestesista, pelo enfermeiro circulante, pelo enfermeiro anestesista e outros técnicos, que trabalham fora da área esterilizada, e são responsáveis por garantir a segurança, o posicionamento, a monitorização do doente, o manuseamento do material e do equipamento não esterilizado, a manutenção da técnica assética, e o fornecimento do material à equipa cirúrgica (Monahan, *et al*, 2010: 276). No ensino clínico apenas desempenhei funções de enfermeira anestesista e enfermeira circulante, pelo que estive integrada na equipa não esterilizada.

Desempenhei funções como enfermeira circulante, nomeadamente prestação direta de cuidados e atividades de gestão. A OE (2004) define enfermeiro circulante como o

“profissional de enfermagem que, no desempenho das suas competências, tem como foco de atenção as necessidades do doente cirúrgico, e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve as suas intervenções, incluindo em situações de emergência ou de limite” (OE, 2004:1).

No bloco operatório enquanto enfermeira circulante, desempenhei várias funções (no período que antecede a cirurgia, no decurso da cirurgia e no final da cirurgia), nomeadamente, a verificação do nome do doente e a respetiva sala que lhe estava atribuída; a verificação do ambiente da sala (temperatura, humidade e limpeza); a verificação do equipamento (canivete elétrico, aspirador, marquesa e iluminação); a preparação de todo o material necessário para a cirurgia; a colaboração no posicionamento na marquesa. Foi minha obrigação também, proceder à verificação da integridade dos materiais; o fornecimento dos materiais necessários à enfermeira instrumentista; efetuei os registos de enfermagem em sistema informático; fui responsável pela identificação, preenchimento do protocolo e envio das peças operatórias para o laboratório; assegurei as condições de segurança da sala (controlo de movimentos dentro da sala, portas fechadas, silêncio, limpeza da sala e controlo de resíduos); colaborei na contagem do instrumental cirúrgico e compressas; colaborei na realização dos pensos; colaborei na

transferência da pessoa; concluí registos informáticos e procedi à impressão da folha cirúrgica; supervisionei a limpeza da sala e dos materiais; repus stocks; preparei a sala para a próxima cirurgia. Perante todas as funções que tive que desempenhar, não posso deixar de partilhar o facto de, inicialmente me sentir bastante perdida e, por vezes, insegura, com necessidade de recorrer à enfermeira orientadora e aos restantes elementos da equipa para me certificar que tudo estava conforme. Perante tal facto, elaborei uma folha, baseada na AESOP, com todas as funções, que me ajudou a ultrapassar as dificuldades sentidas. Outra estratégia por mim utilizada foi chegar mais cedo ao bloco, para ter mais tempo para preparar a sala e, depois poder despende algum tempo a falar com a pessoa. Ainda, relativamente às funções por mim desempenhadas, surgiram-me algumas dúvidas no preenchimento da ficha cirúrgica, no que respeita à classificação da ferida cirúrgica e, quando eu perguntava aos restantes elementos apercebia-me que as respostas não eram consensuais. Perante o problema detetado elaborei uma folha com a classificação das feridas cirúrgicas, permitindo a classificação correta e uniforme das mesmas (Apêndice G).

No bloco operatório são realizadas, em número considerável, cirurgias com necessidade de utilização de garrote pneumático, nomeadamente nas cirurgias dos membros. No serviço não existia nenhuma norma de procedimento relativa ao equipamento e, mais uma vez, quando questionava as colegas relativamente à sua utilização as respostas também, não eram consistentes nem uniformes. Perante a constatação deste facto elaborei a norma de procedimento - garrote pneumático (Apêndice H). No meu entender a elaboração de normas permite uma uniformização dos procedimentos, facilita a integração de novos enfermeiros, garantindo as boas práticas com base em princípios científicos, e baseadas na evidência, tendo como finalidade a melhoria dos cuidados e a segurança da pessoa submetida a cirurgia, o que está de acordo com a competência “zela pelos cuidados prestados na sua área de especialização”. Cada vez mais se defende a prática baseada na evidência, e não na experiência individual de cada profissional; perante estes factos quer, o processo envolvente à elaboração das normas e das orientações revelou a aquisição da competência “toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas” quer da competência “colaborar na integração de novos profissionais”.

Numa fase inicial, o facto de estar tão preocupada com as minhas funções enquanto enfermeira circulante, não conseguia despende tempo suficiente para acompanhar e apoiar a pessoa. O facto de saber que quase a totalidade dessas pessoas não tinha tido nenhum contacto com os profissionais, nem sequer orientação relativa à cirurgia, ainda me deixava mais impaciente. Nestes momentos, sentia-me completamente impotente, pois eu apenas realizava visita pré-operatória às pessoas às quais eu iria prestar cuidados como enfermeira anestesista.

Como enfermeira de anestesia, e após a realização da visita pré-operatória, desempenhei todas as funções inerentes, nomeadamente, verifiquei plano operatório; validei a operacionalidade da sala (temperatura, humidade, ventilação e higienização da sala); Preparei o material necessário para a cirurgia; (disponibilidade dos equipamentos solicitados pelo

anestesista); Verifiquei e testei a funcionalidade de todos os equipamentos (aspirador, módulos de monitorização, compressor térmico, colchão de aquecimento da marquesa operatória, bombas infusoras; Verifiquei o stock de fármacos do carro de anestesia; Preparei os fármacos para a indução e manutenção anestésica, de acordo com a indicação do anestesologista; Preparei todo o material necessário à entubação endotraqueal ou nasotraqueal; Preparei os módulos e kits de monitorização.

Após a sala estar preparada para receber a pessoa e, toda a equipa multidisciplinar estar presente no bloco (cirurgiões, anestesista, enfermeiro instrumentista, enfermeiro circulante e enfermeiro anestesista), providenciava chamada e recebia a pessoa no transfere. No momento de receber a pessoa fazia questão de retirar a máscara, de forma a ser reconhecida e validava, sempre, se ainda se recordava do meu nome e da minha profissão. Quando a pessoa me via, era frequente ver um sorriso no seu rosto e ouvir alguns comentários, tais como, “afinal está mesmo cá; sempre vai tomar conta de mim?; não se esqueça do que lhe pedi”, entre outros. Ver um rosto conhecido num local desconhecido traz alguma tranquilidade e diminui a ansiedade.

Quando a enfermeira da enfermaria me passava a pessoa, habitualmente comentava: “com certeza já sabes mais do que eu, pois realizaste a VPOE”. Contudo, fazia questão de ouvir atentamente a sua passagem. Outro aspeto sempre validado por mim referia-se ao preenchimento da checklist operatória, que frequentemente não vinha preenchida, ou era preenchida à porta do bloco. Perante tal facto fui sensibilizando os colegas para a importância do preenchimento da mesma, tendo como objetivo a segurança do doente. Por considerar este aspeto bastante relevante para a segurança do doente também abordei o tema com a enfermeira orientadora e a enfermeira chefe.

A segurança do doente deve ser considerada fundamental, nos blocos operatórios, por todos os elementos da equipa multidisciplinar. Segundo Fragata (2010) os erros e acidentes no bloco operatório têm uma prevalência alta. Estes vão desde a suspensão do movimento operatório, a acidentes *minor* e eventos catastróficos (Fragata, 2010:17). A segurança do doente não está apenas dependente das características humanas, mas também de aspetos técnicos e organizacionais que se observam na realidade da prestação de cuidados. Como tal é necessária a consciencialização dos seus intervenientes, por forma a se desenvolverem instrumentos com vista a aumentar a segurança do doente, considerando-o, sempre, o elemento central (Saúde Pública, 2010: editorial).

Após receber a pessoa no bloco operatório encaminhava-a para a sala de operações, onde era novamente explicado que, dentro da sala, era necessário o uso da máscara, com o objetivo de reduzir o risco de infeções e não contaminar o ambiente. Colaborei na sua passagem para a marquesa operatória, mantendo a pessoa tapada com o lençol, para que a sua privacidade fosse mantida. Enquanto a monitorizava tinha o cuidado de ir explicando todos os passos, durante o processo anestésico, explicava-lhe que iria adormecer de forma gradual e acrescentava ainda, que durante esse período, eu estaria ao seu lado para garantir a sua segurança. No final da cirurgia estava presente no momento da reversão anestésica, por forma

a transmitir segurança à pessoa no momento de acordar. Colaborei na sua passagem para a cama, garantindo uma temperatura adequada e avaliando a dor logo que possível, cuidados que proporcionam à pessoa conforto. Por último, pedia para virem buscar a pessoa e transmitia oralmente toda a informação pertinente. E entregava a folha cirúrgica impressa e o restante processo do doente, e disponibilizava-me para tirar dúvidas. No final do dia ou no dia seguinte, dirigia-me à enfermaria para saber como estava a decorrer o pós-operatório da pessoa, assim como, para perceber se as minhas orientações, o meu acompanhamento e os meus cuidados tinham sido uma mais-valia, contribuindo desta forma para a melhoria dos cuidados de saúde.

Durante o ensino clínico existiram algumas situações que me fizeram refletir e, que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Por as considerar construtivas achei importante descrevê-las, pois, poderão também servir de reflexão aos leitores.

No primeiro dia de estágio, a decorrer no bloco operatório da Cirurgia Plástica, vivenciei uma situação incómoda que me fez refletir. Ansiosa por começar a desempenhar as minhas funções, entrei numa das salas operatórias. De seguida, apresentei-me à pessoa que estava a ser operada, sob anestesia loco-regional, a uma reconstrução do pavilhão auricular à esquerda. Ao estar perante uma pessoa acordada, surgiu-me o desejo de tentar perceber o que aquela pessoa, naquela situação específica estava a sentir. Aproximei-me, e sentei-me junto dela. Apercebi-me que apertava, com muita força, os dedos de uma das mãos com a outra mão. A sua comunicação não-verbal deixava adivinhar ansiedade e medo. Stefanelli (2005) lembra que a comunicação é inerente a todo o comportamento humano, por meio da comunicação verbal e não-verbal. A escuta ativa é mais do que ouvir, está relacionada com a capacidade de estar atento a outros sinais, muitos deles transmitidos por comunicação não-verbal. Perguntei-lhe, então, se era a primeira vez que estava num bloco, e ela disse que não, naquele bloco era a terceira vez, mas só desta vez estava acordada, pois das outras vezes tinha sido operada, sob anestesia geral. Existem situações em que, apesar de estarmos rodeados de pessoas, nos sentimos isolados e vulneráveis (ambientes desconhecidos, pessoas estranhas, linguagem que não dominamos, situações novas), surgindo frequentemente o medo e a ansiedade. Tal como refere (Stefanelli, 2005) o enfermeiro tem, aqui, um papel fulcral no estabelecimento de uma comunicação efetiva e eficaz com o doente e família. De forma irrefletida e espontânea, concluí: "Então, hoje, está a ser mais fácil", mas o que para mim parecia óbvio, afinal, para aquela pessoa não era, nada, assim. Eu não sabia, mas no momento que a anestesista informou a doente, já na marquesa operatória, que ia ser operada com anestesia loco-regional a pessoa teve um ataque de pânico, na sala. Corroborando com Faria *et al*, (2009) o principal objetivo da visita pré-operatória é identificar o grau de ansiedade, o estado físico e emocional, e os fatores de risco. Também Barbosa *et al* (2006) defendem que o ato cirúrgico é um dos momentos mais críticos do processo terapêutico, devido ao medo do desconhecido, à complexidade do procedimento e ao risco inerente ao mesmo. Depois de conversar com a pessoa fiquei a saber que tinha sido submetida a uma cirurgia, sob anestesia loco-regional, para excisão de lipoma, do couro cabeludo. Dessa

cirurgia resultou uma situação traumática. Perante o sucedido revela-se de extrema importância, a visita pré-operatória, conforme defendem inúmeros autores. Lourenço (2004) acrescenta que, a intervenção do enfermeiro no pré-operatório revela-se muito importante nos períodos seguintes, intra-operatório e pós-operatório.

O enfermeiro tem um papel fulcral, na preparação pré-operatória, pois tem a oportunidade de conhecer a pessoa e fazer o levantamento das suas necessidades, o que contribuí, positivamente, para minimizar a ansiedade e medo que a notícia de uma cirurgia desponta (Costa et al, 2010). Aproveitei esta situação, para reforçar junto da equipa de enfermagem, a importância da realização da VPOE, o que ampliou o meu desejo de implementar a visita pré-operatória no bloco operatório de cirurgia plástica.

Outra situação que contribuiu para uma reflexão pessoal e da equipa de enfermagem, está relacionada com a não valorização dos diagnósticos de enfermagem por parte da equipa médica, mais concretamente, da anestesia. Nesta situação concreta, a sr^a X durante a visita pré-operatória, verbalizou muito medo da anestesia (bloqueio de plexo). Nesta situação concreta já tinha sido informada pelo cirurgião do tipo de anestesia que iria ser submetida. Tinha como antecedentes síndrome depressivo medicado, e vinha acompanhada pelo marido e filho, este com 9 anos, e que segundo a mãe, ficou muito traumatizado com as anteriores cirurgias, razão pela qual não tinha conseguido ir às aulas, e quis acompanhar a mãe ao hospital. Esta era a terceira cirurgia à mão, síndrome de túnel cárpico, e nas duas anteriores, com o mesmo tipo de anestesia, tinha tido dores “horribéis” (sic). As experiências negativas anteriores, influenciam todo o período perioperatório. Tal facto, vai de encontro a estudos que concluem que os doentes sem experiências cirúrgicas ou com complicações em anteriores cirurgias evidenciam mais ansiedade (Fonseca, 2010). Quando a sr^aX chegou ao bloco apresentei-lhe os restantes elementos da equipa interdisciplinar e, partilhei com os mesmos as necessidades e problemas diagnosticados (ansiedade relacionada com o tipo de anestesia e com o medo de sentir dor durante a cirurgia), permitindo assim a continuidade dos cuidados individualizados. Para ser sincera senti que a minha partilha não modificou a atitude da anestesista, que em voz alta comentava: “ *Isto aqui não vai acontecer, comigo essas coisas não acontecem...*”, não valorizando a situação.

