



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS - VISEU

NA CONQUISTA DA ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM

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

João Tiago Santos Oliveira

VISEU, Junho de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS - VISEU

NA CONQUISTA DA ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM

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

João Tiago Santos Oliveira

Sob orientação de Professora Patrícia Coelho

VISEU, Junho de 2011

RESUMO

O relatório foi realizado no âmbito do III Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na unidade curricular de estágio. A realização deste relatório permite dar continuidade ao projecto de estágio que foi elaborado com base nos objectivos gerais, preconizados no guia orientador de estágio.

O relatório está dividido em quatro domínios: prestação de cuidados, gestão de cuidados, responsabilidade profissional, ética e legal, e desenvolvimento de aprendizagens. Em cada um destes domínios são abordados, de forma reflexiva, os objectivos atingidos no estágio, as actividades, as aprendizagens, as dificuldades e o modo como foram ultrapassadas, bem como as situações problema detectadas e as estratégias implementadas para a resolução das mesmas, para que a prestação de cuidados, atinja um maior nível de qualidade e complexidade, na área de especialização em Médico-Cirúrgica.

Na construção do relatório, foi utilizada uma metodologia descritiva, com base no projecto de estágio, no guia orientador de estágio, na observação, na reflexão, na pesquisa bibliográfica referente a vários assuntos e no diálogo e esclarecimentos fornecidos pela Professora orientadora.

As suas principais finalidades são: verificar o modo como os objectivos foram atingidos, de que forma e a que nível; dar visibilidade às actividades desenvolvidas; reflectir criticamente sobre o percurso de aprendizagem, relatando situações problema mais complexos e, finalmente, demonstrar o que foi feito para a aquisição/desenvolvimento de competências.

A elaboração deste trabalho contribuiu não só, para o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades, mas também para uma fundamentação da prestação dos cuidados e o desenvolvimento de competências técnicas e científicas, contribuindo desta forma para o nosso desenvolvimento, não como meros prestadores de cuidados, mas como futuros Enfermeiros especialistas na área de Médico-Cirúrgica.

De forma sucinta, as principais aprendizagens realizadas focalizaram-se: na gestão de cuidados de Enfermagem na área de especialização; no desenvolvimento de conhecimentos específicos; na demonstração de consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com o cliente/família; na adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas segundo uma perspectiva académica avançada; na formulação e análise das questões problema de maior complexidade, relacionados com a formação em Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.

ABSTRACT

The report refers to the 3rd Nursing Masters Course, with specialisation in Medical Surgical Nursing in the traineeship curricular unit. The completion of this report has allowed the continuation of the internship project, which was based on the general objectives stated in the internship supervision guide.

The report is divided into four main areas: care, care management, professional, ethical and legal responsibility and learning. In each one of these areas the activities and achievements of the internship, the learning process, the activities and the objectives attained during the internship, difficulties and strategies to overcome problems so as to achieve a higher level of quality and complexity in the boundaries of Medical-Surgical specialisation and other problem-solving strategies were all approached in a reflexive manner.

In developing the report, we used a descriptive methodology, based on the internship project, the internship supervision guide, observation, reflection and literature related to various issues. The guidance and the enlightening discussions with the orientator teacher were also of the utmost importance.

The main purposes of the report are to determine how and to what extent the objectives were achieved, to give visibility to the activities, to reflect critically upon the learning process by reporting more complex problematic situations, and last but not least to show how the acquisition and development of skills was accomplished.

The implementation of this project not only contributed to the development of knowledge and skills, but also to the fundamentation of health care as well as the development of technical and scientific expertise, thus contributing to our development, not as mere providers of care, but as future Nursing specialists in the Medical-Surgical area.

In short, it is fair to say that learning focussed on the following aspects: the management of nursing care in the specialization area, the development of specific knowledge, the demonstration of critical awareness to the problems of professional practice related to the client/family; the adequacy of different methods for analyzing complex situations according to an advanced academic perspective, the formulation and analysis of problems of wider complexity related to an independent, systematic and critical training in Nursing.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho teve a colaboração de muitas pessoas que directa e indirectamente tornaram possível a sua realização e às quais dirijo o meu agradecimento, em especial:

À Sr.^a Professora Patrícia Coelho pela colaboração, disponibilidade, incentivo e orientação prestada;

Aos Sr.^{es} Enfermeiros chefes dos vários serviços onde se desenvolveu o trabalho, pela disponibilidade e colaboração;

Aos Sr.^{es} Enfermeiros tutores, pelo interesse, colaboração e sentido crítico durante todo o processo formativo;

À família, colegas e amigos pelo seu incentivo, apoio e sentido crítico durante todo o percurso.

ABREVIATURAS/SIGLAS

ACD – Analgesia Controlada pelo Doente

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

BO – Bloco Operatório

CVC – Cateter Venoso Central

ECG – Electrocardiograma

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PVC – Pressão Venosa Central

SAV – Suporte Avançado de Vida

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intermédios

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UMDC – Unidade de Monitorização do Doente Cirúrgico

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	8
1. DOMÍNIO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	11
2. DOMÍNIO DE GESTÃO DE CUIDADOS	20
3. DOMÍNIO DE RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	26
4. DOMÍNIO DE DESENVOLVIMENTO DE APRENDIZAGENS	37
5. CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

ANEXOS

ANEXO 1 – Caracterização do Serviço de Urgência

ANEXO 2 – Caracterização da Unidade de Monitorização do Doente Cirúrgico

ANEXO 3 – Caracterização do Bloco Operatório

ANEXO 4 – Estudo de Caso: O Doente Submetido a Amputação Abdomino-Perineal, Internado na Unidade de Monitorização do Doente Cirúrgico

ANEXO 5 – Revisto Bibliográfico: Perda de Temperatura Corporal no Bloco Operatório

ANEXO 6 – Protocolo: Organização da Equipa de Enfermagem na Sala de Emergência

ANEXO 7 – Planificação de Sessão de Formação e Diapositivos: Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ANEXO 8 – Planificação de Sessão de Formação e Diapositivos: Temperatura Corporal no Doente Cirúrgico

ANEXO 9 – Planificação de Sessão de Formação e Diapositivos: Perda de Temperatura Corporal no Bloco Operatório

ANEXO 10 – Checklist: Material para a Colocação do Cateter Venoso Central

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do III Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), da Universidade Católica Portuguesa, pólo das Beiras, na unidade curricular de estágio, foi proposta a elaboração de um relatório, com vista à descrição e reflexão dos objectivos específicos que se pretendiam atingir no decorrer dos respectivos módulos de estágio. O estágio foi dividido em três módulos: um no Serviço de Urgência (SU), outro nos Cuidados Intensivos (Unidade de Monitorização do Doente Cirúrgico) e um opcional, tendo a escolha recaído, neste caso em concreto, no Bloco Operatório (BO).

A Enfermagem ao longo dos últimos tempos tem evoluído notoriamente, devido à investigação e formação que tem sido levada a cabo pelos profissionais de Enfermagem.

Sendo a Enfermagem uma profissão tão envolvente, a procura de novos horizontes, de conhecimento e de formação, constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros. Foi com este intuito que surgiu o trabalho: “ Na Conquista da Especialização em Enfermagem ”. Assim, enquanto futuros especialistas em Médico-Cirúrgica, pretendemos dar continuidade ao que tem sido desenvolvido neste campo.

O estágio na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, permite uma integração global de conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares teóricas, bem como, a aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais para a assistência de Enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave e especialmente dirigido para a assistência ao doente que necessita de cuidados de maior complexidade. Neste contexto, o Enfermeiro especialista deve desenvolver um papel diferenciado dos outros Enfermeiros, como previsto na carreira de Enfermagem no decreto-lei 437/91 alterado pelo decreto-lei 412/98, no seu artigo 7, onde se refere que o Enfermeiro especialista presta os cuidados de Enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente (indivíduo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui (DECRETO-LEI, N.º 412/98).

A realização deste relatório permite dar continuidade ao projecto de estágio que foi elaborado com base nos objectivos gerais, preconizados no guia orientador de estágio, com a finalidade de expressar os objectivos específicos e pessoais, as actividades e estratégias que se pretendiam desenvolver, bem como o percurso de aprendizagens realizadas durante o período de estágio. A elaboração do relatório permite que enquanto futuros especialistas em Enfermagem, possamos desenvolver um pensamento crítico e reflexivo, expondo as aprendizagens, as dificuldades e o modo como foram ultrapassadas para que a prestação de cuidados atinja um maior nível de complexidade, de acordo com o modelo de aprendizagem do

processo de Bolonha. Além disso, é um valioso instrumento de avaliação. Assim, os objectivos da realização deste documento são:

- Demonstrar o percurso para a aquisição/desenvolvimento de competências;
- Dar visibilidade às actividades desenvolvidas;
- Efectuar uma auto-avaliação tendo em conta os objectivos específicos estabelecidos no projecto de estágio;
- Reflectir criticamente sobre o trajecto de aprendizagem;
- Relatar situações problema mais complexos;
- Servir como instrumento para a obtenção do grau de mestre.

Sendo o percurso profissional de 3 anos a prestar cuidados à pessoa/família/comunidade, ao longo das diferentes fases do ciclo vital, no Centro de Saúde da Figueira da Foz, reconhecem-se as limitações no que se refere à prestação de cuidados e tomada de decisão em situações de risco. Neste sentido, surgiu particular interesse em adquirir/desenvolver competências, relativas ao doente em estado semi-crítico/crítico.

O estágio foi realizado em três módulos:

- Módulo I – SU, do Hospital Distrital da Figueira da Foz, no período de 04/10/10 a 30/11/10;
- Módulo II – Unidade de Monitorização do Doente Cirúrgico (UMDC), do Hospital de São Teotónio em Viseu, no período de 03/01/11 a 28/02/11;
- Módulo III – BO (opcional), do Hospital de São Teotónio em Viseu, constituído por dois períodos de 05/07/10 a 31/07/10 e 06/09/10 a 30/09/10.

Relativamente ao módulo I e II, apesar da experiência profissional ser em cuidados de saúde primários e do curto percurso ao nível profissional, surgiu já a oportunidade de ser confrontado com algumas situações de utentes em risco de vida. Daí a necessidade de desenvolver e aprofundar conhecimentos e competências nessas áreas. No que diz respeito à escolha do módulo III de estágio opcional, esta deve-se à necessidade sentida em ter uma visão global dos cuidados de saúde a que a pessoa pode estar sujeita, para melhor compreender as suas necessidades no seu processo de saúde/doença. Esta é uma realidade com a qual nos deparamos no dia-a-dia, visto que se presta cuidados à pessoa que foi, ou vai ser sujeita a uma intervenção cirúrgica.

A escolha das Instituições para realização dos módulos de estágio II e III, prendeu-se com o facto de estes serem serviços representativos do respectivo hospital e de poderem constituir, uma descoberta de realidades hospitalares diferentes, ricas em novas experiências e com dinâmicas de trabalho diferentes, permitindo, deste modo, atingir os objectivos de estágio. Quanto ao módulo I, este é uma unidade orgânica dotada de instalações próprias, sendo que a escolha da Instituição se prendeu com o facto de esta pertencer ao concelho da área onde se presta cuidados de saúde. Neste sentido, a realização deste módulo de estágio permitiu

contactar com utentes aos quais se presta cuidados no dia-a-dia, em contexto de urgência. Esta foi de facto uma mais valia, porque para além de podermos ter uma visão mais promenorizada da articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados, foi possível dar continuidade a esses mesmos cuidados quer num contexto, quer noutra.

A caracterização do SU (Anexo 1), da UMDC (Anexo 2) e do BO (Anexo 3) onde se realizou estágio, será remetida para anexo devido à sua extensa descrição.

O relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos. Por uma questão organizacional e de modo a dar visibilidade aos objectivos atingidos, optou-se por dividir o relatório em quatro domínios, sendo que estes correspondem aos quatro primeiros capítulos. A organização por domínios permite a intersecção dos vários objectivos, de modo a realçar o seu conteúdo de uma forma inovadora, despertando o maior interesse do leitor. Em cada um dos domínios será abordado o modo como foram atingidos os objectivos específicos e pessoais ao longo do estágio, bem como as actividades desenvolvidas e as competências adquiridas no respectivo domínio. As competências adquiridas serão referenciadas no final de cada domínio.

O último capítulo é constituído pela conclusão, onde serão apresentadas as conclusões gerais de todo o trabalho.

Na realização deste trabalho, foi utilizada uma metodologia descritiva com base: no projecto de estágio; no guia orientador de estágio; na observação; na reflexão; na pesquisa bibliográfica referente a vários assuntos; no diálogo e esclarecimentos fornecidos pela Professora orientadora.

1. DOMÍNIO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A principal actividade do Enfermeiro é prestar cuidados de Enfermagem ao indivíduo, de forma a que este mantenha, melhore ou recupere a sua saúde, ajudando-o a atingir o seu máximo bem estar físico e psíquico, e a máxima independência nas suas actividades de vida quotidiana, tão rápido quanto possível. Os cuidados que prestam têm sempre em conta as necessidades físicas, emocionais e sociais, do indivíduo/família/comunidade. Contudo as actividades e responsabilidades do Enfermeiro dependem da sua área de actuação e da sua categoria profissional. Neste sentido, no que se refere à categoria de Enfermeiro especialista, a prestação de cuidados, insere-se nas suas competências. Para além disso, O Enfermeiro especialista possui habilidades, conhecimentos técnicos e científicos que lhe permitem prestar cuidados ao doente em situação de maior complexidade.

A pertinência deste domínio surge para dar visibilidade ao modo como foram atingidos os seguintes objectivos: assegurar a prestação de cuidados de Enfermagem que demonstrem a existência de conhecimentos aprofundados e actualizados na área de EEMC, no contexto de SU, BO, e UMDC;

Na concretização do domínio acima exposto, foram desenvolvidas **actividades**, como: prestação de cuidados de Enfermagem ao indivíduo, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, utilizando todas as fases do processo de Enfermagem; participação e observação da triagem de Manchester; desenvolvimento de competências relativas a procedimentos e técnicas mais comuns, nos cuidados ao doente crítico e ao doente cirúrgico (ex: ventilação invasiva e não invasiva, monitorização invasiva e não invasiva, analgesia epidural, analgesia controlada pelo doente (ACD), alimentação parentérica, entre outros); desenvolvimento de pensamento crítico, proporcionando a tomada de decisão, na avaliação dos cuidados prestados na área de EEMC; planeamento, execução e avaliação dos cuidados ao doente em estado crítico e ao doente cirúrgico; desenvolvimento dos conhecimentos relativos aos doentes em estado crítico em situação de maior complexidade, através da pesquisa bibliográfica; mobilização dos conhecimentos teóricos e práticos relativos ao doente em estado crítico; utilização dos equipamentos existentes nos serviços e conhecimento do funcionamento dos mesmos (ex: ventiladores, monitores, bombas infusoras, ACD, pressão venosa central (PVC), entre outros); elaboração de registos, de modo a dar continuidade à prestação de cuidados.

O trabalho num **SU - estágio módulo I** é complexo e intenso, devendo, por isso, o Enfermeiro estar preparado, para a qualquer momento prestar cuidados a utentes com patologias graves, as quais requerem conhecimento específico e aptidões, para tomar decisões e implementá-las. (FERNANDES, 2010).

O aumento da procura do SU e a problemática do serviço de atendimento permanente, leva a repensar as práticas actuais de forma a garantir a eficiência dos serviços, a satisfação dos doentes e dos profissionais de saúde. Desta forma, é necessário implementar uma metodologia de trabalho que seja coerente, fiável, uniforme e objectiva ao longo do tempo e que seja ainda passível de auditoria (FERNANDES, 2010).

A triagem constitui um processo usado para determinar a gravidade de uma doença ou lesão, em todos os doentes que dão entrada na urgência. Colocar o doente no local certo, no momento certo, para receber o nível adequado de cuidados facilita a gestão dos recursos adequados à satisfação das necessidades do doente (SHEEHEY, 2001). Assim, a triagem dos doentes num SU, tem como objectivos: avaliar o utente no momento da sua entrada, obter um breve relato acerca da queixa actual, realizar uma breve avaliação física e estabelecer prioridades (FERNANDES, 2010).

No estágio de urgência, era utilizado o Sistema de Triagem de Manchester. Este é um sistema de apoio à decisão do Enfermeiro que permite a identificação da prioridade clínica e define o tempo recomendado até à observação médica. Cada utente é classificado numa das cinco categorias de urgência, às quais correspondem cores diferentes. Para cada cor existe um tempo máximo de espera previamente definido: vermelho (emergente) requer observação imediata; laranja (muito urgente) requer observação em 10 minutos; amarelo (urgente) requer observação em 60 minutos; verde (pouco urgente) requer observação em 120 minutos; e por último azul (não urgente) requer observação em 240 minutos (FERNANDES, 2010).

A finalidade do processo de triagem consiste em reunir dados suficientes que permitam avaliar, identificar as necessidades imediatas e estabelecer a comunicação com o doente/família. A utilização do processo de Enfermagem proporciona o quadro necessário, para uma abordagem uniforme de todos os doentes. O processo de Enfermagem é constituído por cinco fases: avaliação inicial - esta fase é iniciada no momento em que o doente entra na urgência. O Enfermeiro faz a avaliação inicial de acordo com o ABC, (A-via aérea, B-respiração e C-circulação); diagnóstico - nesta fase o Enfermeiro da triagem analisa os dados colhidos durante a avaliação; planeamento - o Enfermeiro estabelece a diferença entre os vários graus de urgência, bem como a prioridade nos cuidados; implementação - o Enfermeiro coloca em prática as intervenções de Enfermagem, realiza os procedimentos de diagnóstico e os tratamentos definidos nos protocolos, transmite informações pertinentes ao doente e elabora os registos; avaliação - o Enfermeiro avalia a eficácia das intervenções, analisa o plano de cuidados, e os resultados esperados (SHEEHEY, 2001).

O Enfermeiro assume portanto, um papel fundamental na triagem, uma vez que este é o primeiro contacto do doente/família no SU, o que conseqüentemente tem influência directa no resultado final junto do doente.

No entanto, em determinadas situações, o utente pode dar entrada no SU, através da equipa pré-hospitalar. Geralmente isto quer dizer que estamos perante uma situação emergente, à qual é atribuída a cor vermelha, de acordo com o sistema de triagem de Manchester. No

decorrer do estágio surgiu também a oportunidade de prestar cuidados a utentes em situação de emergência, nomeadamente vítimas de paragem cárdio-respiratória.

Quando se presta cuidados ao doente em situação de emergência, são tomadas decisões cruciais. Estas decisões exigem do Enfermeiro um julgamento sólido, baseado num conhecimento fundamentado da condição que produziu a emergência e dos seus efeitos sobre a pessoa, dos procedimentos e técnicas a utilizar. Cada membro da equipa, terá de executar o seu papel correctamente e estar alerta para o problema global do doente, pois não se pode dividir o corpo em partes. O Enfermeiro enquanto elemento da equipa tem um papel fundamental em todas as fases da reanimação cárdio-respiratória, pelo que deve possuir conhecimentos actualizados de suporte avançado de vida (SAV).

O trabalho da equipa de emergência requer a coordenação de quatro áreas fundamentais: apoio à via aérea; compressões torácicas; monitorização e desfibrilhação; cateterização e administração de medicação. Deste modo, a equipa de emergência ideal, deve ser constituída por cinco elementos, sendo que quatro dos elementos ficam responsáveis pelas áreas referidas anteriormente e um quinto elemento (líder) fica responsável pela coordenação de toda a reanimação (AEHLERT, 2007).

De um modo geral, as funções do líder são: avaliar o doente; supervisionar os restantes elementos garantindo que cada um realize as suas intervenções de forma segura e correcta; seguir o protocolo adequado à situação; avaliar as potenciais causas reversíveis; resolver problemas e imprevistos associados a materiais ou equipamentos; e decidir quando terminar a reanimação (AEHLERT, 2007). Ao elemento que apoia a via aérea compete: verificar eventual obstrução da via aérea; permeabilizar a via aérea; introduzir via aérea artificial; confirmar a introdução do tubo orotraqueal; realizar aspiração, se necessário. O elemento da equipa responsável pelas compressões torácicas tem como função: realizar as compressões com a velocidade, a força e a profundidade adequada. Em relação ao elemento responsável pela monitorização e desfibrilhação, este tem como funções: administrar a desfibrilhação de modo seguro e quando indicado; e resolver problemas relacionados com a falha do equipamento. E por último, o elemento responsável pela cateterização e administração de fármacos deve administrar medicação; cateterizar acessos venosos, e realizar registos (AEHLERT, 2007).

No que diz respeito ao estágio na **UMDC – módulo II**, houve no decorrer do mesmo, especial preocupação na avaliação da dor. A dor constitui um importante factor de stress para os doentes internados em unidades de cuidados intermédios (UCI) ou intensivos. Nestas unidades, o doente experiencia quase sempre dor moderada a forte, devido a inúmeras fontes de dor que têm sido identificadas ao longo do tempo, como cirurgia, trauma, imobilidade, equipamento invasivo, intervenções de Enfermagem ou intervenções médicas (URDEN, STAY & LOUGH 2006).

A dor pode ser definida, como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada à lesão dos tecidos real, ou potencial. A sua característica subjectiva implica que a dor seja o que o doente refere que é, e que exista quando o doente diz que existe (URDEN, STAY &

LOUGH, 2006). As suas características multidimensionais incluem componentes, como: fisiológica, que diz respeito à nociceção e à resposta ao stress; cognitiva, que se refere à interpretação da dor que a pessoa sente; sensorial, que se traduz na percepção de muitas características da dor (intensidade, localização e qualidade); comportamental, que inclui estratégias usadas pela pessoa para exprimir, controlar ou evitar a dor; e afectiva que inclui emoções negativas como o medo e a ansiedade (URDEN, STAY & LOUGH, 2006).

No contexto da UCI, a dor sentida pelos doentes é essencialmente aguda. Esta é caracterizada por ser de curta duração, geralmente inferior a 6 meses, e decorre sempre de uma lesão tecidual, que está associada ao processo inflamatório causado por traumatismo, cirurgia ou doença aguda. O seu tratamento baseia-se na eliminação da causa que na maioria das situações é identificável (METZGER, SCHWETTA & WALTER, 2002). Contudo, se esta não for tratada, pode tornar-se crónica (MANLEY & BELLMAN, 2003). Por outro lado, o tratamento insuficiente da dor aguda no período pós-operatório da cirurgia abdominal ou torácica, pode originar alterações/complicações no estado do doente, que atrasam significativamente a sua recuperação. Estas alterações podem ser a nível: da respiração, uma vez que o doente executa uma respiração superficial para evitar a dor, de uma respiração normal, podendo originar hipoxémia e diminuição do aporte de oxigénio aos órgãos; da tosse, havendo um aumento de secreções nos alvéolos, o que contribui para a atelectasia e infecção respiratória; da mobilidade, visto que o doente permanece imóvel, o que aumenta o risco de trombose venosa profunda e embolia pulmonar; da resposta simpática, o que resulta na vasoconstricção e taquicardia, e consequente aumento da pressão arterial; do músculo liso intestinal e esfíncteres, contribuindo para a retenção urinária no pós-operatório (MANLEY & BELLMAN, 2003).

Neste sentido, a detecção da dor é prioritária, sendo para isso necessária uma correcta avaliação da mesma. Como o papel do Enfermeiro exige um contacto efectivo e constante com os doentes, este encontra-se numa posição privilegiada para realizar uma avaliação sistemática da dor (GRENCHO, 2009).

A avaliação da dor tem duas componentes principais: as não observáveis, subjectivas e as observáveis, objectivas. A complexidade da avaliação da dor exige por parte do Enfermeiro da UCI o uso de múltiplas estratégias. Assim, a componente subjectiva da avaliação da dor, indica o que o doente diz sobre a sua experiência sensorial, afectiva e comportamental (GRENCHO, 2009). Como esta é a medição mais válida da dor, deve-se consultar o doente com tanta frequência quanto possível.

A ventilação mecânica não deve impedir que o Enfermeiro registre, o que o doente refere sobre a sua dor. A maioria dos doentes entubados consegue comunicar se têm dor, através do uso de escalas de dor, apontando-as. Antes de se concluir que o doente está incapaz de comunicar, é de extrema importância que o Enfermeiro faça algumas tentativas, de modo a perceber se o doente tem ou não dor, dando-lhe tempo suficiente para que este responda. Contudo, se os níveis de sedação e cognição permitirem que o doente consiga dar mais

informações sobre a sua dor, deve ser feito um registo de acordo com uma avaliação multidimensional (URDEN, STAY & LOUGH, 2006).

A avaliação multidimensional da dor, pode ser efectuada através de diversos instrumentos: a escala simples descritiva da intensidade da dor, a escala numérica da intensidade da dor, a escala analógica visual e a escala de faces, entre outras (MANLEY & BELLMAN, 2003). Como os doentes entubados fazem sedativos e analgésicos, o instrumento deve ser suficientemente breve para ser concluído. Por outro lado, é possível também recolher dados acerca da dor do doente, através da abordagem dos seguintes aspectos: os factores agravantes, a qualidade, a região e radiação, a gravidade, o tempo e a compressão (URDEN, STAY & LOUGH, 2006).

Para além da descrição que o doente faz da sua dor, o Enfermeiro pode basear-se também na observação dos indicadores fisiológicos e comportamentais que se manifestam com a dor e que são parte essencial da sua avaliação. No entanto, isto não deve substituir a descrição da dor por parte do doente, sempre que este for capaz de qualquer forma de comunicação. Por outro lado, quando o doente está incapaz de se exprimir, estes indicadores dão uma informação de extrema importância ao Enfermeiro que avalia.

Os indicadores podem ser comportamentais, ou fisiológicos. Os comportamentais, incluem expressão facial (olhos fechados com força, dentes cerrados, sobrancelhas franzidas, lacrimejo e choro); movimentos corporais (imobilidade, movimentos lentos e cautelosos, tocar o local dorido ou os tubos, chamar a atenção por meio de movimentos, inquietação); tensão muscular (rígido, tenso, hirtó); compliance com ventilador (tosse, desligar os alarmes, luta contra o ventilador); e sons ou vocalizações. Os fisiológicos incluem, frequência cardíaca (aumentada ou diminuída); pressão arterial (aumentada ou diminuída); respiração (aumento ou redução da frequência, diminuição da profundidade); saturação de oxigénio (diminuída); sudação generalizada; palidez da pele; e pupilas dilatadas. (URDEN, STAY & LOUGH, 2006).

Deste modo, torna-se importante que o enfermeiro tenha presente que os indicadores fisiológicos e comportamentais não são específicos da dor, podendo indicar outros problemas ou serem influenciados por diferentes tratamentos farmacológicos, com analgésicos opiáceos (morfina, fentanil, meperidina, codeína e metadona), analgésicos não opiáceos (paracetamol e anti-inflamatórios não esferóides) e fármacos adjuvantes (antidepressivos, anticonvulsionantes e anestésicos locais) (PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003).

A dor é considerada como o quinto sinal vital, sendo que se considera a sua avaliação de extrema importância, em conjunto com os restantes sinais vitais, na prestação de cuidados de Enfermagem ao doente em estado crítico. Assim, assegura-se que a dor seja detectada e que o tratamento da mesma, seja iniciado antes de se desenvolverem complicações associadas com a dor não aliviada. Isto só é conseguido, quando o Enfermeiro tem consciência das fontes de dor nos doentes em estado crítico (GRENCHO, 2009).

Ao longo deste período de estágio surgiram várias oportunidades de contactar com o doente crítico, tendo sempre o cuidado de realizar uma correcta avaliação da dor, utilizando a escala

protocolada na UMD (escala simples, descritiva da intensidade da dor). No entanto, observámos com o decorrer do estágio, uma situação problema que se considera importante, tanto a nível de aprendizagem, como a nível de reflexão.

Esta situação diz respeito à avaliação da dor. Durante a prestação de cuidados aos doentes que se encontravam no período pós-operatório tardio, era efectuada a avaliação da dor. Depois de se explicar aos doentes o funcionamento da escala, e apesar de terem em perfusão tratamento farmacológico, por vezes referiam dor moderada. Contudo, a administração de mais fármacos devia ser ponderada, uma vez que poderiam surgir complicações, como a depressão respiratória (MANLEY & BELLMAN, 2003). Por outro lado, o tratamento insuficiente da dor após cirurgia podia acarretar complicações para o doente a nível respiratório e circulatório, traduzindo-se num aumento do tempo de recuperação (MANLEY & BELLMAN, 2003). Aquando da prestação de cuidados a um utente que se encontrava nesta situação, foi iniciada a comunicação com o mesmo, acerca de alguns aspectos da sua vida, tendo sido posteriormente posicionado. Após alguns minutos, o doente referia ligeira dor suportável.

De acordo com a bibliografia consultada, existem vários métodos não farmacológicos de tratamento da dor, como relaxamento, distração, imagens guiadas, musicoterapia, estimulação cutânea, modificação do ambiente, posicionamento e o toque terapêutico (PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003). Na maioria das situações estes métodos aumentam e reforçam o tratamento farmacológico, devido à estimulação de outras fibras sensoriais, que não as da dor, modificando a transmissão da dor (URDEN, STAY & LOUGH, 2006). Após a pesquisa bibliográfica, percebemos a importância dos métodos não farmacológicos no tratamento da dor, uma vez que nesta situação em concreto, foi evidente o alívio da dor, após distração e aumento do conforto do doente. Esta foi uma situação discutida e reflectida com a Enfermeira tutora, de forma a intervir junto da equipa de saúde, no sentido de despertarmos os profissionais para a importância da terapia não farmacológica. A implementação desta estratégia foi bem aceite por toda a equipa, sendo notório ao longo do estágio, uma diminuição do nível de dor nos doentes, sem prejuízo para o seu estado de saúde.

Neste módulo de estágio, foi ainda realizado um estudo de caso (Anexo 4), que permitiu desenvolver e aprofundar conhecimentos específicos desta área, e ter uma visão mais clara de todos os cuidados prestados ao doente no contexto da UMD. A pesquisa bibliográfica permitiu compreender melhor todos os aspectos e alterações que podem ser manifestados pelo doente nesta unidade, para que se possa assegurar uma prestação de cuidados de maior qualidade e a doentes com maior nível de complexidade, enquanto futuros Enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA), do **BO – estágio módulo III**, constitui um espaço concebido para o doente que foi submetido a intervenção cirúrgica. Estas são unidades altamente especializadas, sendo equipadas com meios técnicos e humanos competentes, e voltadas para a monitorização, vigilância e cuidados intensivos, durante um curto período de tempo que se segue imediatamente à intervenção cirúrgica.

O Enfermeiro da UCPA deve conhecer e dominar os riscos de complicações a que o doente está sujeito, no que diz respeito ao funcionamento dos sistemas orgânicos, a alterações no conforto e na integridade cutânea, e a reacções biopsicossociais. Neste período, surgem muitas vezes complicações de carácter emergente, sendo para isso necessário que o Enfermeiro domine conhecimentos específicos para que possa prestar cuidados de qualidade, assegurando o retorno do doente a um estado fisiológico que seja igual ou melhor que a sua situação no pré-operatório (PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003).

A ênfase dos cuidados é posta na segurança e no bem-estar do doente. Desta forma, os objectivos dos cuidados nesta unidade são: proporcionar uma avaliação crítica permanente do pós-operatório dos doentes; prevenir e antecipar as possíveis complicações cirúrgicas e anestésicas; e possibilitar a actuação imediata, com elevada competência, no caso de surgirem complicações (AESOP, 2006).

Actualmente, com a reforma dos cuidados de saúde, são cada vez mais as situações em que o doente tem alta no dia da cirurgia ou no dia seguinte. Deste modo, o período de tempo que o doente permanece na instituição, é cada vez menor, e como tal, tem sido atribuída maior autonomia ao doente/família, no sentido de seguirem e cumprirem os tratamentos, aquando da chegada ao seu domicílio (PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003). Assim, é da responsabilidade do Enfermeiro do pós-operatório, a avaliação das necessidades do doente, e os ensinamentos programados antes da alta, baseados nessa avaliação.

O período pós-operatório pode ser dividido em duas fases: período pós-operatório imediato e período pós-operatório tardio. A primeira diz respeito às primeiras horas após a cirurgia, quando o doente recupera dos efeitos da anestesia na UCPA, e a segunda processa-se na enfermaria, e diz respeito à prevenção de complicações, tempo de cicatrização, entre outros (RIBEIRO & RIBEIRO, 2001).

A actuação do Enfermeiro nesta unidade segue a metodologia do processo de Enfermagem e exige competências específicas na área de Enfermagem perioperatória, como foi referido anteriormente. Essa actuação, desenvolve-se aos três níveis de prevenção, investindo todos os seus conhecimentos na prevenção de complicações anestésicas e cirúrgicas, na detecção precoce e tratamento daquelas que não forem evitáveis e sobretudo na preparação do doente para a reabilitação e recuperação do seu estado fisiológico e capacidades funcionais, de forma rápida e num ambiente de segurança e conforto (RIBEIRO & RIBEIRO, 2001).

Neste sentido, o Enfermeiro de cuidados pós-anestésicos desenvolve a sua actuação ao longo das seguintes fases: preparação da unidade para acolher o doente - em que prepara e verifica a disponibilidade e o funcionamento de todos os equipamentos, a disponibilidade dos fármacos necessários, e recebe o doente e toda a informação referente ao mesmo; avaliação inicial - em que avalia o estado físico e psíquico do doente, colhe todos os dados referentes ao procedimento cirúrgico, procedimento anestésico, e ocorrências intra-operatórias, avalia a função cardiovascular, respiratória, alterações sensório-motoras, o estado de consciência, o nível de conforto e o nível de dor; estabelecimento de diagnósticos de Enfermagem -

nomeadamente alterações da função respiratória, cardiovascular, renal e motora, alterações hidro-electrolíticas, alterações do estado de consciência, dor, alterações do conforto, alterações da integridade da pele e mucosas, alterações do equilíbrio psicológico, e aumento da susceptibilidade a infecções; elaboração do plano de cuidados - de acordo com as alterações referidas anteriormente que forem identificadas; implementação do plano de cuidados - em que são colocadas em prática as intervenções planeadas; e avaliação - em que se verifica se os objectivos foram atingidos ou não, se acções planeadas foram executadas ou não, e se os diagnósticos de Enfermagem se mantêm ou não (AESOP, 2006).

No que se refere a alta da UCPA, todos os doentes que recuperarem um nível fisiológico seguro, são transferidos da unidade para o seu serviço de origem, enquanto os doentes que apresentam complicações poderão ser transferidos se necessário, para a unidade de cuidados intensivos (LACEIRAS, 2004). A alta da UCPA, é determinada pela prescrição médica ou através do sistema de pontuação, a escala de Aldrete. Esta escala mede critérios como a respiração, a actividade, a circulação, o estado de consciência e a saturação de oxigénio. Cada um destes aspectos é pontuado de 0 a 2, sendo necessária uma pontuação de 9 a 10, para garantir a alta desta unidade. Na UCPA do BO onde se realizou o estágio, existia uma folha de registos que continha a avaliação destes critérios, com base na escala de Aldrete. A este nível, houve sempre o cuidado de realizar uma correcta avaliação, e de efectuar os registos de forma clara e contínua.

O Enfermeiro da UCPA, tem ainda a função de transmitir as informações relativas ao doente, que incluem os antecedentes pré-operatórios, o procedimento cirúrgico, a recuperação do tipo anestésico, os fármacos administrados bem como as prescrições médicas, garantido desta forma a continuidade dos cuidados na enfermaria.

Relativamente ainda a este domínio, ao longo da realização do estágio, detectámos uma situação problema. Observámos que os doentes sujeitos a intervenção cirúrgica, aquando da chegada à UCPA, apresentavam sinais e sintomas de hipotermia, uma vez que na maioria das situações, não se tinha em conta a manutenção da temperatura corporal durante o período intra-operatório. Pudemos também verificar, que apenas era mantida a temperatura corporal nos doentes cuja cirurgia se previa de maior duração. Os sinais e sintomas manifestados passavam por: diminuição da frequência respiratória, sensação de frio e calafrios, pele fria, diminuição do débito urinário e dormência das extremidades (BOLANDER, 1998). Esta situação despertou a nossa atenção, visto que a hipotermia poderia trazer implicações na recuperação do doente. O Enfermeiro tutor foi abordado, no sentido de discutir e reflectir sobre esta situação, por forma, a implementarmos estratégias para resolução do problema. Assim, foi proposta a realização de um trabalho de investigação, com dados estatísticos que comprovassem a perda de temperatura corporal do doente submetido a intervenção cirúrgica, (quer fosse de longa ou de curta duração), com a vista a realçar, a importância da manutenção da temperatura corporal, neste contexto.

O referido trabalho encontra-se no Anexo 5, estando neste momento a ser revisto para posterior publicação nos Cadernos de Saúde, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, uma vez que este constitui um contributo para a investigação em Enfermagem.

Face ao que foi exposto, considera-se que este domínio foi cumprido. Desta forma, foram adquiridas competências, no que se refere: à avaliação da adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada; ao zelo pelos cuidados prestados na área de EEMC; à tomada de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas; à demonstração da capacidade de reagir perante situações imprevistas complexas; ao desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; à produção de um discurso pessoal fundamentado tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde; à participação e promoção da investigação em serviço na área de EEMC; e à incorporação na prática, dos resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da investigação.

2. DOMÍNIO DE GESTÃO DE CUIDADOS

A gestão é uma das competências do Enfermeiro especialista. Esta envolve a gestão de cuidados, recursos humanos, recursos materiais, e equipamentos (DECRETO-LEI, N.º 412/98). Visto que na área de Médico-cirúrgica, o Enfermeiro é muitas vezes confrontado com doentes em situação crítica, efectuar uma boa gestão, utilizando todos os recursos disponíveis, torna-se fundamental para prestar os cuidados necessários, no menor tempo possível. Para além disso, o Enfermeiro especialista é também responsável pela gestão do cuidar em Enfermagem, no sentido de promover o cuidar, no respeito pela pessoa humana, assegurando cuidados de saúde humanizados e de qualidade num contexto de optimização dos recursos disponíveis (ROCHA, 2004). Assim, torna-se fundamental que o Enfermeiro especialista gira todo o processo de Enfermagem (na recolha e análise dos dados, no diagnóstico, no planeamento, nas intervenções e na avaliação), método de trabalho e organização da prestação de cuidados.

A gestão dos cuidados no que diz respeito à aplicação do processo de Enfermagem ao doente crítico, requer: o estabelecimento de uma base de dados, a identificação dos potenciais problemas, a fixação de prioridades, a definição de critérios para os resultados, a execução das intervenções planeadas e a alteração das intervenções de acordo com os resultados e o estado do doente, em constante mudança (PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003).

O enquadramento deste domínio, insere-se na necessidade de demonstrar o modo como foi atingido o seguinte objectivo: participar na organização do serviço de saúde e na gestão de cuidados de Enfermagem, recursos e materiais, no contexto de SU, UMDC e BO.

Em relação a este domínio, foram desenvolvidas as seguintes **actividades**: acompanhamento do Enfermeiro tutor e outros Enfermeiros da equipa na prestação de cuidados; cooperação nas diversas tarefas do responsável de serviço/chefe acompanhando-o durante o turno, auxiliando-o na liderança de equipas especializadas; participação junto do Enfermeiro responsável/chefe em actividades de gestão do serviço, nomeadamente na gestão dos recursos humanos, elaborando planos de trabalho, bem como, na gestão de recursos materiais; identificação das práticas de risco adoptando medidas apropriadas; análise de forma reflexiva do papel do Enfermeiro especialista na área de gestão; elaboração de protocolos de serviço, tendo em vista a qualidade dos cuidados prestados; preenchimento de requisições de materiais e fármacos; colaboração na reposição de materiais e fármacos, nos respectivos locais de armazenamento.

A gestão de um **SU – estágio módulo I** é uma das áreas mais interessantes e motivadoras dos cuidados de saúde. A triagem na urgência para envio para outra fonte de prestação de cuidados, legitimação da procura de serviços e capitações são apenas algumas áreas que o director do SU tem de ter em atenção, no âmbito dos cuidados de saúde dos nossos dias. A necessidade cada vez maior de transmitir alterações frequentes, aliada ao controlo dos custos,

tem influência não só a nível dos resultados do exercício, mas também a nível do pessoal (SHEEHEY, 2001).

Os profissionais que exercem funções nos SU, constituem um desafio ímpar para a gestão, visto que a maioria não gosta de rotina, gosta de converter o caos em ordem, sente-se motivada, é empreendedora e não aprecia um ambiente estático. Acompanhar uma área em mutação constante com profissionais interessados, constitui um desafio. Actualmente, o director da urgência tem de recorrer a conhecimentos sólidos de organizações técnicas de comunicação interpessoal eficazes e princípios financeiros sólidos. Assim, no que se refere especificamente aos profissionais de Enfermagem do SU, torna-se fundamental proporcionar uma visão das componentes de gestão, no sentido de reforçar a comunicação entre o pessoal de primeira linha e a direcção do SU (SHEEHEY, 2001).

Uma organização consiste num conjunto de pessoas e processos, com um sistema de desempenho estabelecido (SHEEHEY, 2001). O facto de existir um conjunto de profissionais bastante talentosos e altamente motivados, não resulta, se não existir um sistema que oriente os seus esforços. Isto, porque sem um sistema instala-se a confusão, e o rendimento global diminui. Deste modo, os sistemas organizados para programar a manutenção dos recursos, a distribuição do pessoal e a apreciação do desempenho, atenuam a confusão associada a estes outros factores fundamentais. Na identificação e no estabelecimento de prioridades relativamente às metas e aos problemas relacionados com o desempenho do SU, a abordagem deverá ser efectuada de modo sistematizado (SHEEHEY, 2001).

Relativamente às metas e objectivos do SU, na prestação de cuidados, a única constante é a mudança, rápida e drástica. Os cuidados prestados alteram-se, os sistemas de saúde alteram-se, os cuidados pré-hospitalares alteram-se, nada parece estável. Neste sentido, torna-se fundamental uma atenção conscienciosa na identificação das metas de grande alcance, bem como na avaliação da consecução das mesmas. Esta é a melhor forma de garantir um bom desempenho, tanto para as chefias, como para o próprio serviço. Estabelecer metas ou objectivos no SU, requer um esforço de colaboração entre médicos, Enfermeiros e administração hospitalar (SHEEHEY, 2001). Deste modo, torna-se essencial que o Enfermeiro especialista conheça as metas, objectivos do serviço, no que diz respeito à gestão, de modo a que possa prestar e orientar a prestação de cuidados em contexto de urgência.

Os cuidados prestados em situação de emergência exigem rapidez, eficiência, conhecimento científico e habilidade técnica. A capacidade dos elementos da equipa, a coordenação entre eles, bem como a estrutura física e os meios técnicos disponíveis, contribuem para um melhor desempenho dos profissionais e conseqüentemente melhoram o atendimento aos doentes em risco de vida (COSTA & COSTA, 2007).

O equipamento de reanimação deve estar disponível e funcional, para uso imediato. Em situações de emergência torna-se essencial organizar num curto espaço de tempo, meios técnicos e humanos, de modo a responder prontamente e sem atrasos, com o objectivo de restabelecer as funções vitais do doente, e minimizar as sequelas. Assim, toda a organização e

disponibilidade quer humana, técnica, ou material é fundamental, para restaurar o processo de vida.