Na prática diária, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente, e a garantia do sucesso de qualquer intervenção de enfermagem pode ser atribuída à forma como são satisfeitas as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais de cada pessoa (Chistóforo,2006). A comunicação não-verbal da sr^aX, lágrimas a correr pelo rosto, assim como a tensão arterial elevada e a pele suada, deixavam adivinhar medo e angústia. A comunicação é uma necessidade básica, e permite o estabelecimento de um relacionamento efetivo, com o objetivo de oferecer informação e, conforto o que influencia o comportamento do outro (Stefanelli, 200). Participei, na cirurgia, como enfermeira de anestesia, tendo o cuidado de explicar tudo o que ia acontecendo à sr^aX. Para conseguir a gestão da dor e do bem-estar da pessoa submetida a cirurgia, o enfermeiro deve identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, assim com ir validando com

a pessoa o que está a sentir. Quando a cirurgia começou a doente referiu dor. O diagnóstico da dor é determinado por vários fatores e não simplesmente pela quantidade de dano físico. Em 2003, a Direção Geral da Saúde elaborou uma circular normativa sobre: A dor como sendo o 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor, em que um dos pontos a atender é *“avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida dos doentes”* (DGS, 2003:1).

Em 2008, a Direção Geral da Saúde elaborou a circular normativa, nº11 de 18/06/2008, relativa ao Programa Nacional de Controlo da Dor. O programa tem como objetivo *“normalizar uma abordagem abrangente, pelos serviços prestadores de cuidados de cuidados de saúde dos serviços prestadores de cuidados de saúde junto da população que sofre de dor aguda ou de dor crónica, promovendo um adequado diagnóstico e tratamento”* (DGS, 2008:1).

A Direção Geral da Saúde considera a dor um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo. Acrescenta ainda que,

“além do sofrimento e da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas que vão contribuir para o aparecimento de co-morbilidades orgânicas e psicológicas e podem conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso”. Pelo que *“o controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde”* (DGS, 2008:1).

Avaliei a dor, na escala numérica, e a doente atribuiu-lhe um valor de 8, pelo que informei a anestesista. A dor é subjetiva, pelo que a sua intensidade deve ser avaliada através de escalas. A escolha da escala numérica deve-se ao facto de ser uma das escalas aprovadas e validadas pela Direção Geral da Saúde, pois no bloco não é feito o registo do 5º sinal vital, a dor de forma sistemática. A escala numérica varia entre 0 e 10 na qual estes números correspondem às intensidades extremas da dor, ou seja, 0 corresponde à ausência de dor enquanto 10 corresponde à dor insuportável. A doente localizava a dor, exatamente, no local onde estava a ser operada.

No bloco é apenas passado, verbalmente, ao enfermeiro que vem buscar o doente, se este tem dor ou não. Avaliar e registar a intensidade da dor, além de otimizar a terapêutica, dá segurança ao profissional de saúde e melhora a qualidade dos cuidados ao doente.

A anestesista não valorizou as queixas da doente, e ainda emitiu juízos de valor. Por me aperceber que a situação estava a criar algum conflito e, na tentativa de a resolver abordei as colegas do bloco para procurar ajuda, mas a resposta que obtive foi: *“Ela é sempre assim”*. Não satisfeita com a resposta dirigi-me, novamente, à anestesista e argumentei que a tolerância à dor não é igual em todas as pessoas, e lembrei-a da experiência anterior da doente, assim como o facto de que a dor dos doentes deve ser, sempre, valorizada. O Programa Nacional de Controlo da Dor tem cinco princípios orientadores, a saber, a) subjetividade da dor; b) a dor como 5º sinal vital; c) direito ao controlo da dor; d) dever do

controlo da dor e tratamento diferenciado da dor (DGS, 2008:8-9). Adotando um comportamento menos adequado respondeu: “Não sei para que perguntam aos doentes se têm dor”, e pediu para preparar sulfentanil, paracetamol e propofol que administrou à sr^aX. Naquele momento, a equipa não estava a conseguir transmitir segurança e confiança à doente, mas sim passou a ser uma fonte de acréscimo de ansiedade e de insegurança. Uma das competências do enfermeiro perioperatório é advocacia do doente, resolvendo as suas necessidades físicas e psíquicas, e protegendo-o contra qualquer dano ou prejuízo (AESOP, 2006).

É importante reforçar a ideia de que o enfermeiro não se pode demitir das suas competências, mesmo quando as situações são geradoras de conflitos. Deve sim, assentar os seus processos de decisão e as suas intervenções em padrões de conhecimentos válidos (éticos, científicos e pessoais). Após esta situação, para mim embaraçosa, fiz questão de deixar no serviço, para consulta, a fotocópia das circulares normativas nº 9/2003 e nº11/2008 elaboradas pela Direção Geral da Saúde.

O descrito nestas situações concretas releva as competências de “demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”, “demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização”, “Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e ética”, “produz um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara” e “Reflete na e sobre sua prática, de forma crítica”

Na tentativa de tornar o ambiente cirúrgico menos stressante, nos doentes submetidos a cirurgia sob anestesia loco-regional ou bloqueio de plexos, é meu intuito propor na visita pré-operatória a possibilidade musicoterapia durante a cirurgia, caso a pessoa demonstre interesse. E com elas, individualmente, perceber quais as músicas que gostaria de ouvir, demonstrando a competência “Toma iniciativas e é criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização”. A musicoterapia reduz a ansiedade e ajuda o doente a abstrair-se do ambiente cirúrgico, algumas vezes hostil. Existe evidência científica que comprova o benefício da musicoterapia nomeadamente na redução do stress e da ansiedade, assim como no combate à dor. Julgo que esta estratégia poderá contribuir para a melhoria dos cuidados à pessoa submetida a cirurgia.

2. 2 MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

O ensino clínico decorreu no período compreendido de 23 de abril a 23 de junho de 2012 no Serviço de Urgência Central (SUC), que está localizado no Hospital de Santa Maria (HSM) do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), o qual engloba o Hospital de Santa Maria (HSM) e o Hospital Pulido Valente (HPV), dando também resposta aos Hospitais Distritais da

sua área de abrangência, no que respeita às diferentes especialidades, atendendo em média 500 pessoas por dia.

Este serviço de urgência é considerado Serviço de Urgência Polivalente (SUP), o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência e emergência. Garante a articulação com as urgências específicas de pediatria, obstetrícia e psiquiatria segundo as respectivas redes de referência, ainda das seguintes valências: a) cardiologia de intervenção; b) cirurgia cardiotorácica; c) cirurgia maxilo-facial; d) cirurgia plástica e reconstrutiva; e) cirurgia vascular; f) gastroenterologia (com endoscopia); g) neurocirurgia; h) pneumologia (com endoscopia); i) imagiologia com angiografia digital e RMN e j) patologia clínica com toxicologia, conforme definido no Despacho nº727/2007 de 15 de janeiro de 2007.

O serviço de urgência está dividido em áreas físicas distintas, como sejam a sala de reanimação, a sala de laranjas, a sala de amarelos (ortopedia, pequena cirurgias e especialidades), a sala de aerossóis e a sala de verdes, e o SOA pertencente ao internamento do SU. Desta forma, o SU, pela sua especificidade e de acordo com os cuidados que aí são prestados, é um serviço de grandes dimensões.

As salas de reanimação são compostas por três postos de atendimento (uma sala com um posto e outra sala com dois postos), equipados com moderna tecnologia, nomeadamente, ventilação invasiva, monitorização hemodinâmica e radiologia. Nestas salas são alocadas as pessoas que necessitam de cuidados emergentes e com necessidades de ventilação e/ou monitorização contínua, nomeadamente pessoas vítimas de politraumatismos, EAM, EAP, via verde AVC, pessoas portadoras de doenças contagiosas (tuberculose), entre outras. Habitualmente, neste local, o período de permanência é curto; contudo, existem situações em que este período pode ser maior, como por exemplo, a não existência de vagas para doentes ventilados noutros serviços do hospital, ou no caso de a pessoa estar em morte cerebral, e estar a aguardar a colheita de órgãos.

A zona laranja é constituída por três gabinetes médicos, um deles para as especialidades e uma sala de trabalho de enfermagem, onde são efetuados alguns procedimentos, nomeadamente: administração de terapêutica, punção de acessos periféricos, algalias, limpeza de feridas traumáticas, imobilização de membros e transferência de doentes politraumatizados para o plano duro, entre outras. Para esta zona são direcionadas todas as pessoas que necessitam de uma avaliação médica relativamente urgente. Para a sala de aerossóis são direcionadas as pessoas com patologia respiratória, ou com sinais de dificuldade respiratória. O SO é um serviço de internamento de curta duração com a capacidade para dezasseis (16) pessoas, todas as vagas dispõem de monitorização. Habitualmente estas vagas são ocupadas por pessoas que aguardam transferência para outros serviços, dentro ou fora do hospital, pessoas que aguardam chamada para cirurgia de urgência, ou necessitam de algum procedimento mais invasivo, nomeadamente, endoscopia, fibroscopia, cardioversão, entre outros.

A equipa de enfermagem é composta por noventa e dois (92) elementos divididos por cinco (5) equipas, com aproximadamente dezasseis (16) elementos cada, sendo que quatro (4)

destes elementos pertencem à equipa fixa das manhãs e os restantes fazem horário rotativo. Cada equipa tem um chefe de equipa, responsável pela organização do serviço e pela distribuição dos restantes elementos pelos diferentes setores. Conta também, com uma equipa fixa de assistentes operacionais, constituída por oitenta e cinco (85) elementos. Tem uma equipa médica fixa, de medicina, a funcionar das 9 às 15 horas nos dias úteis, mantendo de forma rotativa equipas de Medicina no restante horário, Cirurgia e Ortopedia. Tem também o apoio de chamada, sempre que necessário, de todas as restantes especialidades médico-cirúrgicas. Paralelamente, e de forma a garantir o seu normal funcionamento, conta também com a presença de técnicos de laboratório, de radiologia e de cardiopneumografia, administrativos e psp. Tem ainda instalações próprias para o serviço social, com funcionamento diário até às 23 horas.

Desde 2006 o SU tem uma dinâmica de trabalho coordenado através de um sistema de triagem de Manchester. De acordo com a triagem de Manchester, feita pelo enfermeiro, é atribuído a cada pessoa uma pulseira (vermelha, laranja, amarela, verde ou azul) com a respetiva prioridade, sendo que a vermelha é de prioridade emergente e a azul, não urgente. Assim, a pessoa e família que recorre ao SU depois de passar pela triagem, é encaminhada para uma outra área distinta e assim sucessivamente até que o problema de saúde da pessoa seja solucionado ou encaminhado, passando portanto pelos cuidados de vários profissionais, nomeadamente enfermeiros, médicos, técnicos de diagnóstico, entre outros. Os registos são efetuados em suporte informático (programa ALERT®).

Para compreender a lógica de funcionamento dos serviços de urgência torna-se importante definir dois conceitos centrais: urgência e emergência. Segundo a Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência (2001) urgência é definida como *“todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais”*, e emergência é entendida como *“todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais”* Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência (2001:7).

Objetivo Geral

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista, nos cuidados de enfermagem à pessoa e família em situação crítica, no serviço de urgência.

Objetivos Específicos

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa vítima de queimadura e à sua família, no serviço de urgência.
- Contribuir para a qualidade dos cuidados através da formação aos enfermeiros relativamente ao cuidado à pessoa e família em situação crítica, nomeadamente pessoa vítima de queimadura e/ou submetida a ventilação invasiva, no serviço de urgência.

A enfermagem de urgência consiste na prestação de cuidados a pessoas de todas as faixas etárias, que manifestam alterações da sua saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras informações. As manifestações podem ser de aparecimento súbito ou não (Sheehy, 2010), devendo, sempre, ser respeitado o motivo pelo qual a pessoa recorre ao serviço de urgência não cabendo ao enfermeiro fazer juízos de valor.

O acolhimento/triagem de pessoas no serviço de urgência são feitos pelo enfermeiro. Aquele deve ser considerado um momento de grande importância, pois reveste-se de inúmeras dimensões, físicas, emocionais e culturais, traduzindo-se num momento marcante para as pessoas que têm necessidade de recorrer a estes serviços. A doença súbita ou o agravamento de uma situação crónica coloca a pessoa e a sua família numa situação de fragilidade e de vulnerabilidade, uma vez que provoca alterações inesperadas nas suas rotinas, assim como a alteração de papéis dentro do seio familiar.

Durante o meu ensino clínico permaneci durante dois turnos, no setor da triagem, como observadora. Para realizar a triagem, segundo o protocolo de Manchester, é necessário realizar um curso e ficar aprovado. Enquanto observadora, senti que a triagem era feita de forma automática, não existindo tempo para a pessoa se expressar. Ouvi muitas vezes por parte dos enfermeiros a seguinte expressão: “Não foi isso que lhe perguntei, só preciso de saber o que a traz aqui”. Considero que os enfermeiros com estas atitudes não estão a dignificar a profissão, nem a cumprir o que está inscrito no código deontológico sobre a mesma. Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro. Quando questionei os enfermeiros em relação ao seu comportamento referiram que a triagem deve ser feita num curto espaço de tempo e, deve respeitar os algoritmos do protocolo.

A ansiedade, o medo e a insegurança invadem, muitas vezes, o pensamento da pessoa e família que recorre ao serviço de urgência por situações inesperadas, independentemente do estágio do ciclo vital em que se encontra, provocando alterações significativas no quotidiano das mesmas. No momento da admissão, a pessoa pode apresentar-se confusa, ansiosa, ou inconsciente, não conseguindo, interagir, adequadamente, com o enfermeiro. Logo, torna-se imperativo encontrar um profissional que consiga estabelecer com ela, pessoa e família, uma relação interpessoal eficaz/significativa, despertando, assim, sentimentos de confiança e segurança. A falta de informação, frequentemente, intensifica essa angústia.

Os enfermeiros têm vindo a reconhecer, ao longo do tempo, a importância de aplicar e de desenvolver na sua prática diária teorias e modelos cientificamente fundamentados, por forma a dar visibilidade ao seu processo de trabalho, possibilitando a reflexão de e sobre a prática, fundamentando assim as suas decisões.

No serviço de urgência urge a necessidade de aprofundar conhecimentos relativos a referenciais teóricos capazes de sustentar os cuidados prestados à pessoa e à sua família em situação crítica, e a vivenciar a incerteza da doença, devido à sua imprevisibilidade, e a todas

as suas condicionantes. Por esta razão, elegi a Teoria da Incerteza na Doença desenvolvida por Mishel. A incerteza é o conceito central desta teoria de médio alcance, e postula que a gestão desta incerteza é fundamental para a adaptação da pessoa durante o processo de doença. E explica, ainda, a forma como os indivíduos processam cognitivamente os acontecimentos associados à doença e constroem um sentido a partir deles (Baley, 2004: 638)

Para Mishel a incerteza surge quando a pessoa é incapaz de estruturar ou categorizar adequadamente um acontecimento por não existirem informações suficientes relacionadas com a doença. Esta incerteza pode tornar-se ambígua, motivada por informação inadequada ou ausência da mesma, e/ou apresentar-se como imprevisível. A mesma autora define a incerteza como “ *a incapacidade para determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença que ocorrem quando quem toma as decisões é incapaz de atribuir valor definitivo a objetos ou eventos e/ou é incapaz de prever resultados com precisão.*” (Mishel in Baley, 2004:633).

Na sua teoria Mishel (2004), define ainda, os fornecedores de estrutura, como sendo os recursos disponíveis para assistir a pessoa na interpretação dos estímulos. Aqui entram os seus prestadores de cuidados, nomeadamente os enfermeiros, por forma a criar um grau de confiança com a pessoa e família. Estes profissionais constituem o apoio social, minimizando diretamente a incerteza, ajudando a pessoa na interpretação do significado dos eventos, e reforçando indiretamente o quadro de estímulos. (Mishel in Baley, 2004: 633-635)

O processo de comunicação é primordial em toda a prática de enfermagem, pelo que não deve ser considerado, apenas, como um processo de transmissão de informação. Este processo de comunicação, no meu entender, deve ser visto como um meio para favorecer a relação interpessoal que os cuidados de enfermagem enfocam. Os cuidados de enfermagem devem centrar-se na relação interpessoal enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade. As intervenções de enfermagem a realizar podem ser autónomas ou interdependentes no âmbito das qualificações profissionais dos enfermeiros. Lourenço (2004) acrescenta que os cuidados ao doente são prestados por uma equipa multidisciplinar, que trabalha para um objetivo comum, que se traduz em prestar cuidados de qualidade. Cuidar com qualidade, proporcionar o conforto possível, para desta forma diminuir a ansiedade. Stefanilli (2005) defende que o enfermeiro, no desempenho das suas funções, deve valer-se da sua competência em comunicação para efetivar o relacionamento com a pessoa e família e restante equipa interdisciplinar. A autora define comunicação como o processo de compreensão e partilha de mensagens, enviadas e recebidas, e a forma como se faz esse intercâmbio influencia o comportamento dos seus intervenientes a curto, médio e longo prazo. Se a comunicação não for efetiva poderá estar na origem de conflitos e aumento de ansiedade.

Como enfermeira a prestar cuidados no serviço de urgência procurei estar atenta aos aspetos psicológicos e emocionais da pessoa e sua família. Este primeiro contacto é, muitas vezes, determinante no processo de relação enfermeiro/pessoa/família. Por isso, tão importante como saber falar é, também, saber escutar e apoiar a pessoa nas suas necessidades individuais. Neste contexto, ao enfermeiro do serviço de urgência não lhe basta desenvolver competências técnicas e pessoais mas, tão importantes como estas, importa

desenvolver competências relacionais para uma otimização dos cuidados verdadeiramente globais.

Joyce Travelbee formulou o modelo de relação pessoa-a-pessoa, que segundo a autora é o propósito da enfermagem. Esta define a enfermagem como “ *um processo interpessoal através do qual o profissional de enfermagem auxilia um indivíduo, família ou comunidade na prevenção e a liderar com a experiência da doença e do sofrimento, e se necessário, a encontrar sentido nestas experiências*” (Travelbee in Tomey, 2004:470). Travelbee defende que não existem doentes, mas sim seres humanos, únicos, que necessitam de ajuda, serviços e assistência por parte de outros seres humanos, enfermeiros, que lhes prestam a assistência necessária. Para tal possuem um conjunto de conhecimentos especializados e a capacidade para os usar, com o objetivo último de prestar a assistência necessária a outros seres humanos de forma a prevenir e entender a sua própria prevenindo a doença, reconquistar a saúde, ou ainda manter um nível de saúde elevado. A relação pessoa-a-pessoa é alcançada quando a enfermeira e o ser humano que recebe os seus cuidados atingem a harmonia, progredindo através de quatro estadios distintos: primeiro encontro; identidades em emergência; empatia e simpatia, alcançando-se assim uma relação terapêutica eficaz (Travelbee in Tomey, 2004: 468-471)

O percurso do ensino clínico possibilitou-me um vasto número de novas e diferentes experiências que, indubitavelmente, contribuíram para que progressivamente pudesse aperfeiçoar a capacidade de atuação no serviço de urgência. De forma gradual e muito clara, abandonei uma postura passiva ou observadora, e desenvolvi uma atitude mais interventiva, de forma autónoma, no que respeita às intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica no serviço de urgência. Desenvolvendo assim a competência de “mantem de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional”. Devo acrescentar que, uma vez integrada nas rotinas e dinâmicas inerentes ao funcionamento do SU, fui conseguindo focalizar a atenção na PESSOA atendendo-a na sua globalidade, alcançando a competência “demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”

Embora inicialmente se pudesse pensar que criar uma relação com a pessoa e sua família no serviço de urgência era um objetivo inatingível, devido às suas particularidades, essa ideia foi dissipando-se ao longo do tempo, pois, todos os momentos de contacto com a pessoa e família que recorre ao SU podem ser revestidos de humanização; para tal, basta que cada um de nós, profissionais de saúde, sinta essa necessidade. Como tal, a humanização dos cuidados de enfermagem evita que estes se tornem mecânicos, impessoais ou, até mesmo, desumanos. Denote-se que, de acordo com Watson, o cuidado objetivo da prática de enfermagem, desenvolve-se no encontro com o outro, nomeadamente em momentos difíceis como a doença (Pai, 2005). Segundo Waldow in Pai (2005: 232) “...o cuidado deve conjugar expressões de interesse, consideração, respeito e sensibilidade, demonstrados por palavras, tom de voz, postura, gestos e toques”. Nesta perspetiva encontra-se Jean Watson, autora que

criou a teoria do cuidado transpessoal, ou seja, remete-nos para o cuidado holístico que é essencial à prática de enfermagem, destacando a importância da criação de relacionamentos pessoa a pessoa. Existem pequenos gestos, palavras apaziguadoras que penso poderem fazer a diferença e reduzir o sofrimento e o medo que as pessoas sentem, como por exemplo: “nós vamos fazer o melhor que conseguirmos para lhe reduzir as dores que está a sentir”, ou seja, demonstrar preocupação pela pessoa, tornando-a única.

O ensino clínico decorreu maioritariamente nas salas de reanimação I e II, por forma a atingir os objetivos propostos. Contudo, passei por todas as valências, pois não poderia trabalhar num serviço sem conhecer, minimamente, a dinâmica de todos os outros setores que compõem o SU. Independentemente dos diferentes setores, os sentimentos que invadem as pessoas e sua família que recorrem ao serviço de urgência são comuns, tais como, medo do desconhecido, receio e ansiedade. Cabe ao enfermeiro o estabelecimento de uma relação empática e de confiança baseada na comunicação verbal e não-verbal, como forma de amenizar os sentimentos de angústia e de desesperança, assim como proporcionar o maior conforto possível. Durante a permanência no serviço de urgência os cuidados foram direcionados para o atendimento da pessoa na sala de reanimação, nomeadamente pessoas com politraumatismos, os mais frequentes acidentes da viação, pessoas vítimas de AVC ou EAM. À sua chegada um número significativo das mesmas não conseguia comunicar, nem transmitir informações relevantes.

Numa fase inicial, senti alguma dificuldade no estabelecimento de prioridades na sala de emergência, pois, foi a primeira vez que prestei cuidados de enfermagem nesta área. Contudo, esta dificuldade foi sendo ultrapassada para tal, contei com o apoio da enfermeira orientadora e dos restantes elementos da equipa multidisciplinar. O facto de exercer funções em cuidados intensivos foi sentido, por mim, como uma mais-valia, reduzindo assim o stress e a ansiedade associados ao serviço de urgência.

É responsabilidade do enfermeiro que está escalado para sala de reanimação assegurar que todo o equipamento está disponível e operacional, pelo que, no início de cada turno, se procedia ao teste do equipamento (ventiladores, ventilador de transporte e desfibrilhador). Verificavam-se os níveis de material e medicamentos, e em caso de necessidade procedia-se ao pedido dos mesmos. Estavam, sempre, em cada unidade preparados dois soros fisiológicos com respetivos os respetivos prolongamentos e torneiras de três vias (os mesmos eram identificados com a data, hora e assinatura). No caso de não serem utilizados eram desperdiçados no final de 24 horas, por forma a evitar perdas de tempo aquando da admissão dos doentes emergentes.

O tempo de permanência das pessoas nas salas de reanimação, habitualmente, é curto e tem como objetivo principal a sua estabilização e posterior encaminhamento. Quando recebemos uma pessoa na sala de reanimação, muitas vezes, as informações pessoais e as circunstâncias da sua vinda são mínimas. Cabe ao enfermeiro a capacidade de desenvolver as suas intervenções com as informações disponíveis.

Durante o meu tempo de permanência tive a oportunidade de prestar cuidados a pessoas e suas famílias a vivenciarem processos complexos de doença, nomeadamente: politraumatismos, AVC's, EAM, dissecções da Aorta tipo A, queimaduras, intoxicações medicamentosas (tentativa de suicídio), paragens cardiorrespiratórias, morte cerebral entre outras. Não tinha a consciência do número de pessoas admitidas no serviço de urgência com o diagnóstico de AVC (isquémico e hemorrágico), mas o número é assustadoramente elevado. Durante o ensino clínico existiram quatro situações de AVC's hemorrágicos que resultaram em diagnóstico de morte cerebral. Dois dos casos preenchiam os critérios de dadores de órgãos. A pessoa mais nova tinha 36 anos e, para mim, foi muito difícil lidar com esta situação. O apoio à família nesta situação é deveras muito complicado. Logo que possível, e criando um ambiente o mais privado possível (colocando um biombo a separar as camas) deixei permanecer o marido (dando-lhe uma cadeira e colocando a cama à sua altura) e os familiares mais próximos junto da senhora, para que os mesmos se pudessem despedir. Permitindo, dentro do possível, uma morte digna.

Em algumas das situações foi possível ativar a via verde AVC. A via verde AVC pode definir-se como uma estratégia implementada que visa melhorar a acessibilidade e permitir o tratamento mais eficaz da pessoa, uma vez que o fator tempo, entre o início dos sintomas e o diagnóstico é fundamental para a redução da mortalidade. Habitualmente o hospital é avisado da chegada de uma via verde AVC, para tal as pessoas devem preencher os seguintes critérios de inclusão para a terapêutica fibrinolítica no AVC, nomeadamente, a) idade superior a 18 anos e inferior a 80; b) os sintomas terem tido início há menos de 3 horas e c) ausência de dependência prévia.

Segundo o Centro de Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (CNDC) no ano de 2010 foram admitidas, no HSM, quinhentas e vinte e nove (529) pessoas por via verde AVC; destas, sessenta e seis (66) foram submetidas a fibrinólise (CNDC, 2011).

Quando a pessoa chega ao serviço de urgência é de imediato feito o contacto para o neurologista responsável pela via verde AVC. A pessoa é monitorizada e são avaliados os seus sinais vitais. Posteriormente, é encaminhado para a TAC com acompanhamento de médico e enfermeiro, regressando depois à sala de reanimação onde é aguardado relatório da TAC.

A abordagem da pessoa politraumatizada foi para mim o que constituiu maior dificuldade. A transferência do doente com a pluma para o plano rígido, mantendo o alinhamento do corpo, muitas vezes com múltiplas fraturas, e algumas delas, em choque hemorrágico. As roupas a dificultam a canalização de acessos e sua monitorização da pessoa. Contudo, com o apoio da enfermeira orientadora e da restante equipa fui conseguindo ultrapassar esta dificuldade. Numa fase adiantada do ensino, fiquei responsável pela coordenação de um dos politraumatizados. Em duas situações transferimos o doente diretamente da TAC para o bloco de urgência.

Com frequência, após a transferência das pessoas, às quais tinha prestado cuidados, senti a necessidade de saber como estava a evoluir a sua situação. Para tal, algumas vezes

foram contactados telefonicamente os serviços para onde eram transferidas as pessoas, para saber como estava a ser a sua evolução.

A consciência crítica desta problemática inerente ao Serviço de Urgência revela o desenvolvimento da competência “demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”, da competência “reflete na e sobre a prática, de forma crítica”, da competência “desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente”, da competência “avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada” e da competência “demonstra capacidade de reagir perante situações imprevista e complexas, no âmbito da sua área de especialização”.

Durante a permanência nas salas de reanimação constatei que os três carros de urgência, existentes nas salas de reanimação, não estavam uniformizados, nem seguiam as orientações da Direção Geral da Saúde, emanadas a 28 de março de 2011, tal situação que pode trazer riscos para a pessoa que necessita destes equipamentos. Devido ao facto de os carros de urgência serem frequentemente utilizados por todos os elementos, julga-se ser de extrema importância que os mesmos estejam de acordo com o previsto na norma nº 008/2011 da DGS. Em duas situações concretas foi necessária terapêutica que não existia nos carros de emergência, e que segundo a norma deveria constar, nomeadamente: esmolol e captoril. Perante o facto falei com o enfermeiro chefe para expor a situação detetada, tendo sido demonstrada disponibilidade em enviar os documentos para que ele os pudesse consultar. Revelando a competência de “toma iniciativas e é criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização”.

Após a identificação das problemáticas e necessidades do serviço, através de reuniões com o enfermeiro chefe e a enfermeira orientadora, debruço-me agora nas intervenções de enfermagem que desenvolvi durante o período de ensino clínico, indo de encontro aos meus objetivos específicos, tendo também, como intenção tornar-me participante ativa no desenvolvimento de competências específicas dos restantes elementos da equipa de enfermagem. Tal como afirma Canário (2005) no que se refere à aprendizagem em contexto de trabalho é “hoje irrecusável que os contextos de trabalho representam um elevado potencial formativo, a condição necessária para que se passe da virtualidade à realidade, isto é para que a experiência se constitua em saber, é a de fazer do próprio exercício do trabalho um objeto de reflexão e pesquisa, pelos que nele estão diretamente implicados” (Canário, 2005:45).

A formação que realizei veio dar continuidade ao trabalho realizado por uma outra colega da especialidade. Com o tema, a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, mais precisamente as intervenções de enfermagem à pessoa vítima de queimadura. Desde o primeiro dia foi demonstrada disponibilidade para acompanhar os colegas no tratamento da pessoa vítima de queimaduras, assim como na elaboração do respetivo penso. Penso que, o facto de trabalhar numa unidade de queimados enriquece a partilha de experiências, sendo uma mais-valia para todos os envolvidos. Durante o tempo de

estágio, houve a oportunidade de receber e acompanhar os colegas na receção, encaminhamento e elaboração de pensos a três (3) pessoas, uma das quais uma criança de 18 meses que, após a sua estabilização e execução dos pensos foi transferida para o Hospital Pediátrico com valência de queimados pediátricos. Para dar continuidade ao trabalho desenvolvido durante o período de ensino clínico, foi elaborado um póster sobre a temática “INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA VÍTIMA DE QUEIMADURA”, que servirá de apoio aos enfermeiros, no cuidado à pessoa vítima de queimadura.