O carro de emergência é um meio essencial, pois responde a estas exigências, sendo preconizado a sua utilização nas unidades de saúde. Para a sua organização e manutenção, devem existir normas padronizadas, uniformizadas e rígidas, não só nas salas de emergência mas em todos os serviços do hospital. As normas de funcionamento e conteúdo do carro de emergência, baseiam-se nas recomendações do Conselho Português de Reanimação: o carro deve estar sempre selado; após cada utilização em situação de emergência, a reposição é da responsabilidade do Enfermeiro responsável pelo doente; o material existente é estandardizado, e não deve existir em maior quantidade do que consta na checklist; o material deve ser verificado de acordo com a folha de verificação de material e equipamento (checklist); esta folha deve conter o número do selo que lacra o carro e deve ser assinada por quem o verifica; deve ser estabelecida uma verificação periódica. De um modo geral deve conter, material de monitorização e desfibrilhação, material de apoio à via aérea e ventilação, fármacos, fluidoterapia e material de punção e administração (COSTA & COSTA, 2007).

Em relação ao carro de emergência, houve sempre a preocupação de verificar o seu conteúdo e funcionalidade ao longo de todo o estágio, tendo em conta as normas e recomendações do Conselho Português de Reanimação.

Quanto aos recursos humanos em emergência, existem alguns factores que podem dificultar a prestação de cuidados e que podem traduzir a in experiência profissional: desconhecimento técnico e científico, quantidade insuficiente ou excessiva de pessoal e problemas inerentes a materiais e equipamentos. Contudo a equipa deve estar preparada para ministrar uma assistência adequada (COSTA & COSTA, 2007).

A equipa de cuidados emergentes ideal é constituída por cinco elementos, sendo que três elementos é o mínimo aceitável (COSTA & COSTA, 2007). No SU em concreto, preconizava-se em situações de emergência, a presença de três Enfermeiros na respectiva sala. Assim, os três elementos devem organizar-se da seguinte forma: elemento 1 - posiciona-se junto à cabeça do utente e tem como funções, liderar, ventilar, permeabilizar a via aérea, e seguir o protocolo de acordo com a situação e a sua competência. O elemento 1 pode ser o médico ou na sua ausência, o Enfermeiro com mais conhecimentos de SAV; elemento 2 – posiciona-se entre a cabeça e o tronco do doente, tendo como funções a compressão cardíaca, a monitorização, a desfibrilhação e trocar com o elemento 3, de 2 em 2 minutos; elemento 3 – posiciona-se no lado oposto ao elemento 2, e tem como funções, a aspiração, a preparação e administração de fármacos, a realização de registos e trocar com o elemento 2, de 2 em 2 minutos (COSTA & COSTA 2007).

Ao longo do estágio, surgiu a oportunidade de prestar cuidados em situações de emergência. Observámos que nestas situações, todos os Enfermeiros da equipa se deslocavam à respectiva sala. Esta situação originava por vezes falhas, quer na organização dos elementos, quer na função de cada um dos elementos. Por outro lado, era visível a sobrelotação da sala

de emergência. Todos estes aspectos poderiam influenciar o sucesso da reanimação. Esta foi uma situação problema que despertou a nossa atenção. Após discussão e reflexão em conjunto com a Enfermeira tutora, percebemos que não existia de facto uma distribuição da equipa de Enfermagem, no sentido de se saber quem devia ou não deslocar-se à sala de emergência. Assim, a estratégia implementada para a resolução desta situação, passou pela elaboração de um protocolo (Anexo 6), no que diz respeito à organização dos elementos da equipa, ao número de elementos e à função de cada elemento dentro da sala de emergência. O referido protocolo foi apresentado à equipa, tendo sido aceite por parte da mesma.

Na **UMDC – estágio módulo II**, dada a multiplicidade e complexidade do material existente, a gestão de recursos materiais, assume um papel preponderante e imprescindível. Os profissionais de Enfermagem, como prestadores de cuidados ao utente/família/comunidade, são responsáveis pelo ambiente físico material e equipamento que utilizam nos seus procedimentos. Deste modo, são reconhecidas competências para que desempenhem funções de gestão, de recursos e de materiais. O Enfermeiro deve coordenar as actividades referentes à área de gestão. Contudo, deve delegar funções burocráticas, tais como o preenchimento de requisições de material, arrecadação do material, entre outras (CASTILHO & LEITE, 1991).

A gestão de recursos materiais em Enfermagem, deve ser encarada como uma actividade que permita verificar as condições de trabalho, a qualidade e a quantidade dos materiais, tendo sempre em vista a excelência dos cuidados a prestar ao utente/família/comunidade. Uma adequada gestão de materiais pressupõe planejar, estabelecer objectivos, conhecer os meios disponíveis, avaliar as necessidades e controlar a gestão efectuada (FREDERICO & LEITÃO, 1999).

Actualmente, dentro das organizações de saúde existem serviços especializados (de aprovisionamento), que assumem a responsabilidade sobre todas as actividades relacionadas com os materiais. Estes serviços têm como objectivo garantir a disponibilidade de bens e serviços necessários ao funcionamento dos serviços de saúde, na quantidade e qualidade adequadas, no momento oportuno e pelo menor custo (FREDERICO & LEITÃO, 1999). A distribuição de materiais pode ser efectuada de vários modos: sistema tradicional de distribuição de materiais; sistema de distribuição de materiais por níveis de reposição e sistema de distribuição de materiais por troca de carros (FREDERICO & LEITÃO, 1999).

Na UMDC, no que se refere aos materiais e fármacos, a sua distribuição é feita pelo sistema de distribuição tradicional. Este caracteriza-se por ser da competência da chefia de Enfermagem, ou na sua ausência, do Enfermeiro especialista, a gestão de stocks. Cabe assim ao Enfermeiro, o preenchimento e envio da requisição, e posteriormente o armazenamento do material pedido (FREDERICO & LEITÃO, 1999). Os pedidos para farmácia e para o armazém, eram realizados uma vez por semana, existindo a possibilidade de efectuar a qualquer hora do dia, os pedidos urgentes, nomeadamente, no que se refere aos fármacos. Em conjunto com a Enfermeira tutora, houve a oportunidade de realizar o preenchimento e envio das requisições, tendo o cuidado de posteriormente armazenar os fármacos nos locais apropriados.

Relativamente à gestão dos cuidados na UMDC, o Enfermeiro especialista assume um papel preponderante, quer na orientação dos profissionais de Enfermagem quer na prestação de cuidados, uma vez que esta gestão dos cuidados ao doente crítico é bastante específica. O processo de enfermagem é o mesmo, tanto na prestação de cuidados aos doentes críticos, como na prestação de cuidados a outros doentes. No entanto, a gestão de cuidados ao doente crítico, requer: o estabelecimento de uma base de dados; a identificação de potenciais ou reais problemas; o estabelecimento de prioridades; a definição de critérios para os resultados; a execução das intervenções planeadas; e a alteração de intervenções, metas e objectivos planeados, com base nos resultados correntes. Assim, a gestão de cuidados ao doente crítico, difere da gestão de outros doentes, devido a vários factores: uma base de dados em constante mudança; um maior número de problemas complexos, relacionados entre si; frequente reorganização de prioridades; maior variedade de equipamentos e métodos de monitorização das alterações da situação do doente; e limitações de tempo impostas pelo estado do doente, em constante mudança (PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003).

No decorrer do estágio de **BO – módulo III** surgiu a oportunidade de participar na gestão de recursos materiais e humanos, visto que estes aspectos são de extrema importância, para a realização da gestão dos cuidados de Enfermagem.

Sendo a gestão, uma das competências do Enfermeiro especialista, para além de colaborar e aconselhar na gestão de recursos materiais, este deve também colaborar na gestão de cuidados de Enfermagem e participar na organização do serviço/instituição. Contudo, esta competência implica conhecimentos e aptidões, sobre gestão de qualidade, gestão de cuidados, gestão de recursos humanos, gestão de recursos materiais e gestão de conflitos. Desta forma, no que diz respeito à gestão, esta é da responsabilidade do Enfermeiro especialista: emitir pareceres sobre a localização, instalações e equipamentos, pessoal e organização do BO; avaliar a qualidade dos cuidados prestados em relação aos padrões e normas profissionais e legais; colaborar na determinação de custos/benefícios na área de prestação de cuidados; gerir a equipa de profissionais de acordo com as necessidades do serviço; utilizar os seus conhecimentos sobre medidas terapêuticas e resposta dos doentes para avaliação dos cuidados a prestar; e colaborar com outros serviços, a fim de facilitar a prestação de cuidados aos doentes (AESOP, 2006).

Uma outra competência que se torna fundamental para realizar uma boa gestão é a capacidade de liderança do Enfermeiro especialista para conduzir a equipa de Enfermagem na prestação de cuidados, na gestão dos recursos humanos e materiais, e na gestão das relações humanas (AESOP, 2006). Deste modo, é da responsabilidade do Enfermeiro especialista: tomar as medidas necessárias e utilizar a hierarquia institucional adequada às responsabilidades; colaborar na implementação de um método de trabalho que favoreça a personalização dos cuidados de Enfermagem; colaborar na mediação eficaz dos conflitos, no serviço; colaborar na orientação dos Enfermeiros, no cumprimento de normas de desempenho

e procedimentos; propor medidas correctivas consideradas necessárias, com vista a atingir objectivos (AESOP, 2006).

No BO, a distribuição de materiais era realizada por pelo sistema tradicional. Este sistema caracteriza-se por ser da competência da chefia de Enfermagem, ou pelo Enfermeiro especialista, a gestão de stocks do serviço. O preenchimento e o envio da requisição de pedido de material para o armazém, e posterior arrecadação nos respectivos locais é da responsabilidade do Enfermeiro (FREDERICO & LEITÃO, 1999).

Face ao que foi exposto, considera-se, que este domínio foi atingido, permitindo o desenvolvimento de competências, no que diz respeito: à liderança de equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EEMC; e à gestão de recursos humanos, materiais, e de cuidados de Enfermagem.

3. DOMÍNIO DE RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

O Enfermeiro, no exercício das suas funções, deve ter sempre presentes os valores inerentes à profissão de Enfermagem. Assim, de um modo geral, este deve cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão, responsabilizar-se pelas acções que pratica ou delega e pelas decisões que toma, bem como proteger e defender o indivíduo das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

Este já é um domínio que aplicamos como Enfermeiros, no exercício das nossas funções. Contudo, iremos reportar-nos à aplicação deste domínio enquanto futuros Enfermeiros especialistas.

Sendo o Enfermeiro especialista responsável pela gestão dos cuidados na área da sua especialidade, este deve cumprir e fazer cumprir as normas e leis inerentes à profissão, na equipa de trabalho que coordena, de modo a contribuir para a excelência da profissão de Enfermagem.

A abertura deste domínio surge como forma de demonstrar o modo como os seguintes objectivos foram atingidos: compreender a orgânica funcional da fase pré-hospitalar no SU; desenvolver competências na área da comunicação, no relacionamento com o cliente/família, assim como com a equipa multidisciplinar, no SU; demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, no contexto do SU, UMDC, e BO; promover formação em serviço na área da EEMC, no BO e na UMDC.

No que diz respeito a este domínio, foram realizadas durante o decorrer do estágio, as seguintes **actividades**: identificação das actividades a desenvolver pelo Enfermeiro na assistência pré-hospitalar; compreensão da articulação das várias entidades a nível pré-hospitalar; realização do acolhimento do doente do pré-hospitalar; estabelecimento de uma relação de empatia com o doente e família; respeito pelas crenças e valores do doente internado e família; demonstração de conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente/família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; adequação da informação a ser dada ao doente e família, de acordo com a situação e o seu grau de compreensão; tomada de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas; realização de diagnóstico de necessidades de formação em serviço; participação no plano anual de formação do serviço; participação e promoção na investigação na respectiva área de EEMC; desenvolvimento de trabalho com a Enfermeira tutora, diagnosticando problemas e planeando intervenções lógicas e resolutivas dos mesmos; realização de registos de modo sistemático das actividades desenvolvidas; participação na comunicação e discussão da informação relativa ao doente; transmissão da informação de um modo claro, e preciso, utilizando linguagem científica; estabelecimento de um clima relacional favorável, contribuindo

para o desenvolvimento pessoal e profissional; reflexão sobre as diferentes actividades realizadas pela equipa de Enfermagem; colaboração com a equipa, demonstrando sempre disponibilidade.

No **SU – estágio módulo I**, surgiu a necessidade de perceber quais as funções do Enfermeiro no contexto da emergência pré-hospitalar, de modo a poder ter uma visão global dos cuidados que o Enfermeiro presta ao doente, antes da entrada do mesmo no SU.

No quadro do exercício da emergência pré-hospitalar, os profissionais estão muitas vezes sujeitos a situações de stress que provocam um acréscimo considerável das dificuldades técnicas. A resposta nas situações de emergência envolve a execução de gestos técnicos em condições de trabalho difíceis, exigindo um domínio operacional perfeito das intervenções pela equipa.

Os enfermeiros do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), e concretamente os Enfermeiros da viatura médica de emergência e reanimação (VMER), estão por isso, bastante expostos a questões de ordem deontológica. A equipa da VMER é composta por um médico e um Enfermeiro, sendo estes que geralmente ocorrem em primeiro lugar às situações de emergência pré-hospitalar, de maior complexidade. Em determinadas situações de emergência pré-hospitalar, como as situações de multivítimas, é por vezes necessário que o Enfermeiro tenha de intervir sozinho, por forma a suprir as necessidades que não sendo satisfeitas, colocam a vida das vítimas em risco. É neste patamar que surgem várias questões deontológicas que envolvem a qualificação e intervenção do profissional de Enfermagem do pré-hospitalar.

Na emergência pré-hospitalar são consideradas intervenções autónomas, as acções realizadas pelos Enfermeiros, sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as qualificações profissionais, quer seja na assessoria, na gestão, no ensino, na formação, quer seja na prestação de cuidados, com os contributos na investigação em Enfermagem. As acções interdependentes são definidas como as acções realizadas pelos Enfermeiros, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros profissionais, de forma a atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção pré-definidos pela equipa multidisciplinar em que se encontram inseridos e das orientações ou prescrições previamente formalizadas (DECRETO-LEI N.º 161/96). Assim, entende-se que os Enfermeiros deverão actuar em conformidade, de acordo com as suas qualificações profissionais.

É de realçar que os Enfermeiros que exercem funções na área pré-hospitalar possuem formação específica, nomeadamente um curso de SAV, certificado pelo Conselho Português de Ressuscitação. O curso de SAV permite aos profissionais de Enfermagem obter qualificação para uma série de procedimentos como: a entubação endotraqueal, a desfibrilhação, a decisão pela administração de alguns fármacos (adrenalina, atropina), a liderança em situações de emergência e outros procedimentos, desde que estes estejam protocolados. No que se refere concretamente aos Enfermeiros da VMER, para além de estarem aptos para o exercício do SAV, estão também aptos para a colocação em prática de protocolos de actuação da VMER.

É possível afirmar que a fronteira em termos de intervenção, se aplica caso a caso, sendo certo que em muitas situações essa fronteira não existe. Isto, porque perante uma situação de emergência, o Enfermeiro tem o direito e o dever profissional de actuar, não esquecendo que o deve fazer de acordo com os seus conhecimentos e com as suas qualificações profissionais. A análise na perspectiva do direito assume particular interesse, quando podem ser suscitadas algumas dúvidas pelos Enfermeiros e outros profissionais de saúde, em relação ao âmbito de intervenção do Enfermeiro. De acordo com a bibliografia consultada, os Enfermeiros têm direito ao livre exercício da sua profissão, sem qualquer limitação, com excepção das decorrentes do código deontológico (DECRETO LEI N.º 161/96). Como foi referido anteriormente, todos os Enfermeiros com qualificação profissional adequada, devem prestar todos os cuidados necessários, sem receio de estarem a ultrapassar o seu âmbito de intervenção.

No que diz respeito às prescrições e aos protocolos de actuação, os Enfermeiros podem actuar desde que sejam cumpridos os princípios referentes a prescrições e orientações de outros técnicos de saúde e protocolos daí decorrentes (DECRETO-LEI N.º161/96). Deste modo, pode-se depreender, que os Enfermeiros têm autonomia para colocar em prática os protocolos estabelecidos, visto que ao referir-se ao direito do cumprimento do princípio subjacente de um protocolo, não é mais do que autorizar e regulamentar a execução de algo previsto. Ainda em relação ao direito, os Enfermeiros têm direito ao cumprimento das convenções e recomendações internacionais que lhes possam ser aplicáveis e que tenham sido rectificadas pelos órgãos de soberania competentes (DECRETO-LEI N.º161/96).

Perante o não cumprimento da legislação referente ao exercício profissional, ou perante a violação do estatuto e dos deveres do código deontológico da Ordem do Enfermeiros (OE), estes poderão ser alvo de processo disciplinar. Constitui infracção disciplinar toda a acção que viole ou negligencie, os deveres consignados no código deontológico (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

Os direitos e deveres referidos anteriormente que se referem a este tipo de intervenção dos Enfermeiros, constituem uma argumentação válida não só em situações de emergência pré-hospitalar, mas também noutras situações como: o transporte inter-hospitalar ou intra-hospitalar, efectuados apenas com o acompanhamento do Enfermeiro; qualquer situação de emergência que surja no internamento; consulta externa ou outro serviço em que apenas o Enfermeiro esteja presente.

A notícia de um diagnóstico de doença aguda ou crónica, num doente/familiar, no contexto do SU, ocasiona consequências devastadoras. Os profissionais de saúde deparam-se permanentemente com inúmeros desafios, no que se refere à dimensão das suas intervenções, que visam através de diversas estratégias a prevenção e o alívio do sofrimento. À prevenção do sofrimento respondem estratégias de promoção da saúde, onde a comunicação emerge como dinâmica fundamental para a conquista do equilíbrio do familiar. O anúncio da morte, não se refere apenas ao final de vida, mas a um conjunto de modificações da vida e de todas as questões sócio-familiares que lhe estão subjacentes. Neste sentido, a comunicação assume

um papel preponderante, na informação a transmitir ao doente/familiar. Várias são as questões com as quais os doentes e familiares se deparam: medos, receios, incertezas em relação à doença, tratamentos, implicações pessoais, familiares, sociais, económicas e a mudança de estilo de vida face à incapacidade. Estas questões complexas devem ser respondidas de forma simples e objectiva, para permitir que o doente e família encarem situações novas de um modo tranquilo.

Esta reflexão procura demonstrar que a comunicação continua a ser um ponto crucial da prática dos cuidados de Enfermagem, visto que constitui um componente essencial do relacionamento entre Enfermeiro e doente/família.

Comunicar é relacionar-se. É através da comunicação que são transmitidas ideias, atitudes e pensamentos. O expressar-se, além de quebrar a solidão, é ajuda, é resposta à satisfação das necessidades recíprocas de ordem intelectual, afectiva, moral e social. No entanto, o objectivo da comunicação é que o destinatário descodifique e entenda a mensagem do emissor. Para que a comunicação seja eficaz é necessário ter em conta alguns aspectos, como o processo interpessoal, a auto-imagem, o status e papel social, o situar-se no ambiente, o avaliar, o analisar as decisões (GOMES, 1994). Por outro lado, é necessário que o Enfermeiro possua conhecimentos técnicos e disponibilidade nas relações humanas, de modo a observar, avaliar e responder de forma adequada a cada situação.

Em todo o processo de cuidar, a comunicação verbal ou não, é uma componente de extrema importância. A intervenção de Enfermagem emerge de uma atitude de relação, em que a comunicação se pode efectuar de uma forma não verbal, não sendo única e exclusivamente o que se diz que tem significado, mas também o tom de voz, os gestos de quem fala, a expressão facial que estabelecem uma relação de confiança, compreensão, importante para um ambiente de sinceridade (GOMES, 1994). Assim, e vendo a comunicação no seu todo, nem sempre são necessárias palavras. Para que haja compreensão, é necessário tempo e disponibilidade, para comunicar com o doente e familiares.

Todo o contacto entre duas pessoas culmina, inevitavelmente, em processos de comunicação. Pode afirmar-se que toda a relação de ajuda é comunicação, mas nem toda a comunicação é necessariamente uma relação de ajuda (LAZURE, 1994). Neste sentido, torna-se essencial que o Enfermeiro estabeleça uma verdadeira relação terapêutica com o doente, transmitindo-lhe apoio e fazendo-o sentir que realmente cuida dele. A empatia surge como forma concreta de demonstrar a sua preocupação, sendo considerada uma das mais complexas aptidões comunicacionais e uma das componentes essenciais da relação de ajuda. De acordo com a bibliografia consultada, a empatia é de algum modo, a pedra angular de toda a relação de ajuda (LAZURE, 1994). A empatia pode também ser definida como a capacidade de se colocar no lugar do outro, e de ver o mundo como ele o vê (QUEIRÓS, 1999). Isto implica a partilha de sentimentos, e de acontecimentos, para que o Enfermeiro compreenda o outro, como se fizesse parte do seu mundo.

Existem seis passos fundamentais para estabelecer uma relação empática: libertar-se de outros compromissos; concentrar-se no seu interlocutor; questionar-se a si próprio; aguardar pelas mensagens verbais e não verbais; transmitir uma resposta empática; e verificar se a sua resposta empática foi realmente eficaz (RILEY, 2004).

Pode então afirmar-se que a Enfermagem é a arte e a ciência de comunicar, pelo que a empatia como aptidão assume um papel fulcral, a um desempenho seguro e de referência. Respostas e atitudes empáticas por parte do Enfermeiros promovem bem-estar nos doentes, proporcionam maior taxa de sucesso na resolução de problemas e fomentam a adesão do doente em todo o processo terapêutico, devido ao seu maior envolvimento. Desta forma, os profissionais de Enfermagem podem elaborar um adequado plano de cuidados e realizar uma gestão eficaz dos mesmos, de forma a contribuírem para a excelência da sua profissão e para a promoção desta.

A comunicação é também fundamental para o exercício da influência, para a coordenação das actividades grupais e, portanto, para a efectivação do processo de liderança (TREVIZAN [et al.], 1998). O êxito do líder está relacionado com a sua habilidade para comunicar com os outros, de forma a ir ao encontro das suas necessidades, para conseguir que estes trabalhem juntos de modo produtivo e satisfatório. Ser capaz de sentir como os subordinados e clientes reagem às actividades da organização, proporciona um conjunto importante de leituras decisivas para uma gestão eficiente (GOLEMAN, 2000).

Ao longo do estágio foi tido sempre em consideração a interacção ao nível comunicacional, com todos os elementos da equipa multidisciplinar, procurando sempre transmitir informações correctas, pertinentes e importantes relativamente à situação clínica do utente (tendo sempre o cuidado de analisar essa mesma informação de uma forma reflexiva). Utilizámos sempre uma linguagem adequada e científica, por forma a promover a continuidade ao nível da prestação dos cuidados de Enfermagem ao utente/família, visto que uma comunicação eficaz entre todos estes intervenientes é essencial para melhor servir os interesses do doente. Procurou-se também, adequar as intervenções à cultura e idade de cada utente, usando linguagem e termos adequados ao seu nível de desenvolvimento, tendo sempre o cuidado de verificar se a mensagem havia sido recebida correctamente. Na maioria das situações, observámos que uma comunicação adequada facilitava o processo comunicacional e o envolvimento do utente/família nos cuidados de saúde

No SU surgiu a oportunidade de contactar com doentes que se encontravam numa situação particular e que devido ao seu estado clínico se apresentavam incapacitados de comunicar verbalmente. A prestação de cuidados de Enfermagem a estes doentes, constituiu um desafio que não esteve ausente de dificuldades e que exigiu um maior esforço, no que diz respeito a este domínio. De acordo com a bibliografia consultada, esta situação não impede que se comunique com estes doentes e que se utilize o toque como forma de comunicação, uma vez que a comunicação comporta também uma parte afectiva ligada ao significado profundo e emotivo da mensagem, aos sentimentos que ela faz nascer (PHANEUF, 2001). O atender a

estes aspectos não se revela uma tarefa fácil, uma vez que raramente se consegue obter algum feedback com esta abordagem. Contudo, consideramos que este é um aspecto fundamental que exige do prestador de cuidados o conhecimento de técnicas aprofundadas de comunicação. Apesar destas dificuldades, houve sempre a preocupação de realizar uma abordagem comunicacional, perante todos os doentes, que mesmo impossibilitados de comunicar verbalmente, têm todo o direito de serem abordados como os outros doentes.

No que diz respeito ainda a este domínio, surgiu a oportunidade de observar a comunicação do óbito à família, por parte dois profissionais de saúde. A situação dizia respeito a um utente que tinha dado entrada no SU, trazido pela equipa de emergência pré-hospitalar, em paragem cardíaco-respiratória. A comunicação do falecimento do referido utente foi realizada numa sala de prestação de cuidados, onde se encontrava um utente acamado. Embora se tentasse manter alguma privacidade, fechando a porta, esta era constantemente aberta por profissionais que não tinham conhecimento da situação em questão. Esta foi uma situação problema que despertou a nossa atenção, uma vez que verificámos que não existia dentro do serviço uma sala, onde o médico e o Enfermeiro pudessem comunicar o falecimento da morte de um familiar.

Este era de facto um serviço que apresentava algumas limitações no que se refere ao espaço, ficando por vezes preenchido com utentes em macas inclusivamente no corredor. Nesse momento não existia portanto, nenhuma sala disponível. De acordo com a bibliografia consultada, todos os utentes têm direito à sua privacidade independentemente do acto médico (CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DO UTENTE, 1968). Por outro lado, o Enfermeiro tem o dever de respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e familiar (ORDEM DOS ENFEMEIROS, 2009). Esta situação apelou à nossa reflexão, juntamente com a Enfermeira tutora, enquanto futuros Enfermeiros especialistas. A estratégia implementada para esta situação, passava por efectuar as comunicações de óbitos aos familiares, no gabinete da Enfermeira chefe, de modo a que se respeitasse a privacidade dos mesmos. Por outro lado, e uma vez que se iria mudar para as instalações novas da urgência, em conjunto com a Enfermeira tutora, foi implementada um outra estratégia, no sentido de reservar uma sala para este tipo de situações. Estas sugestões apresentadas foram aceites, por toda a equipa de profissionais de saúde.

Ainda no que diz respeito a este domínio surgiu a oportunidade de promover a formação em serviço, percebendo as necessidades e interesses dos vários elementos da equipa, na aquisição de conhecimentos, de acordo com o contexto do SU. Realizámos uma acção de formação, com a seguinte temática: Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (Anexo 7).

Uma das características inerentes aos cuidados no SU é a integração na equipa. Em nenhuma outra vertente dos cuidados de saúde é tão importante o trabalho em equipa. A qualidade dos cuidados prestados em urgência assenta neste conceito de equipa. Toda a equipa multidisciplinar e interdisciplinar tem de agir de forma harmoniosa, por forma a prestar ao

doente os melhores cuidados. Os resultados dos cuidados prestados no SU são fortemente condicionados pelo esforço da equipa no terreno, durante a estabilização inicial, a transferência e pela comunicação contínua (SHEEHEY, 2001).

Desde o primeiro momento de estágio que houve sempre o cuidado de tentar integrar a equipa multidisciplinar que desempenha funções no SU. Desta forma, tentámos numa primeira fase identificar os membros que constituíam a equipa multidisciplinar, bem como o método de trabalho preconizado, no sentido de poder articular as acções e aprendizagens enquanto futuros especialistas em Médico-Cirúrgica. Procurou-se também, manter uma participação activa no planeamento, execução e avaliação das acções de Enfermagem realizadas, demonstrando iniciativa, responsabilidade e autonomia.

No SU, o conceito de trabalho em equipa é fortemente defendido e aplicado por todos os profissionais de saúde. Assim, o trabalho em equipa promove a qualidade ao nível dos cuidados de saúde, tendo em vista uma evolução favorável da situação clínica dos utentes. O trabalho em equipa pode ser definido como a actividade coordenada de diversos profissionais, de diferentes categorias, para cumprir um objectivo comum, sendo que o produto final é diferente da soma das partes, ou seja, o trabalho desenvolvido por cada trabalhador isoladamente é diferente do realizado pela equipa (LOFF, 1994). Neste sentido, para que o trabalho em equipa aconteça, é necessário ter em conta: o respeito mútuo, a compreensão, a valorização do papel que cada um desempenha no seio da equipa, a partilha de objectivos comuns, a cooperação activa, a confiança e a comunicação eficaz (PEREIRA, 2008).

A formação em serviço, no contexto da **UMDC – estágio módulo II**, assume cada vez mais um papel fundamental na actualização de conhecimentos e no aperfeiçoamento da prática de Enfermagem. O seu sucesso depende do envolvimento de todos os profissionais de saúde e para isso torna-se essencial a convergência de interesses, entre instituições, realidades dos serviços e ambições individuais.

Encontrando suporte legislativo na carreira de Enfermagem, o domínio da formação, aparece hoje como um desafio ao desempenho do Enfermeiro especialista. Conseguir gerir uma formação baseada nos saberes oriundos da prática, ou seja, formação em contexto de trabalho, numa realidade em que ainda se continua a sobrevalorizar um saber feito, pode revelar-se um importante desafio.

O curso de base é encarado como formação inicial para ingressar no mercado de trabalho. Contudo, é claramente insuficiente para dar resposta à exigência crescente da melhoria dos cuidados. Neste sentido, torna-se importante encarar a formação em Enfermagem de forma diferente, quer a nível da formação inicial, quer a nível da formação permanente. De acordo com a bibliografia consultada, a aposta na formação em serviço pode ser vista como impulso para o aperfeiçoamento do exercício profissional, contribuindo para a actualização dos conhecimentos, técnicas e metodologias que caracterizam a profissão de Enfermagem (GOMES, 1999). Por outro lado, é na prática do cuidar em Enfermagem que as necessidades de actualização e aperfeiçoamento se manifestam (FERREIRA, 2005).

A ligação entre o exercício profissional e a actualização contínua de conhecimentos, legalmente consagrada no decreto-lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, tem sido defendida e reforçada ao longo do tempo, nomeadamente pela OE que a enquadra no domínio das competências do Enfermeiro de cuidados gerais (DECRETO-LEI N.º 437/91). A formação em serviço assume-se, deste modo, como modalidade privilegiada de formação contínua (COSME e MARTINS, 2002), pois possibilita ao formando uma reflexão sobre o observado e o vivido, levando à construção activa do conhecimento na acção (GOMES, 1999). A formação em serviço é um fenómeno transversal às equipas de saúde em geral e às equipa de Enfermagem em particular, sendo o seu principal objectivo a melhoria da qualidade dos cuidados oferecidos ao doente. Neste sentido, torna-se fundamental, o envolvimento de todos os elementos da equipa e da estrutura organizacional.

O Enfermeiro especialista, pelos conhecimentos, capacidades desenvolvidas e experiência adquirida deve posicionar-se como um agente de mudança. Ao planear o processo de formação, o Enfermeiro especialista deve ter em conta as necessidades individuais dos elementos da equipa, as necessidades globais da unidade de cuidados, assim como as características da equipa na qual se desenvolve o processo formativo.

No contexto da UMDC, a formação em serviço assume especial importância, quer pela tecnologia existente, no que se refere aos materiais de apoio e equipamento de monitorização, quer pelos avanços da ciência no que diz respeito a fármacos, técnicas, procedimentos, entre outros. Neste sentido, é fundamental que o Enfermeiro cuidados intermédios, actualize e aprofunde os seus conhecimentos, de forma a prestar cuidados de elevada qualidade e complexidade.

No que diz respeito à formação em serviço, com o decorrer do estágio, surgiu a oportunidade de desenvolver este aspecto, percebendo as necessidades e interesses dos vários elementos da equipa, na aquisição de conhecimentos de acordo com o contexto da UMDC. Realizámos uma acção de formação (Anexo 8), acerca da regulação da temperatura corporal no doente cirúrgico, de modo a compreender todas as alterações no doente no pós-operatório tardio. Assim, para melhor complementar a formação, foi apresentado o trabalho de investigação desenvolvido, durante o estágio opcional (BO), com a seguinte temática: Perda de Temperatura Corporal no Bloco Operatório.

A natureza do trabalho de equipa em saúde, nomeadamente na UMDC, inscreve-se em contextos, nos quais, um vasto complexo e heterogéneo grupo de profissionais com competências específicas (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes sociais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, entre outros), partilham os mesmos objectivos de trabalho, implicando desta forma um trabalho multidisciplinar e pluridisciplinar (PEREIRA, 2008).

Cada grupo de profissionais põe ao seu dispor os mais variados meios necessários, para cumprir parte de um objectivo comum, devendo existir o respeito e compreensão pelo papel desempenhado por cada profissional, no seio da equipa de trabalho (LOFF, 1994).

Assim, são necessários alguns requisitos para que o trabalho em equipa ocorra: espírito de equipa (unir forças para obter um objectivo comum); responsabilidade (ser capaz de assumir o seu papel e o desempenho específico que lhe é atribuído); participação (ter oportunidade para dar seu contributo à equipa); e intercomunicações (ter uma visão global do papel desempenhado por cada profissional no seio da equipa, e saber demonstrar as suas ideologias). Para além disso, é ainda importante o processo de liderança para o rendimento do trabalho em equipa (LOFF, 1994).

O trabalho em equipa contribui fortemente para o desenvolvimento da aprendizagem, através do desenvolvimento das capacidades ao nível da articulação da teoria com a prática e das capacidades ao nível relacional e comunicacional. Este permite uma maior rapidez na concretização de determinadas acções, e maior eficácia nos procedimentos que se executam, bem como possibilidade de trocas enriquecedoras, de experiências e saberes entre os elementos que constituem a equipa multidisciplinar. Permite também, que haja uma complementaridade de funções entre a equipa multidisciplinar, com vista a solucionar todas as manifestações dos utentes, para determinados problemas de saúde que apresentam, de forma a contribuir para o seu bem-estar a nível biológico, social e psicológico.

A comunicação estabelecida entre os profissionais de Enfermagem vai indubitavelmente caracterizar pela positiva ou pela negativa a qualidade dos cuidados que são prestados ao utente. Ao longo do estágio, teve-se sempre em consideração a interacção com os elementos da equipa de Enfermagem. Durante as passagens de turno, procurámos sempre transmitir informações correctas e pertinentes, relativas à situação clínica do utente, utilizando sempre uma linguagem adequada e científica, por forma, a promover a continuidade da prestação dos cuidados de Enfermagem ao utente. Para além disso, houve sempre a preocupação de realizar os registos de Enfermagem precisos, uma vez que estes constituem um aspecto fundamental, não só para a continuidade e qualidade dos cuidados, mas também para o desenvolvimento do trabalho em equipa (PEREIRA, 2005).

A formação em serviço no contexto do **BO – estágio módulo III**, é indispensável para a optimização da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados. Contudo, a eficácia do processo formativo pode ser comprometida, por vários factores, sendo o principal a falta de motivação (GOMES, 1999). Esta barreira surge quando não se verifica convergência entre interesses organizacionais, ambições profissionais e dedicação profissional. Por forma, a minimizar esta barreira, considera-se pertinente a elaboração de um plano de formação individualizado, com orientações e intervenção prática, de modo a ser ajustado, à resolução de problemas e dificuldades inerentes a cada serviço. Deste modo, os Enfermeiros ficam mais motivados para a aprendizagem, quando a formação e a reflexão realizadas, se direccionam para a sua experiência e para a reflexão das suas práticas (FERREIRA, 2005).

A preocupação de desenvolver de forma coerente, programas de actualização de conhecimentos levou muitas instituições a criarem centros de educação permanente (SOUSA, 2000). O objectivo fundamental da acção destes centros é a articulação entre os interesses

organizacionais, profissionais e individuais procurando um ponto de convergência entre eles (SOUSA, 2000). Assim, depreende-se que a sua actuação como núcleo impulsionador e uniformizador da dinâmica formativa, deve ser feita tendo em conta a realidade concreta de cada serviço e as necessidades dos seus elementos (NUNES, 1995).

O decreto-lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, que regulamenta a carreira de Enfermagem, atribui ao Enfermeiro chefe e ao supervisor a função de escolher o responsável pela formação em serviço (DECRETO-LEI N.º 437/91). Esta opção deve recair preferencialmente sobre o Enfermeiro especialista. O referido decreto-lei, alterado posteriormente, em situações pontuais pelo n.º 412/98 de 30 de Dezembro, define mais claramente o conteúdo funcional e as competências no desempenho profissional do Enfermeiro especialista: participação em actividades relacionadas com a gestão e organização dos serviços; e coordenação do processo de formação em serviço (DECRETO-LEI N.º 412/98).

O Enfermeiro especialista, desempenha neste contexto da formação em serviço um papel de extrema importância, devendo estabelecer relações de cooperação e apoio com a equipa, desenvolver técnicas de dinâmica de grupos de modo a ser moderador de conflitos e estabelecer um clima de confiança no interior do grupo. Assim, fica em posição privilegiada para incentivar, motivar e colaborar com os restantes elementos da equipa na procura de novos conhecimentos, desenvolvendo novas competências face à individualidade e experiência de cada elemento (MARTINS & FRANCO, 2004).

No que diz respeito à formação em serviço, ao longo do estágio, surgiu a oportunidade de desenvolver este aspecto. Realizámos um diagnóstico acerca das temáticas e matérias mais pertinentes, de acordo com os interesses dos vários elementos da equipa, no contexto do BO. Posteriormente, apresentámos uma acção de formação, acerca do trabalho de investigação desenvolvido durante o estágio, com a seguinte temática: Perda de Temperatura Corporal no BO (Anexo 9).

A formação em serviço, como foi referido anteriormente faz parte das competências do Enfermeiro especialista. Assim, o Enfermeiro especialista é responsável pela gestão das relações da equipa, de modo a aumentar os níveis de motivação na aquisição de novos conhecimentos e competências, de acordo com as suas experiências e com o contexto de trabalho.

A complexidade das situações apresentadas pelos doentes no BO, e o desenvolvimento tecnológico, por um lado, e a explosão e fragmentação do conhecimento, por outro, dão origem a que na actualidade seja extremamente difícil trabalhar isoladamente.

A colaboração é um fenómeno complexo em que os Enfermeiros se comprometem com outros profissionais, de modo a possibilitar que os objectivos dos doentes cirúrgicos sejam cumpridos, e a melhorar a prática e as relações interpessoais no local de trabalho (SHEEHY, 2001).

A verdadeira colaboração dos vários elementos da equipa multidisciplinar exige que haja partilha do conhecimento e da responsabilidade. Deste modo, é necessário ter em conta certos

factores ambientais e individuais: a prontidão do indivíduo em colaborar; a confiança de cada profissional nas suas aptidões; a capacidade de comunicação; uma compreensão global do papel desempenhado por cada elemento no seio da equipa de trabalho; e o respeito e a confiança nos vários profissionais da equipa (SHEEHEY, 2001).

Para que o trabalho de equipa ocorra, é ainda necessário: uma orientação da equipa e uma verdadeira dinâmica de grupo; o reconhecimento das fronteiras que delimitam a disciplina de cada profissional; valores institucionais que incluem a participação e interdependência; e líderes visionários que apoiem a autonomia (SHEEHEY, 2001).

Relativamente à relação com os profissionais do serviço, esta não foi difícil, tendo-se tornado numa vantagem para a integração na equipa e no serviço. A realização de turnos com vários profissionais, foi bastante enriquecedora, uma vez que permitiu perceber os vários métodos de trabalhos, fomentando diálogos pertinentes de modo a fazer compreender claramente os aspectos das suas actuações e a reflectir sobre a eficácia de técnicas realizadas no serviço de BO.

No decorrer do estágio, teve-se sempre em consideração o respeito, a disponibilidade e a colaboração, identificando não só os momentos em que era necessário auxílio, mas também demonstrando flexibilidade para prestar apoio, em caso de necessidade.

Assim, considera-se que este domínio foi atingido, visto que houve sempre a preocupação de aplicar o máximo de profissionalismo, na execução de todas as intervenções, no estabelecimento das relações interpessoais, adoptando comportamentos correctos, adequados e oportunos, contribuindo deste modo para o estabelecimento de um clima relacional favorável, ao desenvolvimento pessoal e profissional.

No que se refere à concretização deste domínio, foram desenvolvidas as seguintes competências: demonstrar um nível aprofundamento de conhecimentos na área de EEMC; comunicar aspectos complexos de âmbito profissional tanto a Enfermeiros, como ao público em geral; demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o utente/família e relacionar-se de forma terapêutica; produzir um discurso pessoal fundamentado; identificar as necessidades formativas na área de EEMC; promover a formação em serviço na área de EEMC; promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos elementos da equipa de Enfermagem; demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

4. DOMÍNIO DE DESENVOLVIMENTO DE APRENDIZAGENS

O processo de aprendizagem/formação é indispensável para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados em Enfermagem. O Enfermeiro especialista por ter uma formação mais específica numa determinada área e uma visão alargada de toda a prestação de cuidados assume um papel fundamental, como agente de mudança, reflectindo sobre as práticas diárias de Enfermagem em conjunto com a restante equipa. Assim, o Enfermeiro especialista deve também estar atento às possíveis situações problema que possam ocorrer no seu contexto de cuidados, de forma a orientar, e implementar estratégias ou medidas correctivas que visem a melhoria da prestação de cuidados. Deste modo, a aprendizagem baseada na reflexão de situações problema, no contexto de trabalho, constitui uma mais valia para toda a prática de Enfermagem.

Este domínio surge no sentido de dar visibilidade aos objectivos atingidos ao longo do estágio: conhecer a estrutura física, funcional e organizacional do SU, da UMDC, e do BO; desenvolver competências como Enfermeiro da UCI; desenvolver competências com Enfermeiro do BO; e identificar o papel do Enfermeiro especialista no SU, na UMDC e no BO.

No que diz respeito a este domínio, foram realizadas no decorrer do estágio as seguintes **actividades**: observação e colaboração no acolhimento do doente na UMDC e no BO; preparação e reorganização da UMDC e sala cirúrgica; identificação e colaboração nas diferentes técnicas e procedimentos utilizados em cada situação crítica; aquisição de conhecimentos relativos ao funcionamento do equipamento necessário em cada situação; prestação de cuidados ao doente em situação crítica; identificação dos potenciais problemas e complicações no doente crítico; colaboração com as várias especialidades médicas em situação crítica; colaboração e observação das funções do Enfermeiro da UMDC, e do Enfermeiro circulante; observação das funções do Enfermeiro instrumentista; administração de fármacos com conhecimento do mecanismo de acção e interacção; observação e colaboração na monitorização invasiva (PVC, linha arterial) e não invasiva do doente crítico e cirúrgico; realização de registos de Enfermagem; identificação das diferentes técnicas anestésicas utilizadas em cada tipo de cirurgia (local, regional, geral e balanceada); realização da visita pré-operatória; prestação de cuidados anestésicos ao doente durante a cirurgia; verificação do funcionamento do equipamento necessário à anestesia; colaboração com a anestesista; observação directa da estrutura dos serviços; verificação do método de organização dos cuidados através da observação e diálogo informal com a equipa de Enfermagem; consulta de manuais, normas e protocolos existentes nos serviços; discussão e esclarecimento de dúvidas com o respectivo Enfermeiro tutor e Professora orientadora de estágio; reconhecimento do papel do Enfermeiro especialista, no contexto da equipa multidisciplinar; colaboração com Enfermeiro tutor na supervisão de cuidados prestados, quer a Enfermeiros, quer a assistentes

operacionais; reflexão e desenvolvimento de pensamento crítico sobre o papel do Enfermeiro especialista.

O **SU – estágio módulo I**, do Hospital Distrital da Figueira da Foz é uma unidade orgânica dotada de instalações próprias, onde são prestados cuidados de saúde diferenciados, a utentes que necessitam de tratamento em situações agudas, quer sejam de carácter urgente ou emergente. Está localizado no piso zero do hospital, sendo um dos maiores serviços desta instituição, quer pelo espaço ocupado, quer pelo número de profissionais de saúde que faz movimentar no seu dia-a-dia.