Relativamente à ventilação invasiva, mais concretamente o teste do ventilador, SERVO 900, foi de encontro à necessidade expressa por um número significativo de elementos da equipa de enfermagem. Apenas a sala de reanimação I e II possuem ventiladores, SERVO 900, pelo que nem todos os elementos têm a possibilidade de aprofundar e lidar diariamente com esta realidade. Durante a permanência no SU e, de acordo com a disponibilidade, os elementos de enfermagem, com menos experiência na área foram estimulados a conhecer e a testar o ventilador, com objetivo de despertar neles a importância de conhecer o equipamento em causa, para que, em caso de necessidade, saibam utilizar o ventilador de forma segura para o doente, e sem fontes de stress para a intervenção de enfermagem. Foi demonstrada disponibilidade para a prestação de cuidados à pessoa submetida a ventilação mecânica, nomeadamente: na aspiração de secreções, higiene oral, avaliação da pressão do cuff, fixação do tubo traqueal, entre outros.

Durante o ensino clínico de formação individual a nove enfermeiros, com duração aproximada de trinta minutos. A formação individual permite uma intervenção mais específica, direcionada para as áreas onde o formando demonstra maiores dificuldades. Também foi realizada uma formação para todos os enfermeiros com o tema: “GARANTIR A SEGURANÇA DA PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO INVASIVA, ASSIM COMO DA EQUIPA QUE LHE PRESTA CUIDADOS”. Paralelamente, elaborei uma norma de procedimento sobre a temática: “Teste Ventilador SERVO 900”, que penso poder servir de guia orientador. As atividades desenvolvidas demonstram a competência “demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização”, “exerce supervisão do exercício profissional na sua área de especialização”, “promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros” e da competência “promove a formação em serviço na sua área de especialização”.

Em jeito de conclusão, o tempo de permanência no SU permitiu-me desenvolver competências de enfermagem à pessoa em situação crítica e/ou falência multiorgânica, refletindo na e sobre a prática, de forma crítica. O facto de exercer funções em unidades de cuidados intensivos foi uma mais-valia no meu desempenho como enfermeira especialista, permitindo o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz no acompanhamento da pessoa/família em situação crítica, tendo contribuído para a dignificação da profissão de enfermagem, através das intervenções realizadas.

CONCLUSÃO

Terminada a redação deste relatório, e refletindo sobre todo o caminho trilhado, considero que, de uma forma global, os ensinamentos clínicos se revelaram muito positivos para o meu desenvolvimento.

O tema desenvolvido ao longo dos ensinamentos clínicos abordou a “ Humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica e sua família”. A humanização deve ser entendida como a forma de tornar os cuidados adaptados a cada pessoa e, assim responder às suas necessidades individuais, respeitando-a na sua individualidade física, psicológica, cultural e espiritual.

Em contexto de formação tive oportunidade de criar um espaço de reflexão sobre as minhas práticas de cuidados e, assim, encontrar soluções mais próximas das exigências atuais, soluções que se integram no quadro de competências do enfermeiro em enfermagem médico-cirúrgica.

Em contexto académico, a revisão sistemática da literatura que realizei revelou-se de extrema importância na aquisição de conhecimentos. É um processo ativo de procura do saber nas experiências vivenciadas através da prática clínica, associando-a à investigação e fundamentação nas várias ciências que envolvem o cuidar da pessoa. No caso específico da visita pré-operatória, torna-se imprescindível que os enfermeiros reconheçam a relevância da sua realização. Tal facto, também foi constatado no decorrer do ensino clínico do bloco operatório de cirurgia plástica. Como tal, a orientação da pessoa submetida a cirurgia através da visita pré-operatória representa um valioso instrumento para a humanização dos cuidados, bem como na redução da ansiedade e complicações pós-operatórias (Kruse, et al,2009; Freiburger et al, 2011; Fonseca, 2010).

Os ensinamentos clínicos realizados no bloco operatório e serviço de urgência revelaram-se oportunidades ímpares de acesso a situações de cuidados complexas. Durante a minha permanência no bloco operatório, tomando contacto com esta realidade, desenvolvi um conjunto de competências que assentam na responsabilidade ética e legal; gestão da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Destaco, neste contexto, a implementação da visita pré-operatória de enfermagem, que permitiu desenvolver competências não só na prestação de cuidados, como também na gestão dos cuidados e da qualidade, uma vez que, houve preocupação em sensibilizar a equipa para a importância da realização da visita pré-operatória neste processo. Já no serviço de urgência tornei-me participante ativa no desenvolvimento de competências específicas dos restantes elementos da equipa de enfermagem, nomeadamente, nas intervenções de enfermagem à pessoa vítima de queimadura, e pessoa submetida a ventilação invasiva. Dei formação individual e de grupo, e demonstrei disponibilidade para o acompanhamento dos enfermeiros.

Não posso terminar este relatório sem partilhar, que existiram momentos menos positivos, e que me provocaram alguma angústia. A dificuldade em conciliar aulas, estágios, trabalho, realização de trabalhos e vida pessoal. O facto de me ver privada da companhia,

assídua, dos mesmos filhos e, das suas brincadeiras. Contudo foram eles que nos momentos difíceis me deram força para continuar.

O facto de não dominar a língua inglesa, e a pesquisa em base de dados dificultou o meu processo de aprendizagem. Porém, também reconheço que estas dificuldades se constituíram como uma oportunidade de me conhecer melhor naquilo que são os meus pontos fortes, as minhas fraquezas e os meus limites. Neste sentido, esta experiência proporcionou-me um maior autoconhecimento, considero que também neste campo houve um desenvolvimento considerável.

Futuramente pretendo que as competências que desenvolvi sejam mobilizadas com vista à implementação da visita pré-operatória de enfermagem no CHLN-HSM, inicialmente no bloco de cirurgia plástica, e posteriormente ampliado aos restantes blocos deste hospital. O recurso à formação contínua, através do centro de formação poderá ser uma estratégia a utilizar nestes processos de implementação.

As competências que desenvolvi também me permitem assumir com mais veemência as minhas funções como chefe de equipa. Neste campo, as minhas atribuições no âmbito da gestão de cuidados ficam mais documentadas, ganham maior intencionalidade e têm em aberto a possibilidade duma maior articulação e cooperação com os níveis de gestão intermédia.

Ao longo deste meu percurso formativo ficou clara a necessidade não só de incorporar os resultados de investigações realizadas na prática quotidiana, como também levar a cabo estudos que respondam a preocupações e dúvidas que se levantaram ao longo dos ensinamentos clínicos, tais como, qual a perceção dos doentes acerca da visita pré-operatória?; que ganhos em saúde?; como interfere a vpo nos níveis de ansiedade da pessoa submetida a cirurgia?; qual a implicação da humanização dos cuidados através da vpo na satisfação da pessoa?, entre outros aspetos.

O desempenho e dedicação pessoal tornou-se num aspeto essencial no desenvolvimento e aquisição das competências técnicas e relacionais necessárias às funções de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, e pelo Regulamento Geral do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica do ICS – UCP, que visam dar resposta às necessidades de cuidados de saúde, através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência). Como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica devo estar desperta para as múltiplas dimensões do cuidado, nomeadamente quando se refere à pessoa em situação crítica e sua família.

Posso concluir que esta experiência, em contexto de ensino clínico, permitiu o meu enriquecimento e amadurecimento pessoal e profissional, aumento do conhecimento e da confiança progressiva na implementação de um processo de cuidados que permite o desenvolvimento e execução de intervenções específicas de enfermagem. Este meu percurso

formativo possibilitou o desenvolvimento da autonomia, espírito de iniciativa, sentido de responsabilidade, criatividade, e pensamento crítico-reflexivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

2009. *Dicionário da Língua Portuguesa*. Porto, Portugal : Porto Editora, 2009. Dicionários Acadêmicos.

Abreu, Wilson Correia de. 2003. *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra : Formasau, 2003. p. 70. 972-8485-35-2.

AESOP, Associação dos Enfermeiros Portugueses de Sala de Operações Portuguesas. 2006. *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures : Lusodidacta, 2006. p. 355. 978-972-8930-16-5.

artigo nº45 Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de março.

Azevedo, Mário. 2009. *Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares: sugestões para estruturação da escrita. 7ª*. Lisboa : Universidade Católica Editora, 2009. p. 200. 978-972-54-0247-4.

Baggio, Maria Aparecida, Teixeira, Ariane e Portela, Marilene Rodrigues. 2001. Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo a diferença. *R. Gaúcha Enferm.* jan de 2001, Vol. 22, pp. 122-139.

Baley, Donald E. e Stewart, Janet L. 2004. Merle Mishel: Incerteza na Doença. [autor do livro] Ann Marriner Tomey e Martha Raile Alligood. [trad.] Ana Rita Alburquerque. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. Loures : Lusociência, 2004, 30, pp. 629-54.

Baraúna, Tânia. 2002. www.iacat.com/revista/recreate/recreate02/tania01.htm. [Online] 2002. [Citação: 21 de outubro de 2012.]

Barbosa, Ingrid de Almeida e Silva, Maria Júlia Paes. 2007. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. *Revista Brasileira de Enfermagem*. set-out de 2007, Vol. 60, pp. 546-51.

Barbosa, Vanessa Cristina e Scatena, Maria Cristina Eugênia. 2006. Ansiedade pré-operatória no hospital geral. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*. jan-jun de 2006, pp. 45-50.

Benner, Patricia. 2001. *De Iniciado a Perito - A excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. [trad.] Ana Albuquerque Queirós. Coimbra : Formasau, 2001. 972-8535-97-X.

Callegaro, Giovana Dorneles, et al. 2010. Cuidado perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico. *Revista de Rede de Enfermagem do Nordeste*. jul/set de 2010, Vol. 11, pp. 132-142.

Castanheira, Silvia Regina Ortega Peres. 2007. *Importância das orientações de enfermagem no pré-operatório*. CESUMAR- Centro Universitário de Maringá. Maringá : s.n., 2007. p. 20, Monografia.

Chiavenato, Idalberto. 2000. *Introdução à teoria geral de administração*. 6ª edição. São Paulo : Editora Atlas, 2000.

Chistóforo, Berendina Elsin Bouwman, Zagonel, Ivete Palmira Sanson e Carvalho, Denise S. 2006. Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à teoria de Joyce Traelbee. *Cogitare Enferm.* jan/abr de 2006, Vol. 1, pp. 55-60.

CNDC, Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares -. 2011. Vias verdes coronária e de acidentes vascular cerebral. Indicadores de atividade 2010. [ed.] Ministério da

Saúde. Lisboa : s.n., julho de 2011. online: http://www.spc.pt/DL/home/listdestaques/Indicadores_Actividade_das_Vias_Verdes_2010_documento_anexo_2.pdf. 978-989-97350-0-2.

Costa, José dos Santos. 2004. *www.ipv.pt/millennium/millennium_30/19.pdf*. [Online] 2004. [Citação: 6 de setembro de 2012.]

DGS, Direção Geral da Saúde. 2003. A dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor. *Circular Normativa nº9 de 2003*. Lisboa : Direção Geral da Saúde, 2003. online http://www.esscvp.eu/cbio/legisl/Dor_5_sinal_vital-Circ._Normativa-DGS.pdf.

DGS, Direção Geral da Saúde. 2008. Circular Normativa nº11. *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa : Direção Geral da Saúde, 18 de junho de 2008. online: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>.

DGS, Direção geral da Saúde. 2011. Organização do material de emergência nos serviços e unidades de saúde. Lisboa : s.n., 28 de março de 2011 . Circular Normativa nº 008/2011. online: http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/carros_de_emergencia.pdf.

Dias, José. 2004. *Formadores: Que desempenho*. Loures : Lusociência, 2004. 972-8383-75-4.

Dowd, Thérèse. 2004. Katharine Kolcaba: Teoria do Conforto. [autor do livro] Ann Marriener Tomey e Martha Raile Alligood. [trad.] Ana Rita Alburquerque. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. 5ª. Loures : Lusociência, 2004, 24, pp. 481-520.

Editorial. 2010. A segurança do doente para além do erro clínico. *Revista portuguesa de saúde pública*. semestral de 2010, Vol. 10, pp. 1-2.

Enfermagem, Conselho de. 2009. Modelo de Desenvolvimento Profissional. [ed.] Ordem dos Enfermeiros. *Cadernos Temáticos*. Dezembro de 2009, MDP - Sistema de Individualização das especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE).

Enfermeiros, Ordem dos. 2011. *REPE E ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS*. Lisboa : ORDEM dos ENFERMEIROS, 2011. p. 79.

Fonseca, Marta. 2010. Influência da visita pré-operatória na ansiedade intra-operatória reflectida nos valores da tensão arterial e da frequência cardíaca. *Revista Investigação Enfermagem*. agosto de 2010, pp. 27-36.

Fragata, José I. G. 2010. Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista portuguesa de saúde pública*. 2010, Vol. 10, pp. 17-26.

Freiberger, Mónica Fernandes e Mudrey, Ericléa Schamber. 2011. A importância da visita pré-operatória para a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*. mai-out de 2011, Vol. 2, pp. 1-26.

Galvão, Cristina Maria, Sawada, Namie Okino e Rossi, Lídia Aparecida. 2002. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Rev. Latino-am Enfermagem*. setembro-outubro de 2002, Vol. 5, pp. 690-5.

Grittem, Luciana, Méir, Marineli Joaquim e Gaievicz, Ana Paula. 2006. Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. *Cogitare Enferm*. set/dez de 2006, Vol. 11, pp. 245-51.

Hesbeen, Walter. 2000. *Cuidar no Hospital*. Loures : Lusociência, 2000. p. 201. 972-8383-11-8.

Imperatori, Emilio. 1998. Voluntariado, humanização e qualidade. *Revista portuguesa de Saúde Pública*. 2, abril/junho de 1998, Vol. 16, pp. 51-58.

Intensivos, Sociedade Portuguesa de Cuidados. 2008. *Transporte de Doentes Críticos Recomendações*. Porto : Celom, Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008.

Kolcaba, Katharine. 2003. *Comfort Theory and Practice: A vision for holistic health care and research*. New York : Springer Publishing Company, 2003. 0-8261-1663-7.

Kruse, Maria Henriqueta Luce, et al. 2009. Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [Online] 2009. [Citação: 29 de dezembro de 2012.] <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a05.htm>. 1518-1944.

Lindwall, Lillemor e Post, Iréne von. 2009. Continuity created by nurses in perioperative dialogue - a literature review. *Scandinavian Journal of Caring*. 2009, Vol. 23, pp. 395-401. online.

Lindwall, Lillemor, Lindberg, Ann-Christine e Post, Iréne Von. 2010. Older Patients and the Perioperative Dialogue - A Hermeneutical Study. *International journal for human caring*. 2010, Vol. 14, pp. 29-35.

Madeira, Maria Zélia de Araújo, et al. 2010. a expectativa do paciente no pré e pós-operatório de prostatectomia. *Revista Interdisciplinar NOVAFAP*. jan-fev-mar de 2010, Vol. 3, pp. 13-18.

Madureira, Isaura, et al. 2007. Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais -Análise do Sub domínio "Prática segundo a ética" de acordo com o modelo de aquisição de competências de Patricia Benner. *Revista Sinais Vitais*. março de 2007, Vol. 71, pp. 27-30.

Medeiros, Veronica Cecilia Calbo de e Peniche, Aparecida de Cássia Giani. 2006. *A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório*. São Paulo : s.n., 2006. Rev Esc Enferm USP. 1980-200x.

Meleis, Afaf Ibrahim. 2010. *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Resarch and Practice*. New York : Springer Publishing Company, 2010. 978-0-8261-0535-6.

Mendonça, Susana Sobral. 2009. *Competências Profissionais dos Enfermeiros A excelência do cuidar*. 1ª edição. Lisboa : Editorial Novembro, 2009. p. 164. 978-989-8136-34-3.

Monahan, Frances Donovan, et al. 2010. *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspetivas de saúde e doença*. 8ª Edição. Loures : Lusodidacta, 2010. Vol. I. 978-989-8075-22-2.

Morais, Gilvânia Smith da Nóbrega, et al. 2009. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enferm*. 2009, Vol. 22, pp. 323-7.

Mussi, Fernanda Carneiro. 1996. Conforto: Revisão da literatura. *Rev. Esc. Enf. usp*. agosto de 1996, Vol. 30, pp. 254-66.

Nogueira, Marcelo Mota, et al. 2011. Pré-operatório cirúrgico: abordagem estratégica na humanização do cuidado de enfermagem. *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online*. jan/mar de 2011, Vol. 1, pp. 1711-19.

OE, Ordem dos Enfermeiros. 2011. REPE ESTATUTO. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2011. online http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_EstatutoOE_2011.pdf.

OE, Ordem dos Enfermeiros. 2001. Enquadramento conceptual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Divulgar*. Lisboa : s.n., 2001. online <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermag em.pdf>.

OE, Ordem dos Enfermeiros. 2010. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2010. online http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

Osswald, Walter. 2000. A relação enfermeiro-doente e a humanização dos cuidados de saúde. *cadernos de bioética*. 2000, Vol. 29, pp. 41-45.

Osswald, Walter. 2002. Humanização, ética e solidariedade. *Cadernos de bioética*. 2002, Vol. 23, pp. 15-20.

Pai, Daiane Dal e Lautert, Liana. 2005. Suporte humanizado no pronto socorro: um desafio para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. mar-abr de 2005, Vol. 58, pp. 231-4.

Paula, Adriana AparecidaDelloiagono de e Carvalho, Emília Campos de. 1997. Ensino Sobre perioperatório a pacientes: estudo comparativo de de recursos audiovisual (vídeo) e oral. *Rev. latino-am.enfermagem*. julho de 1997, Vol. 5, pp. 35-42.

Planeamento, Direção de Serviços de. 2001. *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa : Direção-Geral da Saúde, 2001. p. 24. 972-9425-99-X.

Ramalho, Anabela. 2005. *Manual para redacção de estudos e projetos de revisão sistemática com e sem metanálise- Estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem*. Coimbra : Formasau, 2005. 972-8485-54-9.

Regulamento nº124/2011, DR, nº35 de 18 de fevereiro).

REPE. Decreto-Lei nº161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº104/98 de 21 de abril. *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*.

Ribeiro, Patrícia Isabel Albuquerque Manso. 2010. Pré-Operatório: O universo da apreensão e do desconhecido. *Revista Investigação em Enfermagem*. agosto de 2010, pp. 17-26.

Santos, Jeferson dos, Henckmeier, Luizita e Benedet, Silvana Alves. 2011. O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. [ed.] Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem. *Enfermagem em Foco*. 2011, Vol. 3, pp. 184-187.

Santos, Vitor. 2008. Forum enfermagem. [Online] 8 de outubro de 2008. [Citação: 12 de abril de 2012.] http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3440:influen cia-da-visita-pre-operatoria-no-controlo-da-ansiedade-pre-operatoria&catid=189.

Sheehy, Susan. 2010. *Enfermagem de Urgência - da teoria à prática*. [trad.] Lídia Correia Leal. Loures : Lusociência, 2010. 978-972-8930-63-9.

Silva, Denise Conceição e Alvim, Neide Aparecida Titonelli. 2010. Ambiente do centro cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. maio-jun de 2010, Vol. 63, pp. 427-34.

Silva, Rodrigo Marques da, et al. 2011. Percepção de pacientes com neoplasias esofágicas e estomacais sobre orientações pré-operatórias recebidas do enfermeiro. *Revista de Enfermagem da UFSM*. set/dez de 2011, Vol. 3, pp. 431-439.

Silva, Waldine Viana da e Nakata, Sumie. 2005. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. *Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn*. nov-dez de 2005, Vol. 5, pp. 673-6.

SPCI, Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e OM, Ordem dos Médicos. 2008. Transporte de doentes críticos - Recomendações. s.l. : Centro editor livreiro da ordem dos médicos, 2008. online.

Stefanelli, Maguida Costa e Carvalho, Emilia Campos de. 2005. *A Comunicação Nos Diferentes Contextos Da Enfermagem*. Barueri : Manole, 2005. p. 159. 85-204-2196-6.

Sundell, Yvonne, Post, Iréne Von e Lindwall, Lillemor. 2010. Perioperative care for older patients: a hermeneutical study. *Journal of Advanced Perioperative Care*. august de 2010, Vol. 4.

Teixeira, Maria Margarida. 2003. Humanização. *Cadernos de Bioética*. dezembro de 2003, Vol. 33, pp. 27-33.

Tomey, Ann Marriner e Alligood, Martha Raile. 2004. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. 5ª. Loures : Lusociência, 2004. 972-8383-74-6.

UCP, Universidade Católica Portuguesa. 2011. Regulamento Geral do Curso de Mestrado de Natureza Profissional na Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Lisboa : Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2011.

Vieira, Margarida. 2005. Representações da humanização de cuidados de enfermagem - Parte I. *Informar*. semestral, julho/dezembro de 2005, 35, pp. 17-22.

Watson, Jean. 2002. *Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures : Lusociência, 2002. 972-8383-33-9.

Westerling, Kerstiin e Bergbom, Ingegerd. 2008. The importance of Nursing in Perioperative Care: a patient's perspective. *Journal of Advanced Perioperative care*. November de 2008, pp. 133-144.

Zago, Márcia Maria Fontão e Casagrande, Lisete Diniz Ribas. 1997. A comunicação do enfermeiro cirúrgico na orientação do paciente: a influência cultural. *Revista Latino- Am Enfermagem*. oct. de 1997, Vol. 5, pp. 69-74.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Norma de Procedimento – Visita Pré-Operatória de Enfermagem.



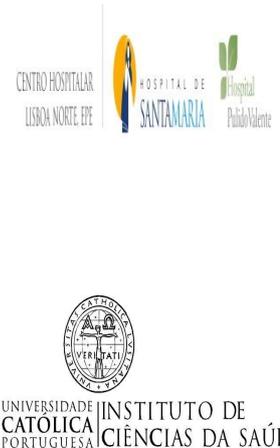
UNIVERSIDADE CATOLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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

**Norma de Procedimento – Visita Pré-operatória
Bloco Operatório de Cirurgia Plástica,
CHLN- HSM**

Aluno: Ana Cristina Rodrigues de Almeida
Sob orientação: Enfermeira Fátima Viana
Professora Tutora: Enfermeira Georgeana Marques da Gama

Junho de 2012

	<p align="center">Direcção dos Serviços de Enfermagem do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Pólo Santa Maria</p> <p align="center">GABINETE DE FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM</p> <p align="center">Profª Tutora: Marques da Gama</p>	<p align="center">NORMA DE PROCEDIMENTO</p> <p align="center">VISITA PRÉ-OPERATÓRIA</p> <p align="center">BLOCO CIRURGIA PLÁSTICA</p> <p>Elaboração: Ana Cristina Rodrigues de Almeida</p> <p>Sob Orientação: Maria de Fátima Esteves Viana</p> <p>Data:</p> <p>Revisão:</p>	<p>Aprovado em:</p> <p align="center">___/___/___</p> <p align="center">Enf. Directora</p>
---	---	---	--

OBJETIVO:

1. Uniformizar procedimentos no seio da equipa de enfermagem;
2. Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à Pessoa/Família submetida a cirurgia;
3. Facilitar a integração de novos elementos.

ÂMBITO:

Aplica-se a todos os enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem, no bloco operatório de Cirurgia Plástica, e que desempenham funções de enfermeiro anestesista.

DESCRIÇÃO:

Todo o doente que entra num hospital para realizar uma cirurgia, necessita de encontrar um profissional, com o qual consiga estabelecer uma relação interpessoal eficaz, e desta forma, despertar, nele, sentimentos de confiança e segurança.

A visita pré-operatória é uma das funções do enfermeiro perioperatório, e reveste-se de grande importância, podendo ser considerada o primeiro elo da cadeia do processo de cuidados perioperatórios.

O acolhimento do doente na visita pré-operatória pelo enfermeiro perioperatório deve ser considerado um momento privilegiado, pois permite o início de uma interação doente/enfermeiro. Esta interação torna clara a unicidade e indivisibilidade de cada pessoa.

Qualquer ato cirúrgico condiciona o comportamento humano desencadeando, muitas vezes, sentimentos de insegurança e medo que culminam em estados de ansiedade para o doente/família que vai ser submetido a

cirurgia. O enfermeiro tem um papel crucial na redução da ansiedade/insegurança que, muitas vezes, sufocam os doentes. Para tal deve demonstrar disponibilidade e autenticidade.

A visita pré-operatória de Enfermagem possibilita um contacto prévio com o doente antes da sua chegada ao bloco operatório, no sentido de promover um clima de maior confiança/segurança durante o período perioperatório. A cirurgia é uma experiência única, e é vivenciada de forma singular por cada doente, ou seja, a mesma pessoa reage de forma diferente a diferentes cirurgias. Assim como duas pessoas reagem de modo diferente a cirurgias semelhantes. Pois depende de fatores emocionais e fisiológicos.

Em suma, a visita pré-operatória deve ser entendida como uma atividade de enfermagem essencial, no sentido de satisfazer as necessidades dos doentes, tendo em vista a humanização dos cuidados de enfermagem no bloco operatório.

DEFINIÇÃO:

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA – Acolhimento feito pelo enfermeiro perioperatório, de anestesia. Consiste na preparação física e psicológica do doente que vai ser submetido a cirurgia, exigindo do profissional competências relacionais e humanas, de modo a permitir uma relação enfermeiro/doente de qualidade.

RESPONSABILIDADE DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
<p>Nas cirurgias em que o doente necessita de internamento, na véspera, a visita pré-operatória é realizada nesse mesmo dia.</p> <p>Em cirurgias de ambulatório a visita pré-operatória realiza-se no próprio dia da cirurgia.</p>	<p>A visita pré-operatória representa o primeiro elo da cadeia do processo de cuidados perioperatórios, permitindo um contacto, prévio, com o doente antes da sua chegada ao bloco operatório;</p> <p>Promove a interação enfermeiro/doente;</p>
<p>Consultar o processo clínico e preencher folha de colheita de dados (visita pré-operatória de enfermagem). Anexo 1</p>	<p>Permite recolha de informação útil para o planeamento dos cuidados;</p> <p>Permite a continuidade dos cuidados.</p>
<p>Entrevistar o doente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pergunta ao doente o nome pelo qual gosta de ser tratado. • Apresenta-se ao doente (nome, serviço onde trabalha). • Explica o objetivo da visita pré-operatória. • Observar e interpretar o comportamento do doente (comunicação verbal e não verbal) 	<p>Promove um ambiente de confiança e empatia.</p> <p>Avalia o estado físico e emocional do doente.</p>
<p>Avaliar o nível de conhecimentos e expectativas</p>	<p>Diminui a ansiedade do doente/família;</p>

relativas à cirurgia <ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar disponibilidade para esclarecer dúvidas e receios. • Fornecer informações claras e objetivas, e que correspondam às necessidades dos doentes. • Relembrar/Reforçar, se necessário, as informações recebidas acerca dos procedimentos inerentes à preparação pré-operatória (banho, higiene oral, próteses, adornos, roupa para o bloco, verniz/gel). 	Permite a identificação de problemas e planeamento de cuidados de enfermagem.
Informar o doente da hora prevista da cirurgia.	Diminui a ansiedade;
Fornecer informações complementares sobre o bloco operatório (trajeto até ao bloco, estrutura física, ambiente, fardamento, entre outros).	Familiariza o doente com o ambiente operatório.
Fornecer informações sobre os procedimentos no bloco operatório (monitorização, punção venosa, anestesia, desinfeção, campos cirúrgicos, entre outros).	Torna o doente conhecedor dos procedimentos a que vai ser submetido, diminuindo a ansiedade.
Verificar se o doente realizou as rotinas pré-operatórias (análises, RX, entre outros) e consentimento operatório assinado.	Evita atrasos/adiamento nas cirurgias.
Transmitir aos restantes elementos da equipa as informações relativas ao doente que vai ser submetido a cirurgia.	Permite a continuidade e melhoria dos cuidados prestados.
Apresentar o doente à restante equipa.	Permite a continuidade e melhoria dos cuidados prestados; Diminui a ansiedade.

BIBLIOGRAFIA

AESOP, Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas – Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Loures: Lusodidacta, 2006. 355p. ISBN: 978-972-8930-16-5.

CHISTÓFORO, Berendina Elsiná Bouwman et al. Relacionamento Enfermeiro-Paciente no Pré-Operatório: Uma Reflexão à Luz de Joyce Travelbee. *Cogitare Enfermagem*. [Em linha]. 11:1 (2006). 55-60. [Consult. a 13.05.2012]. Disponível em

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a08v58n6.pdf><http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/5977/4277>. ISSN- 2176-9133.