A visita efectuada no primeiro dia pela Enfermeira tutora, foi bastante vantajosa, tendo contribuído para a nossa orientação, no que diz respeito à estrutura física, à organização do serviço, bem como, à localização e armazenamento dos materiais. Contudo, com o decorrer do estágio, foram sendo observadas algumas situações problema, que se consideram importantes, tanto a nível de aprendizagem, como a nível de reflexão.

Uma das situações problema diz respeito à sala de triagem. Ao início da manhã recorremos à Enfermeira tutora, com o intuito de poder observar e colaborar na triagem dos utentes. Visto que, naquele momento, a afluência de utentes ao SU era grande, foi solicitada a colaboração de outro Enfermeiro, que estivesse disponível para realizar a triagem. Esta sala possuía dois postos de triagem que eram separados por uma cortina. Assim, estavam, portanto, os dois postos de triagem em funcionamento. Observámos, no decorrer da manhã que a cortina não isolava completamente os dois postos de triagem, sendo que na maioria das situações era possível ter a percepção auditiva, dos aspectos que motivavam a deslocação dos utentes à urgência. Por outro lado, em certos momentos, verificámos reacções e constrangimentos dos utentes, aquando da exposição das suas queixas. Esta foi de facto uma situação problema que apelou à nossa reflexão, uma vez que a privacidade dos utentes não estava a ser respeitada. Para além disso, esta falta de privacidade originava em determinadas situações falhas na triagem dos utentes, nomeadamente no que se refere a aspectos importantes que deviam ter sido referidos nesse momento pelos utentes, e que não foram. De acordo com a bibliografia consultada, o utente tem direito à privacidade (CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DO UTENTE, 1968). Por outro lado, de acordo com o artigo 86º do estatuto da OE, o Enfermeiro deve salvaguardar no exercício das suas funções a privacidade e a intimidade da pessoa (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009). No entanto, a estrutura da sala de triagem não permitia que o Enfermeiro salvaguardasse a privacidade do utente.

A estratégia implementada inicialmente para esta situação, passava por realizar a triagem a um utente de cada vez, utilizando apenas um dos postos de triagem. Contudo, percebemos que em determinados momentos de maior afluência, tal não era possível, uma vez que iria atrasar todo o processo de prestação de cuidados ao utente, sendo necessário um maior tempo, para restabelecer o seu estado de saúde. Não sendo a estratégia anterior exequível tentámos recorrer a outra solução para a resolução do problema, avaliando a possibilidade de colocar uma estrutura divisória entre os dois postos de triagem que permitisse maior privacidade do

utente. Visto que se previa a mudança do SU para as novas instalações, não foi possível concretizar também esta sugestão. Ainda assim, este aspecto foi tido em conta pela equipa, sendo um problema que foi rapidamente colmatado nas novas instalações. Esta foi uma situação problema que foi discutida e reflectida em conjunto com a Enfermeira tutora.

Em relação ainda à estrutura do SU, detectámos uma outra situação problema que diz respeito às salas de observação. Ao longo do estágio observámos em inúmeras situações, que nestas salas eram internados utentes com infecções multirresistentes. Isto, porque por vezes chegavam a permanecer dois ou três dias na sala de observação, juntamente com utentes internados por outras patologias. Estas salas possuíam capacidade para cinco utentes em maca. Contudo, o espaço entre as macas era mínimo, pelo que a deambulação entre estas, dificilmente se faria sem tocar em duas das macas. Observámos também que durante prestação de cuidados aos utentes com infecções multirresistentes, havia por parte dos profissionais uma série de precauções adicionais, apropriadas à transmissão por contacto.

De acordo com a bibliografia consultada, nestes utentes com infecções multirresistentes, em que a via de transmissão é feita por contacto, são necessárias medidas adicionais, de modo a evitar a infecção de outros utentes, como: um quarto individual ou com outro utente infectado pelo mesmo microrganismo; o uso de luvas e lavagem das mãos sempre que se entra em contacto com o doente; o uso de bata sempre que se prevê um contacto próximo com o doente; o equipamento não crítico deve ser exclusivo do doente e o restante deve ser devidamente limpo e desinfectado; e a educação do doente e família (DUCEL [et al.], 2002). Apesar de todas as precauções e todos os ensinamentos realizados ao doente e família, a estrutura e o espaço destas salas, induzia por vezes à quebra das recomendações referidas anteriormente. Por outro lado, também não existia no SU, salas ou espaços reservados para estes doentes.

A estratégia implementada para resolução desta situação passava por acelerar o processo de internamento no serviço de medicina, onde existiam quartos individualizados. Após discussão e reflexão com a Enfermeira tutora, percebemos que os doentes com este tipo de infecções permaneciam na sala de observação, pelo facto dos vários serviços do hospital, estarem permanentemente lotados. Não sendo a estratégia anterior exequível, e uma vez que se previa a mudança para as novas instalações do SU, tentámos recorrer a outra solução, no sentido de reservar uma sala no novo SU, de modo a resolver este problema. Assim, em conjunto com o Director do SU e a Enfermeira tutora, foi possível colmatar rapidamente este problema nas novas instalações, reservando uma das salas para doentes com infecções multirresistentes.

O Enfermeiro especialista do SU revela os seus conhecimentos técnicos e científicos através de um desempenho inovador, abrangente e de elevada qualidade. As suas competências podem ser: a prestação de cuidados directos ao doente ou em situações de maior complexidade; educação do doente/família; promoção da formação da equipa de Enfermagem sobre os cuidados específicos que o doente possa necessitar; orientação dos doentes acerca dos cuidados específicos que possam necessitar; coordenação da unidade de saúde;

supervisão da prestação de cuidados; implementação de normas e protocolos, com vista a melhorar a qualidade dos cuidados; participação e promoção da investigação em saúde; gestão de cuidados, recursos humanos e materiais (PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003).

Para além disso, pode ainda ter funções administrativas e de chefia, visto que em determinadas situações são os Enfermeiros especialistas que assumem o cargo de Enfermeiro chefe (PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003).

De acordo com o modelo de Benner, o Enfermeiro especialista situa-se no patamar entre o estágio 3 e o estágio 4 – Competente/Proficiente. Segundo este modelo, o Enfermeiro especialista torna-se competente quando toma consciência da sua prática em termos objectivos. É neste estágio, que o Enfermeiro adquire competências para planear e coordenar os diferentes cuidados, de forma a colmatar as necessidades dos doentes. Por outro lado, o Enfermeiro proficiente aprende pela sua experiência, apercebendo-se das situações e orientando o processo de tomada de decisão de uma forma mais eficiente (BENNER, 2001).

O Enfermeiro especialista é portanto, um profissional habilitado com formação de especialização em Enfermagem ou com formação de estudos superiores especializados em Enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência humana, científica e técnica, para prestar cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade, para além dos cuidados de Enfermagem gerais (DECRETO-LEI N.º 161/96). Assim, o Enfermeiro especialista deve possuir formação e experiência específica em determinada área que lhe permita obter um conhecimento aprofundado, habilidades e experiência profissional, para que deste modo consiga orientar a prestação de cuidados, a gestão dos recursos humanos e materiais, a gestão das relações humanas e a formação (DECRETO-LEI N.º 437/91).

A realização de estágio no SU, permitiu-nos desenvolver aprendizagens no que se refere: à formulação e posterior resolução de questões problema de maior complexidade, relacionados com a prestação de cuidados ao doente, tendo em vista a melhoria dos cuidados; à gestão de cuidados, de recursos humanos e materiais; à utilização de equipamentos necessários em situação crítica; à identificação dos principais problemas e complicações no doente crítico, de modo a intervir precocemente.

A **UMDC – estágio módulo II**, do Hospital de São Teotónio de Viseu encontra-se integrada no serviço de Cirurgia 1A. Esta é uma UCI, onde são prestados cuidados de saúde diferenciados a utentes que necessitam de maior vigilância e monitorização, nomeadamente, no pós-operatório tardio. Está localizada no quinto piso do hospital, sendo uma das unidades que requer maior grau de exigência, no que se refere aos recursos técnicos, humanos e de equipamentos.

Ao longo do estágio, no decorrer da prestação de cuidados, detectámos uma situação problema, relacionada com a estrutura física da UMDC. Ao início do turno da manhã, recorreremos à Enfermeira tutora com o intuito de prestar cuidados a determinado doente, que

tinha sido submetido a intervenção cirúrgica de urgência, no turno da noite. Durante a prestação de cuidados, verificámos que o espaço circundante da cama, onde se encontrava o doente era bastante reduzido. Isto, porque a cama ficava próxima da sala de equipamentos, onde existiam também os lavabos. Por esse motivo, o espaço entre a outra cama do lado, era também bastante reduzido, pelo que a deambulação entre estas, dificilmente se faria sem tocar numa delas. Ao contrário de todas as outras camas, esta não tinha um espaço suficiente para que se pudesse circular livremente.

De acordo com a bibliografia consultada o espaço entre camas não deve ser inferior a 2,9x2,5 metros e os lavabos devem ser dispostos centralmente, a cerca de 12 metros da área das camas (MANLEY & BELLMAN, 2003). Os doentes admitidos numa UCI, requerem uma monitorização e vigilância mais atenta e necessitam de um nível de cuidados superior, visto que do seu estado de saúde podem ocorrer complicações que colocam a sua vida em risco (MANLEY & BELLMAN, 2003). Este foi de facto um aspecto que despertou a nossa atenção, visto que no caso de surgir alguma complicação (ex. paragem cárdio-respiratória), a intervenção dos profissionais estaria limitada pela falta de espaço, colocando em risco a vida do doente. Por outro lado, na unidade estavam outras camas disponíveis.

Esta foi uma questão, que discutimos com a Enfermeira tutora, de modo a solucionar o problema. A sugestão inicialmente apresentada, foi no sentido de poder efectuar o internamento dos doentes de acordo com a gravidade do seu estado de saúde. Contudo, esta sugestão não poderia ser concretizada, nem a nível administrativo, nem a nível de gestão e organização da prestação de cuidados, visto que implicaria uma troca constante entre doentes e as respectivas camas. A estratégia implementada para resolução desta situação problema, passou por não realizar o internamento de doentes nessa cama enquanto houvesse outras camas disponíveis. Esta foi uma solução aceite por toda a equipa. Com o decorrer do estágio, pudemos observar que os profissionais da equipa de Enfermagem, ficaram mais despertos para esta situação, havendo uma maior preocupação e intervenção no que diz respeito à ocupação/disponibilidade das várias camas.

A UMDC, constitui uma UCI, podendo ser definida como uma área destinada a doentes que requerem observação, tratamento e cuidados mais intensos do que aqueles que podem ser fornecidos numa enfermaria (MANLEY & BELLMAN, 2003). Esta unidade providencia um grau de cuidados, entre aqueles que são prestados numa enfermaria e os cuidados que são prestados numa unidade de cuidados intensivos. As UCI não fornecem toda a gama de cuidados de serviços de suporte a doentes que requeiram um grau elevado de cuidados, como os fornecidos nos cuidados intensivos, mas monitoriza e apoia doentes com, ou em risco, de falência aguda de um órgão (MANLEY & BELLMAN, 2003).

Os doentes indicados para internamento numa UCI, aos quais o Enfermeiro presta cuidados são: doentes que requerem cuidados por falência de órgão, com excepção daqueles que necessitam de suporte respiratório avançado; doentes que beneficiam de uma monitorização e supervisão mais detalhada que não pode ser fornecida numa enfermaria; doentes que já não

necessitem de cuidados intensivos e que ainda não estejam aptos para serem transferidos para uma enfermaria; doentes no período pós-operatório que requeiram uma monitorização contínua e atenta; e doentes não submetidos a intervenção cirúrgica ou médica específica, mas que requeiram monitorização contínua. (MANLEY & BELLMAN, 2003).

A UCI constitui, portanto, um ambiente muito próprio, onde se integram sofisticadas intervenções médicas, de Enfermagem e técnicas, na prestação de cuidados ao doente em situação de risco de vida. Estas facultam uma larga gama de equipamentos de monitorização e apoio similar às oferecidas por uma unidade de cuidados intensivos, mas sem ventilação assistida. Deste modo, os equipamentos de apoio e monitorização que estas unidades podem oferecer, são: monitorização - pressão intra-arterial, cateter da artéria pulmonar, PVC, electrocardiograma (ECG) e oximetria de pulso; suporte ventilatório – ventilação facial/nasal de pressão positiva, traqueostomia, monitorização dos gases no sangue arterial, oxigenoterapia e gestão das vias aéreas; suporte cardiovascular – inotrópicos, vasodilatadores, cardioversão, bombas de balão intra-aórtico, terapia trombolítica e autotransfusão; suporte renal – hemofiltração, hemodiálise, plasmáfereze e diálise peritoneal; analgesia e sedação – analgesia epidural, ACD e sedação endovenosa contínua (MANLEY & BELLMANN, 2003).

O processo de avaliação do doente crítico, nestas unidades difere da avaliação de outros doentes e não apenas em termos de tecnologias existentes para ajudar na recolha de dados. O monitor cardíaco, as linhas de monitorização hemodinâmica e as análises laboratoriais fornecem dados que devem ser incluídos na avaliação do doente por parte do Enfermeiro. As tecnologias são adjuvantes dos dados que o Enfermeiro colhe através da observação, recolha de dados anamnésicos e exame físico. Os dados monitorizados só se tornam úteis na avaliação do Enfermeiro quando relacionados com os dados físicos e integrados numa análise complexa. Contudo, as múltiplas fontes de dados e o estado do doente crítico, em contínua mudança, obrigam a uma constante reorganização e reformulação de prioridades, metas, e intervenções a curto prazo, por parte do Enfermeiro (PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003).

O papel do Enfermeiro, nos cuidados ao doente crítico, permanece a chave do sucesso da UCI, visto que este é o elemento que mais tempo passa junto do doente, que apresenta alterações constantes no seu estado de saúde. A permanência e proximidade do doente permite que o Enfermeiro de cuidados críticos, esteja em condições de controlar o complexo regime de tratamento, rapidamente identificar as alterações/complicações, e dar início às terapêuticas e procedimentos adequados, para prevenir, ou corrigir, situações que ameaçam a vida do doente. Assim, nas unidades de cuidados críticos, o objectivo da intervenção de Enfermagem, continua a ser a prestação de cuidados contínuos de elevada qualidade, ao doente em situação de risco de vida, estando despertos para as necessidades de ordem fisiológica, psicológica e social do utente (PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003).

No que se refere a este domínio, no decorrer do estágio observámos uma situação problema, que dizia respeito à colocação de um cateter venoso central (CVC). Devido ao agravamento da situação clínica do doente, era necessário colocar um CVC, para administração de medicação

e monitorização da PVC. Depois de termos posicionado o doente, e preparado todo o material necessário, deu-se início ao procedimento. O doente apresentava-se pouco colaborante e confuso o que implicava que o Enfermeiro desempenhasse um papel fundamental na manutenção do posicionamento. Durante o procedimento médico, ocorreu um incidente que levou a desperdício de algum material, nomeadamente agulhas e seringas. Embora estivessem presentes dois elementos de Enfermagem e uma assistente operacional, no turno da manhã, naquele momento apenas estava presente um Enfermeiro visto que os outros dois elementos se tinham ausentado, para transferir um doente do BO para a UMD. Esta situação despertou a nossa atenção, uma vez que a ausência do Enfermeiro para preparar novamente algum material, envolvia algum tempo. Por outro lado, nessa mesma ausência, o doente podia mobilizar-se, e poderiam ocorrer complicações relacionadas com a introdução do cateter, como: hemorragia, arritmias, pneumotórax e hemotórax (SOUSA, 2009). Esta foi uma situação que observámos mais do que uma vez.

Como implementação de estratégias para a resolução desta situação problema, sugerimos a realização de uma checklist (Anexo 10), com todo o material necessário para a colocação de um CVC, incluindo material suplente. Sugerimos também que todo esse material fosse colocado numa caixa, para se poder transportar para junto do doente. Após discussão e reflexão com a Enfermeira tutora e restante equipa de Enfermagem, a estratégia implementada apresentada foi concretizada. Verificámos posteriormente que em situações semelhantes, que a estratégia implementada permitia a presença constante do Enfermeiro não sendo necessária a sua ausência para preparação de material.

As principais funções do Enfermeiro especialista na UMD centram-se: na prestação de cuidados directos de maior complexidade ao doente em situação crítica; na formação e educação em serviço dos profissionais de Enfermagem sobre os cuidados de maior complexidade que os doentes possam necessitar; na educação dos doentes/famílias sobre os cuidados especializados de que estes necessitam; na coordenação e gestão dos cuidados de Enfermagem; na supervisão dos profissionais que prestam cuidados directos ao doente; na implementação de projectos de investigação clínica; e em acções como agentes de mudança (PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003).

Enquanto alguns Enfermeiros especialistas estão sedeados numa unidade, trabalhando intimamente com os profissionais de Enfermagem dessa unidade específica, outros exercem funções como órgãos de consulta a várias unidades. Para além disto, o Enfermeiro especialista pode também desempenhar funções administrativas ou de controlo operacional, estando nesta situação a chefiar uma unidade, como por exemplo, nas unidades de cuidados ao doente crítico (PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003).

Relativamente a este estágio, foram desenvolvidas aprendizagens no que diz respeito: à prestação de cuidados de maior complexidade ao doente em estado crítico; à utilização e manipulação dos vários equipamentos de apoio e monitorização necessários em cada situação crítica; à realização de técnicas e procedimentos mais complexos; à implementação de

normas, protocolos, e checklist, tendo em conta a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O **BO – estágio módulo III** do Hospital de São Teotónio de Viseu é uma unidade orgânica dotada de instalações próprias onde são prestados cuidados de saúde diferenciados a utentes com indicação cirúrgica ou que necessitam de tratamento e exames que requeiram um elevado nível de cuidados, assepsia e anestesia. Está localizado no terceiro piso do hospital, sendo o maior serviço desta instituição, quer pelo espaço ocupado, quer pelo número de profissionais de saúde que faz movimentar no seu dia-a-dia.

No decorrer do estágio, pudemos verificar algumas situações problema, que se consideram importantes a nível de reflexão.

Uma das situações problema, diz respeito à estrutura do BO. No início do turno, dirigimo-nos ao Enfermeiro tutor, de modo a podermos observar uma cirurgia que foi neste caso em concreto, uma gastrectomia subtotal. Surgiu a oportunidade de colaborarmos na recepção da doente aquando da entrada no BO. Após ter sido confirmada a identificação da doente, o tipo de cirurgia e o seu consentimento, foi transferida da cama para a marquesa móvel que iria constituir a mesa cirúrgica e encaminha para a sala de indução anestésica. De seguida, deu entrada na sala cirúrgica onde foi feita a indução anestésica. Neste caso, a sala de indução serviu apenas de sala de acolhimento. Esta foi uma situação problema que apelou à nossa reflexão. A sala de indução anestésica continha, apenas, algum material de apoio à sala cirúrgica. Deste modo, a indução anestésica não deveria ter ocorrido conforme o observado, uma vez que era necessário material mais específico, como o ventilador, aspirador e monitor cardíaco.

De acordo com a bibliografia consultada, é na sala de indução, que se inicia a indução anestésica, sendo para isso necessário, proceder-se à monitorização standard protocolada e a outra adicional, solicitada pelo anestesista (AESOP, 2006) No serviço existia apenas um ventilador móvel que não daria para todas as salas de indução anestésica, nem daria para controlar todos os parâmetros, o que acarretava riscos para a doente. A falta de recursos nesta sala era evidente, pelo que a indução anestésica, tinha de ser feita na sala cirúrgica. Esta foi uma questão discutida com o Enfermeiro tutor, mas que não estaria ao nosso alcance solucionar devido à falta de recursos materiais.

Observámos também, que existia apenas uma sala de indução anestésica para cada duas salas cirúrgicas, quando o correcto deveria ser uma sala de indução anestésica para cada sala cirúrgica. De acordo com os modelos de BO apresentados pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), todos eles contemplam uma sala de indução anestésica para cada sala cirúrgica, quer seja o modelo da escola inglesa, o modelo da escola alemã ou o modelo da escola norte-americana (AESOP, 2006). De facto, este BO não apresentava uma estrutura de acordo com os modelos preconizados pela AESOP.

A sala de indução anestésica deveria servir para iniciar a pré-anestesia, para que a sala cirúrgica pudesse ser devidamente limpa e higienizada entre duas cirurgias. Contudo, verificámos que quando terminava uma cirurgia, o doente da próxima cirurgia já estava a aguardar na sala de indução anestésica, pelo que o período entre uma cirurgia e outra, era relativamente curto. A limpeza das superfícies da sala ou equipamentos devem ser observadas em três fases: primeiro deve ser feita a fricção das superfícies com água quente e detergente, seguida do enxaguamento e por fim a secagem rigorosa. As duas primeiras fases são essenciais para eficácia da limpeza e para redução do número de microrganismos existentes nas superfícies, e a terceira fase para impedir a proliferação de microrganismos (AESOP, 2006). Na grande maioria das situações constatámos que a sala cirúrgica ainda não estava totalmente seca quando entrava o doente. Isto levantava um problema ligado ao risco de infecção. A estratégia implementada para esta situação problema passava por se utilizar a outra sala cirúrgica, enquanto se procedia à limpeza e higienização da sala cirúrgica anterior. Após discussão com o Enfermeiro tutor percebemos que de facto, deveria ser essa a ideia inicial, aquando da construção do BO. No entanto, esta foi uma sugestão que não pode ser concretizada, visto que existiam bastantes especialidades cirúrgicas e por isso inúmeras cirurgias concomitantemente.

Ainda relacionado com a situação anterior, um outro aspecto que despertou a nossa atenção, foi o facto da doente já estar na marquesa móvel que iria constituir a mesa cirúrgica, antes da sala cirúrgica estar disponível. Isto, porque estava ainda uma outra intervenção cirúrgica a decorrer. A doente iria ser submetida a uma intervenção que levaria algum tempo, cerca 2 a 3 horas. Esta situação problema apelou à nossa reflexão, visto que este tempo de espera na marquesa móvel aumentaria os riscos relacionados com o posicionamento, pondo em causa, a sua integridade cutânea e conseqüente risco de úlcera de pressão.

De acordo com a bibliografia consultada, as úlceras de pressão são uma solução de continuidade a nível dos tecidos, em que há perda de substância cutânea, sub-cutânea, muscular ou óssea por necrose isquémica devido à insuficiência de oxigénio a nível celular, sendo causada pela compressão entre o plano ósseo e uma superfície dura (CRUZ [et al.], 1997). Neste caso em concreto, a pressão exercida a nível da região sagrada em decúbito dorsal numa mesa cirúrgica é de cerca 170 mmHg, sendo das situações em que se verifica maior pressão e portanto, maior risco de perda de integridade cutânea (CRUZ [et al.], 1997). Embora tivessem sido colocadas placas de gel para diminuir a pressão, a doente estava sujeita a um maior risco, de desenvolver uma úlcera de pressão, pelo aumento do tempo de permanência na mesa cirúrgica. Toda esta situação poderia também ter implicações na sua recuperação após cirurgia.

A estratégia implementada para esta situação problema, passava por transferir a doente para a mesa cirúrgica móvel, quando a sala cirúrgica estivesse preparada para a receber. No entanto, devido à falta de recursos humanos, ao elevado número de cirurgias, e elevado número de actividades de Enfermagem, nem sempre era possível ser a equipa de Enfermagem cirúrgica,

a transferir e receber a doente para o BO. Por outro lado, na zona de recepção e transferência dos doentes para o BO, não comportaria muitos doentes. Esta foi uma situação que discutimos com o Enfermeiro tutor, tendo percebido, que aquilo que foi observado, não era o correcto. Contudo, verificámos que sempre que possível, os profissionais tinham em conta a nossa sugestão, o que também permitiu que eles reflectissem sobre esta problemática e mudassem os seus comportamentos e atitudes face ao problema detectado, contribuindo para a sua resolução.

No estágio de BO foi possível ter uma visão actual da Enfermagem perioperatória. Esta traduz os cuidados ao utente/cliente nos períodos pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório, da experiência cirúrgica dos mesmos e também em procedimentos invasivos, sendo transversal ao ciclo vital do indivíduo, devido à sua possível intervenção em qualquer fase da vida (AESOP, 2006).

O Enfermeiro do perioperatório tem a obrigação de garantir a qualidade e segurança do utente, tendo sempre presente, o artigo n.º 88, referente à excelência do exercício, do estatuto da OE (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009). O papel do Enfermeiro do perioperatório, pode ser descrito como um conjunto de actividades orientadas não só para a técnica, mas também para as necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar. Deste modo, torna-se imprescindível que o Enfermeiro do perioperatório desenvolva uma consciência cirúrgica, que seja fundamentada no conhecimento teórico-prático e na competência profissional (AESOP, 2006). O desenvolvimento desta consciência cirúrgica implica: conhecer os princípios da assepsia; auto disciplina e organização da sua própria higiene, vestuário e prática de Enfermagem, sem quebras da técnica; antecipar as necessidades do doente e da equipa, conhecendo o doente, o tipo de cirurgia, as preferências da equipa, os materiais necessários e como os obter; desenvolver a maturidade para ultrapassar preferências e divergências, independentemente da cirurgia, das circunstâncias em que ocorre e dos diferentes membros da equipa; desenvolver a sua prática nesta função específica, de forma igual, independentemente de estar a ser ou não observado e/ou avaliado (AESOP, 2006).

A Enfermagem perioperatória pode ser dividida em quatro funções distintas, que são: Enfermeiro de anestesia, Enfermeiro instrumentista; Enfermeiro circulante; e Enfermeiro da UCPA.

Embora tenha sido traçado como objectivo específico, a aquisição de competências nas várias funções de Enfermagem perioperatória, o estágio de BO incidiu mais na área de anestesia, devido ao curto período de estágio, pelo que se centralizou mais a pesquisa nas funções específicas do Enfermeiro de anestesia. Contudo, considera-se que as áreas de instrumentista e circulante, são também imprescindíveis para o desenvolvimento enquanto futuros especialistas em Médico-Cirúrgica, tendo sido direccionado mais o estágio no âmbito da observação destas duas áreas.

Actualmente, assistimos a uma acelerada evolução das técnicas anestésicas e de monitorização. As cirurgias são cada vez mais agressivas e os doentes com idade média

elevada, com patologias associadas e polimedicados, exigem de toda a equipa e em especial do Enfermeiro de anestesia, uma actuação eficaz e eficiente. Isto só se torna possível, com uma constante actualização de conhecimentos e com o desenvolvimento de competências específicas em técnicas anestésicas e de monitorização.

O processo global de anestesia é constituído por várias fases que resultam da conjugação dos efeitos de diversos fármacos com repercussões nos sistemas fisiológicos do doente, levando-o a um estado de inconsciência, analgesia, amnésia, relaxamento muscular e perda de reflexos. Neste procedimento de grandes alterações hemodinâmicas, o Enfermeiro de anestesia colabora com o anestesista e desenvolve actividades específicas inerentes a cada uma das seguintes fases: pré-anestesia, indução, manutenção e reversão (AESOP, 2006).

De um modo sucinto, as actividades que competem ao Enfermeiro de anestesia podem ser divididas em quatro momentos: na véspera da cirurgia - consultar o programa operatório e realizar a visita pré-operatória; no dia da cirurgia - verificar o plano operatório, preparar o material necessário para o acto anestésico, validar a operacionalidade da suite operatória, acolher o doente no BO, validar com o Enfermeiro da unidade de internamento a preparação pré-operatória do doente, transferir o doente para a mesa operatória, acompanhar o doente até a sala de indução, colaborar na indução anestésica do doente, colaborar no posicionamento do doente, promover a manutenção da temperatura corporal do doente, manter a observação e vigilância intensiva do doente, prevenir e minimizar os riscos potenciais de incidentes ou de acidentes, actuar em conformidade nas situações de emergência, colaborar no despertar do doente e transferir o doente para a UCPA; no fim da cirurgia - realizar registos, providenciar a higienização da sala cirúrgica e desinfeção dos equipamentos, supervisionar e repor a sala de operações e preparar a sala para a próxima cirurgia; no dia seguinte - realizar a visita pós-operatória (AESOP, 2006).

No decorrer do estágio, surgiu a oportunidade de realizar algumas destas actividades que dizem respeito à função do Enfermeiro de anestesia. Foi possível ter a percepção de que esta função requer um conhecimento aprofundado no que se refere aos fármacos, aos seus efeitos e dosagens. Por outro lado, é necessário que o Enfermeiro de anestesia compreenda o processo fisiológico, durante o intra-operatório de modo a perceber os sinais e possíveis complicações que o utente possa manifestar. Neste sentido, é o Enfermeiro de anestesia, muitas vezes a dar o primeiro passo na correcção de alguma alteração.

O Enfermeiro especialista do BO, deve ser responsável por otimizar os recursos disponíveis, avaliando, planeando, implementando, e determinando os cuidados a prestar ao doente no perioperatório, quer seja de forma independente, quer seja em conjunto com os restantes elementos da equipa multidisciplinar. O Enfermeiro especialista tem, portanto, uma função alargada, cujo objectivo é a obtenção dos melhores resultados junto do doente. Para isso, é necessário proporcionar aos membros da equipa de saúde a liderança, a direcção e a experiência clínica. Contudo, esta função pode ainda incluir, a coordenação dos cuidados a prestar ao doente no intra-operatório, a gestão do caso cirúrgico, a instrução do doente/família,

a função de especialista em redução de custos, instrutor, consultor e administrador (AESOP, 2006).

No contexto do perioperatório, o Enfermeiro especialista deve possuir competências específicas. Estas englobam as competências dos Enfermeiros de cuidados gerais: a prestação de cuidados em situações de crise ou risco, a promoção da formação em serviço, a promoção da segurança do doente e da equipa, a promoção da colaboração interdisciplinar, a promoção de medidas que permitam uma gestão cuidada dos recursos materiais e a promoção de medidas que favoreçam uma gestão adequada de cuidados de Enfermagem (AESOP, 2006).

Para além dessas competências de cuidados gerais, o Enfermeiro especialista do perioperatório, deve também possuir as seguintes competências específicas: prestação de cuidados, coordenando, facilitando e gerindo o processo de cuidados individualizados de situações de risco que exijam maior complexidade e qualidade; comunicação, facilitando os vários tipos de comunicação com o doente/família e equipa multidisciplinar; educação e formação, dominando conhecimentos técnicos e práticos que permitam realizar ensinamentos para a saúde e realizar formação de terceiros de modo a melhorarem o desempenho; advocacia do doente, aconselhando o doente, família e outros profissionais a responsabilizar-se pelo doente, resolvendo as suas necessidades físicas e psíquicas até que ele seja capaz de tomar decisões; análise e investigação, realizando e colaborando em trabalhos de investigação; gestão, colaborando e aconselhando na gestão de recursos e cuidados de Enfermagem; desenvolvimento da pessoa como profissional, promovendo a sua auto-formação, desenvolvimento pessoal e profissional; liderança, conduzindo a equipa de Enfermagem na prestação de cuidados, na gestão de recursos humanos e materiais, na gestão das relações humanas e da formação, de acordo com os objetivos traçados (AESOP, 2006).

Ao longo do estágio, surgiu a oportunidade de identificar o papel do Enfermeiro especialista nos vários contextos. Acompanhou-se o Enfermeiro tutor no desenvolvimento das diferentes funções, desde a prestação de cuidados a doentes de maior complexidade, à gestão e organização dos cuidados. A pesquisa bibliográfica realizada permitiu alargar a visão acerca das funções e competências do Enfermeiro especialista.

Ainda em relação a este estágio desenvolvemos aprendizagens relativas: à supervisão, coordenação e liderança de equipas de prestação de cuidados especializados na área de Médico-Cirúrgica; à resolução de problemas da prática profissional na área de Médico-Cirúrgica; à tomada de decisões fundamentadas de acordo com as evidências científicas, responsabilidades sociais e éticas; à comunicação com o doente e família, bem como com a equipa multidisciplinar.

Enquanto futuros especialistas em Médico-Cirúrgica, o desenvolvimento destas atividades permitiu, essencialmente, a aquisição de competências, no que diz respeito: à demonstração de um nível aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC; ao zelo pelos cuidados prestados na área de EEMC; ao desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na

assistência ao cliente; à formulação e análise de questões problema de maior complexidade, relacionados com a formação em Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; à demonstração consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com o cliente/família; à realização da gestão dos cuidados na área de EEMC, à liderança da equipa de prestação de cuidados especializados na área de EEMC e à supervisão do exercício profissional na área de EEMC

5. CONCLUSÃO

A construção do relatório assume um papel de extrema relevância, visto ser um documento que reúne as actividades realizadas num determinado período de tempo e fundamenta o contexto em que essas actividades foram desenvolvidas, para o cumprimento dos objectivos, fornecendo uma panorâmica do trabalho desenvolvido, tornando-se por isso num importante instrumento de avaliação.

A realização deste trabalho contribuiu não só, para o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades, mas também para uma fundamentação da prestação dos cuidados e o desenvolvimento de competências técnicas e científicas, contribuindo desta forma para o nosso desenvolvimento, não como meros prestadores de cuidados, mas como futuros Enfermeiros especialistas na área de Médico-Cirúrgica.

De um modo geral, durante a realização deste estágio foram adquiridas as seguintes competências: avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada; zelar pelos cuidados prestados; tomar de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas; demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas complexas; desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; produzir um discurso pessoal fundamentado tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde; promover a investigação em serviço na área de EEMC; liderar equipas de prestação de cuidados especializadas; realizar a gestão de cuidados na área de EEMC; demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área de EEMC; demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o utente/família e relacionar-se de forma terapêutica; identificar as necessidades formativas; promover a formação em serviço; promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos elementos da equipa de Enfermagem; demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; formular e analisar questões problema de maior complexidade relacionados com a formação em Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com o cliente/família; e exercer supervisão do exercício profissional.

Ao longo do estágio, integrou-se as várias equipas de Enfermagem do SU, UMDC e BO, e após reflexão sobre elas, considera-se que os objectivos foram alcançados. Uma das principais dificuldades que surgiu, durante a realização do estágio, foi relativa ao factor tempo, quer para o desenvolvimento de trabalhos, quer para a concretização dos objectivos propostos.

A realização do estágio permitiu-nos desenvolver aprendizagens no que se refere: à formulação e posterior resolução de questões problema de maior complexidade, relacionados com a prestação de cuidados ao doente, tendo em vista a melhoria dos cuidados; à gestão de

cuidados, de recursos humanos e materiais; à utilização e manipulação dos vários equipamentos de apoio e monitorização necessários em cada situação crítica; à realização de técnicas e procedimentos mais complexos; à implementação de normas, protocolos, e checklist, tendo em conta a melhoria da qualidade dos cuidados prestados; à prestação de cuidados de maior complexidade ao doente em estado crítico; à supervisão, coordenação e liderança de equipas de prestação de cuidados especializados na área de Médico-Cirúrgica; à resolução de problemas da prática profissional na área de Médico-Cirúrgica; à tomada de decisões fundamentadas de acordo com as evidências científicas, responsabilidades sociais e éticas; à comunicação com o doente e família, bem como com a equipa multidisciplinar.

As várias instituições onde se realizou estágio contribuíram para a descoberta de novas realidades hospitalares, bem como para a continuidade da prestação de cuidados ao utente quer nessas instituições quer no local de trabalho. A detecção de situações problema nos vários locais de estágio, permitiram contribuir de modo significativo para o aumento da qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, foram apresentadas sugestões e implementadas estratégias para a resolução de situações problema identificadas, se para isso houver interesse e condições organizacionais.

Fazendo um balanço geral do trabalho desenvolvido no decorrer do estágio, considera-se ter sido bastante positivo, pois permitiu a aquisição de muitos e variados conhecimentos, bem como o desenvolvimento de novas capacidades, como a reflexão e detecção de situações/problema com posterior resolução, inseridos no contexto da EEMC. Foi igualmente produtivo, pois permitiu estabelecer uma continuidade com os conteúdos leccionados em todas as disciplinas do período lectivo.

A principal dificuldade sentida na realização deste trabalho, deveu-se ao facto de exercer funções na área de cuidados de saúde primários, pelo que os conhecimentos, técnicas, procedimentos, e toda a prestação de cuidados são bastante distintos. Contudo, a formação/especialização na área de Médico-Cirúrgica constituía um objectivo fulcral em termos de realização profissional. Assim, esta dificuldade tornou-se uma mais valia, no que diz respeito ao alargamento de novos horizontes e à aquisição de competências e conhecimentos transversais a toda a profissão de Enfermagem.

Como sugestões, para o desenvolvimento da Enfermagem:

- Seria uma mais valia, após o terminus da licenciatura que cada Enfermeiro se especializasse numa área em concreto, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados na sua área.

O futuro dos Enfermeiros especialistas afigura-se globalmente positivo, dado que os seus préstimos tendem a ser cada vez mais qualificados e procurados, considerando o aumento constante das preocupações com a saúde e a conseqüente valorização dos cuidados prestados nesta área. Assim, pretendemos, num futuro próximo, através dos nossos conhecimentos, capacidades, e competências adquiridas, implementar projectos e realizar

estudos no respectivo local de trabalho, que permitam a melhoria da prestação de cuidados ao utente/família/comunidade, como por exemplo, a visita domiciliária ao doente cirúrgico.

Pretendemos também continuar a aprender, para que num futuro próximo possamos vir a ser especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pois temos a noção do longo caminho a percorrer, uma vez que a aprendizagem não é estanque. É necessário que os conhecimentos utilizados por uma profissão constituam um património, que gerem outros conhecimentos e sirvam de alicerces permanentes a toda uma evolução profissional (COLLIÉRE, 1999).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AEHLERT, B. 2007. **Emergências em Cardiologia**: Suporte avançado de cardiologia, 3.^a edição. Elsevier, Rio de Janeiro.
- AESOP. 2006. **Enfermagem Perioperatória**: Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Lusodidacta, Loures.
- BENNER, P. 2001. **De Iniciado a Perito**. Quarteto, Coimbra.
- BOLANDER, V. 1998. **Enfermagem Fundamental**: Abordagem Psicofisiológica, 3.^a edição. Lusodidacta, Lisboa.
- CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DO UTENTE.1968.
- Disponível em: <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA> [data da visita: 6/12/2010]
- CASTILHO, V.; LEITE, M. 1991. **Administração de Recursos em Enfermagem**. Pedagógica e Universitária, São Paulo.
- COLLIÈRE, M. 1999. **Promover a vida**: Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem, 3.^a edição. Lidel, Lisboa.
- COSME, A.; MARTINS, L. 2002. **Formação em serviço**: Que Motivações?. Nursing. N.º 171:12-16.
- COSTA, A.; COSTA, M. 2007. **Organização de Recursos Humanos e Materiais em Emergência**. Sinais Vitais. N.º 75:61-66.
- CRUZ, A. [et al.]. 1997. **Técnicas de Reabilitação II**, 1.^a edição. Formasau, Coimbra.
- DECRETO-LEI N.º 161/96 de 4 de Setembro. “**REPE**.”
- Disponível em: http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2011/02/Decreto-Lei-_161_96.pdf [data da visita: 02/12/2010]
- DECRETO-LEI N.º 412/98 de 30 de Dezembro. “**Carreira de Enfermagem**.”
- Disponível em: http://www.dgap.gov.pt/upload/Legis/1998_dl412_30_12.pdf [data da visita:04/12/2010]
- DECRETO-LEI N.º 437/91 de 8 de Novembro. “**Carreira de Enfermagem**.”
- Disponível em: http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2011/02/Decreto-Lei_437_91.pdf [data da visita: 04/12/2010]
- DUCEL, G. [et al.], 2002. “**Prevenções de Infecção Adquiridas no Hospital**”

Disponível em: http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/man_oms.pdf
[data da visita: 02/12/2010]

- FERNANDES, I. 2010. **Protocolos no Serviço de Urgência**. Nursing. N.º 259:31-34
- FERREIRA, P. 2005. **Formação em Serviço e Desenvolvimento Profissional: Os Enfermeiros em Contextos Aprendentes**. Sinais Vitais. N.º 59:12-20.
- FREDERICO, M.; LEITÃO, M. 1999. **Princípios de Administração para Enfermeiros**, 1.^a edição. Sinais Vitais, Coimbra.
- GOLEMAN, D. 2000. **Trabalhar com a Inteligência Emocional**. Actividades Editoriais, Lisboa.
- GOMES, A. 1994. **Comunicação com o Doente em Fase Terminal e sua Família**. Divulgação. N.º 8:6-23.
- GOMES, I. 1999. **Os Enfermeiros e a Formação em Serviço**. Servir. Vol. 47, N.º 4:178-181.
- GRENCHO, L. 2009. **O Enfermeiro na Avaliação da Dor**. Nursing. N.º 243:8-12.
- LACEIRAS, A. 2004. **Unidade de Cuidados Pós-anestésicos**. Nursing. N.º 189:20-21.
- LAZURE, H. 1994. **Viver a Relação de Ajuda: Abordagem Teórica e Prática de um Critério de Competência da Enfermeira**. Lusodidacta, Lisboa.
- LOFF, A. 1994. **Relações Interpessoais**. Enfermagem em Foco. N.º 13:56-63.
- MANLEY, K.; BELLMAN, L. 2003. **Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada**, 5.^a edição. Lusociência, Loures.
- MARTINS, C.; FRANCO, M. 2004. **O Papel Formativo do Enfermeiro Especialista**. Nursing. N.º 192:6-9.
- METZGER, C.; SCHWETTA, M.; WALTER, C. 2002. **Cuidados de Enfermagem e Dor: Avaliação da Dor**. Lusociência, Loures.
- NUNES, L. 1995. **Formação Contínua e Investigação Realidade e/ou Utopia**. Enfermagem em Foco. N.º 26:25-30.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2009. **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**.
- PEREIRA, M. 2008. **Comunicação de Más Notícias e Gestão de Luto**. Formasau, Coimbra.
- PEREIRA, S. 2005. **A Importância dos Registos em Enfermagem**. Sinais Vitais. N.º 62:58-61.
- PHANEUF, M. 2001. **Planificação de Cuidados: Um Sistema Integrado e Personalizado**, 1.^a edição. Quarteto editora, Coimbra.
- PHIPPS, W.; SANDS, J.; MAREK, J.. 2003. **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica**, 6.^a edição. Lusociência, Loures.

- QUEIRÓS, A. 1999. **Empatia e Respeito: Dimensões Centrais na Relação de Ajuda**. Quarteto editora, Coimbra.
- RIBEIRO, M.; RIBEIRO, A. 2001. **Unidade de Cuidados Pós-anestésicos: A presença do Enfermeiro**. Nursing. N.º 151:22-24.
- RILEY, J. 2004. **Comunicação em Enfermagem**, 4.^a edição. Lusociência, Loures.
- ROCHA, M. 2004. **Gestor de Cuidados**. Nursing. N.º 185: 6-11.
- SHEEHY, S. 2001. **Enfermagem de Urgência**, 4.^a edição. Lusociência, Loures.
- SOUSA, C. 2009. **Enfermagem em Monitorização Hemodinâmica**, 1.^a edição. Iátria, São Paulo.
- SOUSA, S. 2000. **Educação, Formação e Enfermagem**. Enfermagem Oncológica. N.º 15:25-38.
- TREVIZAN, M. [et al.]. 1998. **Liderança e Comunicação no Cenário da Gestão de Enfermagem**. Revista latino-americana Enfermagem. N.º 6:77-82.
- URDEN, L.; STAY, K.; LOUGH, M. 2006. **Enfermagem de Cuidados Intensivos**, 5.^a edição. Lusociência, Loures.

ANEXOS

ANEXOS 1

Caracterização do Serviço de Urgência

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O SU, do Hospital Distrital da Figueira da Foz é uma unidade orgânica dotada de instalações próprias, onde são prestados cuidados de saúde diferenciados, a utentes que necessitam de tratamento em situações agudas, quer sejam de carácter urgente ou emergente. Está localizado no piso zero do hospital, sendo um dos maiores serviços desta instituição, quer pelo espaço ocupado, quer pelo número de profissionais de saúde que faz movimentar no seu dia-a-dia.

Este possui uma porta de acesso directo à urgência pediátrica que se situa no mesmo piso e tem acesso aos vários serviços do hospital, nomeadamente bloco operatório, cirurgia, pediatria, medicina, obstetrícia e imagiologia, através de dois elevadores, situados na parte posterior do serviço de urgência.

Por uma questão estrutural e organizacional, o SU está dividido em dois sectores, com instalações próprias, a urgência de adultos e a urgência pediátrica, que possuem equipas de profissionais diferentes.

Na entrada do SU existe: uma área de recepção aos utentes, onde se encontra um gabinete administrativo, e onde são realizadas as inscrições dos utentes, quer sejam adultos ou crianças; o secretariado clínico; o gabinete da enfermeira chefe; o gabinete do director de serviço; a sala de espera para adultos com WC; e a sala de espera para crianças com WC e fraldário. Junto de cada uma das salas de espera existe uma porta que dá acesso, às diferentes salas de triagem (adultos e crianças).

O SU de adultos é essencialmente constituído por um corredor. No topo do corredor está localizada a sala de Enfermagem, que permite a visualização dos doentes internados na sala de observação de homens e na sala de observação de mulheres. Esta sala é destinada à passagem de turno e à elaboração dos registos de Enfermagem, relativos aos doentes que se encontram internados nas salas de observação.

De um modo geral, a sala de observação de indivíduos do sexo masculino e a sala de observação de indivíduos do sexo feminino, têm capacidade para cinco macas e possuem: um WC com chuveiro, lavabos, rampas de gases medicinais, suporte de soros, bombas infusoras, aparelho de avaliação de pressão arterial, máquina de avaliação de glicemia capilar, monitores cardíacos, contentor para material corto-perfurante e um pequeno armário com material de uso frequente (seringas, agulhas, obturadores, algodão, lancetas, sondas de aspiração, entre outros). Entre estas duas salas de observação, existe um carro de emergência, que possui monitor/desfibrilhador, material de apoio à via aérea, material de monitorização e material de cateterização.

Ao longo do restante corredor, do lado direito existe: um WC com chuveiro e cadeira, destinado aos doentes que recebem cuidados de saúde; a sala de pessoal, com WC destinada aos profissionais de saúde; a sala de ortopedia, com capacidade para um doente, que possui material específico (como ligaduras, talas, gesso, adesivos, entre outros); a sala de cirurgia, onde são realizadas pequenas cirurgias, com capacidade para dois doentes, que contém duas marquesas elevatórias, dois focos, mesas de apoio, e um armário com material específico de cirurgia (como material de pensos, fios de sutura, adesivos, ligaduras, compressas, kits de pensos e pinças); a sala de lavagem e desinfecção do material de cirurgia; uma pequena sala, com roupa limpa (cobertores, lençóis e almofadas); a sala de emergência que contém um carro de emergência de apoio à via aérea e monitorização, um carro de preparação de medicação, dois monitores/desfibriladores, bombas infusoras, rampa de gases medicinais e aspiração, e um armário com soros (colóides e cristalóides); a sala de armazenamento de material, onde se encontra diverso material utilizado no serviço; uma pequena copa; e os vestiários, sendo um destinado ao sexo masculino e outro ao sexo feminino.

Na região esquerda do corredor do SU encontra-se situado: a sala sujos e despejos, onde são efectuados os despejos de urinóis e arrastadeiras, e onde é colocada a roupa suja; a sala de medicina, com capacidade para dois doentes, que contém rampa de gases medicinais e aspiração, suportes de soros, bombas infusoras, termómetro, aparelhos de avaliação de pressão arterial, monitores cardíacos e um carro com algum material de uso frequente (fármacos, material para colheitas, material para monitorização, material para cateterização, sondas vesicais, nasogástricas e de aspiração); a sala de preparação de medicação, que contém toda a medicação existente no serviço (endovenosa, oral, rectal, transdérmica, intramuscular), material necessário à sua preparação (agulhas, seringas, soros, água destilada, sistemas de soro) e um frigorífico para conservação fármacos (como vacinas, insulina, entre outros); a sala de terapêutica, destinada à administração de fármacos por curtos períodos, com capacidade para quatro utentes, que possui três rampas de gases medicinais, e um carro de preparação de medicação; e por fim dois gabinetes de clínica geral.

A meio do corredor, do lado esquerdo, existe uma porta que dá acesso à sala de triagem e posteriormente, à zona de entrada dos utentes na urgência e à sala de espera. A sala de triagem é constituída por dois postos de triagem e dotada de aparelhos de pressão arterial, oxímetros, máquinas de avaliação de glicemia capilar e termómetros.

Ainda do mesmo lado do corredor existe uma porta que dá acesso à urgência pediátrica. Esta é constituída por dois gabinetes médicos, uma sala de preparação de medicação, uma sala de observações com WC, uma sala de pequena cirurgia pediátrica, um WC para os profissionais, e uma sala de triagem.

Actualmente, o serviço de urgência tem em funcionamento as seguintes especialidades: cirurgia, medicina, clínica geral e ortopedia.

Em relação aos recursos materiais, dada a especificidade do SU, é necessário que este se encontre munido de meios técnicos e materiais, por forma a satisfazer as necessidades das

diferentes situações quer sejam de carácter urgente, ou emergente. Considera-se, salvo situações pontuais, que neste SU existem recursos materiais, quer em quantidade, quer em qualidade. No entanto, no que se refere ao equipamento, este não existe em quantidade suficiente e apresenta por vezes um certo estado de degradação.

Relativamente à articulação intra-hospitalar, o SU articula-se com quase todos os serviços do hospital, nomeadamente, bloco operatório, cirurgia, medicina, pediatria, ginecologia/obstetrícia, imagiologia, farmácia, aprovisionamento, lavandaria, serviço de alimentação e serviço social.

No que diz respeito à equipa multidisciplinar do SU de adultos, esta é constituída por: 37 Enfermeiros (sendo 3 especialistas em obstetrícia, 3 especialistas em pediatria, 1 especialista em médico-cirúrgica e 1 especialista em saúde mental); 21 assistentes operacionais; 2 administrativos; 1 secretária clínica; e 37 médicos (sendo 11 médicos de clínica geral, 9 médicos de cirurgia, 10 médicos de medicina, e 7 médicos de ortopedia).

A enfermeira chefe é a entidade máxima entre Enfermeiros e assistentes operacionais. Esta é responsável pela qualidade dos cuidados prestados, pela sua equipa de Enfermagem, e pela gestão e coordenação dos recursos materiais e humanos.

A distribuição diária da equipa de Enfermagem é feita pela Enfermeira chefe, ou na sua ausência pelo enfermeiro coordenador de turno, que geralmente é um Enfermeiro especialista.

Em relação à equipa de Enfermagem, ao longo de toda a semana, no período da manhã e da tarde são distribuídos 7 Enfermeiros: um Enfermeiro na sala de triagem, um Enfermeiro na medicina, um Enfermeiro na cirurgia e ortopedia, um Enfermeiro na sala de observação de homens, um Enfermeiro na sala de observação de mulheres, um Enfermeiro na sala de terapêutica e um Enfermeiro de coordenação, que pode ser a Enfermeira chefe ou um Enfermeiro especialista. No período da noite a equipa de Enfermagem é constituída por 4 Enfermeiros, com a seguinte distribuição: 1 Enfermeiro para a sala de triagem, 1 Enfermeiro para as salas de observação, 1 Enfermeiro para as salas de medicina e ortopedia, e 1 Enfermeiro para a sala de cirurgia e de terapêutica.

No que diz respeito à equipa de assistentes operacionais, no período da manhã existem 5 elementos, no período da tarde 4 elementos e no período da noite 2 elementos.

Tanto a equipa de Enfermagem como a equipa de assistentes operacionais é distribuída pelos seguintes horários: manhã (M) das 8 às 15 horas; tarde (T) das 15 às 23 horas; e noite (N) das 23 às 8 horas.

Relativamente à equipa médica, estão presentes dois médicos em cada turno, de cada especialidade (cirurgia, ortopedia, medicina e clínica geral). Os turnos são geralmente de 12 horas, podendo nalguns casos ser de 24 horas.

ANEXOS 2

Caracterização da Unidade de Monitorização do Doente Cirúrgico

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE MONITORIZAÇÃO DO DOENTE CIRÚRGICO

A UMDC, do Hospital de São Teotónio de Viseu encontra-se integrada no serviço de Cirurgia 1A. Esta é uma unidade de cuidados intermédios, onde são prestados cuidados de saúde diferenciados, a utentes que necessitam de maior vigilância e monitorização, nomeadamente no pós-operatório tardio. Está localizada no quinto piso do hospital, sendo uma das unidades que requer maior grau de exigência, no que se refere aos recursos técnicos, humanos e de equipamentos.

O acesso aos diferentes serviços do hospital, particularmente, bloco operatório, urgência, imagiologia, e unidade de cuidados intensivos é feito através de dois elevadores, situados na parte anterior da unidade.

Na entrada do serviço de Cirurgia 1A existe uma área comum a dois serviços de cirurgia, onde se encontra a sala de reuniões, o secretariado clínico, e dois vestiários, sendo um destinado aos profissionais do sexo masculino e outro ao sexo feminino. Nessa mesma área existe também uma porta, que dá acesso aos gabinetes médicos e à sala de reuniões médica.

O serviço de Cirurgia 1 A é essencialmente constituído por um longo corredor. Do lado direito estão situadas: a arrecadação, que contém cadeiras de rodas, suportes de soros, andarilhos, canadianas; a sala de equipamentos onde se encontram armazenados, monitores, aparelhos de pressão arterial, braçadeiras, bombas infusoras, botijas de oxigénio e outros equipamentos; a sala de sujos onde são devidamente lavados e desinfectados os urinóis, as arrastadeiras, e onde é colocada a roupa suja; a sala de roupa limpa, onde existe cobertores, lençóis, almofadas e resguardos; o gabinete da Enfermeira chefe; a sala de preparação de medicação, que contém toda a medicação existente no serviço (endovenosa, oral, rectal, transdérmica, intramuscular), material necessário à sua preparação (agulhas, seringas, soros, água destilada, sistemas de soro), um frigorífico para conservação fármacos (como insulina, entre outros) e dois carros de preparação de medicação, que contém a medicação relativa a cada doente (através do sistema reposição – unidose), bem como algum material para a sua preparação e administração; a sala de Enfermagem destinada à passagem de turno e à elaboração dos registos de Enfermagem; o WC para os profissionais de saúde; a sala de pensos com capacidade para um utente, que possui uma marquesa, um foco, uma mesa de apoio, um lavatório e dois armários com material específico (como material de pensos, adesivo, soros, compressas, opsites, sacos de colostomia, luvas, campos esterilizados); e uma pequena copa. No topo do corredor, ainda do mesmo lado, existe um armário onde se encontra diverso material utilizado no serviço (soros, sondas vesicais, sondas nasogástricas, sondas de aspiração, máscaras de venturi, sacos colectores, seringas, sistemas de soro, catéteres, agulhas, obturadores, entre outros).

A meio do corredor está localizado um carro de emergência, que possui monitor/desfibrilhador, material de apoio à via aérea, material de monitorização e cateterização.

Do lado esquerdo do corredor estão situadas, a sala de visitas, e cinco quartos. Os quatro primeiros quartos possuem quatro camas cada um, e o último apenas três camas. De um modo geral, todos os quartos possuem WC com chuveiro, lavabos, cadeirões, rampa de gases medicinais e suportes de soro.

No topo do corredor, ainda do lado esquerdo está localizada a UMDC, destinada aos doentes que necessitam de maior vigilância e monitorização. Esta unidade é constituída por uma ampla sala com capacidade para sete doentes, um WC com chuveiro e uma sala de equipamentos. Cada box possui: cama elevatória, mesa de cabeceira, rampa de gases medicinais, sistema de aspiração, monitor (com braçadeira, oxímetro, e cabo para eléctrodos), termómetro, suportes de soro e bomba infusora. Para além disto, a unidade possui: um ventilador; um monitor/desfibrilhador; uma mesa de apoio; uma bancada para preparação de medicação, onde se localiza a medicação de cada utente (de acordo com o sistema de reposição unidose); um armário com material necessário à preparação e administração de medicação (como agulhas, seringas, água destilada, soros, sistemas de soro, obturadores, catéteres), e material para realização de pensos (kits de pensos, luvas campos esterilizados, opsites e adesivo). Na região posterior da unidade, existe também uma sala de equipamento, onde são armazenados os equipamentos excedentes (bombas infusoras, equipamento para monitorização da pressão venosa central e linha arterial, braçadeiras, oxímetros, entre outros).

Em relação aos recursos materiais, dada a especificidade da UMDC, é necessário que esta se encontre munida de meios técnicos e materiais, por forma a satisfazer as necessidades dos doentes. Considera-se, salvo situações pontuais, que nesta UMDC quer a nível de material, quer a nível de equipamento se encontra bem equipada, tanto em quantidade como em qualidade.

Em relação à articulação intra-hospitalar, a UMDC articula-se viários serviços do hospital, nomeadamente, bloco operatório, urgência, unidade de cuidados intensivos, imagiologia, farmácia, aprovisionamento, lavandaria, serviço de alimentação e serviço social.

A admissão de doentes na UMDC, resulta de cirurgias programadas, ou de cirurgias de urgência. Assim, a UMDC recebe doentes todas as segundas e quartas-feiras, e às sextas, sábados e domingos recebe doentes em dias alternados. Para além disso, recebe todos os dias da semana doentes provenientes da urgência, ou que necessitem de uma monitorização mais atenta.

No que diz respeito à equipa multidisciplinar da Cirurgia 1 A, esta é constituída por: 23 Enfermeiros (sendo 2 especialistas em saúde comunitária e 2 especialistas em médico-cirúrgica); 10 assistentes operacionais; 1 secretária clínica; e 7 médicos.

A Enfermeira chefe é a entidade máxima entre Enfermeiros e assistentes operacionais. Esta, é responsável pela qualidade dos cuidados prestados, pela sua equipa de Enfermagem, e pela

gestão e coordenação dos recursos materiais e humanos. A distribuição diária da equipa de Enfermagem é feita pela Enfermeira chefe, ou na sua ausência pelo Enfermeiro coordenador de turno, que geralmente é um Enfermeiro especialista.

Em relação à equipa de Enfermagem, ao longo de toda a semana no período da manhã são distribuídos 6 Enfermeiros, sendo: 3 Enfermeiros responsáveis pelos cuidados prestados no internamento, 2 Enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados na UMDC e 1 Enfermeiro de coordenação, que pode ser a Enfermeira chefe ou um Enfermeiro especialista. No período da tarde e da noite, a equipa de Enfermagem é constituída por 3 ou 4 Enfermeiros, com a seguinte distribuição: 2 Enfermeiros no internamento e 2 Enfermeiros UMDC, se o número de doentes for superior a 3. Nestes períodos, um dos Enfermeiros, para além da prestação de cuidados, fica também responsável pela coordenação.

No que diz respeito à equipa de assistentes operacionais, no período da manhã existem 3 elementos (1 na UMDC e 2 no internamento), no período da tarde 2 elementos (1 na UMDC e 1 no internamento) e no período da noite apenas 1 elemento que dá apoio ao internamento e à UMDC.

A equipa de Enfermagem do internamento e equipa de assistentes operacionais é distribuída pelos seguintes horários: manhã das 8 às 16 horas; tarde das 16 às 24 horas; e noite das 24 às 8 horas. Na UMDC existem apenas dois turnos, manhã da 8 às 20 horas, e noite da 20 às 8 horas.

Relativamente à equipa médica da UMDC, está presente 1 médico em cada turno. Os turnos são geralmente de 12 horas, podendo nalguns casos ser de 24 horas.

ANEXOS 3

Caracterização do Bloco Operatório

CARACTERIZAÇÃO DO BLOCO OPERATÓRIO

O BO do Hospital de São Teotónio de Viseu é uma unidade orgânica dotada de instalações próprias, onde são prestados cuidados de saúde diferenciados, a utentes com indicação cirúrgica ou que necessitam de tratamento e exames que requeiram um elevado nível de cuidados, assepsia e anestesia. Está localizado no terceiro piso do hospital, sendo o maior serviço desta instituição, quer pelo espaço ocupado (3416 m²) quer pelo número de profissionais de saúde que faz movimentar no seu dia-a-dia.

Este possui uma porta de acesso directo à unidade de cuidados intensivos polivalente, que se situa no mesmo piso e que tem acesso directo aos serviços de urgência geral, pediátrica e obstétrica, através de dois elevadores.

É essencialmente constituído por um longo corredor. De um lado estão situadas as salas operatórias e do outro, as salas de aprovisionamento de material e equipamentos. Das onze salas operatórias que existem, cada uma delas tem uma porta de entrada, pela sala de indução que lhe está anexa, e por onde entram os utentes, os profissionais e materiais limpos, e uma porta de saída, que dá acesso à sala de sujos, por onde saem os utentes, os materiais sujos e profissionais de saúde. Esta estrutura permite a diferenciação entre o circuito de limpos e o circuito de sujos. Para além disto, na região posterior existe uma porta que dá acesso aos lavabos cirúrgicos. Todas as salas operatórias possuem características e recursos materiais que são comuns. De um modo geral, estas salas possuem mesa operatória, ventilador, monitor, aspirador, bisturi eléctrico, focos, mesas de apoio, mesas de instrumentação, armário com material esterilizado, suportes de soro, carro de preparação de medicação (apoio à anestesia). Contudo, é de realçar que em algumas destas salas pelo modo como estão equipadas, estão destinadas a cirurgias mais específicas: a cirurgia laparoscópica (sala 1 e 2), urologia (sala 3), otorrinolaringologia (sala 4), obstetrícia (sala 5), ortopedia (sala 7 e 8), neurocirurgia (sala 9) e oftalmologia (sala 11). As cirurgias de urgência, por norma são realizadas na sala 6. Todas elas possuem sistema de exaustão de gases anestésicos, cuja medição é feita de um modo individual através de um computador, situado na sala de controle, permitindo assim verificar se os níveis de gases se encontram dentro dos parâmetros normais.

Actualmente, o BO tem em funcionamento as seguintes especialidades: cirurgia geral, cirurgia laparoscópica, cirurgia plástica, pediatria, ginecologia, obstetrícia, ortopedia, urologia, neurocirurgia, oftalmologia e otorrinolaringologia.

Do outro lado do corredor principal, estão localizadas várias salas de armazenamento de material esterilizado, não esterilizado e equipamentos. O material é armazenado nas diferentes salas de aprovisionamento, de acordo com a proximidade das salas operatórias da respectiva especialidade. Ainda do mesmo lado do corredor situa-se a farmácia onde estão armazenados os fármacos mais utilizados; a sala de visualização computadorizada de imagens radiológicas;

quatro vestiários com WC, sendo dois destinados ao sexo masculino e dois destinados ao sexo feminino; gabinetes de trabalho; duas salas de reunião; duas salas de estar; e duas áreas de recepção dos utentes, com transfer.

Por uma questão estrutural, o BO está dividido em dois sectores, pertencendo as primeiras seis salas operatórias ao sector um, e as restantes salas operatórias ao sector dois. Cada um dos sectores possui um transfer para receber utentes vindos dos vários serviços, salas de apoio e um outro transfer para realizar a transferência do utente da sala operatória para a unidade de recobro.

A meio do corredor principal do BO encontra-se uma unidade de recobro, destinada à prestação de cuidados no pós-operatório imediato. É nesta unidade que os utentes permanecem sob uma vigilância cuidada, e monitorização contínua, até recuperarem um nível fisiológico estável. Esta unidade é constituída por uma sala ampla com doze áreas de recepção para os utentes vindos das salas operatórias. Cada uma destas áreas possui de um modo geral, monitor, aspirador, sistema de gases medicinais, aquecedor entre outros. No centro da sala/unidade está situado um balcão para realização de registo e vigilância de todos os utentes, uma mesa de apoio que permite a preparação de medicação e um armário com medicação e material de apoio.

Anexo ao BO encontra-se também o gabinete administrativo.

Relativamente à organização do trabalho cirúrgico, realizam-se cirurgias de urgência/emergência e cirurgias de rotina ou programadas, mediante o preenchimento da requisição de intervenção cirúrgica, com um período mínimo de vinte e 24 horas. Este pedido é fundamental para se organizar o plano diário de distribuição dos profissionais de Enfermagem, atendendo à sua competência e experiência individual. As cirurgias programadas realizam-se de segunda a sexta-feira, no período compreendido entre as 8 e as 13 horas e das 14 às 18 horas, sendo de realçar que os tempos operatórios podem ser prolongados devido a eventuais contra-tempos. As cirurgias de urgência são efectuadas a qualquer hora do dia, todos os dias da semana.

O funcionamento diário do serviço, resulta da interligação entre Enfermeiros e assistentes operacionais do BO, o serviço de anestesiologia e todos os outros serviços, quer sejam utilizadores ou colaboradores.

Em relação aos recursos materiais, dada a especificidade do BO, é necessário que este se encontre munido de meios técnicos e materiais, por forma a satisfazer as necessidades inerentes a cada acto cirúrgico. Existem bastantes recursos materiais neste BO, os quais seria demasiado extenso enumerar. Considero, salvo situações pontuais, que este BO quer a nível de material, quer a nível de equipamento se encontra bem equipado, tanto em quantidade como em qualidade.

Relativamente à equipa multidisciplinar do BO, esta é constituída por: 72 Enfermeiros, 19 assistentes operacionais e 2 administrativos. Os anestesistas e cirurgiões não fazem parte da

equipa do BO, pertencendo a outras equipas multidisciplinares, consoante a respectiva área e serviço.

O Enfermeiro chefe é a entidade máxima entre Enfermeiros e assistentes operacionais. Este é responsável pela qualidade dos cuidados prestados pela sua equipa de Enfermagem, e pela gestão e coordenação dos recursos materiais e humanos.

A distribuição diária da equipa de Enfermagem é feita pelo Enfermeiro chefe, ou na sua ausência pelo Enfermeiro coordenador de turno, que geralmente é um Enfermeiro especialista. De segunda a sexta-feira, no período da manhã são distribuídos três elementos por cada sala operatória (um Enfermeiro de anestesia, um Enfermeiro instrumentista e um Enfermeiro circulante), e cerca de dois ou três elementos para a unidade de recobro, o que dá um total de 26 Enfermeiros. No turno da tarde estão presentes 19 Enfermeiros podendo este número variar consoante as necessidades e no turno da noite estão 5 Enfermeiros. Durante o fim-de-semana, estão presentes no turno da manhã 5 Enfermeiros, no turno da tarde 7 Enfermeiros e no turno da noite 5 Enfermeiros.

A equipa de Enfermagem é distribuída pelos seguintes horários: manhã normal (M) das 8 às 16 horas; manhã pequena (m) das 8 às 14 horas; manhã normal e tarde pequena (M/t) das 8 às 20 horas; tarde pequena (Ta) das 14 às 20 horas; tarde grande (TA) das 14 às 22 horas; tarde normal (T) das 16 às 24 horas; e noite (N) das 24 às 8 horas.

ANEXOS 4

Estudo de Caso: O Doente Submetido a Amputação Abdomino-Perineal,
Internado na Unidade de Monitorização do Doente Cirúrgico



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA/ VISEU
Instituto de Ciências da Saúde

**III CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÈDICO-CIRÚRGICA**

ESTUDO DE CASO

O Doente Submetido a Amputação Abdomino-Perineal, Internado na Unidade de Monitorização
do Doente Cirúrgico

Aluno: João Tiago Santos Oliveira

Viseu, Fevereiro de 2011



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA/ VISEU
Instituto de Ciências da Saúde

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

ESTUDO DE CASO

O Doente Submetido a Amputação Abdomino-Perineal, Internado na Unidade de Monitorização
do Doente Cirúrgico

Realizado por: João Tiago Santos Oliveira

Orientado por: Professora Patrícia Coelho

Viseu, Fevereiro de 2011

ABERVIAURAS/SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

UMDC – Unidade de Monitorização do Doente Cirúrgico

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	5
1. PROCESSO DE ENFERMAGEM	7
1.1. RECOLHA DE DADOS	7
1.1.1. Dados pessoais	8
1.1.2. História pessoal e familiar	8
1.1.3. Dados do meio ambiente e habitação	9
1.1.4. Dados observados	9
2. HISTÓRIA CLÍNICA DO DOENTE	11
2.1 ANTECEDENTES PESSOAIS	11
2.2. INTERNAMENTO	11
3. DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM E RESPECTIVOS PLANOS DE CUIDADOS	12
4. CONCLUSÃO	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
ANEXOS	
ANEXO 1 - Genograma	
ANEXO 2 - Ecomapa	

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do III Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na unidade curricular de estágio, a decorrer no Serviço de Cirurgia 1 A, na Unidade de Monitorização do Doente Cirúrgico (UMDC) – módulo II, do Hospital de São Teotónio, orientada pela Professora Patrícia Coelho e sob a tutoria da Enfermeira Maria Alice Silva, foi proposta a elaboração de um estudo do caso, de uma pessoa doente, que fosse submetida aos cuidados prestados na UMDC.

O estudo de caso pode ser definido, como a realização de uma investigação aprofundada de um indivíduo (FORTIN, 1999). Este trabalho tem então como base, o estudo de um indivíduo doente adulto em profundidade, nas suas mais variadas componentes de doença. Por outro lado, o estudo de caso pode também ser definido como, a compreensão em profundidade de uma situação social, de um grupo de pessoas, de um indivíduo, de uma instituição, de um fenómeno histórico ou de outra realidade social. Neste sentido o estudo de caso limita-se a um fenómeno particular (ABREU, 2001).

Os principais objectivos deste estudo de caso assentam em adquirir e aperfeiçoar, as capacidades, enquanto futuro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na recolha organizada e sistematizada de informação, com relevância para o conhecimento do estado de doença da pessoa. Para além destes, constituem-se também como objectivos: alargar os conhecimentos no âmbito do trabalho de Enfermagem na área de Médico-Cirúrgica; desenvolver a vertente observacional, de modo a conseguir recolher o maior número possível de informações no contacto com o doente e a detectar mais facilmente as alterações que ocorrem no comportamento do mesmo; identificar os diagnósticos de Enfermagem; planear e a realizar intervenções de Enfermagem, direccionadas aos problemas identificados no doente, sobre o qual o estudo é efectuado; e por fim a avaliar os resultados da sua aplicação onde será adoptada uma linguagem CIPE.

Para concretizar tais objectivos, é necessário realizar um estudo aprofundado das temáticas em questão, recorrendo a instrumentos de medição e avaliação rigorosos. Desta forma, torna-se possível avaliar o indivíduo inserido no seu ambiente ecológico e as suas respostas às intervenções de Enfermagem, formuladas de acordo com os diagnósticos levantados. É ainda importante dar relevo à escuta activa, à componente observacional e à entrevista, que serviu de fundamento a todo este trabalho. A entrevista com o indivíduo e família decorreu em contexto hospitalar (UMDC), onde foi proporcionado um ambiente calmo e propício à livre recolha de dados, para que não houvesse constrangimentos por parte do entrevistado. Tendo como base os princípios éticos, a confidencialidade, e a privacidade das pessoas em estudo, apenas a inicial do primeiro nome e a inicial do apelido de cada elemento pertencente à família, será revelado.

O presente trabalho está estruturado em três partes distintas. Na primeira secção, estão contempladas, a avaliação inicial e recolha de dados acerca da pessoa, onde estão incluídas informações relativas aos aspectos pessoais; um breve resumo da sua história pessoal e da sua família; os dados acerca do seu meio circundante e habitação; e uma abordagem à sua estrutura familiar. A segunda secção é constituída pela história clínica do doente, onde são abordados de forma sucinta, os antecedentes pessoais, e alguns aspectos relativos ao internamento do doente. Na terceira parte do trabalho, são apresentados os diagnósticos de Enfermagem referentes ao doente em estudo, de acordo com todos os factores que o afectam, e as respectivas intervenções de Enfermagem correspondentes. Tudo isto é apresentado sob a forma de um plano de cuidados de Enfermagem à pessoa em estudo, utilizando a linguagem com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

O Sr. A.M., foi o doente seleccionado para este estudo de caso, devido à patologia que apresentava, neste caso em concreto carcinoma colorectal, tendo sido submetido a amputação abdomino-perineal. Esta situação permite não só aplicar os conhecimentos adquiridos durante o período teórico, como também aplicar os conhecimentos práticos, recentemente adquiridos ao longo deste período de estágio.

Para a realização deste trabalho, foi recolhida informação pertinente acerca do tipo de estudo a realizar, dos instrumentos de avaliação necessários a utilizar, e acerca da pessoa estudada aquando da realização da entrevista. Recorreu-se ainda a outro tipo de bibliografia que se considerou pertinente e essencial para a realização do estudo.

1. PROCESSO DE ENFERMAGEM

A importância do processo de Enfermagem deve-se ao facto, de constituir um fundamento de ensino, da prática e da investigação em Enfermagem e, conseqüentemente, para o exercício da profissão (BOLANDER, 1998).

Neste processo de cuidados ao doente estão contidas cinco etapas: a avaliação inicial onde é realizada uma recolha e análise dos dados, o diagnóstico, o planeamento, a execução e a avaliação. As acções são planeadas e dirigidas à satisfação das necessidades e à resolução sistemática de problemas.

1.1. RECOLHA DE DADOS

Proceder a uma colheita de dados não consiste somente em preencher um formulário. Esta primeira etapa do processo de Enfermagem exige bastante mais e necessita de determinadas capacidades pessoais específicas. Os dados subjectivos são recolhidos no decurso de conversas com o doente, as quais supõem capacidades de comunicação e de técnicas aprofundadas de entrevista. Já no que se refere à recolha de dados objectivos, estes são obtidos através observação e do exame físico, que também requerem competências particulares.

É durante a primeira etapa, a avaliação inicial que é feita a recolha de dados relativos à pessoa em estudo. A recolha de dados é feita com base na observação, na entrevista, na avaliação física, na consulta de registos médicos/enfermagem, e nas conversas informais com os familiares ou pessoas significativas do utente.

Este processo inicia-se assim que a pessoa entra no sistema de cuidados de saúde, sendo actualizado sempre que o Enfermeiro interage com a mesma. É portanto um processo permanente, traduzido através das notas de evolução diárias, visando a satisfação das necessidades humanas básicas do utente, a manutenção e o restabelecimento da sua independência nas actividades de vida diária (BOLANDER, 1998).

Neste caso em concreto, esta etapa iniciou-se no segundo dia de internamento na UMDC.

A principal fonte de colheita de dados, foi a entrevista ao doente e família, que foi realizada através de conversas informais, tendo sempre presente os assuntos onde se iria incidir, de modo a obter todas as informações necessárias para a realização deste estudo de caso. No entanto, foram também utilizadas outras fontes de dados, como a consulta do processo do doente, com vista a acrescentar e validar as informações fornecidas pelo mesmo.

1.1.1. Dados Pessoais

Nome	A.M.
Sexo	Masculino
Idade	68 anos
Data de Nascimento	10/5/1943
Estado Civil	Casado
Profissão	Comerciante/Reformado
Local de Residência	Castro Daire
Naturalidade	Viseu
Nacionalidade	Portuguesa

1.1.2. História pessoal e familiar

Para melhor organização e sistematização da informação recolhida neste âmbito foi elaborado um genograma (Anexo 1), que corrobora com a história familiar e pessoal que se descreve de seguida.

O Sr. A.M. caracteriza-se como sendo uma pessoa sociável, com grandes relações de afecto com a sua família, como sendo a sua esposa, filhos e respectivos netos. Nasceu a 10/5/1943 em Castro Daire, no distrito de Viseu, tendo frequentado a escola primária até à quarta classe antiga, altura em que começou a trabalhar no campo com os seus pais.

Actualmente com 68 anos, está reformado e reside numa habitação dotada de electricidade, e saneamento.

O seu pai, J.M. faleceu aos 85 anos de idade, vítima de pneumonia, e a sua mãe, M.M. faleceu aos 79, devido a patologia cardíaca. O Sr. A.M. tem uma irmã, com 73 anos de idade e um irmão com 70 anos. Casou aos 20 anos, sendo que dessa relação nasceram 2 filhos saudáveis, J.M. e R.M. O Sr. A.M. refere também ter 4 netos aparentemente saudáveis. Actualmente vive apenas com a sua esposa.

Segundo as palavras do utente, sempre existiu um bom ambiente familiar entre os seus pais e todos os seus irmãos, assim como também existe uma boa relação com os seus filhos, netos e restantes familiares.

Como foi referido anteriormente, o agregado familiar de A.M. é composto apenas pelo próprio e pela sua esposa. Esta família do ponto de vista estrutural é considerada uma família nuclear (STANHOPE & LANCASTER, 1999). Assim, A.M. e a sua esposa assumem papéis diferentes perante si e perante toda a sociedade, abrangendo a função económica (na satisfação das suas necessidades vitais), a função de protecção (que lhe é garantida através de uma rede de direitos e deveres) e a função de socialização (garantindo a continuidade dos valores e da cultura da família). Quanto ao desenvolvimento familiar, esta família encontra-se no estágio de família com filhos adultos, onde já se verifica a transformação da família actual numa família multigeracional, uma vez que A.M. já não vive com os filhos e já tem netos (STANHOPE & LANCASTER, 1999).

1.1.3. Dados do meio ambiente e habitação

Na colheita de informação acerca dos dados relativos ao meio ambiente foi elaborado um ecomapa (Anexo 2), que serve como ponto de apoio na sistematização da informação recolhida neste âmbito.

O Sr. A.M. habita numa residência inserida numa vila pertencente ao Distrito de Viseu. Habita numa moradia térrea, em zona rural com a sua esposa. Construída há largos anos, a habitação tem vindo a ser remodelada desde então, o que se traduz em boas condições de habitabilidade, segurança e conservação. Toda a casa é muito bem iluminada, possui boas condições de ventilação e todas as divisões possuem janelas.

Em relação ao aspecto económico, o doente em estudo menciona viver da sua reforma, e da reforma da sua esposa, que vai dando para poder satisfazer as necessidades básicas.

No que diz respeito às relações familiares e sociais, o doente revela-se realizado em ambos os itens, mencionando ter óptimas relações com os seus filhos e um grande orgulho nos seus netos.

Quanto à satisfação pelos serviços de saúde da sua localidade, revela algum contentamento, pelo facto de ter uma boa relação com os profissionais de saúde, e por ter tido um bom acompanhamento médico ao longo dos anos.

1.1.4. Dados observados

A avaliação do estado mental e discurso devem ser iniciados aquando a recolha de informação sobre a história de saúde dos utentes. A observação de aspectos como adereços, vestuário, higiene, humor, orientação, julgamento, memória, afectos consciência e discurso são de importância fundamental neste processo.

- ✓ Arranjo pessoal, vestuário e higiene – O Sr. A.M., apresenta aparência análoga à idade real. No que se refere aos tegumentos, o utente apresenta: o cabelo curto, cuidado e limpo; a pele e as mucosas hidratadas e rosadas; as unhas curtas, limpas e cuidadas. Em relação ao vestuário, não foi possível observar pelo facto de estar vestido com roupa da UMDC.
- ✓ Consciência – Utente desperto e em alerta. Enquanto comunica é capaz de responder às questões colocadas de forma apropriada e dentro de um limite de tempo razoável.
- ✓ Orientação – O Sr. A.M., sabe que está internado no serviço na UMDC do Hospital de São Teotónio. Responde correctamente, a questões relativas ao ano e dia em que se encontra, bem como a questões que dizem respeito à sua identificação.
- ✓ Discurso – Apresenta um discurso com velocidade intermédia, com um volume e intensidade de voz moderado. Fala quando estimulado.
- ✓ Pensamento – Quanto ao pensamento, é lógico e coerente, sem alterações de conteúdo, curso e forma. Apresenta um discurso bem elaborado, de forma clara e coerente. Desenvolvimento sistemático, organizado e lógico.
- ✓ Memória – A avaliação deste item, foi realizada através de questões relativas a eventos diários, acontecimentos e situações do seu passado. Tanto a nível da memória de fixação (curto prazo) como a de evocação (longo prazo) não apresenta alterações, visto que por exemplo neste último tipo de memória, o utente recorda acontecimentos passados, evocando datas com precisão.
- ✓ Concentração – Demonstra atenção pelos assuntos tratados, não havendo distração durante a comunicação.
- ✓ Julgamentos – O Sr. A.M. possui um pensamento abstracto e percebe o significado de determinadas expressões.
- ✓ Humor – Na interacção com o doente, prestou-se atenção a todas as manifestações exteriores da emoção. Houve por parte do utente revelação de comportamentos e sentimentos apropriados a cada situação.

2. HISTÓRIA CLÍNICA DO DOENTE

Neste capítulo faz-se referência aos antecedentes pessoais, bem como ao motivo de internamento do doente em estudo.

2.1. ANTECEDENTES PESSOAIS

O Sr. A.M. já apresentava alguns diagnósticos médicos antes de dar entrada no Hospital de São Teotónio, de entre os quais se destacam:

- Hipertensão Arterial
- Diabetes Mellitus
- Apendicite

2.2. INTERNAMENTO

Quando interrogado sobre o motivo do seu internamento, A.M. começa por revelar que tudo teve início há 4 meses atrás, quando começou por notar algumas alterações no seu corpo, nomeadamente, queixas algícas abdominais e alterações a nível dos hábitos intestinais, entre as quais: aumento do número de dejectões e alteração da sua consistência para pastosa. Inicialmente ignorou a sintomatologia. Algum tempo depois decidiu recorrer ao médico de família, uma vez que essa mesma sintomatologia se foi tornando mais evidente. Na consulta, foram solicitados pelo médico de família, os seguintes exames:

- Colonoscopia
- Biópsia
- Ressonância magnética
- Análises clínicas

Após os exames foi-lhe diagnosticado um carcinoma colorectal, tendo sido encaminhado pelo médico de família, para o Hospital de São Teotónio, onde a decisão terapêutica foi uma amputação abdomino-perineal (17/01/2011). Foi então admitido na UMDC, com um diagnóstico de carcinoma colorectal.

3. DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM E RESPECTIVOS PLANOS DE CUIDADOS

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultado esperado	Intervenções de Enfermagem	Resultado obtido
18/01	Hipertensão presente em grau moderado	Que o utente apresente pressão arterial inferior a 140/90 mmHg	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar pressão arterial - Monitorizar frequência cardíaca - Vigiar o pulso - Observar pele e mucosas - Vigiar temperatura das extremidades - Administrar nifedipina em SOS 	.Apresenta pressão arterial de 134/83 mmHg
18/01	Membrana oral seca em grau moderado	Que a membrana oral se mantenha hidratada	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar diariamente a cavidade oral - Instruir acerca da higiene oral com tantom verde e esponja macia - Promover higiene oral com tantom e esponja macia - Promover a lubrificação dos lábios com vaselina 	Mucosa oral apresenta-se hidratada
18/01	Trocas gasosas comprometidas em grau moderado	Que o utente apresente saturação de O2 superior a 95%	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar frequência cardíaca - Monitorizar saturação de oxigénio - Monitorizar frequência respiratória - Vigiar pele e mucosas - Administrar oxigénio por máscara de venturi a 28%. - Elevar o leito a 30º 	Apresenta saturação de 97%, pele e mucosas rosadas
18/01	Autocuidado de higiene corporal comprometido em grau	Que o utente recupere a sua autonomia na higiene corporal	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar as capacidades para o autocuidado: higiene - Providenciar material para o banho - Dar banho com ajuda total 	Prestados cuidados de higiene com ajuda total

	elevado		<ul style="list-style-type: none"> - Promover a independência nos cuidados de higiene - Motivar para o autocuidado: higiene - Ensinar o doente sobre o autocuidado - Instruir sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene 	
18/01	Autocuidado de vestir e despir comprometido em grau moderado	Que o utente seja capaz de se vestir e despir mantendo a sua autonomia funcional	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidades para o autocuidado: vestir e despir - Supervisionar o doente no autocuidado: vestir e despir - Gerir ambiente físico (privacidade) - Providenciar roupa - Motivar o doente para a independência no autocuidado: vestir e despir - Vestir com ajuda parcial - Ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: vestir e despir 	Doente necessita de ajuda parcial para vestir e despir
18/01	Dor presente em grau ligeiro	Que o utente não apresente dor	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar a dor, utilizando a escala de dor protocolada - Observar posturas e fáscis do doente - Avaliar necessidade de administração de analgesia - Estimular o doente a manifestar a dor 	Doente refere ligeira dor, suportável

18/01	Ansiedade presente em grau ligeiro	Que os níveis de ansiedade do utente diminuam	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar causa de ansiedade - Identificar estratégias para reduzir a ansiedade - Promover o envolvimento da família - Apoiar o doente - Escutar o doente - Demonstrar empatia e compreensão - Optimizar comunicação - Providenciar um ambiente calmo 	O doente apresenta-se calmo e comunicativo
18/01	Autocuidado de mobilidade comprometido em grau moderado	Que o utente mantenha a sua capacidade de mobilização	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidades para o autocuidado: mobilidade - Supervisionar o doente no autocuidado: mobilidade - Assistir o doente no autocuidado: mobilidade - Promover ajuda parcial na mobilização - Providenciar ajudas técnicas para a mobilização no leito - Ensinar o doente a mobilizar-se no leito 	Doente mobiliza-se no leito
18/01	Eliminação vesical comprometida em grau moderado	Que o utente mantenha o débito urinário superior a 600cc por turno	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar características da urina quanto a alterações significativas: cor, quantidade e consistência - Avaliar débito urinário - Monitorizar balanço hídrico - Ensinar sobre os cuidados a ter com a sonda vesical 	Apresenta urina límpida, com débito urinário de 790cc

18/01	<p>Eliminação intestinal comprometida em grau moderado</p>	<p>Que a colostomia se apresente funcionando</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observar as características do estoma - Vigiar o funcionamento da colostomia para gases e fezes - Promover a limpeza do estoma - Ensinar o doente acerca dos cuidados à colostomia - Instruir o doente acerca da importância de cuidados diários à colostomia - Optimizar o uso de material adequado à sua colostomia - Instruir o doente acerca de complicações frequentes em ostomias de eliminação 	<p>Costomia funcionando para gases. Estoma rosado e edemaciado</p>
-------	---	--	---	--

4. CONCLUSÃO

A realização deste trabalho contribuiu não só para o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades, bem como permitiu uma fundamentação da prestação dos cuidados e o desenvolvimento de competências técnicas e científicas, contribuindo desta forma para o desenvolvimento não como mero prestador de cuidados, mas como futuro Enfermeiro especialista na área de Médico-Cirúrgica.

Deste modo, foram desenvolvidas capacidades na área de Médico-Cirúrgica, para a realização de diagnósticos de Enfermagem e posterior planificação dos cuidados, relacionados com determinada patologia e justificação das acções desempenhadas. Pois é graças a este diagnóstico e planificação dos cuidados a prestar a determinado utente, tendo em conta as manifestações que apresenta para determinado problema de saúde, que os profissionais de saúde prestam cuidados com qualidade, contribuindo assim para a excelência na arte de cuidar em Enfermagem.