FONSECA, Marta. Influência da Visita Pré-Operatória na Ansiedade Intra-Operatória Reflectida nos Valores da Tensão Arterial e da Frequência Cardíaca. Revista Investigação em Enfermagem. Coimbra: Formasau. ISSN (22) 2010, 27-36.

APÊNDICE B

Folha de Visita Pré-Operatória.

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM – BLOCO OPERATÓRIO DE CIRURGIA PLÁSTICA



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vinheta do doente

Nome pelo qual prefere ser tratado: _____

Idade: _____ Contactos: _____

Sexo: F M Pessoa significativa – Nome: _____

Parentesco: _____ Contacto: _____

Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado Viúvo União de facto

Habilitações Literárias

1º ciclo 2º ciclo 3º ciclo Ensino Superior

Profissão:

Diagnóstico:

Cirurgia

Proposta: _____

Data da

Cirurgia: _____

Nome do

Médico: _____

	SIM	NÃO	ESPECÍFICAR
Sabe o nome do médico que o vai operar			
Internado			
Internamentos anteriores			

Antecedentes cirúrgicos			
Neste bloco			
Teve visita pré-operatória			
Medicação habitual			
	SIM	NÃO	ESPECÍFICAR
Alergias			
Anticoagulação - data da suspensão			
Próteses			
Hábitos alcoólicos			
Hábitos tabágicos			

Avaliação dos parâmetros vitais:

TA: _____; FC: _____; Temp. _____; Resp. _____.

Peso: _____ KG; Altura: _____ m, _____ cm.

ORIENTAÇÃO PERIOPERATÓRIA – Orientação sobre cuidados de enfermagem, assinalar temas abordados.

Preparação pré-operatória transporte para o bloco a prevista da cirurgia

Ambiente bloco Procedimentos bloco Procedimento anestésico Pós-operatório

Dúvidas/Receios do doente: _____

IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Data da visita: ___/___/_____

Enfermeiro / nº mec.: _____

APÊNDICE C

Guia de Orientação – Realização da Visita Pré-Operatória de Enfermagem.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

Bloco Operatório de Cirurgia Plástica,

CHLN- HSM

Aluno: Ana Cristina Rodrigues de Almeida

Sob orientação: Enfermeira Fátima Viana

Professora Tutora: Enfermeira Georgeana Marques da Gama

Junho de 2012

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA de ENFERMAGEM (VPOE)

Objetivo

O principal objetivo deste guia é relembrar e colocar de forma sistematizada, os aspetos a ter em consideração pelos enfermeiros, quando realizarem a VPOE.

Guia de Orientação da Visita Pré-Operatória de Enfermagem

1. **Preparar contexto** - Encontrar um lugar com pouco ruído; Prevenir e evitar interrupções; Providenciar cadeiras; Caso o doente se encontre internado, fechar cortinados.
2. **Apresentar-se** (Nome, profissão e local de trabalho)
3. **Perguntar o nome ao doente** – Saber como gosta de ser tratado; Se estiver acompanhado perguntar se quer ficar sozinho;
4. **Iniciar a entrevista**

Para que se atinjam os objetivos da VPO, é primordial conquistar a confiança do doente. Para isso o enfermeiro deve:

- Adequar o discurso e linguagem ao doente;
- Falar pausadamente, focalizando os aspetos principais da visita (início de uma relação, conhecimento do estado físico e psicológico do doente, esclarecimentos de dúvidas e pós-operatório);
- Encorajar a verbalização;
- Possuir conhecimentos técnico-científicos;
- Ser autêntica;
- Demonstrar disponibilidade;
- Respeitar crenças espirituais e valores culturais;
- Antes de começar a transmitir informações, permitir que o doente coloque questões;
- Perguntar dentro dos temas a abordar se existe algum que queira ver respondido em primeiro lugar;

5. **Transmissão de informações individualizadas e padronizadas**

- Informar o doente que será o enfermeiro que o vai receber e acompanhar no bloco operatório;
- Reforçar informações relativas à preparação pré-operatória, feitas pelos enfermeiros do internamento, nomeadamente: banho pré-operatório; vestuário a usar, quando for para o bloco; jejum; remoção de próteses; remoção de verniz e maquilhagem, entre outros.
- Percurso e localização do bloco;
- Hora prevista da cirurgia;
- Ambiente do bloco (temperatura, luzes e equipamentos);
- Procedimentos a serem efetuados no bloco (puncionar via, monitorização, posicionamento, técnica anestésica, tipo de anestesia);
- Cuidados no pós-operatório (mobilização, dor, respiração, pensos, levante, entre outros.

6. Mostrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas.

7. Reforçar a ideia que toda a equipa trabalha em função do seu bem-estar.

APÊNDICE D

Plano de Sessão



UNIVERSIDADE CATOLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PLANO DA SESSÃO

LOCAL – Bloco de Cirurgia Plástica do Hospital de Santa Maria

TEMA – Visita Pré-Operatória de Enfermagem

DATA – 18 de junho de 2012

PÚBLICO-ALVO- Enfermeiros do Bloco de Cirurgia Plástica

FORMADOR – Ana Almeida

ORIENTADORA – Enfermeira Fátima Viana

TUTORA – Professora Marques da Gama

OBJETIVO GERAL:

Sensibilizar os enfermeiros para a realização da visita pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia, pelo enfermeiro perioperatório.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Promover uma reflexão crítica e reflexiva acerca do papel que o enfermeiro perioperatório desempenha no acompanhamento da pessoa submetida a cirurgia.

Partilhar conhecimento e experiências decorrentes da prática clínica.

Elucidar para a importância de uma adequada avaliação e acompanhamento da pessoa submetida a cirurgia no Bloco de Cirurgia Plástica.

APÊNDICE E

Sessão de Formação

Visita Pré-Operatória de Enfermagem: Importância do Acolhimento no Período Perioperatório.

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

AÇÃO DE FORMAÇÃO

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO

DIA 18 DE JUNHO DE 2012

FORMADORA: Ana Almeida
ORIENTADORA: En^ª Fátima Viana
TUTORA: Prof^ª Marques da Gama

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM



Ana Almeida
Junho 2012

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

OBJETIVO:

“ Conhecer o doente, identificar os problemas existentes e prepará-lo psicologicamente para a cirurgia”

AESOP

Ana Almeida
Junho 2012

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

QUANDO

- Na véspera da cirurgia, quando o doente está internado.
- No dia da cirurgia, no caso de cirurgia ambulatoria.

QUEM REALIZA

- O Enfermeiro de anestesia.

Ana Almeida
Junho 2012

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM



Ana Almeida
Junho 2012

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM



Ana Almeida
Junho 2012

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

“ A ansiedade pré-operatória está profundamente ligada ao desconhecimento, deficit de conhecimento do doente sobre a cirurgia a que vai ser submetido”.

Ribeiro, 2010

“ Os doentes sem experiência cirúrgica ou com complicações em anteriores intervenções evidenciaram mais ansiedade”.

Fonseca, 2010

Ana Almeida
Junho 2012

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

“Tornar uma orientação esclarecedora e eficiente no pré-operatório requer bom senso, arte e criatividade, por parte do profissional, para fazer do momento do cuidado um encontro de interação, dialogo, calma , tranquilidade e esclarecimento”.

Carvalho, 2006

Ana Almeida
Junho 2012

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

BIBLIOGRAFIA

- AESOP, Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas - Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Loures: Lusodidacta, 2006. 355p. ISBN: 978-972-8930-16-5.
- CHISTÓFORO, Berendina Elsinia Bouwman et al. Relacionamento Enfermeiro-Paciente no Pré-Operatório: Uma Reflexão à Luz de Joyce Travelbee. Cogitare Enfermagem. [Em linha]. 11:1 (2006). 55-60. [Consult. a 13.05.2012]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a08v58n6.pdf><http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/5977/4277>. ISSN-2176-9133.
- FONSECA, Marta - “Influência da Visita Pré-Operatória na Ansiedade Intra-Operatória Reflectida nos Valores de Tensão Arterial e Frequência Cardíaca”. Revista Investigação em Enfermagem. Coimbra: Formasau. ISBN: 0874-7695. Vol.(11) 2010, 27-36.
- RIBEIRO, Patrícia Isabel Albuquerque Manso - “Pré-Operatório: O Universo da Apreensão e do Desconhecido - Estudo de factores que influenciam o nível de ansiedade estado do doente, no pré-operatório”. Revista Investigação em Enfermagem. Coimbra: Formasau. ISBN: 0874-7695. Vol.(11) 2010, 17-26.

APÊNDICE F

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO – SESSÃO DE FORMAÇÃO

AÇÃO DE FORMAÇÃO
VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM
QUESTIONÁRIO

1 – Que grau de importância atribui aos conteúdos adquiridos, na formação, para a sua prática diária?

Nada importante Pouco importante Importante Muito importante

2- Como enfermeiro perioperatório pretende dar continuidade à visita pré-operatória?

Sempre Muitas vezes Algumas vezes Nunca

3- Que grau de importância atribui à visita pré-operatória, quer para a pessoa submetida a cirurgia quer para a equipa multidisciplinar?

Nada importante Pouco importante Importante Muito importante

4- Classifique a capacidade de exposição, clareza e à vontade da formadora em relação ao tema?

Nenhuma Alguma Pouca Bastante

Apreciação crítica da ação de formação/sugestões

Obrigada
Ana Almeida

APÊNDICE G

FUNÇÕES DO ENFERMEIRO DE ANESTESIA.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Funções do Enfermeiro de Anestesia

Bloco Operatório de Cirurgia Plástica,

CHLN- HSM

Aluno: Ana Cristina Rodrigues de Almeida

Sob orientação: Enfermeira Fátima Viana

Professora Tutora: Enfermeira Georgeana Marques da Gama

Junho de 2012

FUNÇÕES DO ENFERMEIRO DE ANESTESIA

Na véspera da Cirurgia:

- Consulta o programa operatório;
- Realiza a visita pré-operatória.

No dia da Cirurgia:

- Verifica o plano operatório;
- Valida a operacionalidade da sala operatória (temperatura, humidade, ventilação e higienização da sala);
- Prepara o material necessário para a cirurgia (disponibilidade dos equipamentos solicitados pelo anestesista);
- Verifica e testar a funcionalidade de todos os equipamentos (aspirador, módulos de monitorização, compressor térmico, colchão de aquecimento da marquesa operatória, bombas infusoras);
- Verifica o stock de fármacos do carro de anestesia;
- Prepara os fármacos para a indução e manutenção anestésica, de acordo com a indicação do anestesiológico;
- Prepara todo o material necessário à entubação endo/nasotraqueal;
- Prepara os módulos e kits de monitorização;
- Acolhe o doente no bloco operatório (providencia a chegada do doente ao bloco; acolhe o doente na zona do transfer; interpreta toda a expressão verbal e não verbal do doente; mostra disponibilidade para responder a questões);
- Valida com o enfermeiro do internamento a preparação pré-operatória do doente (confirmação de checklist operatória);

- Transfer o doente para a marquesa operatória (avalia e promove os recursos necessários para um transfer seguro – humanos e equipamento auxiliar; explica ao doente o funcionamento do transfer; solicita a colaboração do doente, de acordo com o seu nível de dependência; promove a privacidade e conforto do doente durante o transfer);
- Instala o doente na sala operatória (apresenta ao doente os restantes membros da equipa; transmite segurança e tranquilidade ao doente; proporciona um ambiente calmo e livre de ruídos; respeita os direitos individuais, valores e desejos do doente; solicita a colaboração do doente, de acordo com as intervenções que efetua; colabora com o anestesista, preparando e disponibilizando todo o material e equipamento monitorização invasiva);
- Colabora na indução anestésica do doente em todos os procedimentos e manobras anestésicas (conecta o doente à prótese ventilatória, mantém o silêncio e evita que se mexa no doente durante a fase de indução);
- Colabora na algaliação do doente;
- Colabora no posicionamento do doente (apoia as articulações durante as mobilizações; previne lesões nervosas, vasculares e osteoarticulares, protegendo o doente com placas de posicionamento sob os pontos de apoio; isola o doente de qualquer superfície metálica);
- Assegura a proteção ocular, no sentido de evitar lesões no globo ocular do doente;
- Promove a acessibilidade aos cateteres e módulos de monitorização;
- Promove a manutenção da temperatura corporal do doente (coloca manta térmica de acordo com a via de abordagem e o campo operatório; limpa líquidos derramados após a desinfeção; deteta e previne riscos inerentes ao aquecimento, nomeadamente queimaduras);

- Mantem observação e vigilância intensiva do doente (vigia parâmetros vitais; vigia débito urinário; verifica a permeabilidade das vias; avalia a existência de potenciais reações cutâneas e integridade da pele);
- Atua em conformidade nas situações de emergência (responde pronta e eficazmente a todas as solicitações do anestesista e equipa cirúrgica;
- Colabora no despertar do doente;
- Transfere o doente para o recobro (transmite informações orais e escritas do período intraoperatória com vista à continuidade dos cuidados de enfermagem; providencia a saída do doente da sala);
- Supervisiona o cumprimento do protocolo de higienização das salas e equipamentos;
- Supervisiona e repõe material na sala;
- Prepara a sala para o próximo doente.

No dia Seguinte à Cirurgia

- Visita o doente 24 a 48 horas após a cirurgia;
- Comunica à equipa incidentes e/ou acidentes críticos que se revelem importantes, constituindo por isso espaço à reflexão e debate, promovendo deste forma momentos de aprendizagem informal.

Bibliografia: AESOP, Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas – Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Loures: Lusodidacta, 2006. 355p. ISBN: 978-972-8930-16-5.

APÊNDICE H

CLASSIFICAÇÃO DE FERIDA CIRÚRGICA – ALTEMEIER

CLASSIFICAÇÃO DA FERIDA CIRURGICA (ALTEMEIER)

As feridas são classificadas de acordo com a probabilidade e grau de contaminação da ferida no momento da intervenção cirúrgica, seguindo as definições do CDC (Center for Disease Control).

LIMPA – Ferida cirúrgica resultante de cirurgia eletiva, não traumática, não infetada, em que não houve transgressão da técnica cirúrgica e em que não penetrou no trato respiratório, digestivo, genito-urinário nem cavidade orofaríngea.

LIMPA-CONTAMINADA – Ferida cirúrgica de intervenções, em que se penetrou no aparelho respiratório, digestivo, genito-urinário, em condições controladas (técnica cirúrgica correta) e sem contaminação.