Uma das principais dificuldades na realização deste estudo de caso foi relativa, ao curto período de contacto com o doente. Outra das dificuldades deste estudo de caso foi a falta de informação detalhada e precisa acerca do doente, informação essa que era impossível recolher de outro modo, que não através da entrevista directa ao Sr. A.M.. Contudo, considera-se que o doente estudado foi bastante acessível e colaborante.

Este trabalho tornou ainda possível acompanhar a situação clínica do doente, permitindo compreender a situação em todas as suas dimensões. Neste sentido, pode-se também consolidar as capacidades já adquiridas anteriormente e sobretudo aprender mais sobre linguagem CIPE.

Assim, considera-se ter atingido os objectivos propostos e superado os objectivos pessoais, acreditando que este estudo irá ser muito importante para o futuro, enquanto especialista em Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

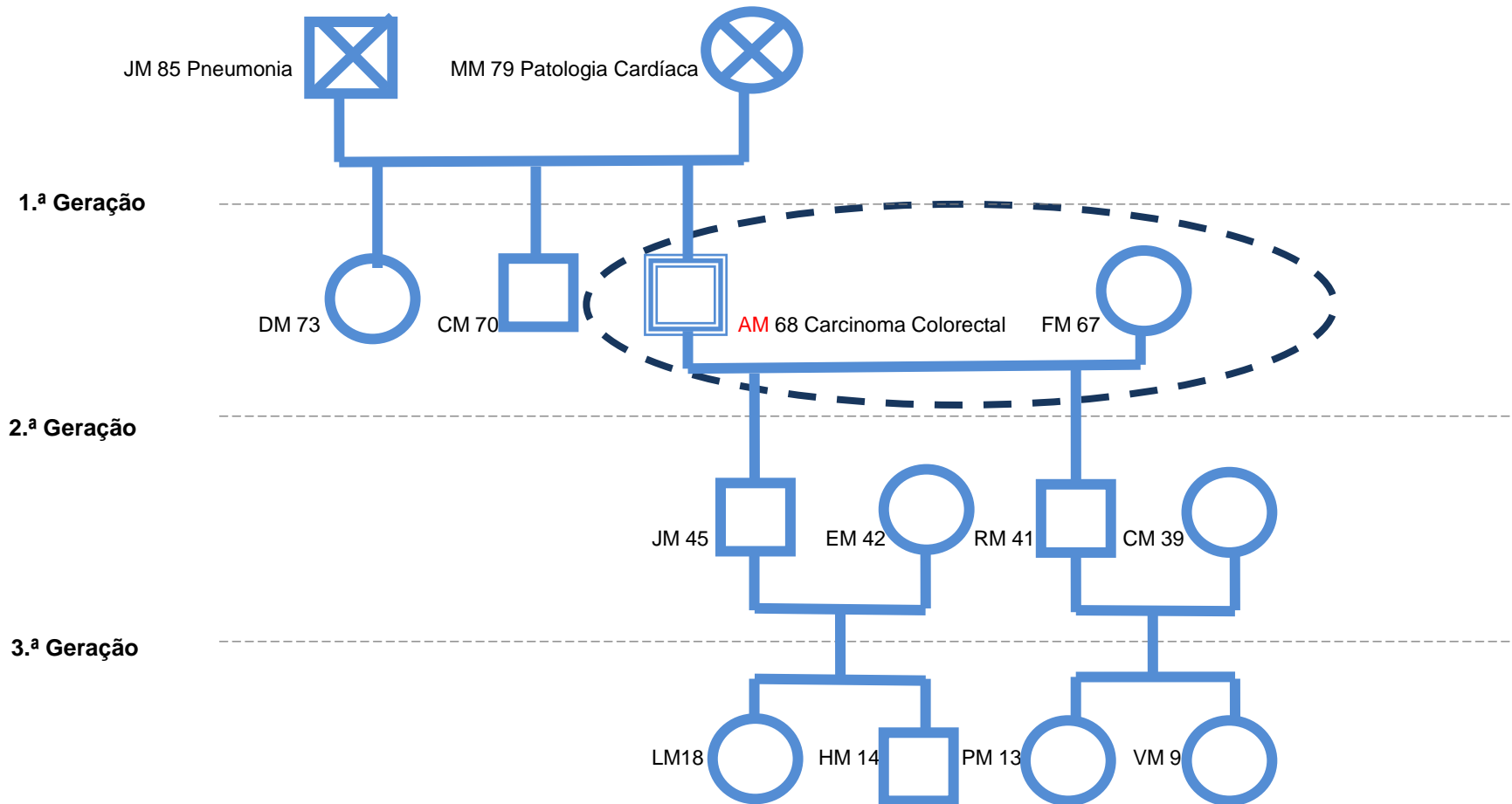
- ABREU, W. 2001. **Identidade Formação e Trabalho: Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros.** Formasau, Coimbra.
- BOLANDER, V. 1998. **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica**, 3.^a edição. Lusodidacta, Lisboa.
- **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem:** versão Beta 2. 3.^a edição. 2005. Associação Portuguesa de Enfermeiros, Lisboa.
- DEGLIN, J.; VALLERAND, A. 2003. **Guia Farmacológico para Enfermeiros**, 7.^a edição. Lusociência, Loures.
- FORTIN, M. 1999. **O Processo de Investigação: da Concepção à Realização.** Lusociência, Loures.
- **Índice Nacional Terapêutico.** 2010. Tupam Editores, Lisboa.
- KHAYAT, D.; DOROSHOW, J. 2006. **Manual de Oncologia Clínica da UICC**, 8.^a edição. Wiley, São Paulo.
- MANUILA, L. [et al]. 2004. **Dicionário Médico**, 3.^a edição. Climepsi, Lisboa.
- PEREIRA, C.; HENRIQUES, J. 2006. **Patologia e Clínica**, 2.^a edição. Mcgrawhill, Rio de Janeiro.
- PHANEUF, M. 2001. **Planificação de Cuidados: Um Sistema Integrado e Personalizado**, 1.^a edição. Quarteto editora, Coimbra.
- PHIPPS, W.; SANDS, J.; MAREK, J. 2003. **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica**, 6.^a edição. Lusociência, Loures.
- ROTHROCK, J. 2008. **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**, 13.^a edição. Lusodidacta, Loures.
- SEELEY, R.; STEPHENS, T.; TATE, P. 2004. **Anatomia e Fisiologia**, 3.^a edição. Lusodidacta, Lisboa.
- SMELTZER, S.; BARE, B. 2005. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, 10.^a edição. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.
- STANHOPE, M.; LANCASTER, J. 1999. **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**, 4.^a edição. Lusociência, Lisboa.

ANEXOS

ANEXO 1

Genograma

GENOGRAMA



Legenda:



Homem



Mulher



Morte homem



Morte mulher



Homem em estudo



Agregado familiar

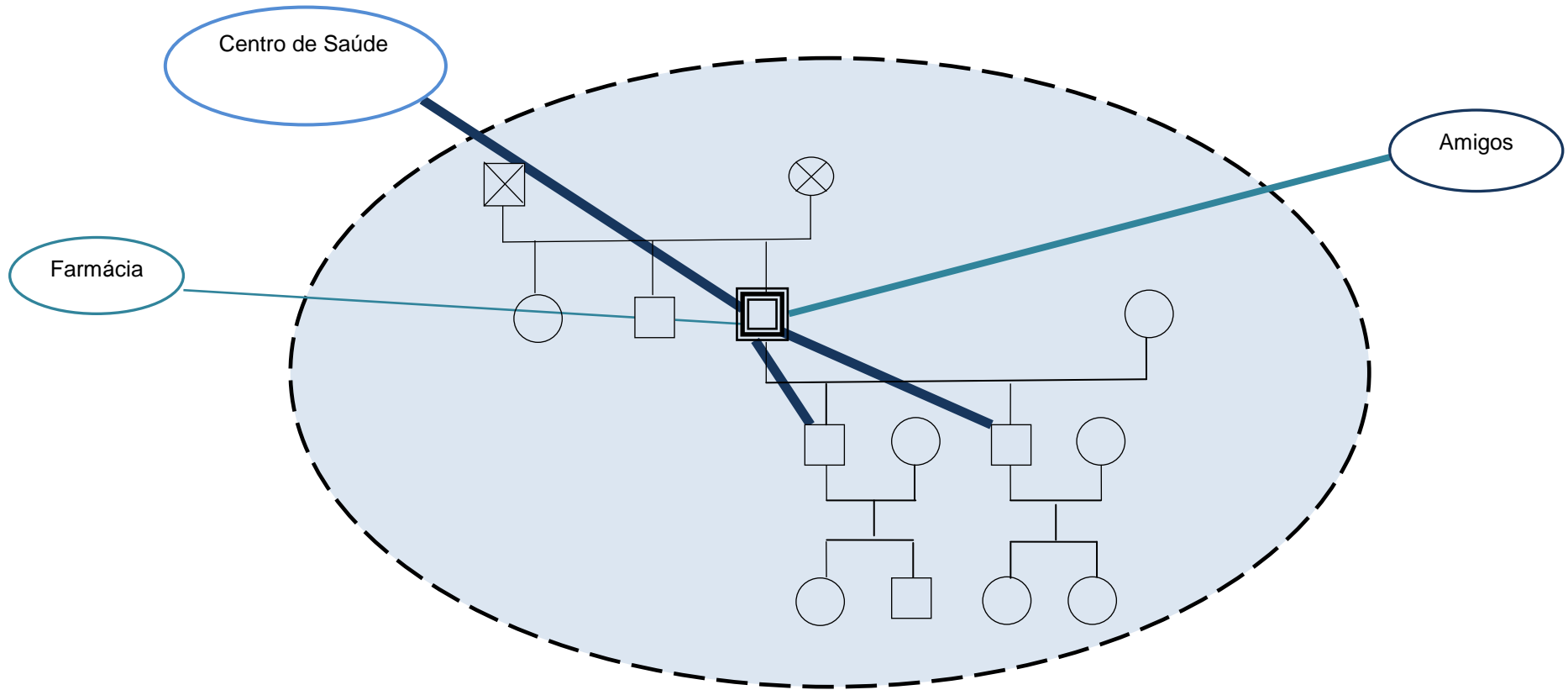


Matrimónio

ANEXO 2

Ecomapa

ECOMAPA



Legenda:



Homem



Mulher



Morte homem



Morte mulher



Homem em estudo



Matrimônio



Vínculos superficiais



Vínculos moderados



Vínculos fortes

ANEXOS 5

Revisto Bibliográfico: Perda de Temperatura Corporal no Bloco Operatório

PERDA DE TEMPERATURA CORPORAL NO BLOCO OPERATÓRIO

Autores:

- João Tiago Santos Oliveira – Enfermeiro de nível 1 no Centro de Saúde Figueira da Foz, a frequentar o III Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Morada: Rua da Floresta, n.º 284, Carapelhos – 3070-604 Mira

Telemóvel: 963624372

E-mail: jtoliveira21@hotmail.com

- Daniel Almeida – Enfermeiro tutor, especialista em Médico-Cirúrgica, no Bloco Operatório do Hospital de São Teotónio.

- Patrícia Coelho – Professora orientadora do III Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa – pólo das Beiras.

RESUMO

A passagem do doente pelo Bloco Operatório provoca sempre variação da temperatura corporal e consequentemente alteração na termorregulação. A maioria dos doentes submetidos a intervenção cirúrgica, manifestam hipotermia no período pós-operatório. A hipotermia pode levar a um aumento do tempo de recuperação, aumentando desta forma a morbilidade pós-operatória.

Este estudo tem como finalidade, verificar a perda de temperatura corporal dos doentes submetidos a intervenção cirúrgica.

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo simples e correlacional, cujo instrumento de colheita de dados foi um formulário, composto por três partes. Na primeira parte caracteriza-se a amostra, numa segunda parte caracteriza-se o procedimento cirúrgico e a terceira parte diz respeito à avaliação da temperatura nos diferentes períodos operatórios.

A amostra é constituída por 35 doentes, submetidos a intervenção cirúrgica no Bloco Operatório do Hospital de São Teotónio de Viseu. Esta opção é fundamentada pela acessibilidade da amostra.

Os resultados foram obtidos através da análise dos gráficos elaborados, para cada uma das variáveis. Assim, podem inferir-se as seguintes conclusões:

- Existe relação entre a perda de temperatura corporal e a idade do indivíduo;

- Não se verifica relação entre a temperatura corporal e o sexo do indivíduo;
- Existe relação entre a perda de temperatura corporal e o tempo de exposição;
- Existe relação entre a perda de temperatura corporal e o tipo de cirurgia;
- Existe relação entre a perda de temperatura corporal e o aquecimento;
- Existe relação entre a perda de temperatura corporal e a perdas de fluidos.

Palavras-chave: temperatura, hipotermia e bloco operatório

0. INTRODUÇÃO

A realização do presente trabalho, insere-se na unidade curricular de estágio, do III Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer no Bloco Operatório (módulo III) do Hospital de São Teotónio, orientada pela Professora Patrícia Coelho e sob a tutoria do Enfermeiro Daniel Almeida.

A Enfermagem ao longo dos últimos tempos tem evoluído gradualmente, muito devido à investigação que tem sido levada a cabo pelos profissionais da área. Assim, enquanto futuro Enfermeiro especialista, pretende-se com o desenvolvimento deste trabalho dar continuidade ao que tem sido desenvolvido neste campo.

No processo da tomada de decisões em Enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o Enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Para tal, reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de Enfermagem, baseados na evidência empírica, “guidelines”, constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros.

A passagem do doente pelo Bloco Operatório provoca sempre variação da temperatura corporal e conseqüentemente alteração na termorregulação. Tanto a hipertermia como a hipotermia estão associadas a alterações fisiológicas, que podem interferir na recuperação do doente. A prevenção de anormalidades nas respostas da termorregulação, começa no período pré-operatório com história de admissão de Enfermagem, prolongando-se até ao pós-operatório. A hipotermia pode levar a um aumento do tempo de recuperação, aumentando desta forma a morbilidade pós-operatória. Estima-se que 60 % dos doentes submetidos a intervenção cirúrgica, manifestam hipotermia no período pós-operatório (PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003). De acordo com o mesmo autor, os cuidados de Enfermagem no pós-operatório estão focalizados no retorno do doente a um nível de funcionamento óptimo e tão rápido quanto possível. Neste sentido, é essencial que o Enfermeiro esteja desperto para a manutenção da temperatura corporal, de forma a prevenir complicações e conseqüentemente diminuir o tempo de recuperação do doente.

Assim, constitui-se como principal objectivo deste trabalho, verificar a perda de temperatura corporal dos doentes submetidos a intervenção cirúrgica.

O presente trabalho está estruturado em quatro partes distintas. Na primeira secção será feita uma fundamentação teórica acerca da temática. A segunda secção é constituída pela metodologia quantitativa onde são descritos o tipo de estudo, a amostra/população, as variáveis e as hipóteses. Segue-se o terceiro capítulo, onde são apresentados os resultados. Por fim, na quarta parte do trabalho será feita uma análise e discussão dos resultados.

Para a realização deste trabalho foi realizada uma colheita de dados acerca da temperatura no pré, intra e pós-operatório, e outros dados pertinentes como a idade, o sexo, o tipo de cirurgia, o tempo de exposição, a perda de fluidos, e o aquecimento. Foi ainda efectuada pesquisa bibliográfica de acordo com esta temática.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A temperatura corporal reflecte a capacidade do organismo para equilibrar a produção e a perda de calor. Quando este mecanismo falha pode ocorrer uma elevação anormal da temperatura designada por febre ou uma temperatura abaixo do normal denominada por hipotermia (BOLANDER, 1998).

De acordo com o mesmo autor, o corpo produz e perde calor de forma contínua. Existe uma constante troca de energia sob a forma de calor, não só entre o corpo da pessoa e o ambiente, mas também entre os compartimentos internos do próprio corpo. A troca de calor é influenciada por vários factores como: a temperatura ambiente, a humidade, as correntes de ar, a exposição corporal e a posição do corpo.

A manutenção da temperatura corporal, não obstante as variações da temperatura ambiente é um processo homeostático que envolve o funcionamento coordenado de muitos sistemas orgânicos. Assim, para a temperatura corporal permanecer constante deve existir um equilíbrio entre a produção de calor corporal designado por termogénese e a perda de calor para o ambiente, designado por termólise (BOLANDER, 1998).

Produção de calor

O corpo humano produz calor através do metabolismo que é a soma de todas as reacções químicas em todas as células. Chama-se metabolismo basal à quantidade mínima de calor produzida pelo corpo resultante dos processos metabólicos. Num indivíduo adulto saudável, o calor produzido pelo corpo em repouso é de 70 kilocalorias por hora. No entanto, a taxa de metabolismo pode ser aumentada devido a factores como: a actividade muscular (exercício físico ou tremores); o aumento da estimulação do sistema nervoso simpático e consequente aumento dos níveis de epinefrina e noroepinefrina no sangue; o aumento dos níveis de tiroxina no sangue; a oxidação dos alimentos; e a febre (TAYLOR, LILLIS & LEMONE, 2007).

Perda de calor

O principal método para regular a perda de calor é pela variação da quantidade de sangue na circulação periférica, de onde o calor pode ser perdido para a atmosfera. Este é um processo que é conseguido através da vasodilatação. A subida da temperatura corporal estimula a vasodilatação, aumentando a circulação periférica, de modo a libertar o excesso de temperatura. Assim, o excesso de temperatura é eliminado através de quatro processos: irradiação, em que existe um movimento de calor, sob a forma de raios infravermelhos, saindo de um objecto quente para o ambiente mais frio que o envolve; condução, em que a corrente de calor passa de um objecto mais quente para outro mais frio, quando estão em contacto

directo; convecção, em que há transferência de calor de um objecto mais quente para outro mais frio, através da circulação de um líquido ou gás; e evaporação, em que existe transferência de calor pela conversão de água em vapor. Contudo, a eficácia destes processos depende da quantidade de calor produzida pelo corpo e das condições do ambiente (SEELEY, STEPHENS & TATE, 2001).

Regulação fisiológica

A regulação fisiológica está relacionada com a resposta involuntária que mantém constante a temperatura corporal. O corpo consegue manter a temperatura por volta dos 37°C. Este valor, é a temperatura ideal para o funcionamento normal do organismo, sendo designado por ponto de viragem. Qualquer desvio da temperatura numa ou noutra direcção acciona mecanismos termorreguladores, que alteram a produção ou a eliminação de calor, no sentido de levar a temperatura corporal ao ponto de viragem. A temperatura corporal é regulada pelo sistema nervoso central. Contudo, a regulação deste sistema depende: dos receptores, do centro integrador, e dos mecanismos efectores.

Em relação aos receptores, estes constituem terminações nervosas especializadas em captar a temperatura interna e externa, estando situados na pele, nos órgãos abdominais, na medula espinal e no hipotálamo. Assim, os receptores tem como função enviar informação acerca do ambiente externo e interno para o centro integrador. Relativamente ao centro integrador, este consiste no centro cerebral localizado no hipotálamo, que mantém a temperatura interna do corpo. Interpreta os dados fornecidos pelos receptores e desencadeia uma resposta adequada. Esta área pode ser designada por termóstato hipotalâmico. Este funciona através de um mecanismo de feedback negativo, para manter a temperatura corporal estável no ponto de viragem, que é aproximadamente 37°C (BOLANDER, 1998).

Quando são detectados pelo hipotálamo, aumento ou diminuição excessiva da temperatura, este envia sinais aos órgãos efectores, que alteram a corrente sanguínea, o metabolismo, a sudorese, a perda insensível de calor, para que o corpo retome a sua temperatura normal. Os órgãos efectores da regulação da temperatura incluem, os vasos sanguíneos, os músculos esqueléticos, e as glândulas sudoríparas. Deste modo, o corpo conserva calor quando os vasos sanguíneos periféricos se contraem, chegando uma menor quantidade de sangue à superfície corporal, havendo menor perda de calor. Por outro lado, há contracção dos músculos esqueléticos para desenvolver mais calor (surgindo por vezes tremores) e as glândulas sudoríparas ficam inibidas. Para além de todas estas reacções, existe ainda um aumento da secreção de epinefrina e norepinefrina com o fim de estimular a produção de calor. Durante os períodos em que a perda de calor é necessária, os órgãos efectores respondem de modo inverso, levando à dilatação dos vasos sanguíneos periféricos, à inibição dos tremores e o processo de sudorese é estimulado. A respiração também se torna mais rápida e profunda, aumentando ligeiramente a perda de calor (TAYLOR, LILLIS & LEMONE, 2007).

Factores que afectam a temperatura corporal

A temperatura corporal dita normal, situa-se nos 37°C, e pode ser afectada por vários factores tais como: a idade, a actividade física, os ritmos circadianos, as hormonas, e o stress.

Relativamente à idade, a temperatura corporal é geralmente mais baixa nos idosos do que noutros grupos etários. Essa diminuição da temperatura corporal, deve-se a um conjunto de alterações fisiológicas como: a diminuição da massa muscular, diminuição do metabolismo celular, menor tecido adiposo (que funciona como isolante), e menor sensibilidade dos receptores térmicos a alterações de temperatura. Por outro lado, os idosos são na maioria das vezes mal nutridos, e tem pouca actividade física, o que conduz a uma diminuição da produção de calor e por isso estão mais susceptíveis aos efeitos de um ambiente frio. Em contrapartida, as crianças e lactentes tem temperaturas corporais ligeiramente mais altas do que um adulto. Os mecanismos termorreguladores dos recém-nascidos, também não estão completamente desenvolvidos, estando, por isso, susceptíveis a grandes variações da temperatura quando expostos a condições extremas (BOLANDER, 1998).

Em relação aos ritmos circadianos, a temperatura central varia de uma forma rítmica, entre 0,5°C a 1°C em cada período de 24 horas. Geralmente, sobe abruptamente de manhã cedo até meio da manhã, sobe gradualmente no início da tarde, atingindo o seu máximo entre as 16 e as 20 horas. A partir desse período, começa a diminuir atingindo o seu valor mais baixo, entre a 0 e a 6 horas.

No que diz respeito às hormonas, nos indivíduos do sexo feminino, ocorrem flutuações periódicas da temperatura relacionadas com o ciclo menstrual. Estas alterações resultam da elevação dos níveis de progesterona no sangue. A temperatura corporal desce aproximadamente 0,3°C, alguns dias antes da ovulação e sobe cerca de 0,6°C após a ovulação. No entanto, a temperatura corporal também aumenta, como resposta às grandes quantidades da hormona tiroideia e da hormona de crescimento, presentes na corrente sanguínea. Estas hormonas aumentam o metabolismo corporal, aumentando desta forma a produção de calor (TAYLOR, LILLIS & LEMONE, 2007).

Em relação ao stress, quer fisiológico, quer psicológico, este pode também ser responsável pelo aumento da temperatura, devido ao desencadeamento da actividade nervosa ou hormonal. O stress estimula o sistema nervoso simpático, levando à secreção de epinefrina e norepinefrina, que por sua vez, aumentam a actividade metabólica e consequentemente a temperatura corporal (BOLANDER, 1998).

Consequências da falência termorreguladora

As células, os tecidos e os órgãos do corpo funcionam a uma temperatura óptima situada entre os 36°C e os 38°C. No entanto, quando os mecanismos homeostáticos da termorregulação falham e a temperatura corporal é demasiado alta ou demasiado baixa, ocorrem lesões nas células e nos tecidos. O corpo tolera por curtos períodos, o aumento de temperatura até 40°C a

41°C sem sofrer lesões irreversíveis. Contudo, quando a temperatura sobe acima desses valores surgem lesões nos tecidos, devido a alterações ou a inactivação das proteínas celulares, ficando a maioria das funções enzimáticas comprometidas. Assim, o corpo humano também não tolera uma temperatura corporal muito baixa. A hipotermia prolongada danifica as membranas celulares, formando-se cristais por congelação dos tecidos, o que provoca lesões. A hipotermia (21°C a 24°C) pode ser tolerada por curtos períodos de tempo, especialmente sob vigilância médica (BOLANDER, 1998).

Avaliação da temperatura corporal

A expressão temperatura corporal refere-se habitualmente à temperatura interna do corpo, designada por temperatura central. Esta refere-se à temperatura interna das cavidades torácica, abdominal e do sistema nervoso central. A avaliação da temperatura central é rigorosamente regulada, e em condições normais, o seu desvio é de aproximadamente 1°C. A temperatura superficial, a temperatura da pele e dos tecidos periféricos subjacentes, podem sofrer grandes variações dependendo do ambiente. A pele, os músculos e o tecido subcutâneo, são geralmente mais frios do que a temperatura central. Assim é importante, aquando da medição da temperatura corporal, colocar o termómetro junto de uma artéria de grande calibre, de modo a efectuar uma medição rigorosa.

Os locais para a medição da temperatura devem ser escolhidos, de acordo com a acessibilidade, a segurança e o conforto do doente. A temperatura central pode ser medida a nível timpânico, da bexiga, do recto ou do esófago, sendo esta última de eleição por ser mais fidedigna em detrimento das restantes (PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003).

Hipotermia

Se a perda de calor exceder a capacidade do organismo para produzir calor, a temperatura corporal diminui, atingindo valores inferiores aos níveis normais. Deste modo, a hipotermia pode ser definida como a temperatura central que permanece abaixo do valor normal (SEELEY, STEPHENS & TATE, 2001). Esta pode ser classificada em hipotermia ligeira, moderada ou profunda. Na hipotermia ligeira a temperatura corporal oscila entre os 35°C e os 32°C; na hipotermia moderada o valor de temperatura oscila entre os 32°C e 26°C; e na hipotermia profunda a temperatura encontra-se abaixo dos 26°C.

No que diz respeito à fisiopatologia da hipotermia, esta envolve:

- ✓ A excessiva perda de calor, devido à exposição a temperaturas exteriores baixas; às doenças de pele (queimaduras e eritrodermia); e à hipotermia induzida por métodos terapêuticos externos;

- ✓ A diminuição da produção de calor, devido à malnutrição; a distúrbios endócrinos (hipotireoidismo, hipoglicemia, hipopituitarismo); e a pessoas com pouca mobilidade (artrite, doença de Parkinson, ou paralisia);
- ✓ O distúrbio na termorregulação, devido à disfunção no sistema nervoso central (anorexia nervosa, tumor cerebral, traumatismo craniano, acidente vascular cerebral, lesão da medula espinal); à indução por fármacos (narcóticos, barbitúricos, anti-depressivos, anestésicos gerais, atropina); e à doença grave (sépsis, hemorragia, pneumonia, enfarte agudo do miocárdio, cirrose, envenenamento com monóxido de carbono).

A hipotermia acidental resulta da exposição não intencional, a um clima húmido e ventoso com uma temperatura ambiente abaixo de 16°C ou da imersão acidental em água fria. Os grupos que correm maior risco são: as pessoas que praticam desporto em tempo frio, tal como os alpinistas e os esquiadores; os idosos que não são capazes de se aperceber das mudanças da temperatura ambiente ou que sofrem de confusão; os sem abrigo; os lactentes ou crianças com imaturidade do sistema termorregulador; e as pessoas com défices neurológicos sem capacidade para sentir ou reagir à diminuição da temperatura. Para além destes, podem também ser incluídos os alcoólicos, uma vez que perdem calor excessivo em consequência da vasodilatação, e que portanto, estão em risco em ambientes frios (BOLANDER, 1998).

Por vezes a hipotermia espontânea pode surgir a seguir à febre elevada. Após o período de febre, a temperatura corporal pode permanecer baixa durante alguns dias, até voltar ao normal. A hipotermia pode também surgir em indivíduos com doenças cerebrovasculares, intoxicações medicamentosas, infecções graves, insuficiência hepática ou renal e certas perturbações endócrinas (TAYLOR, LILLIS & LEMONE, 2007).

A hipotermia terapêutica, é por vezes utilizada na realização de grandes cirurgias, nomeadamente na cirurgia cardíaca e neurológica. Com a hipotermia, pretende-se reduzir as necessidades metabólicas do organismo, diminuindo o consumo de oxigénio dos tecidos, tornando-se assim, menos susceptíveis de serem lesados. O metabolismo celular fica reduzido em cerca de 15% por cada 1°C de temperatura corporal (SEELEY, STEPHENS & TATE, 2001).

Relativamente aos sinais e sintomas apresentados na hipotermia, podem ser:

- ✓ Sensação de frio e calafrios;
- ✓ Palidez nas pessoas de pele pouco pigmentada, pele fria;
- ✓ Diminuição da frequência respiratória;
- ✓ Bradicardia, arritmias cardíacas, possibilidade de paragem cardíaca;
- ✓ Diminuição do débito urinário;
- ✓ Dormência das extremidades;
- ✓ Fala arrastada;
- ✓ Diminuição do nível de consciência, progressiva sonolência (até ao coma);
- ✓ Acidose metabólica secundária a uma insuficiente oxigenação dos tecidos;
- ✓ Edema generalizado;

- ✓ Diminuição dos reflexos e das respostas reflexas (BOLANDER, 1998).

No que diz respeito à hipotermia em contexto de Bloco Operatório, a necessidade de promoção e manutenção de uma temperatura corporal adequada é por vezes considerada secundária à necessidade de cirurgia. O estado de hipotermia que é por vezes induzido, torna-se importante para a realização de alguns procedimentos cirúrgicos, como já foi referido anteriormente. Contudo, a redução da temperatura corporal conduz a um maior tempo de recuperação do indivíduo sujeito a intervenção cirúrgica. Existem vários factores que influenciam a regulação da temperatura corporal em contexto de Bloco Operatório, tais como: a exposição do corpo durante a intervenção cirúrgica; a perda de calor térmico através de uma grande incisão; a inactividade muscular durante a cirurgia; a incapacidade de tremer como resposta homeostática devido aos efeitos dos relaxantes musculares; os fármacos narcóticos que provocam uma diminuição da temperatura controlada pelo hipotálamo, o que conduz a uma redução da taxa metabólica e conseqüente diminuição da produção de calor (MANLEY & BELLMAN, 2003). Neste sentido, é de extrema importância que todos os elementos da equipa de saúde, nomeadamente os Enfermeiros, estejam despertos e conscientes para os potenciais efeitos fisiológicos provocados pela hipotermia não terapêutica.

Em suma, pelo que foi descrito neste capítulo é possível verificar que a perda de temperatura corporal está associada ao tempo de exposição corporal, à temperatura ambiente, aos fármacos administrados, ao tipo de intervenção cirúrgica (tamanho da incisão) e à idade.

2. METODOLOGIA

Esta investigação foi efectuada com base no método quantitativo, tendo em conta que a população e o tipo de estudo, recomenda o uso deste método.

O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Deste modo, a metodologia quantitativa deve conduzir a resultados objectivos, sem desvios por parte do investigador, o que contribui em muito para a formação e validação dos conhecimentos, facilitando o controlo de acontecimentos (FORTIN, 1999).

A investigação quantitativa implica a recolha sistemática de informação numérica e a análise dessa informação por meio de procedimentos estatísticos. Ainda de acordo com os mesmos autores, a investigação quantitativa tende a enfatizar o relacionamento dedutivo, das regras de lógica e dos atributos mensuráveis da experiência humana (POLIT & HUNGLER, 1994).

Neste estudo, foram abordados alguns conceitos específicos, como a temperatura corporal, a idade, o sexo, o tempo de exposição, o tipo de cirurgia e a hipotermia, tendo sido interrelacionados. Para tal, utilizou-se um formulário de recolha de informação (Anexo 1), no sentido de recolher informação de modo objectivo que será sujeita a uma análise posterior.

2.1. TIPO DE ESTUDO

Neste estudo, pretende-se visar a determinação da relação entre as várias variáveis em causa, assim como a natureza dessa mesma relação. Deste modo, estamos perante um estudo correlacional, que pode ser definido como a verificação da natureza das relações que existem entre determinadas variáveis. Estas relações presumidas entre variáveis apoiam-se em trabalhos de investigação anteriores ou em bases teóricas. Com o evoluir do trabalho, o investigador pode verificar a natureza das relações estabelecidas, sendo que estas mostram as relações existentes entre as várias variáveis em estudo (FORTIN, 1999).

De acordo com a mesma autora, as variáveis ao contrário do que acontece num estudo experimental, não são manipuláveis, podendo obter-se correlações positivas ou negativas de acordo com a sua direcção.

Num estudo do tipo correlacional, as variáveis não são aleatórias mas definidas de acordo com a fundamentação teórica, também baseada em trabalhos de investigação anteriores e com as alterações que umas podem provocar nas outras. Neste estudo as amostras devem ser cuidadas e de dimensão razoável no sentido de se poder generalizar. Desta forma, implica a

utilização e aplicação de meios de colheita de dados quantitativos, assim como análises de factores e de regressão simples, no sentido de verificar as hipóteses e a relação existente entre as variáveis dependentes e independentes (FORTIN, 1999).

Este é também um estudo descritivo, visto que se pretende descrever as características da amostra, assim como procurar estabelecer relações entre conceitos. O objectivo do estudo descritivo simples consiste em discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo (FORTIN, 1999).

Assim este estudo, é um estudo de carácter descritivo simples e correlacional.

2.2. AMOSTRA/POPULAÇÃO

Entende-se por população, um conjunto de elementos que partilham de iguais características. A amostra/população é um conjunto de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. Para a realização de um trabalho deste tipo, é necessário uma definição clara da população alvo do estudo. A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações (FORTIN, 1999).

Como aplicar um estudo à totalidade de uma população não é fácil, ou mesmo impossível, pode optar-se por fazer essa aplicação a um grupo da população, isto é, a uma amostra que pode também ser definida como um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos, que fazem parte de uma mesma população em que as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada (FORTIN, 1999).

Neste estudo, tendo em conta que a população alvo são os doentes submetidos a intervenção cirúrgica no Bloco Operatório do Hospital de São Teotónio e como é impossível fazer um estudo que envolva toda esta população alvo, optou-se por aplicar o estudo a uma amostra de 35 doentes.

Relativamente à representatividade da amostra, esta avalia-se comparando as médias da amostra com as populações alvo (FORTIN, 1999). Neste caso tal não irá ser possível, uma vez que o período de tempo é limitado.

A amostragem não probabilística é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra. Ainda neste método de amostragem, é possível dizer que estamos perante o método de amostragem acidental, uma vez que a amostra acidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num momento preciso (FORTIN, 1999). Traçando o paralelismo com este estudo, a amostra global é formada por indivíduos presentes em determinados turnos.

2.3. VARIÁVEIS

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação (FORTIN, 1999). A maioria das actividades de investigação tem como objectivo compreender de que maneira e o porquê da variação das coisas, com a finalidade de relacionar, as diferenças de uma variável com as diferenças de outra (POLIT & HUNGLER, 1994). As variáveis podem ser de vários tipos, sendo as mais comuns as variáveis dependentes e independentes, que serão abordadas de seguida.

A variável dependente é aquela que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta, ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente. Num estudo, podem existir várias variáveis dependentes submetidas ao efeito de uma ou várias variáveis independentes (FORTIN, 1999). No presente estudo, foi definida como variável dependente a perda temperatura corporal, por se entender que esta poderá sofrer influência das restantes variáveis independentes.

A variável independente é aquela que o investigador manipula num estudo experimental, para medir o seu efeito na variável dependente (FORTIN, 1999). Assim as variáveis independentes deste estudo são: a idade, o sexo, o tempo de exposição, o tipo de cirurgia, as perdas de fluidos, e o aquecimento, visto que estas variáveis são capazes de influenciar a variável dependente.

2.3.1. Operacionalização das variáveis

O instrumento de colheita de dados utilizado neste trabalho é composto por três partes. Uma primeira na qual se pretende uma caracterização da amostra quanto à idade e ao sexo do doente. Na segunda parte, pretende-se a caracterização do procedimento cirúrgico, quanto ao tipo de intervenção cirúrgica, ao aquecimento, ao tempo de exposição, e às perdas de fluidos. A terceira parte é composta pela avaliação da temperatura no pré, no intra, e no pós-operatório.

De seguida, é feita a descrição da operacionalização de cada uma das variáveis.

No instrumento de colheita de dados aplicado, e para uma melhor interpretação dos dados obtidos, ao nível da variável **idade** efectuou-se a sua divisão por categorias. Visto ser uma variável contínua, foram formados grupos separados por dez anos de intervalo. São, portanto, sete categorias, sendo os grupos formados por indivíduos entre 10-20 anos de idade, 20-30, 30-40, 40-50, 50-60, 60-70, e indivíduos com mais de 70 anos de idade. O limite superior é aberto. Estamos perante uma variável contínua. Assim, as categorias foram traçadas de acordo com as idades apresentadas pelos vários elementos amostra.

Uma outra variável em estudo é a variável **sexo**, que representa uma variável fechada, com a opção entre masculino e feminino.

Em relação ao **aquecimento**, esta representa também uma variável fechada, sendo classificada apenas entre sim ou não.

Relativamente ao **tempo de exposição**, este diz respeito à duração da intervenção cirúrgica à qual o indivíduo foi submetido. Esta é uma variável contínua, e por esse motivo, optou-se por formar intervalos de 30 minutos: 0-30, 30-60, 60-90, 90-120 e >120. O seu limite superior é aberto.

Em relação ao **tipo de cirurgia**, classifica-se em: cesariana; ortopedia (que inclui prótese total da anca, revisão da prótese total da anca, estabilização da fractura do colo do fémur, reparação da rotura da coifa do ombro, estabilização da fractura do fémur, redução e osteossíntese da fractura do colo do fémur); hernioplastia; circuncisão; colecistectomia; apendicectomia; lipomectomia; cirurgia abdominal (que engloba laparotomia exploratória, gastrectomia sub-total, e ressutura abdominal); cirurgia plástica; cirurgia laparoscópica (como biopsia hepática e colecistectomia).

No que se refere à variável **perdas de fluidos**, é de realçar que não foram tidas em conta, as perdas insensíveis, nem o débito urinário. Optou-se por classificar esta variável em ligeira (0-100ml), moderada (100-500ml), ou elevada (>500ml).

A variável **perda de temperatura corporal** foi operacionalizada em graus célsius. De acordo com os dados colhidos as temperaturas irão situar-se entre os 33°C e os 36°C.

2.4. HIPÓTESES EM ESTUDO

Uma hipótese pode ser definida como um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis. É uma proposição baseada na teoria. Assim, a hipótese combina o problema e o objectivo numa explicação ou predição clara dos resultados esperados de um estudo (FORTIN, 1999). A formulação de hipóteses tem como principal objectivo orientar a investigação científica, ampliar os conhecimentos e dirigir a investigação. O investigador formula uma ou mais hipóteses para identificar o problema, efectuando uma revisão da literatura, conceptualizando as variáveis de investigação (POLIT & HUNGLER, 1994). Deste modo, uma hipótese inclui as variáveis em estudo, o tipo de investigação e a população alvo.

As hipóteses formuladas neste estudo incluem-se na categoria das hipóteses simples, visto que uma hipótese simples pode exprimir a relação de causalidade entre uma variável independente e outra dependente (FORTIN, 1999).

Perante a definição do que é uma hipótese e após a revisão da literatura, serão apresentadas de seguida, as hipóteses que orientam no estudo:

H1: A perda de temperatura corporal está relacionada com a idade do doente.

H2: A perda de temperatura corporal está relacionada com o sexo do doente.

H3: A perda de temperatura corporal está relacionada com o tempo de exposição.

H4: A perda de temperatura corporal está relacionada com o tipo de cirurgia.

H5: A perda temperatura corporal está relacionada com o aquecimento.

H6: A perda temperatura corporal está relacionada com a perda de fluidos corporais.

3. ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo é efectuada a análise e apresentação dos dados e dos resultados obtidos, com base no instrumento de recolha de dados que foi utilizado.

Os resultados obtidos serão apresentados sob a forma gráfica, sendo a classificação da amostra apresentada em percentagem e a relação entre variáveis traduzida através da média, de modo a facilitar a análise dos dados.

3.1. CLASSIFICAÇÃO DA AMOSTRA

Relativamente à idade dos indivíduos submetidos a cirurgia, verifica-se no gráfico 1, que a maioria dos indivíduos 45.7% (16) têm idades compreendidas entre os 60 e 70 anos, seguidos de 14.3% (5) cuja idade está compreendida entre os 10 e 20 anos.

Os indivíduos apresentam idades compreendidas entre os 11 e os 77 anos, sendo a média de idades de 49,17.

A maioria dos indivíduos deste estudo são do sexo masculino, concretamente 60% (21). Os indivíduos do sexo masculino representam 40% (14) da amostra, como se pode verificar no gráfico 2.

Quanto ao tipo de cirurgia, pode-se verificar no gráfico 3, que predomina nesta amostra a cirurgia ortopédica com 22.9% (8), seguida da cirurgia abdominal com 14.3% (5), cesariana com 11.4% (4), e apendicectomia com 11.4% (4).

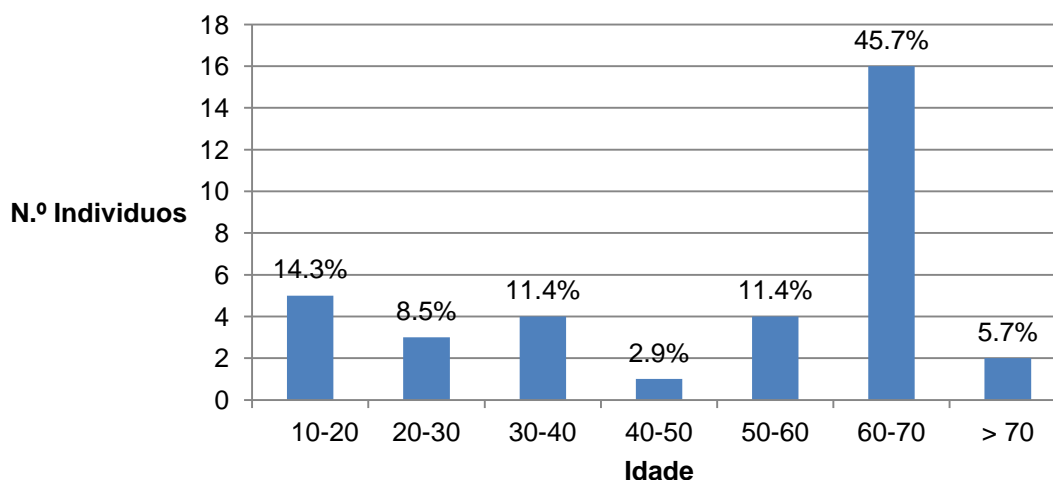


Gráfico 1 – Idade dos indivíduos

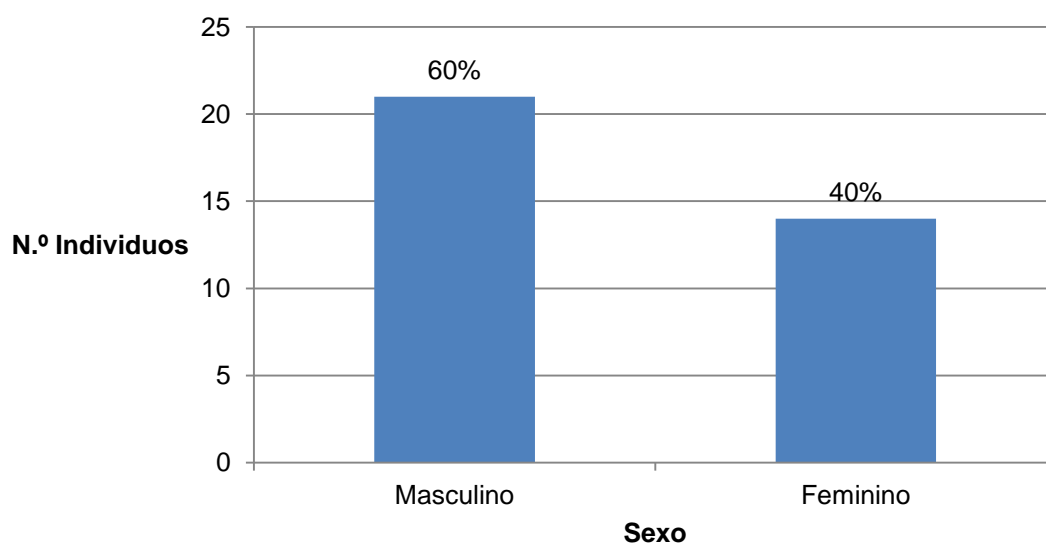


Gráfico 2 – Sexo dos indivíduos

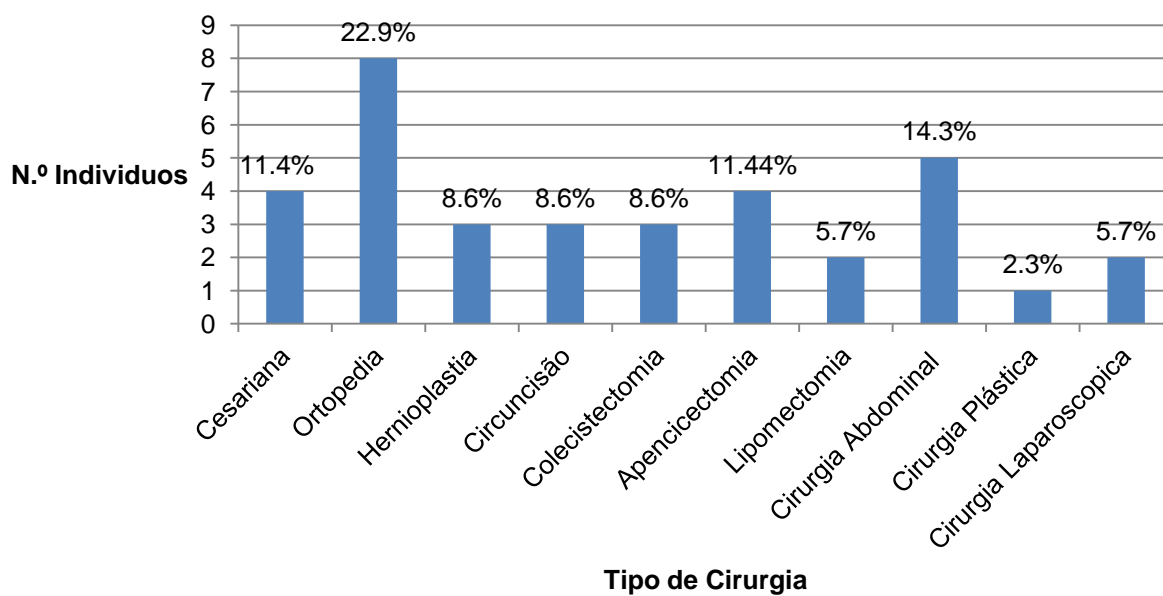


Gráfico 3 – Tipo de cirurgia

3.2. RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS

De acordo com o gráfico 4, verifica-se que a temperatura corporal é mais elevada no período pré-operatório, sendo o valor médio de 36.71°C, e mais baixa no período pós-operatório, sendo o valor de 34.61°C. Assim, a temperatura corporal vai diminuindo à medida que o indivíduo atravessa os diversos períodos, do pré, intra e pós-operatório.

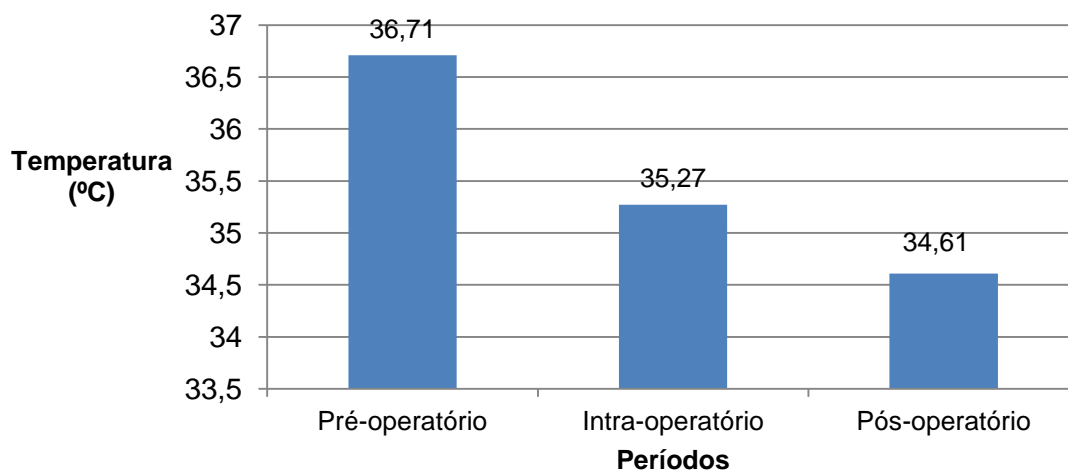


Gráfico 4 – Relação entre a temperatura corporal e os períodos, pré, intra e pós-operatório

No gráfico 5, que estabelece a relação entre a temperatura no pós-operatório e a idade dos indivíduos, verifica-se que os indivíduos entre os 10 e os 20 anos apresentam temperaturas corporais mais elevadas, de 35.38 °C, seguidos dos indivíduos com idades compreendidas entre os 40 e 50 anos, com 35°C. Os indivíduos com idades superiores a 70 anos, apresentam temperaturas mais baixas, sendo a média de 34.1°C. Observa-se também que a temperatura diminui progressivamente nos indivíduos entre os 40-50 anos de idade (35°C) e os indivíduos com idades superiores a 70 anos (34,1°C).

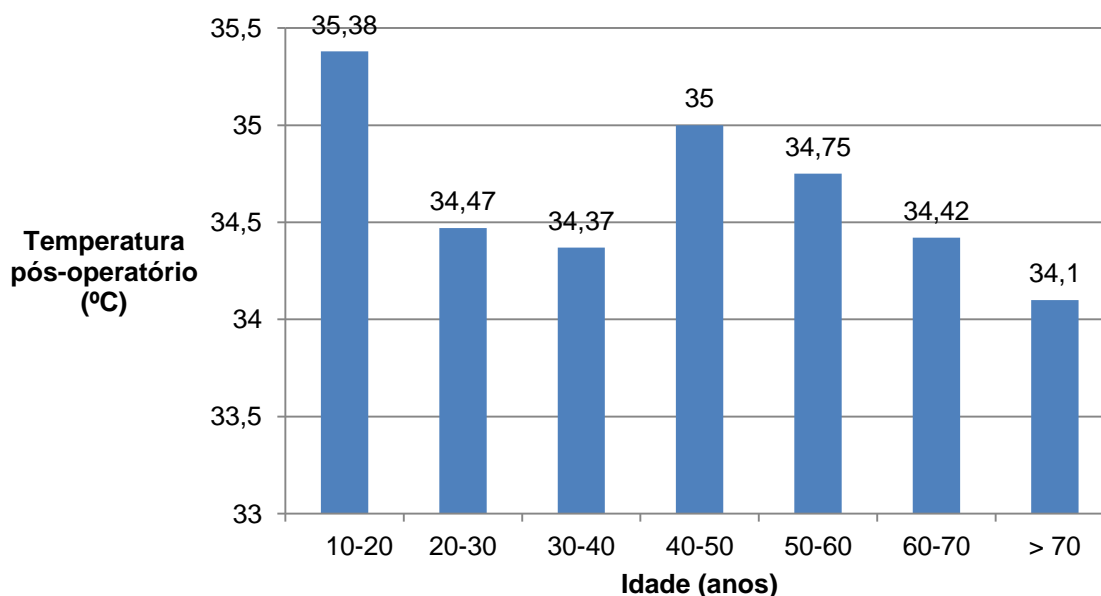


Gráfico 5 – Relação entre a temperatura no pós-operatório e a idade

No que diz respeito à relação entre a temperatura no pós-operatório e o sexo, como se pode verificar no gráfico 6, os indivíduos do sexo masculino apresentam uma temperatura corporal mais elevada, sendo a média de 34,73 °C, e os indivíduos do sexo feminino apresentam uma temperatura corporal mais baixa, de 34,44°C.

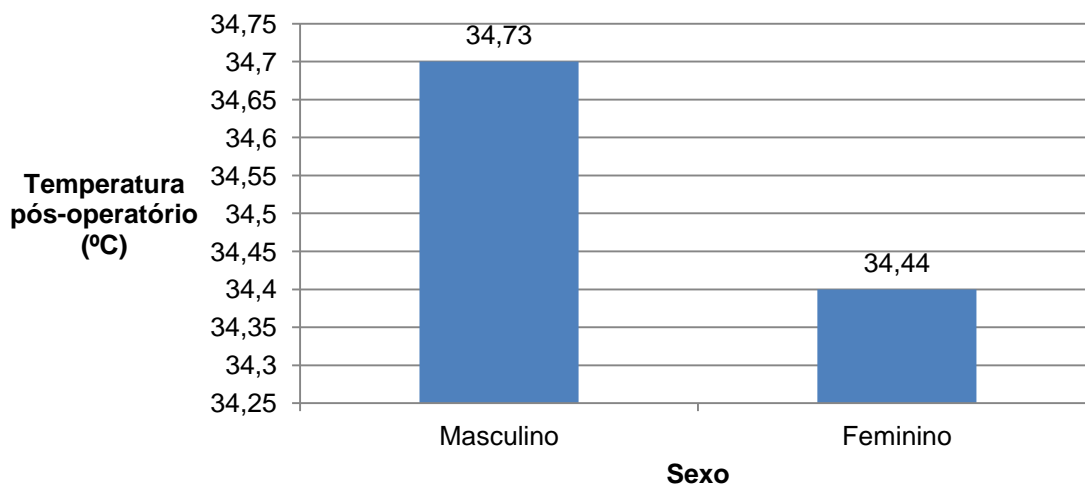


Gráfico 6 – Relação entre a temperatura no pós-operatório e o sexo

No que se refere a relação entre a temperatura corporal no pós-operatório e o tempo de exposição, verifica-se que a temperatura corporal é mais elevada entre os 0 e os 30 minutos de exposição (34.95°C), seguida dos 30 a 60 minutos de exposição (34.83°C). O valor mais baixo de temperatura corporal verifica-se entre os 90 e os 120 minutos de exposição, com uma média de 34.15°C (gráfico 7).

Observa-se ainda que a temperatura diminui progressivamente entre os 0 e os 120 minutos de exposição, sendo os valores de temperatura, respectivamente, 34.95°C, 34.83°C, 34.3°C, 34.15°C, e que aumenta em tempos de exposição superiores a 120 minutos.

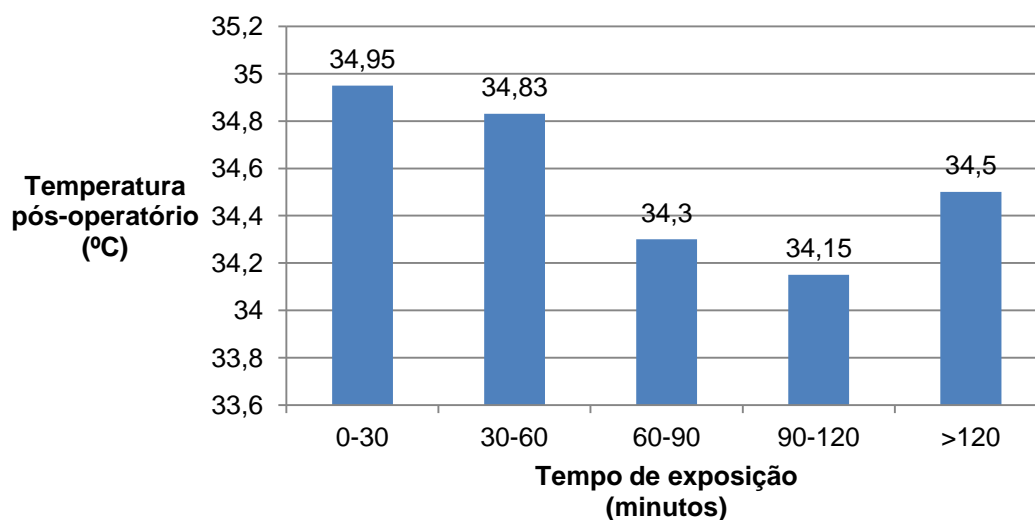


Gráfico 7 – Relação entre a temperatura no pós-operatório e o tempo de exposição

De acordo com o gráfico 8, que relaciona a temperatura corporal no pós-operatório com o tipo de cirurgia, observa-se que as médias de temperatura de corporal são mais elevadas, nos tipos de cirurgia: apendicectomia (35.73°C), circuncisão (35.1°C), cirurgia plástica (35°C) e lipomectomia (34.95°C). Nos tipos de cirurgia por via laparoscópica (33.85°C), cirurgia abdominal (34.18°C) e cesariana (34,25°C), os valores médios de temperatura são mais baixos.

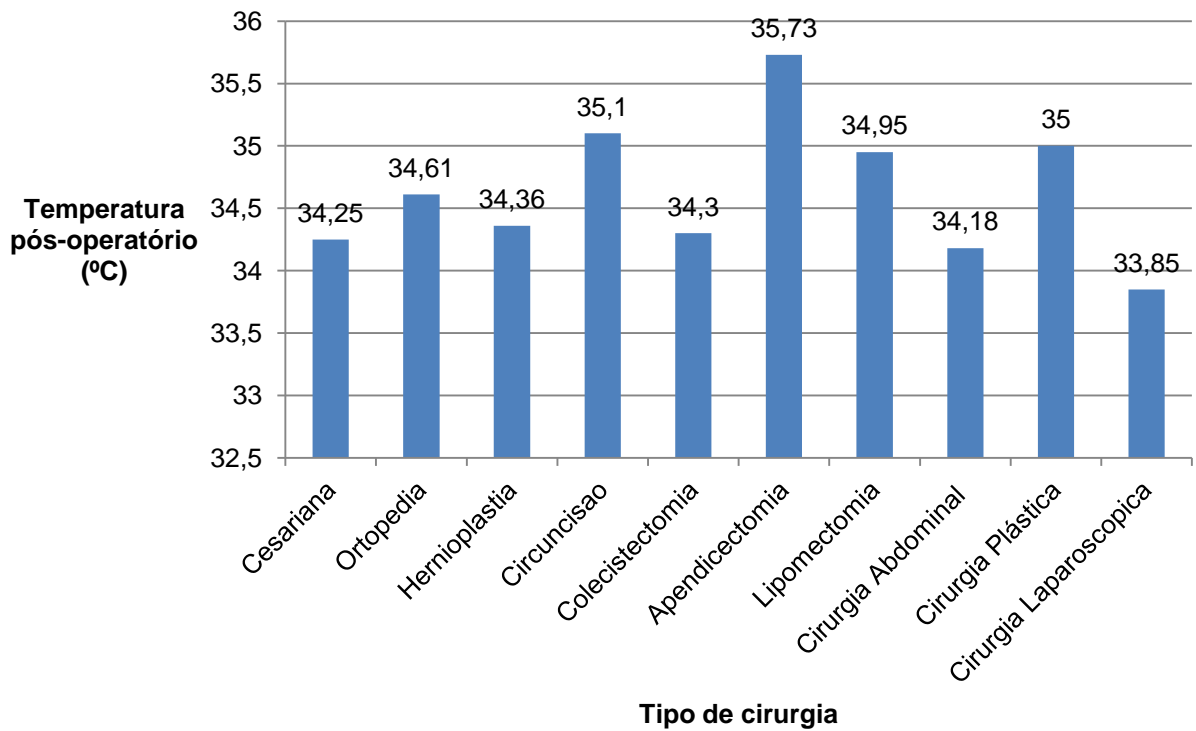


Gráfico 8 – Relação entre a temperatura no pós-operatório e o tipo de cirurgia

No gráfico 9, estabelece-se a relação entre a temperatura no pós-operatório e os indivíduos que foram aquecidos ou não aquecidos durante o procedimento cirúrgico. Pode-se observar, que os indivíduos que foram aquecidos apresentam uma temperatura média de 34,66°C, superior à temperatura média de 34,61°C dos indivíduos que não foram aquecidos.

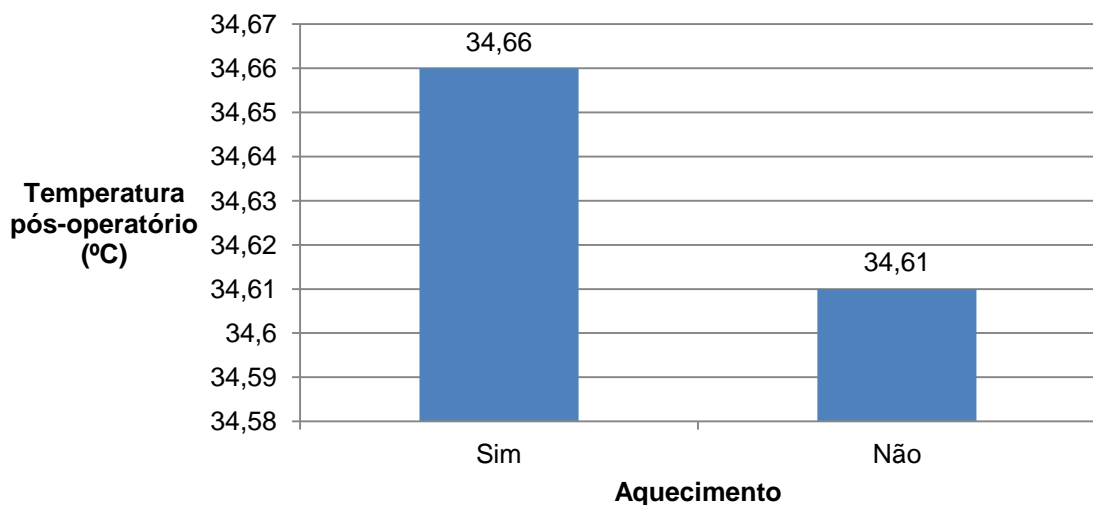


Gráfico 9 – Relação entre a temperatura no pós-operatório e aquecimento

No que diz respeito à relação entre a temperatura no pós-operatório e a perda de fluidos, verifica-se que os indivíduos com perdas de fluidos ligeiras apresentam uma temperatura corporal média, mais elevada de 34.85°C, seguida dos indivíduos com perdas de fluidos elevada, cuja média da temperatura é de 34.3°C. A temperatura média mais baixa, verifica-se quando existem perdas moderadas, 34.2°C (gráfico 10).

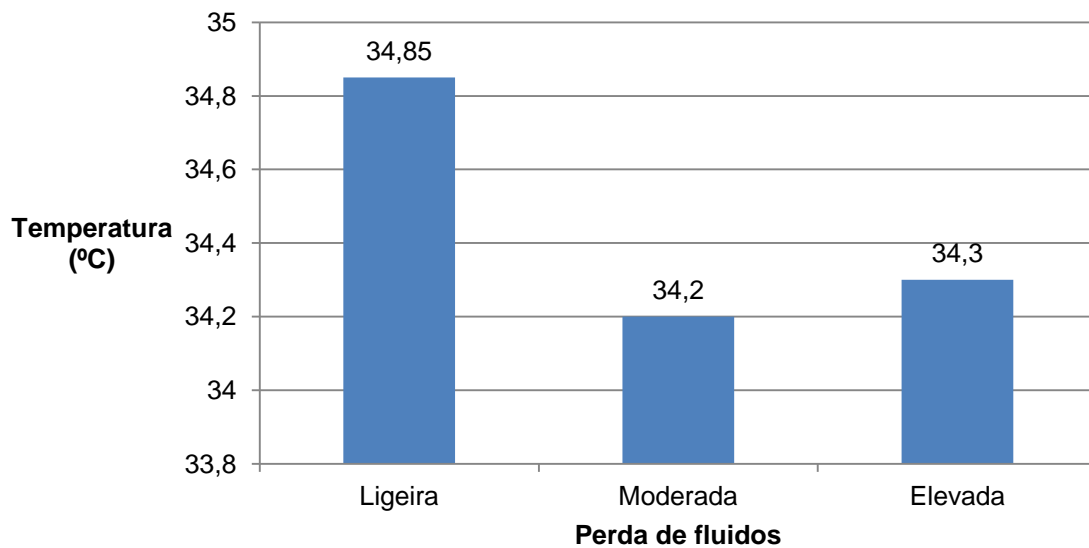


Gráfico 10 – Relação entre a temperatura no pós-operatório e a perda de fluidos

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação e análise dos resultados procede-se à discussão dos mesmos, apoiando as inferências, na fundamentação teórica apresentada na primeira parte do trabalho.

Esta fase de um trabalho de investigação faz parte do núcleo central, do qual sobressaem os resultados mais significativos, baseados nas opiniões dos autores consultados, com o objectivo de se obter mais conhecimentos sobre o problema em estudo (FORTIN, 1999).

Relativamente à idade, observa-se que os indivíduos com idades compreendidas entre os 10 e os 20 anos apresentam uma média de temperatura corporal superior (35.38°C) à dos indivíduos com idade superior a 70 anos (34.1°C). Observa-se também, que a partir dos 40 anos de idade, a média de temperatura corporal vai diminuindo progressivamente. A temperatura corporal, é geralmente mais baixa no indivíduos idosos do que noutros grupos etários. As Alterações metabólicas, a diminuição do tecido subcutâneo e a redução da massa muscular, contribuem para que a temperatura corporal seja menor nos indivíduos com idades mais avançadas (PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003). Desta forma, **existe relação entre a perda de temperatura corporal e a idade.**

No que diz respeito ao sexo, verifica-se que os indivíduos do sexo masculino apresentam uma média temperatura corporal superior (34.73°C) à dos indivíduos do sexo feminino (34.44°C). De acordo com a bibliografia, a temperatura corporal varia em função do género, existindo factores que afectam a mesma, como a regulação hormonal. A temperatura corporal nas mulheres desce em aproximadamente 0.3°C alguns dias antes da ovulação e sobe cerca de 0.6°C após a ovulação. As hormonas como a tiróide podem também influenciar directamente o aumento da temperatura (BOLANDER, 1998). Por outro lado, os indivíduos do sexo feminino apresentam, geralmente, maior quantidade de tecido adiposo, que funciona como camada de protecção à perda de calor. Assim, deveriam apresentar maior temperatura corporal. Embora se verifique que a média de temperatura corporal neste estudo, é superior nos homens, **não existem explicações plausíveis, que comprovem a relação entre a perda de temperatura corporal e o sexo.**

Em relação ao tempo de exposição, verifica-se que os indivíduos que são sujeitos a procedimentos cirúrgicos que envolvem menor tempo de exposição, apresentam médias de temperatura mais elevadas, ao passo que os indivíduos que estão mais tempo expostos, apresentam uma média de temperatura mais baixa. Ou seja, quanto maior o tempo de exposição, mais baixa é a média de temperatura corporal. No entanto, verifica-se também que para tempos superiores a 120 minutos de exposição, a média de temperatura corporal sobe (34.5°C). Esta situação, deve-se ao facto de neste estudo em concreto, os indivíduos cujos procedimentos cirúrgicos se previam envolver maior tempo de exposição, terem sido aquecidos. De acordo com a bibliografia, existem diversos factores que afectam a regulação da

temperatura corporal, como a exposição do corpo no Bloco Operatório associado à nudez, diminuindo a temperatura à medida que o tempo de exposição aumenta (MANLEY & BELLMAN, 2003). Assim, pode-se inferir que existe **relação entre a perda de temperatura corporal e o tempo de exposição**.

No que diz respeito ao tipo de cirurgia observa-se que as médias de temperatura corporal são mais baixas nas cirurgias como, cesariana, cirurgia abdominal e cirurgia por via laparoscópica, sendo as médias de temperatura mais elevadas em cirurgias como circuncisão, apendicectomia, plástica e lipomectomia. Assim, pode-se deduzir, que as cirurgias em que a área exposta é maior, a temperatura apresentada é mais baixa, estando, portanto, directamente relacionadas. Segundo a bibliografia consultada existem factores que influenciam a regulação da temperatura como a exposição corporal e a perda de calor térmico através da incisão (MANLEY & BELLAMN, 2003). Neste caso em concreto, as cesarianas e cirurgias abdominais envolvem sempre uma grande exposição corporal e as incisões são de grandes dimensões, o que explica que estas sejam aquelas em que existe maior perda de calor. Embora a cirurgia por laparoscopia envolva pequenas incisões, esta obriga a grande parte do abdómen esteja exposto. Por outro lado, esta situação pode ser explicada pelo facto de neste tipo de cirurgias ser utilizado para distender o abdómen, o gás carbónico a baixa temperatura. Nos outros tipos de cirurgia, como a circuncisão, a apendicectomia, a cirurgia plástica e a lipomectomia, a exposição corporal é menor e envolve partes do corpo mais periféricas, e por isso os indivíduos que a estas são submetidos, apresentam médias de temperatura corporal mais elevada. Desta forma, **existe relação entre a perda de temperatura corporal e o tipo de cirurgia**.

No que se refere ao aquecimento durante o procedimento cirúrgico, verifica-se que os indivíduos que foram aquecidos apresentam uma média de temperatura corporal superior (34.66°C) à dos indivíduos que não foram aquecidos (34.61°C). Embora a diferença não seja muito significativa, pode afirmar-se que existe relação entre a perda de temperatura corporal e o aquecimento. Dos 35 elementos da amostra deste estudo, apenas dois indivíduos foram aquecidos durante o procedimento cirúrgico, o que pode explicar os resultados. Por outro lado, estes dois indivíduos que foram sujeitos a aquecimento, foram submetidos a intervenções cirúrgicas de longa duração, provando que de facto, **existe relação entre a perda de temperatura corporal e o aquecimento**.

Em relação à perda de fluidos corporais, observa-se que os indivíduos com perdas ligeiras apresentam uma média de temperatura corporal mais elevada (34.85°C), como era previsível. O facto dos indivíduos com perda de fluidos moderada apresentarem uma média de temperatura corporal mais baixa (34.2°C), que os indivíduos com perdas elevadas (34.3°C), constitui um resultado inesperado. De acordo com a bibliografia consultada, os indivíduos que são submetidos a cirurgias de longa duração e com grandes perdas de líquidos e sangue apresentam temperaturas mais baixas (MANLEY & BELLMAN, 2003). No entanto, este resultado pode ser devido, ao facto dos dois elementos que foram incluídos no grupo de perdas

elevadas, terem sido sujeitos a intervenções de maior duração, tendo sido aquecidos durante a mesma, em detrimento dos restantes elementos da amostra que não foram sujeitos a aquecimento. Estes são factores que podem influenciar os resultados. Por outro lado, estes resultados provam que os indivíduos com maiores períodos de exposição, com maiores perdas, que são aquecidos, apresentam uma temperatura corporal mais elevada. Logo é possível afirmar, que **existe relação entre a perda de temperatura corporal e a perda de fluidos.**

Para além destas variáveis que foram tidas em conta na colheita de dados inicial, (a idade, o sexo, o tempo de exposição, o tipo de cirurgia, o aquecimento, e a perda de fluidos) foi-se percebendo, com o desenrolar do trabalho, que existem muitas outras variáveis que podem afectar a variável dependente deste estudo (a perda de temperatura corporal). Destacam-se como variáveis que não fazem parte da colheita de dados inicial: os fármacos, quer sejam antipiréticos, relaxantes musculares ou anestésicos; o posicionamento do doente; a temperatura e a humidade das salas cirúrgicas.

Em suma, verifica-se nos indivíduos submetidos a intervenção cirúrgica, há perda de temperatura corporal, experimentando quase sempre hipotermia ligeira, que segundo a bibliografia se situa entre os 32°C e os 35°C (BOLANDER, 1998). Com o decorrer deste estudo pode-se observar que na grande maioria das situações, aquando da chegada dos indivíduos à unidade de cuidados pós-anestésicos, estes apresentavam sintomas como: sensação de frio, calafrios, dormência das extremidades, diminuição da frequência respiratória, palidez, pele fria. Todos estes sintomas são devidos à hipotermia. Como foi referido na fundamentação teórica, a hipotermia leva a um aumento do tempo de recuperação, sendo de extrema importância que os profissionais de saúde estejam despertos para esta problemática.

5. CONCLUSÃO

Chegando ao final deste trabalho, é tempo de reflectir sobre as novas experiências e algumas considerações decorrentes da pesquisa que está na fundamentação do presente trabalho, bem como realizar um balanço do desenvolvimento destas.

No sentido de alcançar uma maior profundidade ao nível da compreensão do objecto de estudo proposto, sentiu-se a necessidade de recorrer a uma metodologia de investigação. Desta forma, pensa-se que o desenho de investigação adoptado é aquele que, a nível metodológico, melhor se ajusta ao objecto de estudo e às hipóteses que se pretendem comprovar.

Através da análise dos resultados obtidos, podem inferir-se as seguintes conclusões:

- Existe relação entre a perda de temperatura corporal e a idade do indivíduo;
- Não se verifica relação entre a temperatura corporal e o sexo do indivíduo;
- Existe relação entre a perda de temperatura corporal e o tempo de exposição;
- Existe relação entre a perda de temperatura corporal e o tipo de cirurgia;
- Existe relação entre a perda de temperatura corporal e o aquecimento;
- Existe relação entre a perda de temperatura corporal e a perdas de fluidos.

A principal limitação deste estudo prendeu-se, essencialmente, com a dimensão da amostra. Para que os dados possam ser representativos da população em estudo, seria necessário uma amostra com maiores dimensões, o que ocuparia mais tempo do que o disponível neste campo de estágio. Desta forma, as conclusões obtidas neste estudo não se podem generalizar à população alvo.

Sendo a Enfermagem uma profissão em constante desenvolvimento, é de extrema importância que os profissionais se mantenham actualizados ao nível de conhecimentos e competências, contribuindo desta forma para a prestação de cuidados com qualidade.

As conclusões inferidas da elaboração do presente trabalho, podem através da sua aplicabilidade, contribuir para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem enquanto ciência dinâmica e em constante desenvolvimento.

Desta forma sugere-se:

- A aplicação do presente trabalho a uma amostra maior, tendo em conta outras variáveis que podem influenciar directamente a perda temperatura corporal, com o objectivo de promover uma maior qualidade na prestação de cuidados de Enfermagem, por forma a, prevenir a hipotermia e consequentemente reduzir o tempo de recuperação do individuo sujeito a intervenção cirúrgica.

- Com base nos resultados obtidos, realizar acções de formação dirigidas aos profissionais de Enfermagem, no sentido de ficarem mais despertos para os sinais e consequências da hipotermia. Desta forma, os profissionais podem canalizar todas as suas potencialidades para a prestação de cuidados de Enfermagem com qualidade.

Em suma, os objectivos inicialmente propostos, inerentes à realização do presente trabalho de investigação foram cumpridos, sendo que os resultados e as conclusões obtidas permitem perspectivar a continuação do estudo desta temática, aplicando-o a amostras de maiores dimensões, conferindo desta forma uma maior fiabilidade dos resultados obtidos.

A realização deste estudo em contexto académico permitiu por um lado aprender a fazer investigação em Enfermagem, por outro lado constituiu uma mais-valia enquanto futuro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, contribuindo para o desenvolvimento dos conhecimentos específicos da ciência que é a Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOLANDER, V. **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica**, 3.^a edição. Lusodidacta. 1998.
- FORTIN, M. **O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização**. Lusociência. 1999.
- MANLEY, K.; BELLMAN, L. **Enfermagem Cirúrgica : Prática Avançada**, 5.^a edição. Lusociência. 2003.
- PHIPPS, W.; SANDS, J.; MAREK, J. **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica**, 6.^a edição. Lusociência. 2003.
- POLIT, D.; HUNGLER, B. **Investigacion Cientifica en Ciências de la Salud**, 4.^a edição. Interamericana MaGraw Hill. 1994.
- SEELEY, R.; STEPHENS, T.; TATE, P. **Anatomia e Fisiologia**, 3.^a edição. Lusodidacta. 2001.
- TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LEMONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A Arte e a Ciência do Cuidado em Enfermagem**. Artmed. 2007.

ANEXOS

ANEXO 1

Instrumento de Colheita de Dados

AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL

Bloco Operatório

Intervenção Cirúrgica: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Aquecimento no intra-operatório: Sim ____ Não ____

Perda de fluidos: _____

Tempo de exposição: _____

	Pré-operatório	Intra-operatório	Pós-operatório
Temperatura °C			

ANEXO 2
Requerimento

Ex.º Sr.º Director

Da Administração Hospitalar

Do Hospital de São Teotónio, EPE, Viseu

Eu, João Tiago Santos Oliveira, portador do Bilhete de Identidade 12495984, emitido pelo arquivo de identificação de Coimbra a 16 de Junho de 2008, com o n.º de contribuinte 231759673, licenciado em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto a 7 de Julho de 2006, membro n.º 2-E-53818 da Ordem dos Enfermeiros, a frequentar o III Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Universidade Católica Portuguesa – Pólo das Beiras, venho por este meio solicitar a Vossa Ex.ª a autorização para a realização de um trabalho de estágio sobre a variação da temperatura corporal no Bloco Operatório, com vista à realização de uma acção de formação em serviço.

O principal objectivo deste trabalho é verificar a perda de temperatura corporal dos doentes submetidos a intervenção cirúrgica.

O referido trabalho implica a avaliação da temperatura corporal dos doentes, em três momentos distintos: no pré-operatório, no intra-operatório e no pós-operatório.

Pede deferimento

Viseu, 22 de Julho de 2010

(João Tiago Santos Oliveira)

ANEXOS 6

Protocolo: Organização da Equipa de Enfermagem na Sala de Emergência

ORGANIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM NA SALA DE EMERGÊNCIA

A actuação imediata e a disponibilidade do equipamento necessário, em situações de emergência, tornam-se fundamentais no que se refere ao sucesso da equipa em salvar uma vida. Esta realidade exige que a equipa esteja desperta e pronta actuar, nomeadamente no que diz respeito às tarefas a desempenhar, ao posicionamento junto do doente, sem esquecer que estão inseridos numa equipa e que por isso todos devem prestar cuidados em sincronia.

Organização da equipa com 3 elementos:

Elemento I (enfermeiro de pediatria) – posiciona-se junto à cabeça da vítima

- ✓ Elemento que apoia no material e execução técnica (permeabilização da via aérea)
- ✓ Aspiração
- ✓ Ventilação
- ✓ Troca com II sempre que necessário (gestão de esforço)

Elemento II (enfermeiro da especialidade) – Posiciona-se entre a cabeça e o tronco do doente

- ✓ Monitorização
- ✓ Desfibrilhação
- ✓ Massagem cardíaca
- ✓ Troca com I sempre que necessário (gestão de esforço)

Elemento III (enfermeiro disponível) – Posiciona-se do lado oposto ao elemento II

- ✓ Cateterização se necessário
- ✓ Preparação e administração de fármacos
- ✓ Elemento que circula e dá apoio aos restantes elementos
- ✓ Registos

ANEXOS 7

Diapositivos e Planificação de Sessão de Formação:
Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

PLANIFICAÇÃO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Dados e Identificação

Tema: Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

Autor: João Tiago Santos Oliveira

Local: Serviço de Urgência do Hospital Distrital da Figueira da Foz

Data: 25 de Novembro 2010

Hora: 14h

Duração: 30 minutos.

População Alvo: Profissionais de Enfermagem do Serviço de Urgência do Hospital Distrital da Figueira da Foz

Objectivos	Conteúdo	Estratégias	Recursos	Avaliação
- Aprofundar e desenvolver conhecimentos no que se refere à prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de infecções associadas aos cuidados de saúde; - Revisão da cadeia do processo infeccioso; - Prevenção da infecção do tracto urinário; - Prevenção da infecção relacionada com cateteres vasculares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método expositivo oral - Método interactivo - Discussão e diálogo com a plateia 	<ul style="list-style-type: none"> - Power Point - Videoprojector - Computador 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação informal através do grau de satisfação da população alvo. - Discussão e reflexão.



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS**

**III Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização
em Enfermagem Médico – Cirúrgica**

**Prevenção da IACS
Hospital Distrital Figueira da Foz**

João Tiago Santos Oliveira

Sob a orientação da: Professora Patrícia Coelho

Figueira da Foz, 25 de Novembro 2010

Sumário

- Definição de IACS
- Revisão da cadeia do processo infeccioso
- Prevenção da infecção do tracto urinário
- Prevenção da infecção relacionada com catéteres vasculares

INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS)

DEFINIÇÃO

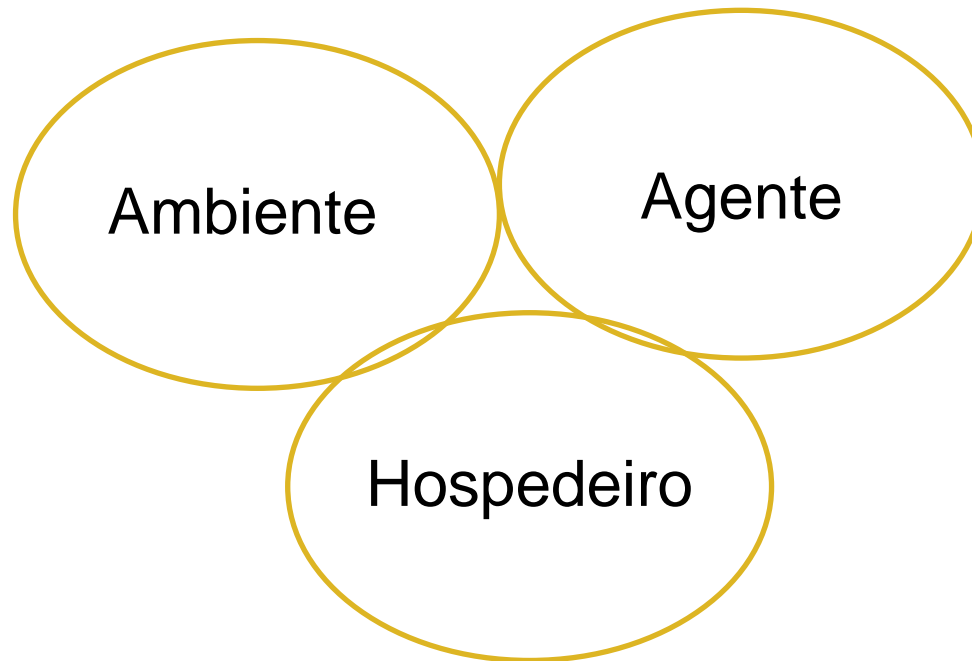
“uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, que pode também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade.”

INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS)

- ❑ A IACS, não sendo um problema novo, assume cada vez maior importância em Portugal e no mundo.
- ❑ Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infecções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis.

CADEIA DO PROCESSO INFECCIOSO

Modelo epidemiológico clássico



CADEIA DO PROCESSO INFECCIOSO

Factores epidemiológicos

Agente

- ✓ Só 3% dos microrganismos são patogénicos para o homem;
- ✓ Microrganismos indígenas mantêm uma simbiose com o homem;
- ✓ Infecção para ocorrer depende, do número de microrganismos presentes (**Inóculo**) e da sua **virulência**;
- ✓ Tem que ter um reservatório onde permaneça até encontrar uma porta de entrada para um hospedeiro.

CADEIA DO PROCESSO INFECCIOSO

Factores epidemiológicos

Hospedeiro

- Tem que ser susceptível ao agente;
- Ter as linhas de defesa diminuídas;
- Tem que ter uma porta de entrada:
 - Pele
 - Aparelho respiratório
 - Aparelho urinário e aparelho reprodutor
 - Outra, não natural, por exemplo, cirurgia, cateteres....

CADEIA DO PROCESSO INFECCIOSO

Factores epidemiológicos

Ambiente

- Animado (pessoas)
- Inanimado (água, ar , alimentos, roupas, superfícies, resíduos, dispositivos médicos,...)
- Reservatório do agente

The Invisible Cross-Contamination Cycle



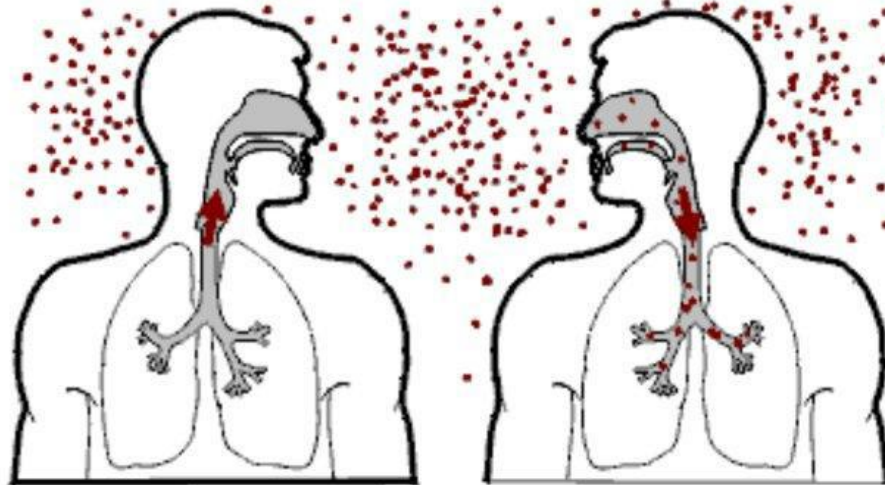
Business Hygiene...maintaining a healthy workplace

CADEIA DO PROCESSO INFECCIOSO

Factores epidemiológicos

Vias de transmissão

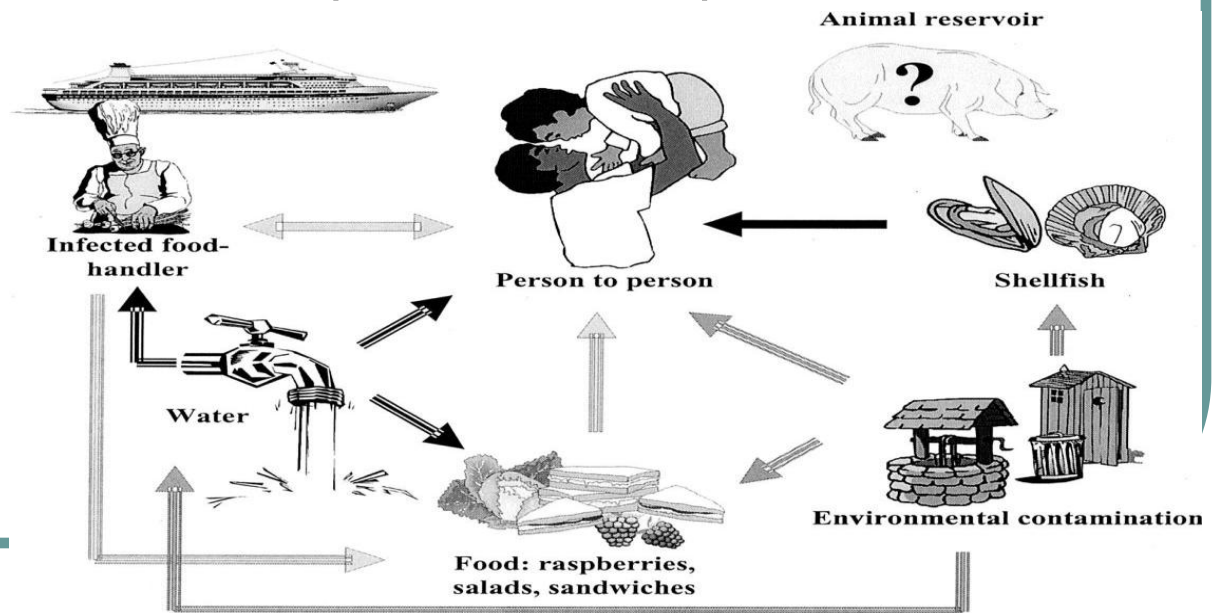
Directa - ocorre quando os microrganismos são transferidos duma pessoa infectada para outras sem existir contaminação intermédia de objectos ou pessoas.