CONTAMINADA – Ferida cirúrgica de intervenções em que houve quebra da técnica asséptica cirúrgica. Inclui também feridas traumáticas ou aquelas em que se penetrou no aparelho respiratório, digestivo ou genito-urinário, com derrame de conteúdo e/ou com sinais de infeção.

SUJA-CONTAMINADA – Feridas traumáticas com tecido desvitalizado, corpos estranhos e contaminação fecal ou aquelas em que o tratamento cirúrgico foi tardio.

Nota: A classificação da ferida cirúrgica deve ser sempre realizada e registada no final da cirurgia.

Elaborado por: Ana Almeida, aluna do Mestrado de Natureza Profissional Especialidade Médico-Cirúrgica do Instituto Superior de Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Maio de 2012

Bibliografia: AESOP, Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas – Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Loures: Lusodidacta, 2006. 355p. ISBN: 978-972-8930-16-5.

APÊNDICE I

Norma de Procedimento – Garrote Pneumático.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Norma de Procedimento - Garrote Pneumático

Bloco Operatório de Cirurgia Plástica,

CHLN- HSM

Aluno: Ana Cristina Rodrigues de Almeida

Sob orientação: Enfermeira Fátima Viana

Professora Tutora: Enfermeira Georgeana Marques da Gama

Lisboa, maio de 2012

	<p>Direção dos Serviços de Enfermagem do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Pólo Santa Maria</p> <p>GABINETE DE FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM</p> <p>Profª Tutora Enfª Marques da Gama</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMENTO</p> <p>GARROTE PNEUMÁTICO</p> <p>BLOCO CIRURGIA PLÁSTICA</p> <p>Elaboração: Enfª Ana Cristina Rodrigues de Almeida</p> <p>Sob Orientação: Enfª Fátima Viana</p> <p>Data: 25/05/2012</p> <p>Revisão:</p>	<p>Aprovado em:</p> <p>___/___/___</p> <p><i>Enf. Diretora</i></p>
---	---	---	--

OBJETIVOS:

1. Garantir a manutenção, inspeção e limpeza do garrote pneumático.
2. Utilização adequada do garrote pneumático.
3. Conhecer as indicações e contra-indicações para o uso do garrote pneumático.
4. Conhecer e detetar complicações inerentes ao uso do garrote pneumático.
5. Efetuar registos referentes ao uso de garrote pneumático.

ÂMBITO:

Aplica-se a todos os enfermeiros utilizadores do equipamento, em doentes submetidos a cirurgia, e com indicação médica para o uso deste equipamento.

DESCRIÇÃO:

A utilização de garrote pneumático é uma das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros perioperatórios, no bloco operatório de cirurgia plástica, do Centro Hospitalar Lisboa Norte - Pólo Santa Maria. O desenvolvimento de competências nesta

área, melhoram a prática e reduzem o risco de danos ao doente, por utilização não adequada.

O enfermeiro perioperatório deve estar consciente das complicações mais comuns relacionadas com a utilização destes equipamentos e implementar estratégias que minimizem a ocorrência das mesmas.

DEFINIÇÃO:

GARROTE PNEUMÁTICO - Equipamento utilizado para oclusão de fluxo sanguíneo às extremidades, superiores ou inferiores, permitindo um campo cirúrgico quase sem sangue e limitar o volume anestésico local numa extremidade, durante uma anestesia regional intravenosa.

O equipamento é composto por uma manga de pressão, insuflável, fonte de gás pressurizada com determinada pressão: 0 a 760 mmHg, regulador de pressão e um monitor. Existem, ainda, garrotes pneumáticos manuais compostos por uma manga insuflável, manómetro e bomba manual.

RESPONSABILIDADES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
Verificação/Testagem do equipamento antes da cirurgia.	Garantir limpeza do equipamento; Garantir que o equipamento está apto a ser utilizado; Garantir a segurança dos doentes.
Colocação do garrote pneumático: 1. Escolha do tamanho da manga 2. Verificar o estado da pele antes da colocação do garrote pneumático e efetuar o registo 3. Proteger a pele do doente com ligadura de algodão ou outro material macio	Prevenir complicações associadas à utilização do garrote pneumático; Diminuir o risco de lesões cutâneas.
Vigilância e monitorização: 1. Cumprir, escrupulosamente, as indicações do fabricante; 2. Proceder a uma avaliação pré-operatória do doente; 3. Assegurar um adequado ajuste da manga à extremidade; 4. Prevenir a retenção de líquidos debaixo da manga;	Prevenção de complicações associadas à utilização de garrote pneumático

<ol style="list-style-type: none"> 5. Utilizar a pressão mínima possível necessária à supressão do fluxo sanguíneo; 6. Monitorizar a pressão medida, de forma a assegurar que ela reflete a pressão do garrote; 7. Monitorizar o tempo de insuflação do garrote e respeitar os limites de segurança recomendados. 	
<p>Efetuar registos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar local de colocação do garrote. 2. Tipo de proteção efetuada. 3. Estado da pele antes da colocação do garrote. 4. Hora de início da insuflação. 5. Pressão de insuflação. 6. Hora de desinsuflação do garrote. 7. Identificação do equipamento utilizado. 8. Identificação do profissional que aplicou o garrote. 9. Estado da pele após a remoção do garrote. 	<p>Os registos de intraoperatórios refletem a prática dos cuidados de enfermagem, e são fundamentais para a continuidade dos mesmos.</p>
<p>Supervisionar a limpeza do equipamento - seguir as recomendações do fabricante e da comissão de controlo de infeção.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antes de iniciar a limpeza do equipamento, desligar da corrente elétrica e da rampa de ar. 2. Utilizar os produtos recomendados pelo fabricante. 3. Guardar em local seguro. 	<p>Prevenir a danificação do equipamento Prevenir infeções</p>

PRESSÃO DE INSUFLAÇÃO DO GARROTE PNEUMÁTICO

A pressão de insuflação não está determinada. Deve ser mantida no mínimo possível, por forma a garantir um campo cirúrgico quase livre de sangue.

Na determinação da pressão de insuflação deve ser tomado em consideração:

- A idade do doente;
- A pressão arterial sistólica;
- O diâmetro da extremidade;
- A largura do garrote;

- Patologias associadas e outros fatores clínicos.

ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA O CÁLCULO DA PRESSÃO DE INSUFLAÇÃO:

- Acrescentar 50 a 75 mmHg à pressão arterial sistólica para as extremidades superiores, nos adultos.
- Acrescentar 100 a 150 mmHg à pressão arterial sistólica para as extremidades inferiores, nos adultos.
- Acrescentar 100mmHg à pressão arterial sistólica para as extremidades superiores e inferiores, nas crianças.

Nota: Estes valores podem ser alterados por indicação médica.

TEMPO DE INSUFLAÇÃO DO GARROTE PNEUMÁTICO:

- Não está determinado um tempo exato que o garrote pode estar insuflado com segurança;
- O tempo de garrote deve ser o mínimo possível;
- O tempo de insuflação pode variar em função: idade, estado físico e suprimento vascular da extremidade;
- O cirurgião deve ser, regularmente, informado do tempo de garrote;
- Recomenda-se como tempo máximo de insuflação:
 - Uma hora para extremidades superiores;
 - Hora e meia a duas horas para extremidades inferiores.

Nota: Caso a cirurgia não esteja concluída, deve-se desinsuflar o garrote, para um período de reperfusão, não inferior a 10 minutos. Após este período o garrote pode ser, novamente, insuflado por um período de tempo igual ao mencionado.

COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À UTILIZAÇÃO DO GARROTE PNEUMÁTICO:

- **SOBREPRESSÃO:**
 - Dor no local de colocação do garrote;
 - Fraqueza muscular;
 - Lesões de compressão (vasos sanguíneos, nervos, músculos e pele);
 - Paralisia das extremidades;
 - Congestão passiva das extremidades;
 - Sangramento do campo cirúrgico;
 - Infiltração hemorrágica dos nervos.
- **TEMPO EXCESSIVO DE INSUFLAÇÃO:**
 - Fadiga muscular;

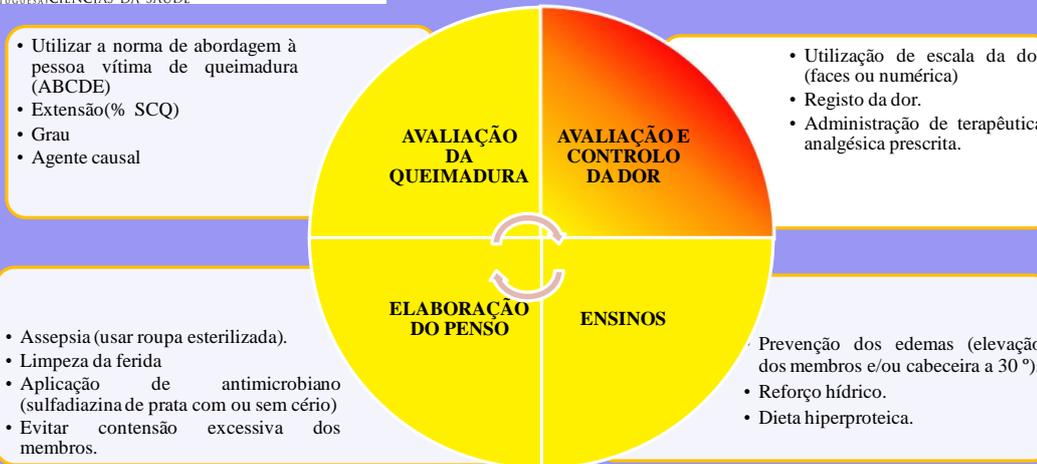
- Excessiva hiperémia;
 - Lesão isquémica;
 - Paralisia das extremidades.
-
- INADEQUADA COLOCAÇÃO DO GARROTE:
 - Congestão venosa;
 - Contusão;
 - Equimose da pele;
 - Necrose da pele.

Bibliografia: AESOP, Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas – Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Loures: Lusodidacta, 2006. 355p. ISBN: 978-972-8930-16-5.

APÊNDICE J

PÓSTER - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA VÍTIMA DE QUEIMADURA.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA VÍTIMA DE QUEIMADURA



1- Remover tecido desvitalizado/flictenas e reduzir carga microbiana, utilizando soro fisiológico e compressa. Se possível lavar com água corrente e desinfetar com iodopovidona diluída. Posteriormente passar, novamente, com água corrente.



3 – Envolver com compressas de gaze, velban e ligadura (não comprimir).
Nota: No caso de queimadura dos dedos, estes devem ser individualizados, para prevenir aderências.



2 – Aplicar uma camada, 3 a 5 mm, de sulfadiazina de prata 1% sem cério (face e genitais), e com cério nas restantes áreas.

Nota: Não aplicar na zona periorbital, provoca lesões oculares (aplicar cloranfenicol); Quando existe queimadura do pavilhão auricular fazer tamponamento, com compressa, do ouvido externo.



4 - A ligadura deve ser feita desde a raiz do membro afetado, para minimizar o edema. Deve ser feito ensino relativamente à sua elevação e mobilização.

Nota: O boião de sulfadiazina de prata deve ser de uso único.



Conclusão:
As intervenções de enfermagem são essenciais para um tratamento eficaz das queimaduras. Permitem a redução do risco de infeção, controlo da dor e diminuição da ansiedade. Em suma, aumentam o conforto da pessoa vítima de queimadura e diminuem as complicações.

APÊNDICE K

NORMA DE PROCEDIMENTO – TESTE VENTILADOR SERVO 900



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



NORMA DE PROCEDIMENTO TESTE VENTILADOR SERVO 900

Garantir a segurança da pessoa submetida a ventilação invasiva, assim como da equipa que lhe presta cuidados.

[Novembro 2012]



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

Estágio no Serviço de Urgência Central do Hospital Santa Maria.

Aluna: Ana Almeida

Tutora: Prof^ª Patrícia Pontífice de Sousa

Orientadora: Enfermeira Especialista Susana Mendonça

	SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL	
		
NORMA DE PROCEDIMENTO Teste Ventilador SERVO 900		<p style="text-align: center;">Aprovado em:</p> <p style="text-align: center;">Revisão em:</p>
<p>Elaborado por: Ana Almeida</p> <p>Tutora: Prof.ª Patrícia Pontífice Sousa</p> <p>Orientadora: Enf.ª Susana Mendonça</p>	Revisto por:	

1. OBJETIVO GERAL:

- Garantir a segurança da pessoa submetida a ventilação invasiva, assim como da equipa que lhe presta cuidados.

1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Assegurar um correto uso do ventilador SERVO 900.
- Descrever e uniformizar os procedimentos a realizar pelos enfermeiros do Serviço de Urgência para:
 - A montagem do ventilador SERVO 900.
 - A verificação, teste, do sistema do ventilador SERVO 900.
 - A limpeza e esterilização das peças do ventilador SERVO 900.

2. ÂMBITO

- Aplica-se a todos os procedimentos realizados pelos enfermeiros do Serviço de Urgência para a preparação e conexão de todas as peças e circuitos do ventilador SERVO 900, para que este possa ser utilizado de uma forma atempada, evitando perdas de tempo.

3. RESPONSABILIDADE

- É função dos enfermeiros, montar (circuito interno) e testar o ventilador SERVO 900 por forma a garantir o seu funcionamento de forma segura, e ágil.
- A esterilização do circuito interno, expiratório, do ventilador e substituição do filtro expiratório, verde, deve ser realizada após a utilização do mesmo, entre doentes. A célula do circuito expiratório deve ser colocada em álcool, durante 1 hora.
- A verificação do sistema deve ser realizada em todos os turnos e, sempre, após a montagem do circuito interno.

PASSOS A SEGUIR PARA TESTAR VENTILADOR

SERVO 900



Fig.1

1. Ligar o ventilador à corrente elétrica.
2. Ligar o ventilador à rampa de ar comprimido e de oxigénio.
3. Ligar o botão, situado na parte de trás do ventilador, canto inferior direito (fig.2)



Fig.2

4. Colocar filtro bacteriológico, reto, no ramo expiratório (fig. 3), caso exista suspeita ou confirmação do doente ser portador de tuberculose. Para segurança dos outros doentes e profissionais.

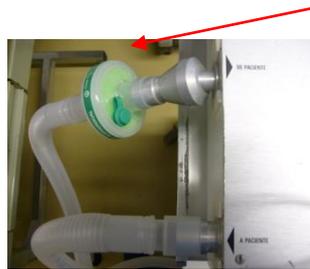


Fig. 3

5. Colocar as traqueias, universais, com filtro bacteriológico curvo, e o pulmão teste para proceder ao teste do ventilador (fig. 4).