CADEIA DO PROCESSO INFECCIOSO

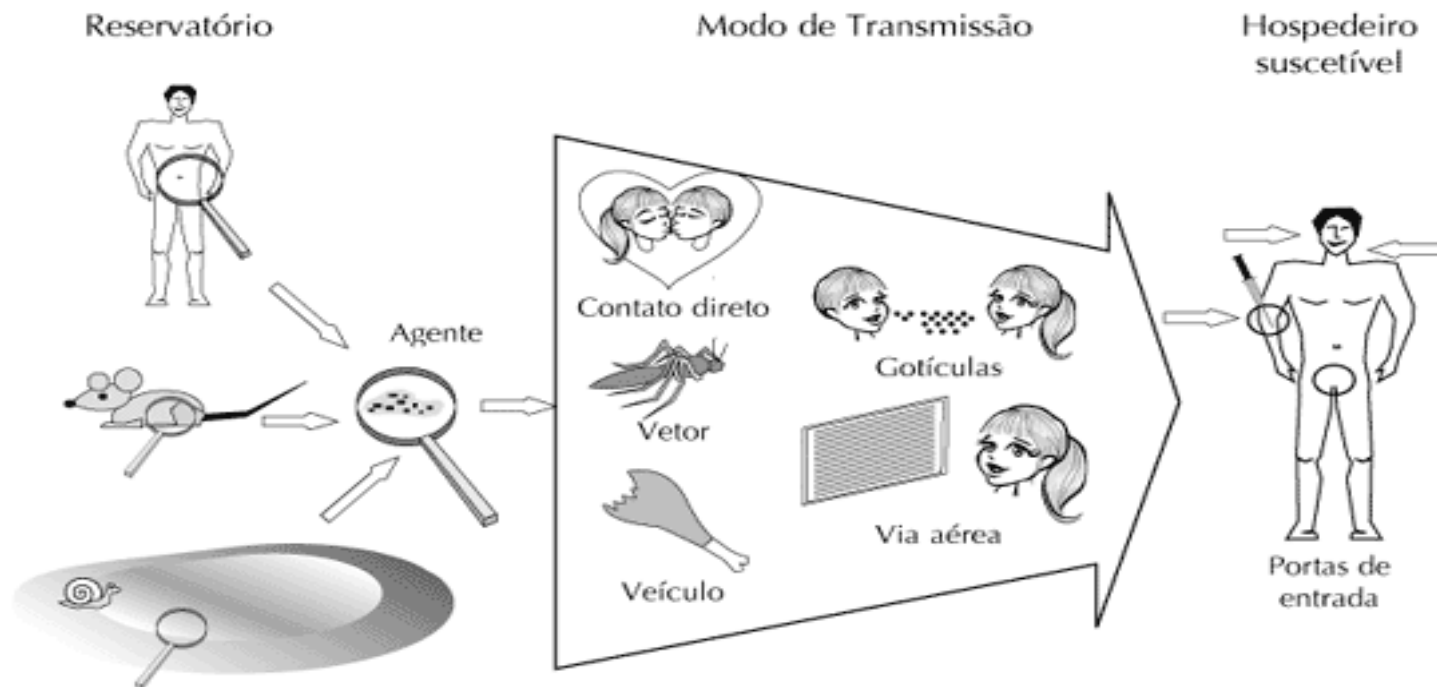
Factores epidemiológicos

Indirecta - A transferência de um agente infeccioso faz-se através da contaminação intermédia de um objecto ou pessoa. O mais usual são as mãos, mas também podem ser brinquedos, equipamento, superfícies, roupa, fardamento, comida, água, etc.



CADEIA DO PROCESSO INFECCIOSO

Figura 23
Cadeia do processo infeccioso



Fonte: Centers for Disease Control and Prevention

CATEGORIZAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES

- **Categoria IA** - medidas de adoção fortemente recomendadas e fortemente apoiadas por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados.
- **Categoria IB** - medidas de adoção fortemente recomendadas, apoiadas por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por fundamentação teórica.
- **Categoria IC** - medidas preconizadas pelas recomendações de Associações ou Federações.
- **Categoria II** - medidas de adoção sugeridas para implementação, apoiadas em estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos ou em fundamentação teórica.
- **Questão não resolvida** - medidas para as quais a evidência é insuficiente ou não existe consenso quanto à sua prática.

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO TRACTO URINÁRIO

PATOGÉNESE

- ❖ Extra-luminal - através da inoculação directa das bactérias na bexiga, na altura da inserção da algália ou mais tarde, por via ascendente do períneo para a bexiga, através da parede externa da algália.
- ❖ Intra-luminal - os microrganismos ascendem no lúmen do cateter, nomeadamente por falhas na manutenção do circuito fechado de drenagem de urina, despejo inadequado dos sacos colectores ou contaminação dos mesmos.

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO TRACTO URINÁRIO

RECOMENDAÇÕES

- ❖ Avaliação da necessidade de algaliação (com base na avaliação de risco individual do doente)
- ❖ Selecção do tipo de algália (de acordo com a duração prevista da algaliação)
- ❖ Inserção asséptica da algália
- ❖ Manutenção da algaliação
- ❖ Remoção da algália

PREVENÇÃO DA INFECCÃO DO TRACTO URINÁRIO

✓ Só devem proceder à algaliação, os profissionais de saúde treinados ou os familiares ou o próprio doente, desde que devidamente treinados pelos profissionais de saúde - **Categoria IA**

✓ O uso de algália deve ser limitado às necessidades clínicas que não podem ser resolvidas de outro modo. As algalias devem permanecer apenas o tempo estritamente necessário, enquanto houver indicação clínica. Para o efeito deve ser feita uma revisão diária da necessidade clínica do doente manter a algaliação - **Categoria IB**

PREVENÇÃO DA INFECCÃO DO TRACTO URINÁRIO

- ✓ As indicações de algaliação podem incluir, mas não se limitam à: obstrução urinária; drenagem de urina no doente com disfunção neurogénica da bexiga e retenção urinária; cirurgia urológica e outras cirurgias das estruturas contíguas; medição rigorosa do fluxo ou da eliminação nos doentes críticos - **Categoria II**
- ✓ Devem ser sempre avaliados métodos alternativos à algaliação, de acordo com a situação clínica do doente - **Categoria II**
- ✓ Deve proceder-se a uma desinfeção higiénica das mãos de acordo com as normas da instituição, imediatamente antes da algaliação ou de qualquer manipulação da algália ou do sistema de drenagem - **Categoria IA**

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO TRACTO URINÁRIO

✓ O sistema de drenagem deve funcionar em circuito fechado com um sistema de esvaziamento concebido de modo a evitar a contaminação. O circuito fechado só deve ser quebrado por motivos específicos, limitados e claramente definidos - **Categoria IA**

✓ O sistema de drenagem deve ter preferencialmente um local referenciado que permita a colheita asséptica de urina - **Categoria IC**

✓ Se ocorrer quebra de técnica asséptica ou desconexão do sistema de drenagem, o mesmo deve ser substituído, usando técnica asséptica, após desinfetar a junção algália-saco com álcool - **Categoria II**

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO TRACTO URINÁRIO

✓ As lavagens/irrigações/instilações da bexiga não previnem a infecção associada à algália, pelo que devem ser efectuadas apenas por razões clínicas específicas e não como prática de rotina -

Categoria IB

✓ A substituição da algália deve ser fundamentada nas necessidades clínicas de cada doente, tendo em conta as recomendações do fabricante. Não deve ser feita por períodos fixos ou arbitrários ou estabelecidos por rotina de serviço - **Categoria IB**

✓ A separação espacial dos doentes algaliados infectados e não infectados, pode minimizar o risco de ITU cruzada, pelo que deve evitar-se que estes doentes sejam colocados em camas adjacentes. Isto é particularmente importante, durante surtos de infecção documentados, nomeadamente por microrganismos multi-resistentes (Klebsiella, Pseudomonas e Enterobacter) - **Categoria IC**

PREVENÇÃO DA INFECCÃO DO TRACTO URINÁRIO

INSERÇÃO DA ALGÁLIA

❑ As barreiras de protecção usadas devem estar de acordo com as normas da instituição para protecção contra sangue e fluidos orgânicos - **Categoria IB**

❑ A algália deve ser seleccionada de acordo com a duração prevista da algaliação e a avaliação clínica do doente. Na escolha do tipo de algália, é necessário inquirir o doente e/ou pessoas significativas, acerca de possível alergia ao látex - **Categoria II**

❑ Se é previsível uma irrigação contínua ou regular deve ser seleccionada uma algália de três vias - **Categoria II**

PREVENÇÃO DA INFECCÃO DO TRACTO URINÁRIO

- ❑ Deve utilizar-se o calibre mais pequeno que permita uma boa drenagem. O calibre recomendado é de 12-14 unidades de Charrière (Ch) na mulher e de 14-16 Ch no homem. O comprimento da algália depende do sexo do doente - **Categoria II**
- ❑ A algália deve ser inserida com técnica asséptica e equipamento estéril – **Categoria IB**
- ❑ Deve adoptar-se um sistema que assegure a manutenção de um campo estéril sem receio de contaminação. Se a algália se contaminar durante a inserção deve ser substituída -**Categoria IB**

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO TRACTO URINÁRIO

- ❑ A área genital deve ser bem lavada com água e sabão antes da inserção da algália. Para este procedimento usar luvas de procedimentos - **Categoria II**
- ❑ O meato urinário deve ser limpo com água ou soro fisiológico. Não há vantagem em usar soluções anti-sépticas para limpeza do meato uretral, prévia à inserção da algália, como forma de prevenir a IU no doente algaliado - **Categoria IA**

PREVENÇÃO DA INFECCÃO DO TRACTO URINÁRIO

- Não há evidência de que a água ou o soro fisiológico a utilizar na limpeza do meato urinário devam ser estéreis - **Questão não resolvida**
- A algália e a uretra devem ser lubrificadas com um gel anestésico estéril, em embalagem individual - **Categoria II**
- O balão deve ser dilatado com a quantidade correcta de água estéril (volume mais pequeno necessário, 5 –10 ml no adulto) a não ser que haja indicação específica do médico (ex: em doentes do foro urológico) - **Categoria II**
- No homem a algália deve ser fixa na parte superior da perna e na mulher, na face interna da coxa, para prevenir os movimentos da algália e pontos de fricção na uretra assegurando uma boa drenagem - **Categoria IC**

PREVENÇÃO DA INFECCÃO DO TRACTO URINÁRIO

MANUTENÇÃO DO SISTEMA DE DRENAGEM

- ❖ Descontaminar as mãos e usar um novo par de luvas limpas antes da manipulação da algália e lavar as mãos após a remoção das luvas - **Categoria IA**
- ❖ A higiene do meato deve ser efectuada com soro fisiológico em intervalos apropriados, de modo a mantê-lo livre de incrustações e contaminação. Não é necessário usar anti-sépticos na higiene diária do meato urinário - **Categoria IB**
- ❖ A posição e integridade do sistema deve ser mantido de modo a ser compatível com o conforto e mobilidade do doente – **Categoria IC**

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO TRACTO URINÁRIO

- ❖ O saco de drenagem deve ser mantido sempre abaixo do nível da bexiga, para manter o fluxo urinário desobstruído e colocado em suporte que previna o contacto com o chão e a contaminação subsequente da válvula de despejo - **Categoria II**

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO TRACTO URINÁRIO

Despejo do saco de drenagem:

- ❖ O saco de drenagem deve ser controlado com regularidade e esvaziado quando estiver a meio da sua capacidade
- ❖ Em cada despejo, deve ser usado um recipiente limpo e individualizado, evitando o contacto entre a torneira do saco de drenagem e o recipiente de despejo
- ❖ Deve ser evitada a contaminação do sistema e fuga de urina durante o esvaziamento
- ❖ Devem ser usadas luvas limpas e as mesmas devem ser mudadas entre doentes
- ❖ A torneira deve ser limpa com celulose, toalhete ou compressa, após o despejo para evitar o gotejamento para o chão, da urina residual - **Categoria II**

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO TRACTO URINÁRIO

❖ Não há vantagem em adicionar anti-sépticos ou outras soluções antimicrobianas aos sacos de drenagem como forma de prevenir a ITU - **Categoria IA**

❖ O saco de drenagem não deve ser substituído por rotina mas sim:

- Na altura de substituição da algália;
- Quando estiver danificado ou com fugas;
- Quando se verificar acumulação de sedimento e/ou coágulos;
- Quando se verificar cheiro desagradável;
- Se houver saída accidental do saco e/ou sistema -

Categoria II

PREVENÇÃO DA INFECCÃO DO TRACTO URINÁRIO

REMOÇÃO DA ALGÁLIA

- ✓ Deve ser feita o mais cedo possível, assim que deixe de ter indicação clínica – **Categoria IA**
- ✓ O procedimento de remoção da algália, deve obedecer aos seguintes passos:
 - Friccionar as mãos com solução anti-séptica alcoólica e calçar luvas de procedimento;
 - Desinsuflar o balão;
 - Limpar o meato urinário e a região peri-uretral com soro fisiológico antes de remover a algália;
 - Retirar a algália suavemente;
 - Limpar novamente o meato urinário e a região peri-uretral;
 - Vigiar a eliminação vesical espontânea e promover o reforço da ingestão e/ou aporte hídrico - **Categoria IC**

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES

PATOGÉNESE

As potenciais fontes de contaminação dos dispositivos intravasculares são:

- Mãos dos profissionais
- Microflora da pele do doente
- Ponta do catéter contaminada durante a inserção
- Colonização das conexões do catéter
- Fluídos contaminados
- Via hematogénea

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES

Outros aspectos importantes:

- Material do dispositivo
- Virulência do microrganismo-biofilme

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES

RECOMENDAÇÕES PARA CVC

- Seleccionar o catéter com base no objectivo da sua colocação e tempo de utilização, complicações conhecidas (flebites e infiltração), e a experiência individual do profissional - **Categoria IB**
- Utilizar um CVC com o mínimo de acessos ou lúmens essenciais para o tratamento do doente - **Categoria IB**
- Utilizar um CVC com “cuff” para diálise se o período de acesso temporário se prevê prolongado (superior a 3 semanas) - **Categoria IB**
- Utilizar uma fístula ou prótese em vez de um CVC como acesso permanente para diálise - **Categoria IB**

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES

- ✓ Reservar um dos lúmens dum CVC multi-lúmen, exclusivamente para administrar nutrição parentérica - **Categoria IB**
- ✓ Utilizar sistemas de monitorização hemodinâmica de uso único, sempre que possível, em vez de transdutores reutilizáveis - **Categoria IB**
- ✓ Designar profissionais treinados e com competência para inserir catéteres e para supervisionar os profissionais que treinam a colocação - **Categoria IA**
- ✓ Utilizar em doentes adultos a veia subclávia, em vez da jugular ou femural, para colocação de CVC não tunelizável, para minimizar o risco de infecção - **Categoria IA**

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES

- ✓ Colocar os catéteres utilizados para a hemodiálise e ferese na veia jugular ou femural em vez da veia subclávia, para evitar a estenose venosa - **Categoria IA**

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES

SUBSTITUIÇÃO DO CATÉTER

➤ Avaliar diariamente sinais de sensibilidade no local de inserção, palpando através do penso opaco ou visualizando se o penso for transparente. Os pensos de gaze opacos não devem ser removidos, desde que o doente não apresente sinais de infecção. Os pensos opacos só devem ser removidos para visualização do local, quando o doente apresente sinais que levem a suspeitar de infecção relacionada com o catéter - **Categoria II**

➤ Em adultos, substituir os catéteres venosos periféricos de curta permanência, e rodar o local de inserção em cada 72-96 horas, para minimizar o risco de flebite. Se os acessos venosos são limitados e não são evidentes sinais de flebite ou infecção, o catéter pode permanecer por períodos de tempo mais longos e avaliar o doente e o local de inserção com mais frequência - **Categoria IB**

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES

- Remover os catéteres colocados em situações de emergência, onde há maior probabilidade de quebra na técnica asséptica, e inserir um novo catéter num local diferente dentro de 48 horas - **Categoria II**
- Em doentes pediátricos, manter a cateterização periférica até completar a terapêutica intravenosa, excepto se ocorrer alguma complicação (flebite ou infiltração) - **Categoria IB**
- Remover os catéteres venosos periféricos quando o doente apresenta sinais de flebite no local de inserção (calor, rubor, eritema, cordão venoso à palpação) ou quando há sinais de mau funcionamento - **Categoria IA**

PREVENÇÃO DA INFECCÃO ASSOCIADA AOS DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES

MANUTENÇÃO DO CATÉTER E DO LOCAL DE INSERÇÃO

✓ Utilizar técnica correcta na desinfeccção das mãos quer se utilize sabão antisséptico e água, quer se utilizem soluções base alcoólica. Desinfecar as mãos antes e após palpação do local de inserção, bem como antes e após inserir, substituir, aceder, ou fazer o penso de um dispositivo intra-vascular. A palpação do local de inserção não deve ser efectuada após aplicação do antisséptico, a não ser que se mantenha técnica asséptica - **Categoria IA**

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO ASSOCIADA AOS DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES

- ✓ Usar luvas limpas ou estéreis na remoção de penso dos catéteres intravasculares - **Categoria IC**
- ✓ O uso de luvas não dispensa a necessidade da lavagem das mãos - **Categoria IA**
- ✓ Desinfectar os acessos das torneiras com álcool a 70% antes de aceder ao sistema - **Categoria IA**
- ✓ Manter os acessos das torneiras tapados quando não estão a ser utilizados - **Categoria IB**
- ✓ Manter técnica asséptica durante os cuidados ao catéter intravascular - **Categoria IA**

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES

RECOMENDAÇÕES PARA OS PENSOS DE CATÉTER

- ✓ Utilizar pensos estéreis para cobrir o local de inserção, quer sejam de gaze, pensos transparentes ou semi-permeáveis - **Categoria IA**
- ✓ Substituir o penso do local de inserção sempre que o dispositivo é retirado ou substituído, ou sempre que o penso se encontre húmido, descolado, repassado ou quando for necessário inspeccionar o local de inserção - **Categoria IA**
- ✓ Substituir os pensos dos CVC de inserção percutânea, a cada 2 dias, se forem pensos de gaze, ou pelo menos a cada 7 dias, se forem pensos transparentes, excepto nos doentes pediátricos onde os riscos de deslocação do catéter ultrapassam os benefícios da mudança de penso - **Categoria IB**

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES

SUBSTITUIÇÃO DOS SISTEMAS DE ADMINISTRAÇÃO

✓ Substituir sistemas de administração intravenosos, incluindo torneiras e prolongamentos, com uma frequência não superior às 72 horas, a menos que se suspeite ou esteja documentada infecção relacionada com catéter, e sempre que o catéter seja substituído - **Categoria IA**

✓ Substituir os sistemas utilizados para administração de sangue, derivados de sangue, ou emulsões lipídicas (seja combinações de 3 em 1 de aminoácidos e dextrose, seja infundidas em separado) num período de 24 horas após início da infusão - **Categoria IB**

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES

- ✓ Substituir os sistemas com uma frequência não superior às 72 horas, se as soluções apenas contêm dextrose e aminoácidos - **Categoria II**
- ✓ Substituir os prolongamentos utilizados na administração das infusões de propofol em cada 6 a 12 horas, dependendo do seu uso e de acordo com as recomendações do fabricante - **Categoria IA**

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES

FLUIDOS PARENTÉRICOS

- ✓ Completar as infusões dos fluidos de nutrição parentérica contendo lípidos (soluções de 3-em-1) **em 24 horas - Categoria IB**
- ✓ Completar as emulsões lipídicas **em 12 horas quando administradas isoladamente. Se o volume a administrar requer mais tempo este deve estar completo em 24 horas - Categoria IB**
- ✓ Completar as infusões de sangue e derivados em quatro (4) horas desde o início da infusão **(não ultrapassar as 4 horas) - Categoria II**

BIBLIOGRAFIA

❖ GUIDELINE FOR ISOLATION PRECAUTIONS. 2007. **“Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings.”** Disponível: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf> [data da visita: 16/11/2010].

❖ MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2007. **“Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.”** Disponível: www.dgs.pt [data da visita: 15/11/2010]



FIM

ANEXOS 8

Diapositivos e Planificação de Sessão de Formação:

Temperatura Corporal no Doente Cirúrgico

PLANIFICAÇÃO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Dados e Identificação

Tema: Temperatura Corporal no Doente Cirúrgico

Autor: João Tiago Santos Oliveira

Local: Unidade de Monitorização do Doente Cirúrgico

Data: 25 de Fevereiro 2011

Hora: 12h

Duração: 20 minutos.

População Alvo: Profissionais da equipa de saúde da Unidade de Monitorização do Doente Cirúrgico

Objectivos	Conteúdo	Estratégias	Recursos	Avaliação
- Aprofundar os conhecimentos da população alvo sobre as variações de temperatura corporal no doente cirúrgico.	- Revisão teórica acerca da temperatura corporal: definições, regulação, factores, avaliação. - Factores que afectam a temperatura corporal; - Apresentação e discussão dos valores de temperatura corporal no pós-operatório.	- Método expositivo oral - Método interactivo - Discussão e diálogo com a plateia	- Power Point - Videoprojector - Computador	- Avaliação informal através do grau de satisfação da população alvo. - Discussão e reflexão.



**UNIVERSIDADE CATÓLICA
PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS**

III Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em
Enfermagem Médico – Cirúrgica

**Temperatura Corporal no Doente
Cirúrgico - UMDC
Hospital de São Teotónio**

João Tiago Santos Oliveira

Sob a orientação da: Professora Patrícia Coelho

Viseu, 25 de Fevereiro de 2011

SUMÁRIO

■ Revisão teórica

- Definições
- Manutenção da temperatura
- Regulação fisiológica
- Factores que afectam a temperatura corporal
- Avaliação da temperatura corporal

■ Apresentação de trabalho: “Perda de Temperatura Corporal no Bloco Operatório”

- Objectivo
- Metodologia
- Hipóteses
- Apresentação e discussão dos resultados
- Conclusão

DEFINIÇÕES

Hipertermia (>41°C) - É um tipo de termorregulação com características específicas:

- Diminuição da capacidade de regular o termóstato interno acompanhada de um aumento de temperatura corporal;
- Pele quente e seca;
- Sonolência e cefaleia associada a disfunção do SNC ou do sistema endócrino;
- Choque pelo calor ou introdução artificial de elevadas temperaturas corporais por razões terapêuticas.

DEFINIÇÕES

Hipotermia (< 35°C) - É um tipo de termorregulação com características específicas:

- Diminuição da capacidade de regular o termóstato interno;
- Temperatura corporal reduzida;
- Pele fria, pálida e seca;
- Tremores, preenchimento capilar lento, taquicardia, leitos ungueais cianosados, hipertensão;
- Piloerecção associada à exposição ao frio;
- Disfunção do SNC ou do sistema endócrino em condições de frio ou introdução artificial de temperaturas corporais baixas por razões terapêuticas.

DEFINIÇÕES

Febre (>38°C - <40°C) - É um tipo de termorregulação com características específicas:

- Elevação anormal da temperatura com alterações do centro termorregulação do termóstato interno, associada ao aumento da frequência respiratória, aumento da actividade metabólica, taquicardia com pulso fraco ou cheio, agitação, cefaleia ou confusão;
- A subida rápida da febre é acompanhada por calafrios, tremores, arrepios pele pálida e seca;
- A descida da temperatura é acompanhada de pele quente e ruborizada e de sudação.

MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA

Produção de calor

- ❖ Feita através do metabolismo, podendo ser influenciado:
 - Actividade muscular
 - Oxidação dos alimentos
 - Febre
 - Estimulação do SNS

Perda de calor

- ❖ Através da vasodilatação periférica, por quatro processos: condução, convecção, evaporação, e irradiação.

REGULAÇÃO FISIOLÓGICA

- O corpo consegue manter a temperatura por volta dos 37° C;
- A temperatura corporal é regulada pelo SNC (hipotálamo).
- A regulação deste sistema depende:
 - Receptores
 - Centro integrador
 - Mecanismos efectores

Receptores

(Pele, órgãos, espinal medula e hipotálamo)



Centro Integrador

(Hipotálamo)



Mecanismos Efectores

(Vasos sanguíneos,
músculos, glândulas
sudoríparas)

FACTORES QUE AFECTAM A TEMPERATURA

- ✓ Idade (menor nos idosos, devido diminuição da massa muscular, metabolismo celular, tecido adiposo, menor sensibilidade dos receptores térmicos; maior nas crianças);
- ✓ Actividade física;
- ✓ Ritmos circadianos (varia entre os $0,5^{\circ}\text{C}$ a 1°C , subindo gradualmente, atingindo o seu máximo entre as 16 e as 20h horas, diminuindo entre as 0 e as 6h);
- ✓ Hormonas (progesterona - varia entre $0,3^{\circ}\text{C}$ antes da ovulação e $0,6^{\circ}\text{C}$ após, tiroideia – aumenta o metabolismo) .

FACTORES QUE AFECTAM A TEMPERATURA

- ✓ Temperatura ambiente;
- ✓ Stress (estimulação do SNS, aumento da secreção de epinefrina e norepinefrina);

AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL

- Colocar o termómetro junto de uma artéria de grande calibre, de modo a efectuar uma medição rigorosa.
- A avaliação da temperatura central é rigorosamente regulada e em condições normais, o seu desvio é de aproximadamente 1°C.
- A nível central - timpânico, boca, esófago, recto, bexiga;
- A nível periférico - axila, virilha, temporal.

Perda de Temperatura Corporal no Bloco Operatório

Hospital de São Teotónio

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

- A passagem do doente pelo bloco operatório provoca sempre variação da temperatura corporal e consequentemente alteração na termorregulação.
- A hipotermia pode levar a um aumento do tempo de recuperação, aumentando desta forma a morbidade pós-operatória. Estima-se que 60 % dos doentes submetidos a intervenção cirúrgica, manifestam hipotermia no período pós-operatório

(PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003)

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

- Os cuidados de Enfermagem no pós-operatório, estão focalizados no retorno do doente a um nível de funcionamento óptimo e tão rápido quanto possível. Neste sentido, é essencial que o enfermeiro esteja desperto para a manutenção da temperatura corporal, de forma a prevenir complicações e conseqüentemente diminuir o tempo de recuperação do doente.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A hipotermia pode ser definida como a temperatura central que permanece abaixo do valor normal (36.5°C - 37°C)

- Hipotermia ligeira - a temperatura corporal oscila entre os 35°C e os 32°C ;
- Hipotermia moderada - o valor de temperatura oscila entre os 32°C e 26°C ;
- Hipotermia profunda - a temperatura encontra-se abaixo dos 26°C .

(SEELEY, STEPHENS & TATE, 2001)

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Sinais e sintomas apresentados na hipotermia, podem ser:

- Sensação de frio e calafrios
- Palidez
- Pele fria
- Diminuição da frequência respiratória
- Bradicardia, arritmias cardíacas, possibilidade de paragem cardíaca
- Diminuição do débito urinário
- Dormência das extremidades

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

- Fala arrastada
- Diminuição do nível de consciência, progressiva sonolência (até ao coma)
- Acidose metabólica secundária a uma insuficiente oxigenação dos tecidos
- Edema generalizado
- Diminuição dos reflexos e das respostas reflexas

(BOLANDER, 1998)

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

- O estado de hipotermia, que é por vezes induzido, torna-se importante para a realização de alguns procedimentos cirúrgicos;
- Contudo, a redução da temperatura corporal conduz a um maior tempo de recuperação do indivíduo sujeito a intervenção cirúrgica.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Factores que influenciam a regulação da temperatura corporal em contexto de bloco operatório:

- Exposição do corporal
- Tipo de cirurgia
- Os fármacos (relaxantes musculares, narcóticos)
- A idade

(MANLEY & BELLMAN, 2003)

OBJECTIVO

- O principal objectivo deste trabalho verificar a perda de temperatura corporal dos doentes submetidos a intervenção cirúrgica

METODOLOGIA

- “O método de investigação é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador”

(FORTIN, 1999)

METODOLOGIA

AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL Instrumento de Colheita de Dados

Intervenção Cirúrgica: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Aquecimento no intra-operatório: Sim _____ Não _____

Perda de fluidos: _____

Tempo de exposição: _____

Temperatura (°C):

Pré-operatório Intra-operatório Pós-operatório

METODOLOGIA

Tipo de estudo

- **Correlacional** (determina a relação das várias variáveis e a sua natureza)
- **Descritivo simples** (visto que se pretende descrever as características da amostra, assim como procurar estabelecer relações entre conceitos)

METODOLOGIA

Amostra/População

- ❑ População alvo: são os doentes submetidos a intervenção cirúrgica no bloco operatório do Hospital de São Teotónio
- ❑ Amostra: 35 doentes

METODOLOGIA

Variáveis

- Variável dependente:
 - Perda de Temperatura corporal

- Variáveis independentes:
 - Idade
 - Sexo
 - Tempo de exposição
 - Tipo de cirurgia
 - Perdas de fluidos
 - Aquecimento

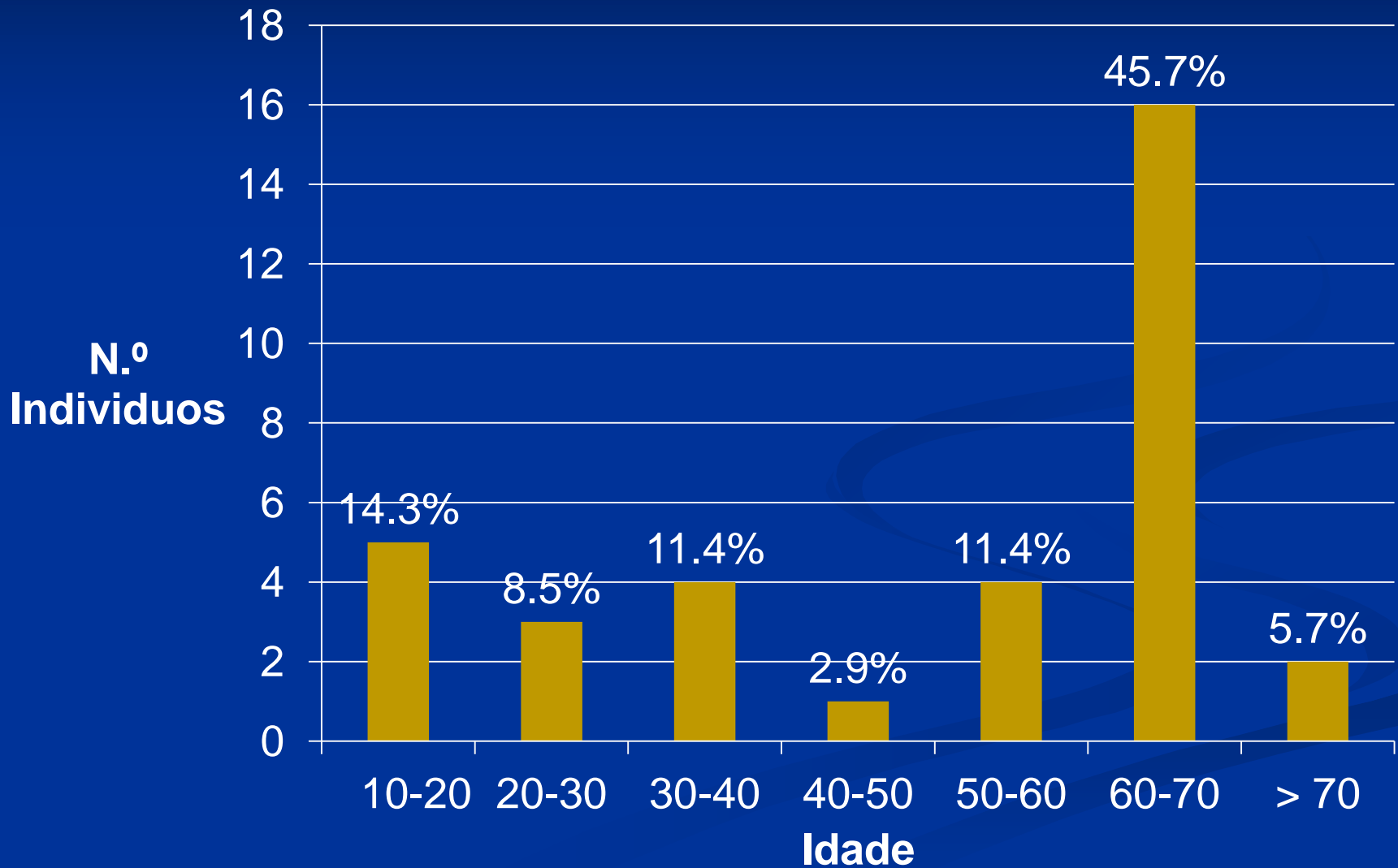
METODOLOGIA

Hipóteses: (simples)

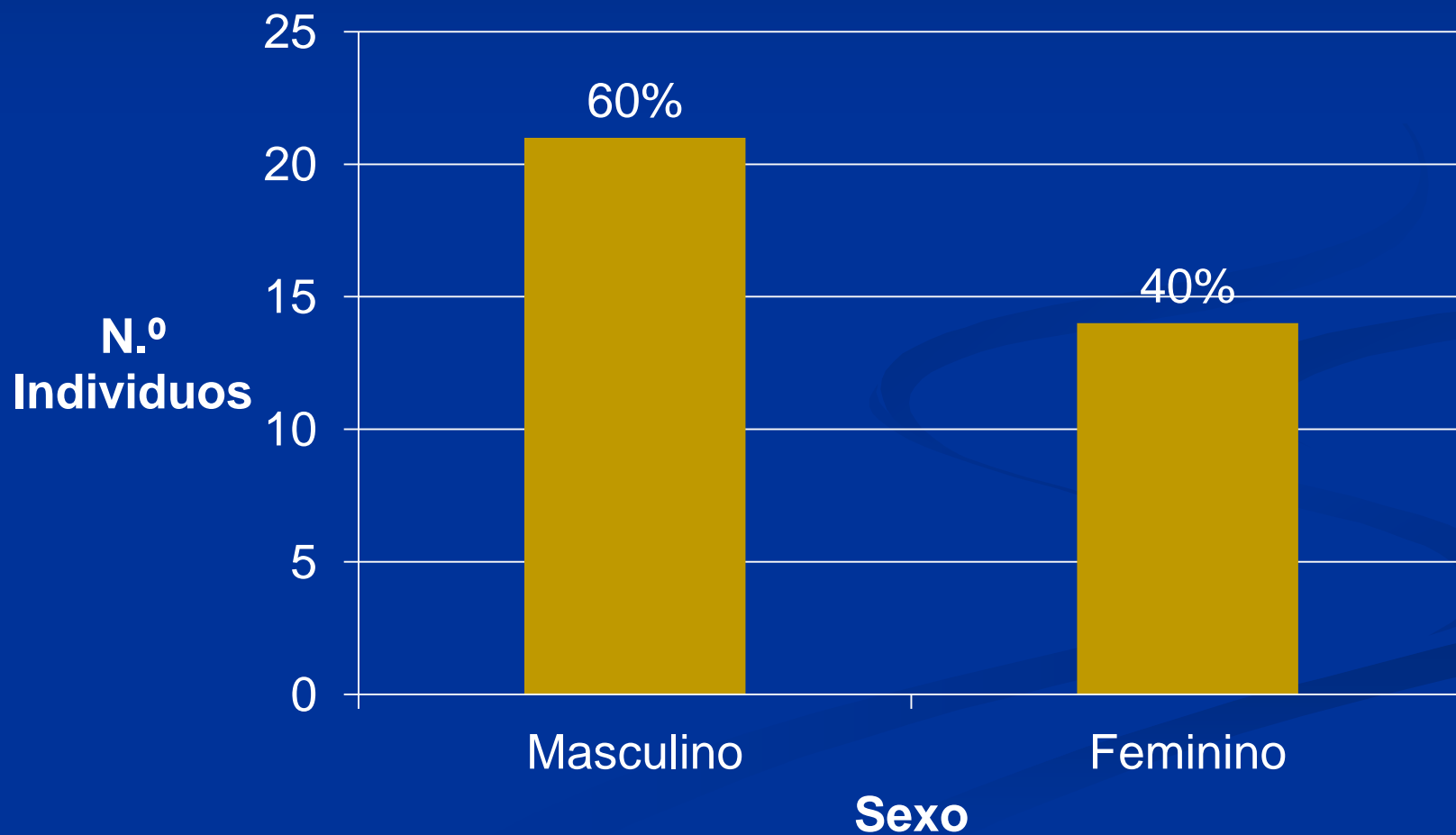
- H1: A perda de temperatura corporal está relacionada com a idade do doente.
- H2: A perda de temperatura corporal está relacionada com o sexo do doente.
- H3: A perda de temperatura corporal está relacionada com o tempo de exposição.
- H4: A perda de temperatura corporal está relacionada com o tipo de cirurgia.
- H5: A perda temperatura corporal está relacionada com o aquecimento.
- H6: A perda temperatura corporal está relacionada com a perda de fluidos corporais.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