Fig. 4

6. Ao ligar o ventilador o ponteiro da pressão de trabalho deverá situar-se no intervalo [60-70cmH2O] (fig.5).



Fig. 5



Fig.6

Nota: Caso não se verifiquem estes valores, deverá rodar a patilha, pressão de trabalho, para a direita ou para a esquerda até atingir o valor (fig.6).

7. Na frente do ventilador, no canto inferior esquerdo, a patilha deverá estar posicionada de acordo com o doente, criança ou adulto respetivamente (fig.7).



8. Verificar no canto inferior esquerdo, se a luz de alarme de sinistro de gás, está apagada. Caso se encontre acesa dever-se-ão verificar as conexões às rampas de oxigénio e ar comprimido e cabo de ligação à corrente elétrica (fig.8).

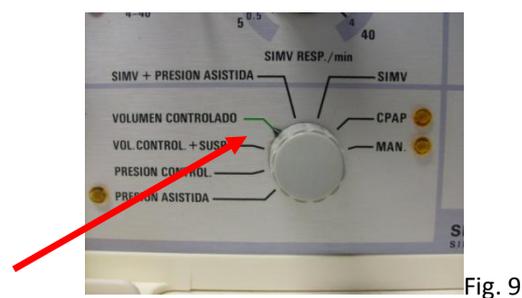


9. PROGRAMAR, NO VENTILADOR, OS SEGUINTE PARÂMETROS:

- a) Volume minuto – 7,5
- b) Frequência respiratória – 20
- c) Tempo inspiratório – 25
- d) Tempo pausa – 10
- e) PEEP – 0
- f) FiO₂ – 55%
- g) Trigger - -2
- h) Limite superior de pressão entre 40 e 50 mmHg

TESTAR A VENTILAÇÃO POR VOLUME

10. Rodar o botão, cinzento, dos modos ventilatórios, para **volume controlado** (fig.9).



11. Rodar o botão situado no canto inferior direito para respiração minuto (fig.10) e, verificar se o valor Fr coincide com a frequência respiratória programada (fig.11).



12. Rodar o botão situado no canto inferior direito para concentração de oxigênio, e verificar se o **FiO2**, que aparece, da célula digital coincide com a programada na misturadora, ou, se a diferença é mais ou menos 10%. Apenas valorizar se a diferença for superior a este valor (fig. 12 e fig. 13).



Nota: Caso a diferença seja igual ou superior a 10%, deverá ser contactado o responsável técnico, para ser efetuada a calibração da célula de oxigênio.

Contactar para o **tlm. 99121** (dias úteis das 9:00 às 17:00).

13. Rodar o botão para **volume corrente expiratório e inspiratório**. Estes dois valores deverão ser coincidentes, com o objetivo de verificar a existência de fugas. O valor deste parâmetro deverá ser de, aproximadamente, 375ml/ciclo respiratório (fig.14 e 15).



Nota: Como calcular:

$$\frac{V_m}{Fr} = X \quad \frac{7500ml}{20Fr} = 375ml/ciclo\ respiratório$$

A diferença entre o **volume expiratório e o volume inspiratório** até 50ml, não necessita ser valorizada. Caso exceda este valor verificar a existência de fugas.

14. Rodar o botão para **volume minuto** (fig.17), e verificar se o valor programado (fig.16) é coincidente ao da célula digital (fig.17).



Fig. 16

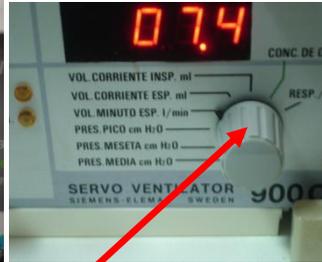


Fig.17

Nota: Não valorizar se a diferença for igual ou inferior a 0,5 l/m.

15. Rodar o botão para **pressão pico cmH2O**, e verificar se o ponteiro da pressão das vias aéreas corresponde ao valor da célula digital (fig.18 e 19).



Fig. 18

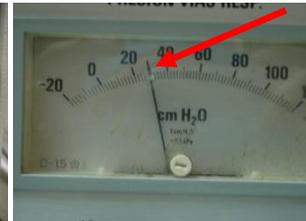


Fig.19

20. Verificação da PEEP

20.1 PEEP= 0, verificar se o ponteiro das pressões das vias aéreas se situa em zero no final da expiração (fig.20).



Fig.20



Fig. 21

20.2 PEEP= 10, verificar se o ponteiro das pressões das vias aéreas se situa nos 10cmH2O no final da expiração (fig.21).

TESTAR A VENTILAÇÃO POR PRESSÃO.

21. Rodar o botão para o modo ventilatório, **pressão controlada** (fig.22).

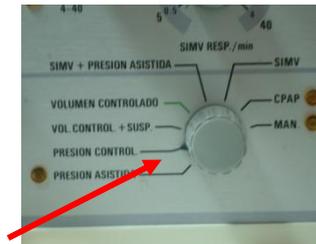


Fig.22

22. Colocar o nível de pressão inspiratória nos 20, e verificar se este valor corresponde ao que aparece na célula digital e ponteiro da pressão das vias aéreas. O valor deve ser coincidente. (fig. 24, 25 e 26).



Fig. 24



Fig. 25



Fig.26

TESTAR A APNEIA - VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA

23. Rodar o botão para pressão assistida ou CPAP (fig. 27).



Fig.27

24. Retirar a Peep.

Após os 15 segundos o alarme da apneia deverá alarmar e a respetiva luz, situada no canto inferior esquerdo, do ventilador deverá acender (fig. 28).



Fig.28

VERIFICAÇÃO DE ALARMES

25. Verificar se a luz de alarme, desligado, no volume minuto acende. Para verificar essa situação deverá desligar um dos alarmes, o superior ou inferior, rodando cada um dos botões na sua totalidade para o lado direito ou lado esquerdo (fig.29).



Fig. 29

25.1 - Verificar alarmes do volume minuto:

- Colocar botão do limite inferior, superior a 7,5 e deve alarmar.
- Colocar botão do limite superior, inferior a 7,5 e deve alarmar.

25.2 - Estabelecer limites dos alarmes, do volume minuto. Geralmente, para os parâmetros estabelecidos instituem-se como limite inferior (5 l/m), e limite superior (15 l/m) (fig.30).

Nota: Os alarmes deverão ser, sempre, verificados pelo enfermeiro que está responsável pelo doente, e devem ser ajustados a cada doente de acordo com os parâmetros estabelecidos.



Fig. 30

26. Verificar se a luz de alarme, desligado, do FiO2 acende. Para verificar essa situação deverá desligar um dos alarmes, o superior ou inferior, rodando cada um dos botões na sua totalidade para o lado direito ou lado esquerdo (fig. 31).



Fig. 31

26.1 Verificar alarmes do FiO2:

- Colocar botão do limite inferior, superior a 55% e deve alarmar (fig. 32).
- Colocar botão do limite superior, inferior a 55% e deve alarmar (fig. 33).



Fig. 32



Fig. 33

26.2 Estabelecer limites dos alarmes, do FiO2. Geralmente, para os parâmetros estabelecidos instituem-se como limite inferior 40% e superior 70% (Fig.34).



Fig.34

27 Limites das vias aéreas superiores. Não deve ser superior a 40%, por risco de baurotrauma, mas deve ser ajustado para cada doente (fig. 35).

Nota: Causas possíveis de pressões elevadas das vias aéreas: secreções, broncospasmo, pneumotórax/hemotórax, mordedura do tubo, fibrose quística, entre outras.



Fig. 35

BIBLIOGRAFIA

Centro de formação multiprofissional – Hospital Santa Maria – **Curso de ventilação mecânica no adulto**.
2002.

Manual do ventilador SERVO 900C.

RUA, Fernando – **Princípios de ventilação mecânica**. Lisboa: Fernando Rua – Permanyer Portugal, 1996.
ISBN 972-733-019-3.

APÊNDICE L

Plano de Sessão



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PLANO DA SESSÃO

LOCAL – Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria

TEMA – Teste ventilador SERVO 900

DATA – 5 de novembro de 2012

PÚBLICO-ALVO- Enfermeiros do Serviço de Urgência Central

FORMADOR – Ana Almeida

ORIENTADORA – Enfermeira Susana Mendonça

TUTORA – Professora Patrícia Pontífice de Sousa

OBJETIVO GERAL:

- Garantir a segurança da pessoa submetida a ventilação invasiva, assim como da equipa que lhe presta cuidados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Assegurar um correto uso do ventilador SERVO 900.
- Descrever e uniformizar os procedimentos a realizar pelos enfermeiros do Serviço de Urgência para:
 - A montagem do ventilador SERVO 900.
 - A verificação, teste, do sistema do ventilador SERVO 900.
 - A limpeza e esterilização das peças do ventilador SERVO 900.

APÊNDICE M

SESSÃO DE FORMAÇÃO – TESTE DO VENTILADOR SERVO 900:

TESTE VENTILADOR SERVO 900



OBJETIVO GERAL

- Garantir a segurança da pessoa submetida a ventilação invasiva, assim como da equipa que lhe presta cuidados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Assegurar um correto uso do ventilador SERVO 900.
- Descrever e uniformizar os procedimentos a realizar pelos enfermeiros do Serviço de Urgência para:
 - A montagem do ventilador SERVO 900.
 - A verificação, teste, do sistema do ventilador SERVO 900.
 - A limpeza e esterilização das peças do ventilador SERVO 900.

LIGAR VENTILADOR

- Colocar mangas universais, filtro bacteriológico e pulmão teste (após montagem do circuito interno);
- Ligar o ventilador à :
 - corrente elétrica (tomada de emergência);
 - rampa de oxigênio;
 - rampa de ar comprimido;
- Ligar ventilador (botão situado na parte posterior);
- Verificar Pressão de trabalho (60-70 mmHg);
- Verificar se luz de sinistro de gás está apagada

LIGAR VENTILADOR



PROGRAMAR PARÂMETROS

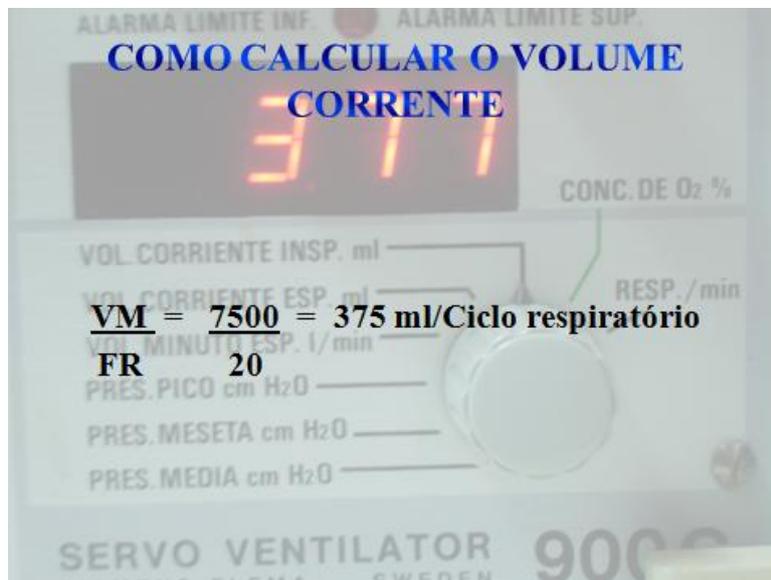
- Volume minuto **7,5l/m**
- Frequência respiratória **20**
- FiO2 **55%**
- Modo Ventilatório **VC**
- Peep **0**
- Trigger **-2**
- Tempo insp. **25%**
- Tempo de pausa **10%**
- Limite de pressão das vias aéreas **35-40 mmHg**

TESTAR VENTILADOR POR VOLUME E PRESSÃO



COMO CALCULAR O VOLUME CORRENTE

$$\frac{VM}{FR} = \frac{7500}{20} = 375 \text{ ml/Ciclo respiratório}$$



LIMITE SUPERIOR DAS VIAS AÉREAS



TESTAR APNEIA

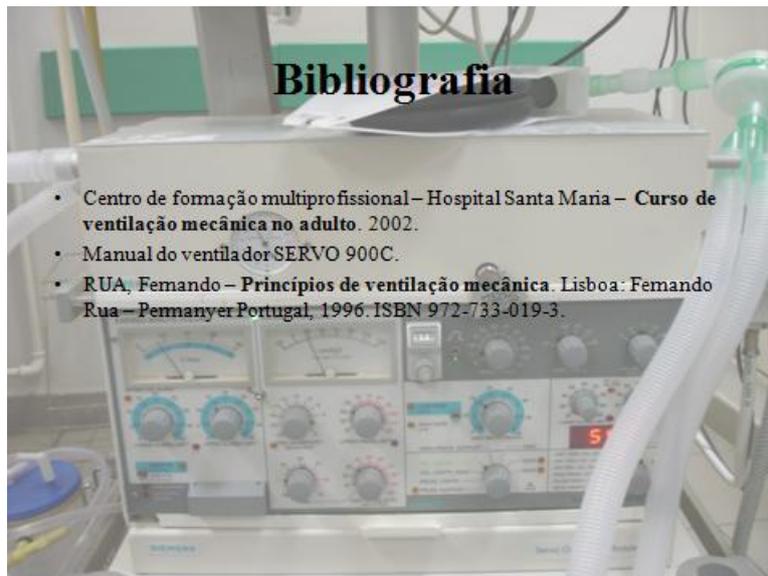


TESTAR LIMITES VENTILADOR



Bibliografia

- Centro de formação multiprofissional – Hospital Santa Maria – Curso de ventilação mecânica no adulto. 2002.
- Manual do ventilador SERVO 900C.
- RUA, Fernando – Princípios de ventilação mecânica. Lisboa: Fernando Rua – Pemanyer Portugal, 1996. ISBN 972-733-019-3.





APÊNDICE N

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO – SESSÃO DE FORMAÇÃO

AÇÃO DE FORMAÇÃO
TESTE VENTILADOR SERVO 900
QUESTIONÁRIO

1 - Que grau de importância atribui ao tema, da formação, para a sua prática diária?

Nada importante Pouco importante Importante Muito importante

2 – Que grau de importância atribui aos conteúdos adquiridos, na formação, para a sua prática diária?

Nada importante Pouco importante Importante Muito importante

3- Que grau de importância atribui ao teste do ventilador, relativamente à segurança da pessoa submetida a ventilação invasiva e equipa multidisciplinar?

Nada importante Pouco importante Importante Muito importante

4- Classifique a capacidade de exposição, clareza e à vontade da formadora em relação ao tema?

Nenhuma Alguma Pouca Bastante

Apreciação crítica da ação de formação/sugestões

Obrigada

Ana Almeida