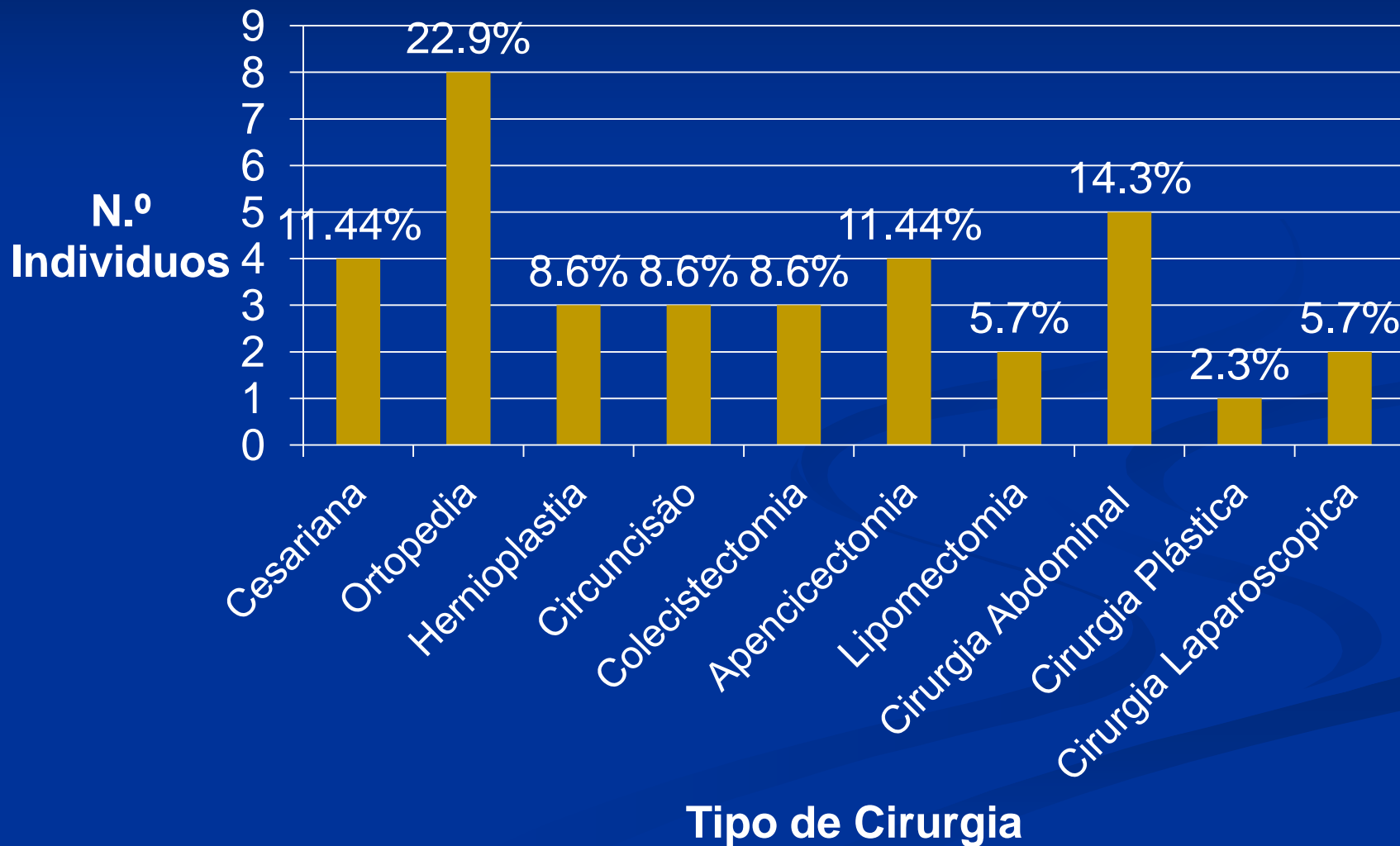
CLASSIFICAÇÃO DA AMOSTRA



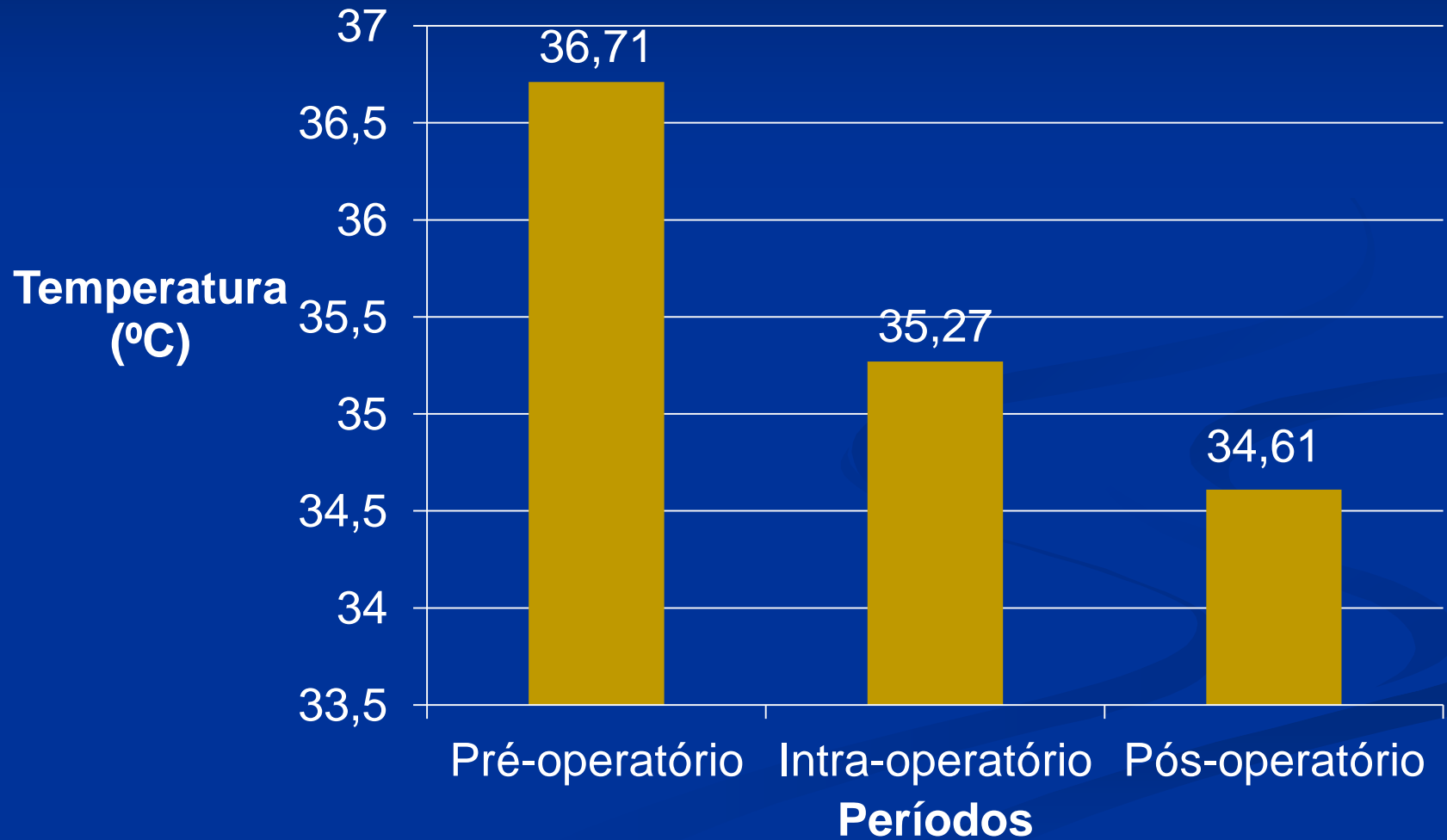
CLASSIFICAÇÃO DA AMOSTRA



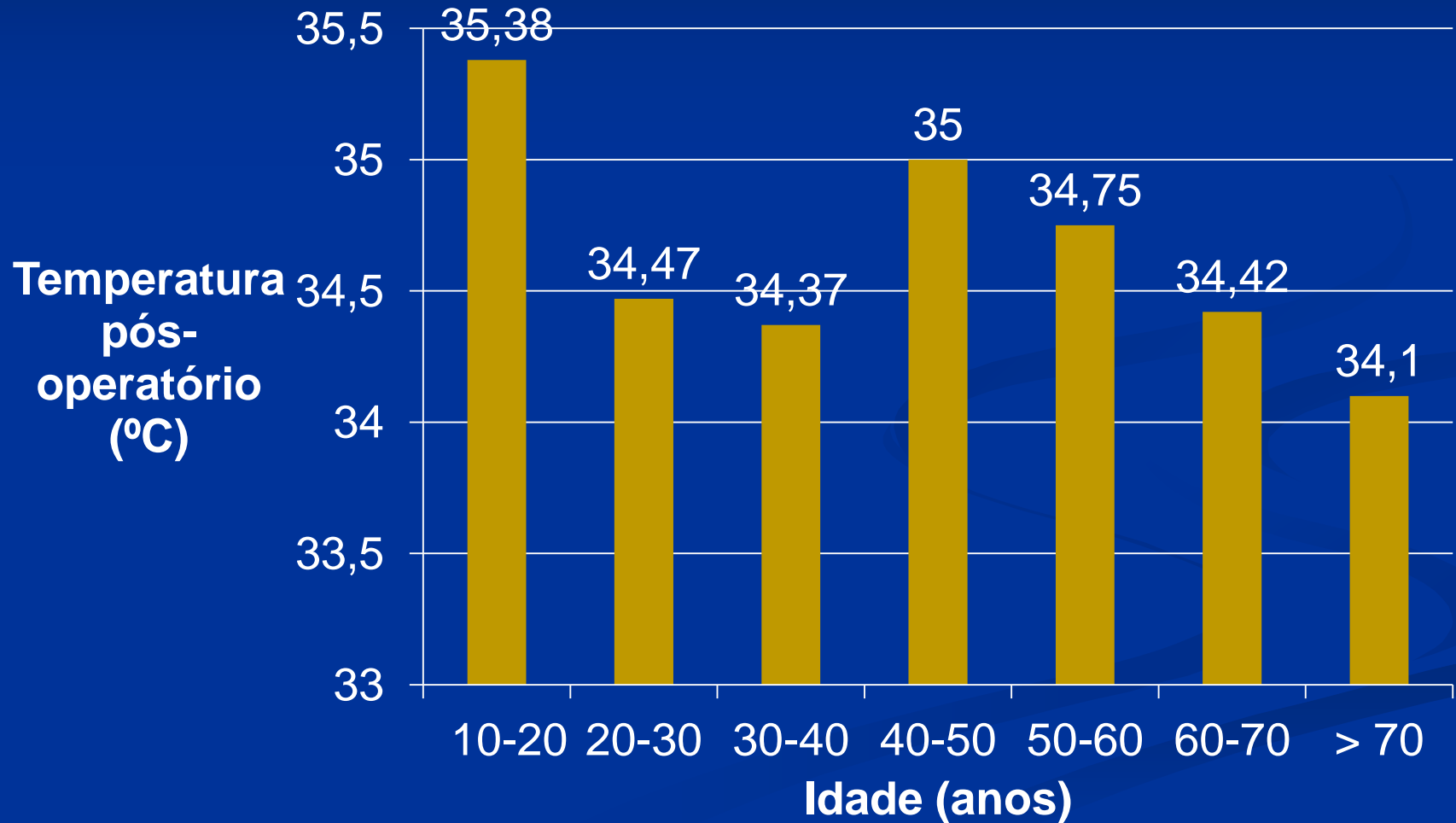
CLASSIFICAÇÃO DA AMOSTRA



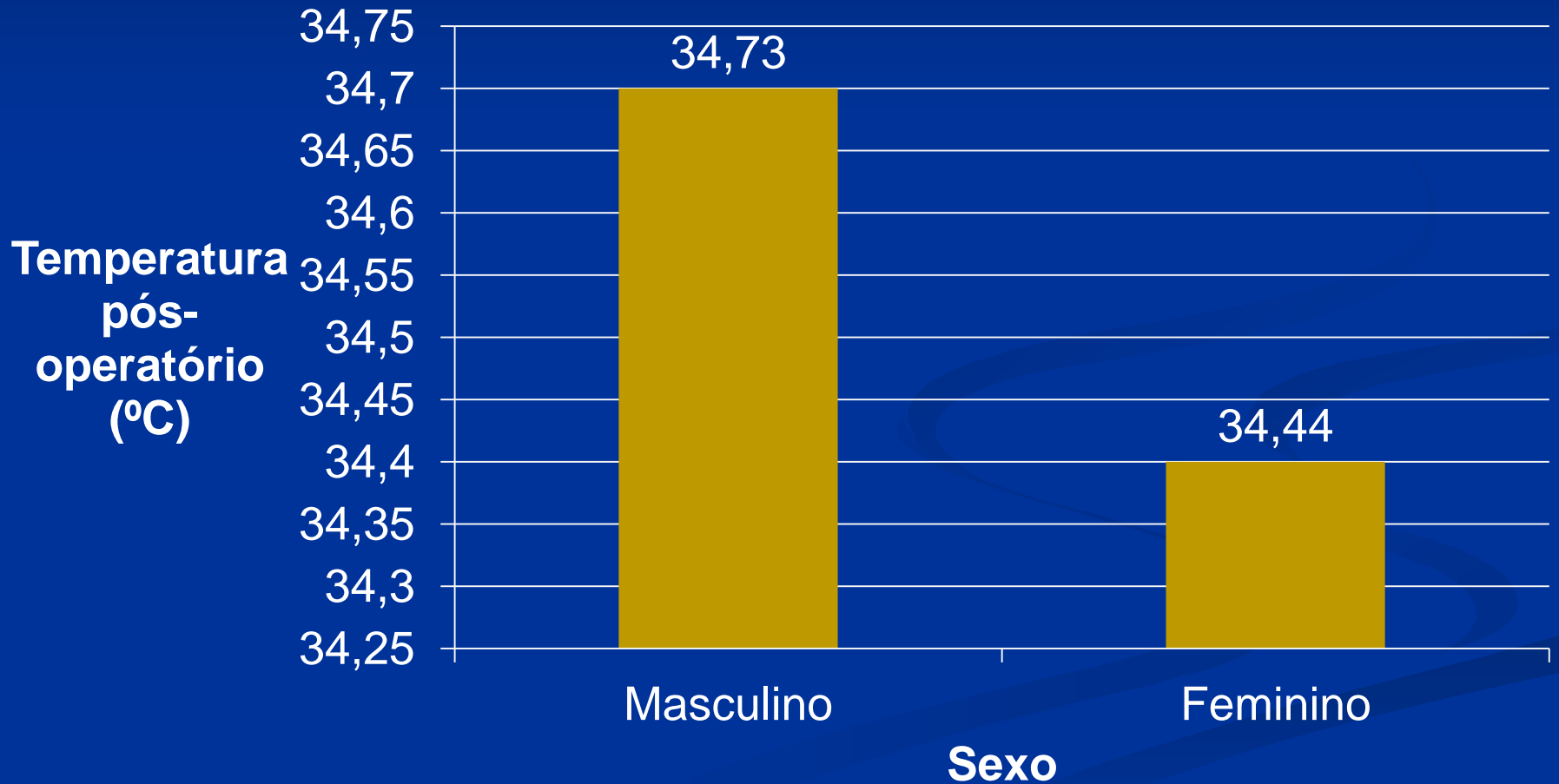
RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS



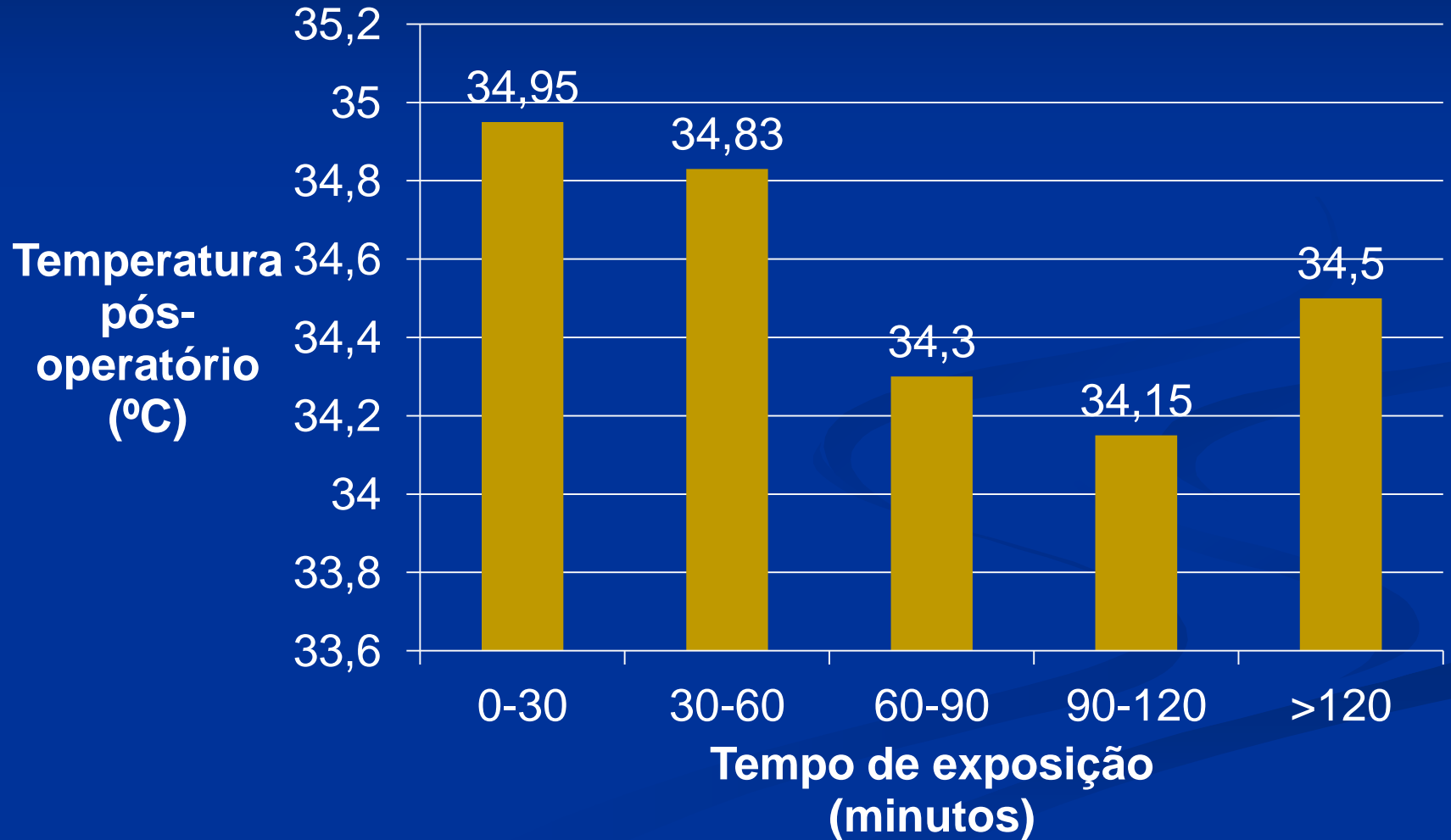
RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS



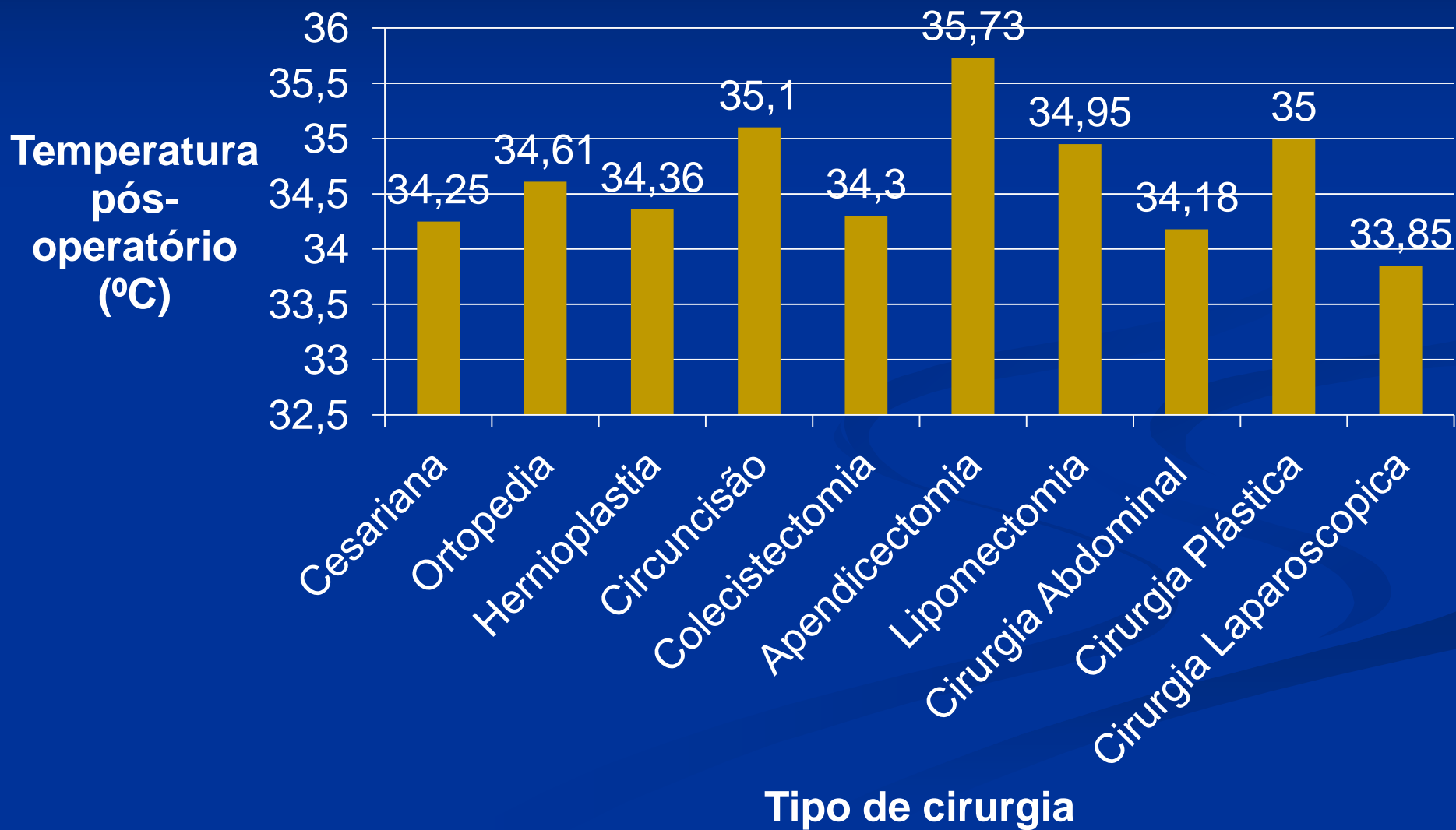
RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS



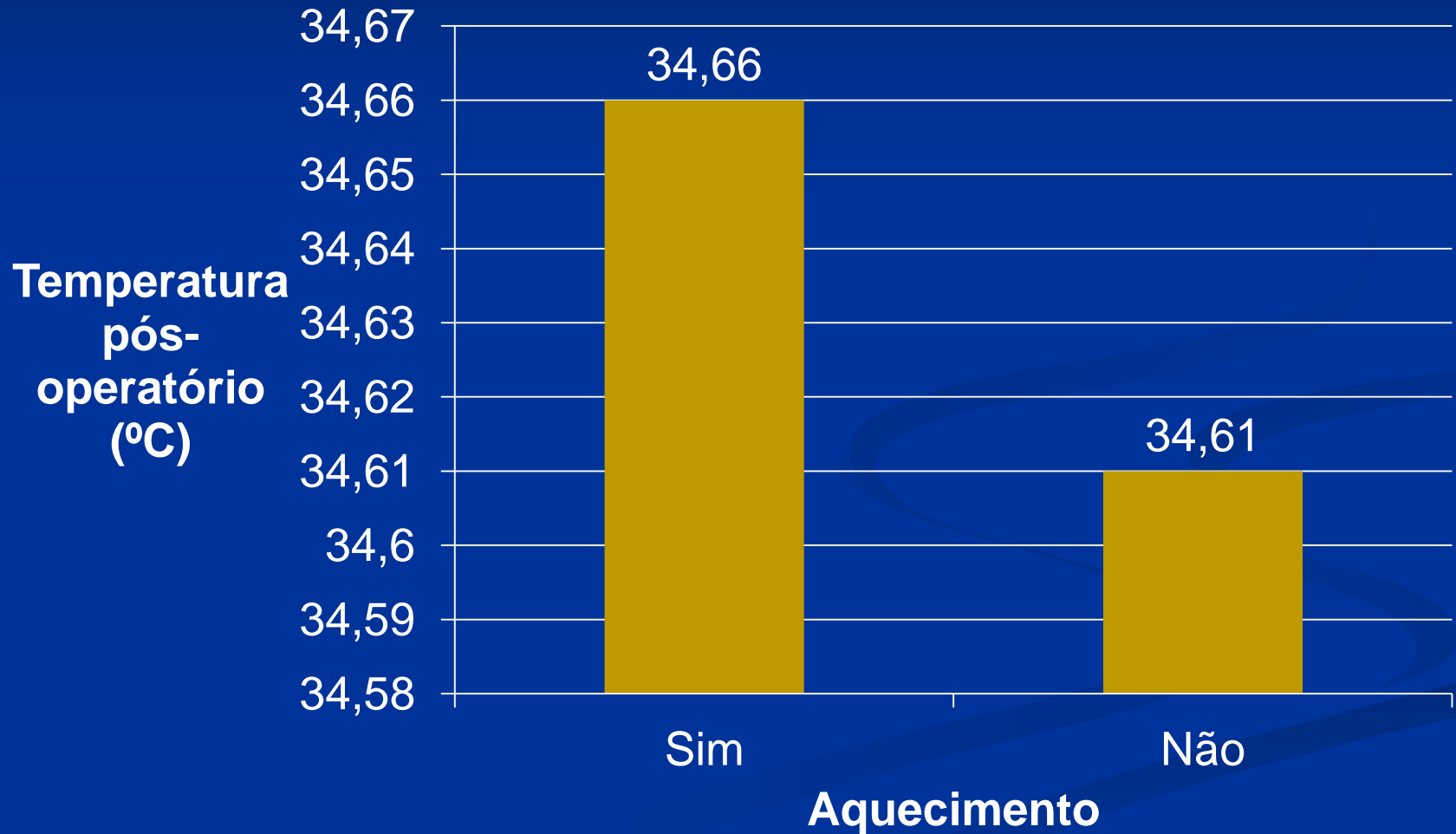
RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS



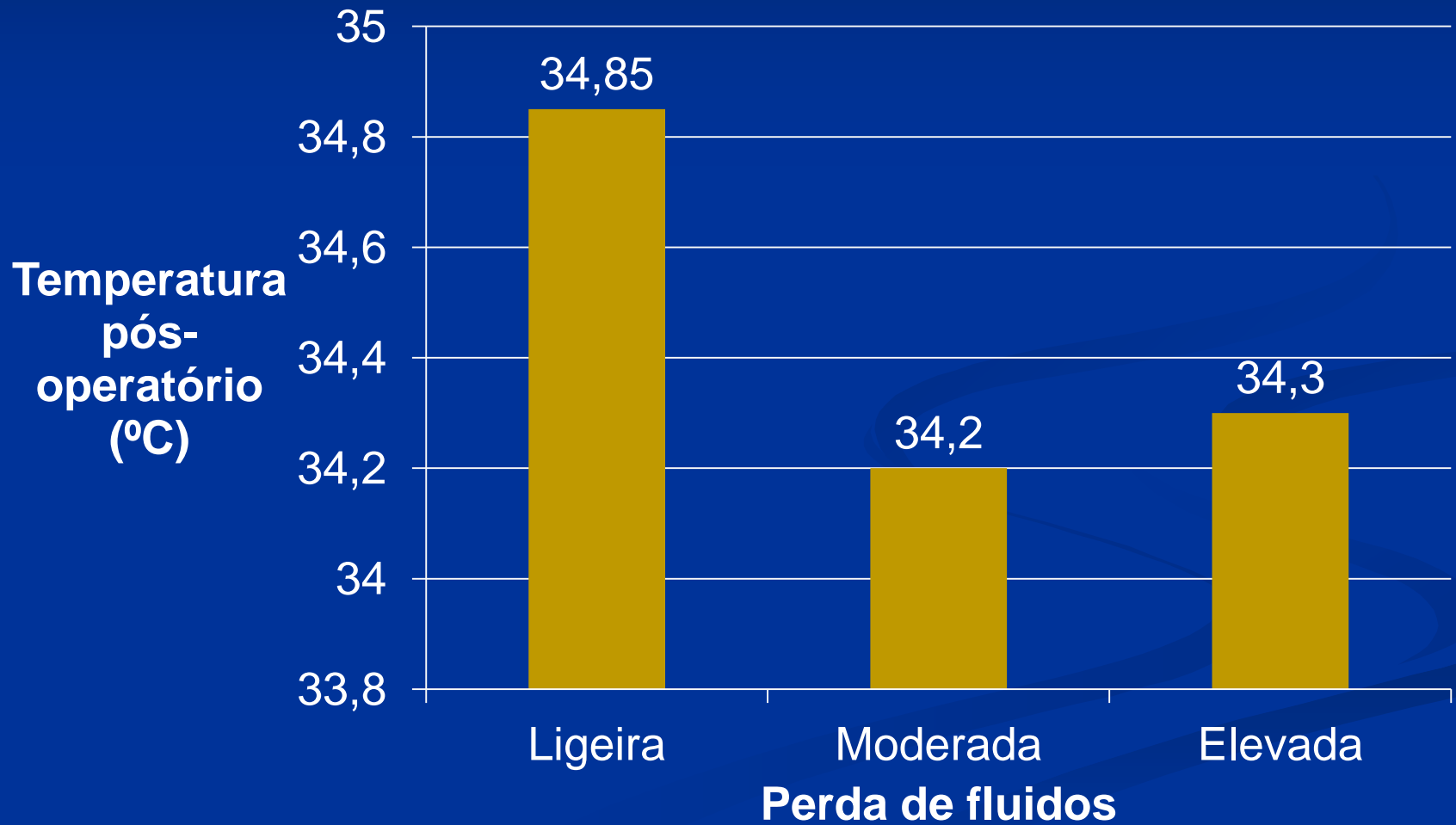
RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS



RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS



RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS



Em suma, verifica-se nos indivíduos submetidos a intervenção cirúrgica, há perda de temperatura corporal, experimentando quase sempre hipotermia ligeira, que segundo a bibliografia se situa entre os 32°C e os 35°C

(BOLANDER, 1998)

Para além destas variáveis que foram tidas em conta na colheita de dados inicial existem muitas outras variáveis que podem afectar a variável dependente deste estudo (a perda de temperatura corporal):

- ✓ Fármacos (antipiréticos, relaxantes musculares e anestésicos);
- ✓ Posicionamento do doente;
- ✓ Temperatura e a humidade das salas cirúrgicas.

CONCLUSÃO

Através da análise dos resultados obtidos, podem inferir-se as seguintes conclusões:

- Existe relação entre a perda de temperatura corporal e a idade do indivíduo;
- Não se verifica relação entre a temperatura corporal e o sexo do indivíduo;
- Existe relação entre a perda de temperatura corporal e o tempo de exposição;

CONCLUSÃO

- Existe relação entre a perda de temperatura corporal e o tipo de cirurgia;
- Existe relação entre a perda de temperatura corporal e o aquecimento;
- Existe relação entre a perda de temperatura corporal e a perdas de fluidos.

BIBLIOGRAFIA

- **BOLANDER, V. 1998. Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica. 3.ª edição. Lusodidacta, Lisboa.**
- **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE, versão Beta 2, 3ª Edição. 2005. Associação Portuguesa de Enfermeiros, Lisboa.**
- **FORTIN, M. 1999. O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização. Lusociência, Loures.**
- **MANLEY, K.; BELLMAN, L. 2003. Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada, 5.ª edição. Lusociência, Loures.**

BIBLIOGRAFIA

- PHIPPS, W.; SANDS, J.; MAREK, J. 2003. **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica**, 6.^a edição. Lusociência, Loures.
- POLIT, D.; HUNGLER, B. 1994. **Investigacion Cientifica en Ciências de la Salud**, 4.^a edição. Interamericana McGraw Hill, México.
- SEELEY, R.; STEPHENS, T.; TATE, P. 2001. **Anatomia e Fisiologia**, 3.^a edição. Lusodidacta, Lisboa.
- TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LEMONE, P. 2007. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do Cuidado em Enfermagem**. Artmed, São Paulo.

FIM

ANEXOS 9

Diapositivos e Planificação de Sessão de Formação:
Perda de Temperatura Corporal no Bloco Operatório

PLANIFICAÇÃO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Dados e Identificação

Tema: Perda de Temperatura Corporal no Bloco Operatório

Autor: João Tiago Santos Oliveira

Local: Bloco Operatório do Hospital São Teotónio

Data: 1 de Outubro 2010

Hora: 14h

Duração: 20 minutos.

População Alvo: Profissionais da equipa de saúde do Bloco Operatório do Hospital de São Teotónio

Objectivos	Conteúdo	Estratégias	Recursos	Avaliação
- Verificar a perda de temperatura corporal dos doentes submetidos a intervenção cirúrgica.	<ul style="list-style-type: none"> - A termorregulação em contexto de bloco operatório; - Hipotermia do doente submetido a intervenção cirúrgica; - Factores que afectam a hipotermia; - Apresentação e discussão dos valores de temperatura corporal, no pós-operatório. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método expositivo oral - Método interactivo - Discussão e diálogo com a plateia 	<ul style="list-style-type: none"> - Power Point - Videoprojector - Computador 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação informal através do grau de satisfação da população alvo. - Discussão e reflexão.



**UNIVERSIDADE CATÓLICA
PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS**

III Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em
Enfermagem Médico – Cirúrgica

**Perda de Temperatura Corporal no
Bloco Operatório**

Hospital de São Teotónio

João Tiago Santos Oliveira

Sob a orientação da: Professora Patrícia Coelho

Viseu, 1 de Outubro de 2010

SUMÁRIO

- Fundamentação teórica
- Metodologia
 - Tipo de estudo
 - Amostra/População
 - Variáveis
 - Hipóteses
- Apresentação e discussão dos resultados
 - Classificação da amostra
 - Relação entre variáveis
- Conclusão

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

- A passagem do doente pelo bloco operatório provoca sempre variação da temperatura corporal e consequentemente alteração na termorregulação.
- A hipotermia pode levar a um aumento do tempo de recuperação, aumentando desta forma a morbidade pós-operatória. Estima-se que 60 % dos doentes submetidos a intervenção cirúrgica, manifestam hipotermia no período pós-operatório

(PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003)

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

- Os cuidados de Enfermagem no pós-operatório, estão focalizados no retorno do doente a um nível de funcionamento óptimo e tão rápido quanto possível. Neste sentido, é essencial que o enfermeiro esteja desperto para a manutenção da temperatura corporal, de forma a prevenir complicações e conseqüentemente diminuir o tempo de recuperação do doente.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A hipotermia pode ser definida como a temperatura central que permanece abaixo do valor normal (36.5°C - 37°C)

- Hipotermia ligeira - a temperatura corporal oscila entre os 35°C e os 32°C ;
- Hipotermia moderada - o valor de temperatura oscila entre os 32°C e 26°C ;
- Hipotermia profunda - a temperatura encontra-se abaixo dos 26°C .

(SEELEY, STEPHENS & TATE, 2001)

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Sinais e sintomas apresentados na hipotermia, podem ser:

- Sensação de frio e calafrios
- Palidez
- Pele fria
- Diminuição da frequência respiratória
- Bradicardia, arritmias cardíacas, possibilidade de paragem cardíaca
- Diminuição do débito urinário
- Dormência das extremidades

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

- Fala arrastada
- Diminuição do nível de consciência, progressiva sonolência (até ao coma)
- Acidose metabólica secundária, a uma insuficiente oxigenação dos tecidos
- Edema generalizado
- Diminuição dos reflexos e das respostas reflexas

(BOLANDER, 1998)

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

- O estado de hipotermia, que é por vezes induzido, torna-se importante para a realização de alguns procedimentos cirúrgicos;
- Contudo, a redução da temperatura corporal conduz a um maior tempo de recuperação do indivíduo sujeito a intervenção cirúrgica.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Factores que influenciam a regulação da temperatura corporal em contexto de bloco operatório:

- Exposição do corporal
- Tipo de cirurgia
- Fármacos (relaxantes musculares, narcóticos)
- Idade

(MANLEY & BELLMAN, 2003)

OBJECTIVO

- O principal objectivo deste trabalho é verificar a perda de temperatura corporal dos doentes submetidos a intervenção cirúrgica

METODOLOGIA

- “O método de investigação é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador”

(FORTIN, 1999)

METODOLOGIA

AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL Instrumento de Colheita de Dados

Intervenção Cirúrgica: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Aquecimento no intra-operatório: Sim _____ Não _____

Perda de fluidos: _____

Tempo de exposição: _____

Temperatura (°C):

Pré-operatório

Intra-operatório

Pós-operatório

METODOLOGIA

Tipo de estudo

- **Correlacional** (determina a relação das várias variáveis e a sua natureza)
- **Descritivo simples** (visto que se pretende descrever as características da amostra, assim como procurar estabelecer relações entre conceitos)

METODOLOGIA

Amostra/População

- ❑ População alvo: são os doentes submetidos a intervenção cirúrgica no bloco operatório do Hospital de São Teotónio
- ❑ Amostra: 35 doentes

METODOLOGIA

Variáveis

- Variável dependente:
 - Perda de Temperatura corporal

- Variáveis independentes:
 - Idade
 - Sexo
 - Tempo de exposição
 - Tipo de cirurgia
 - Perdas de fluídos
 - Aquecimento

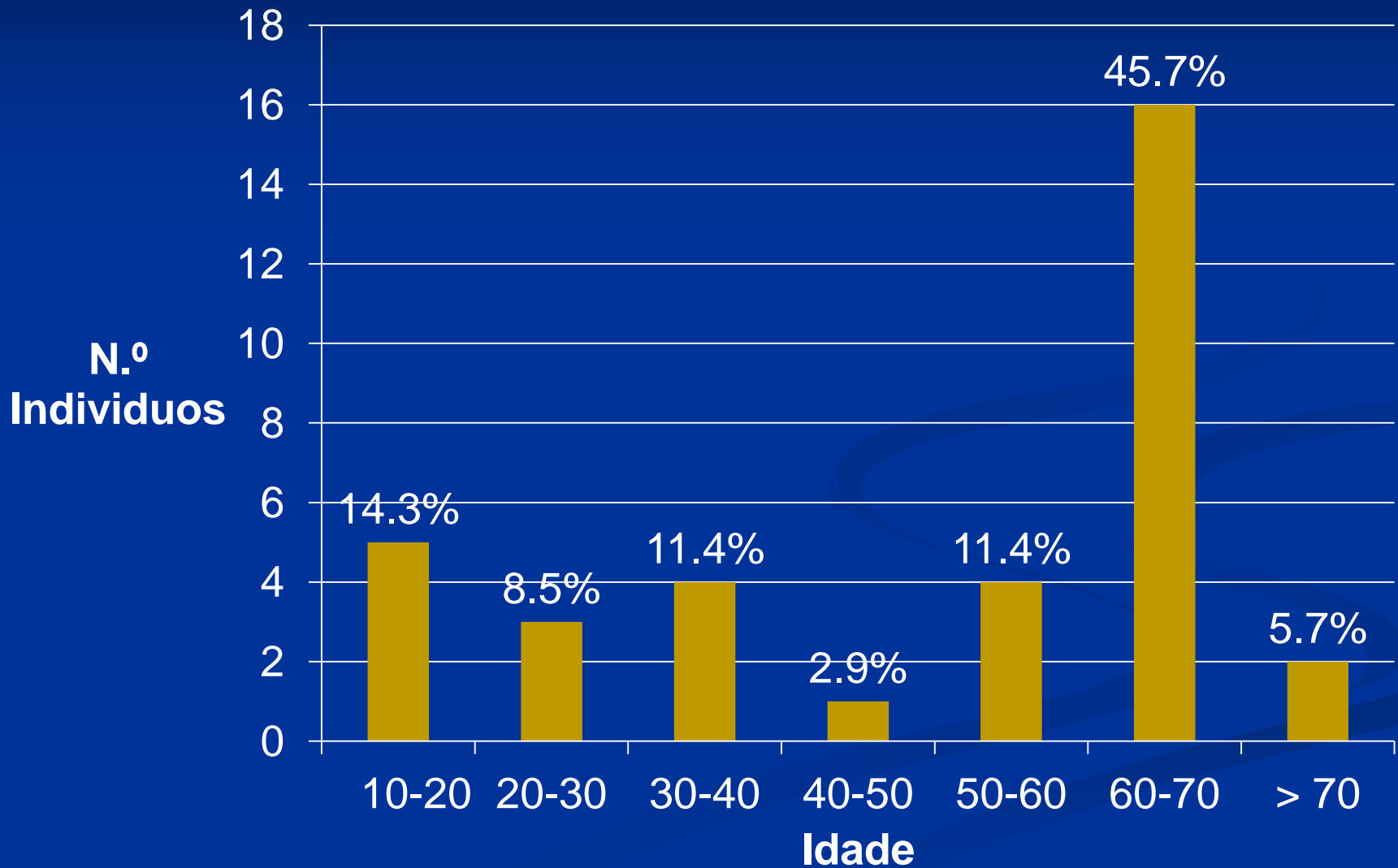
METODOLOGIA

Hipóteses: (simples)

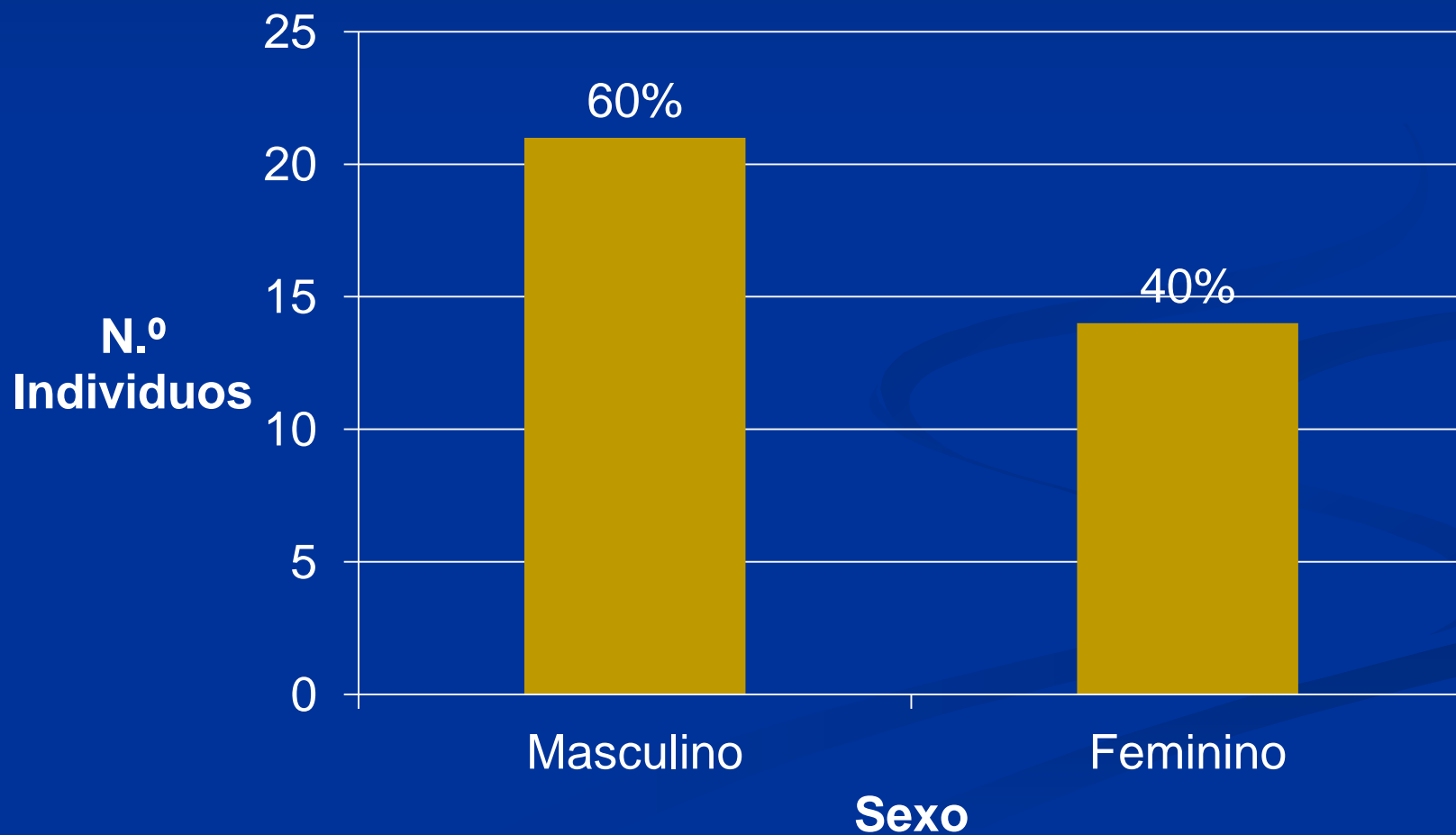
- H1: A perda de temperatura corporal está relacionada com a idade do doente.
- H2: A perda de temperatura corporal está relacionada com o sexo do doente.
- H3: A perda de temperatura corporal está relacionada com o tempo de exposição.
- H4: A perda de temperatura corporal está relacionada com o tipo de cirurgia.
- H5: A perda temperatura corporal está relacionada com o aquecimento.
- H6: A perda temperatura corporal está relacionada com a perda de fluidos corporais.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

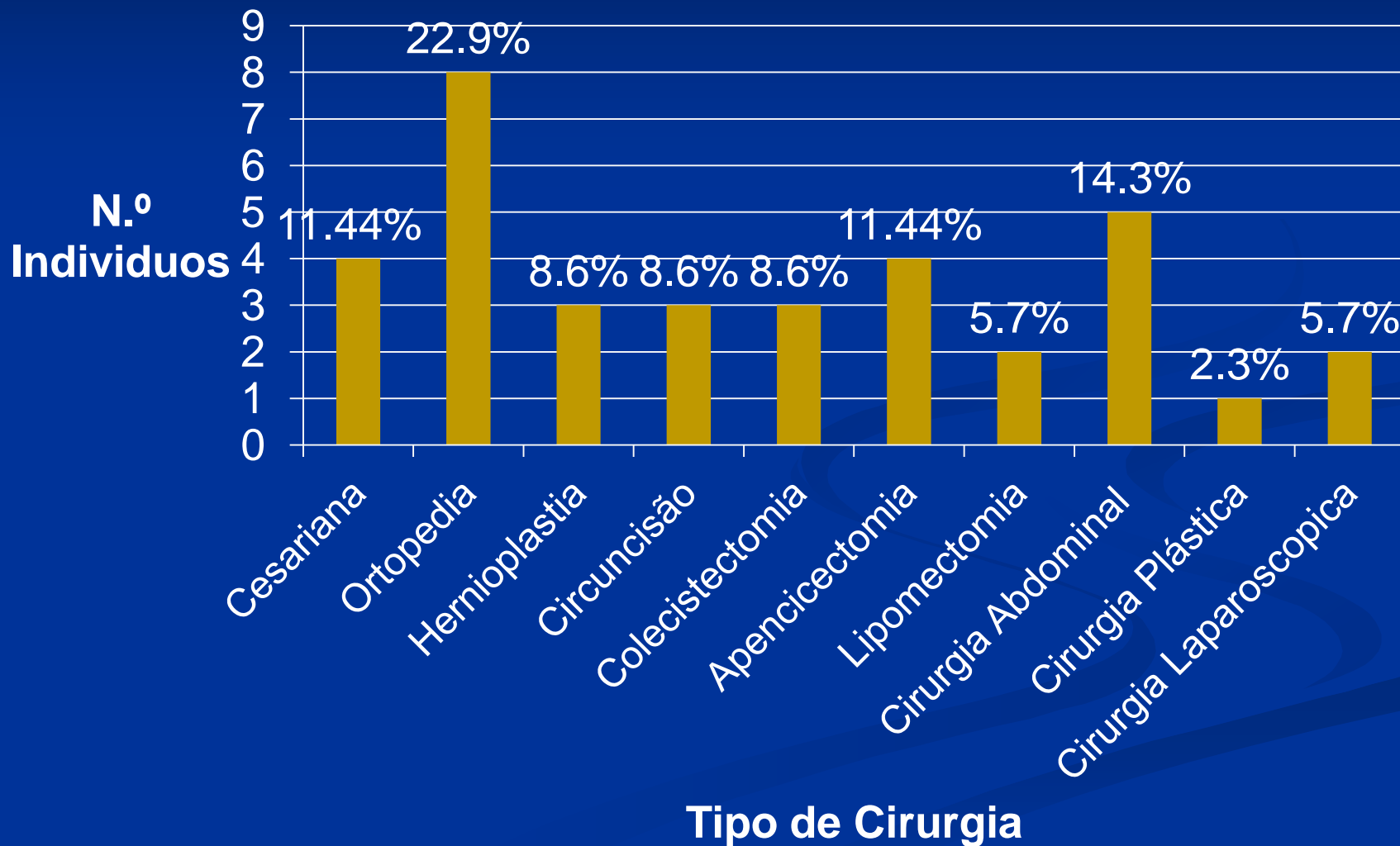
CLASSIFICAÇÃO DA AMOSTRA



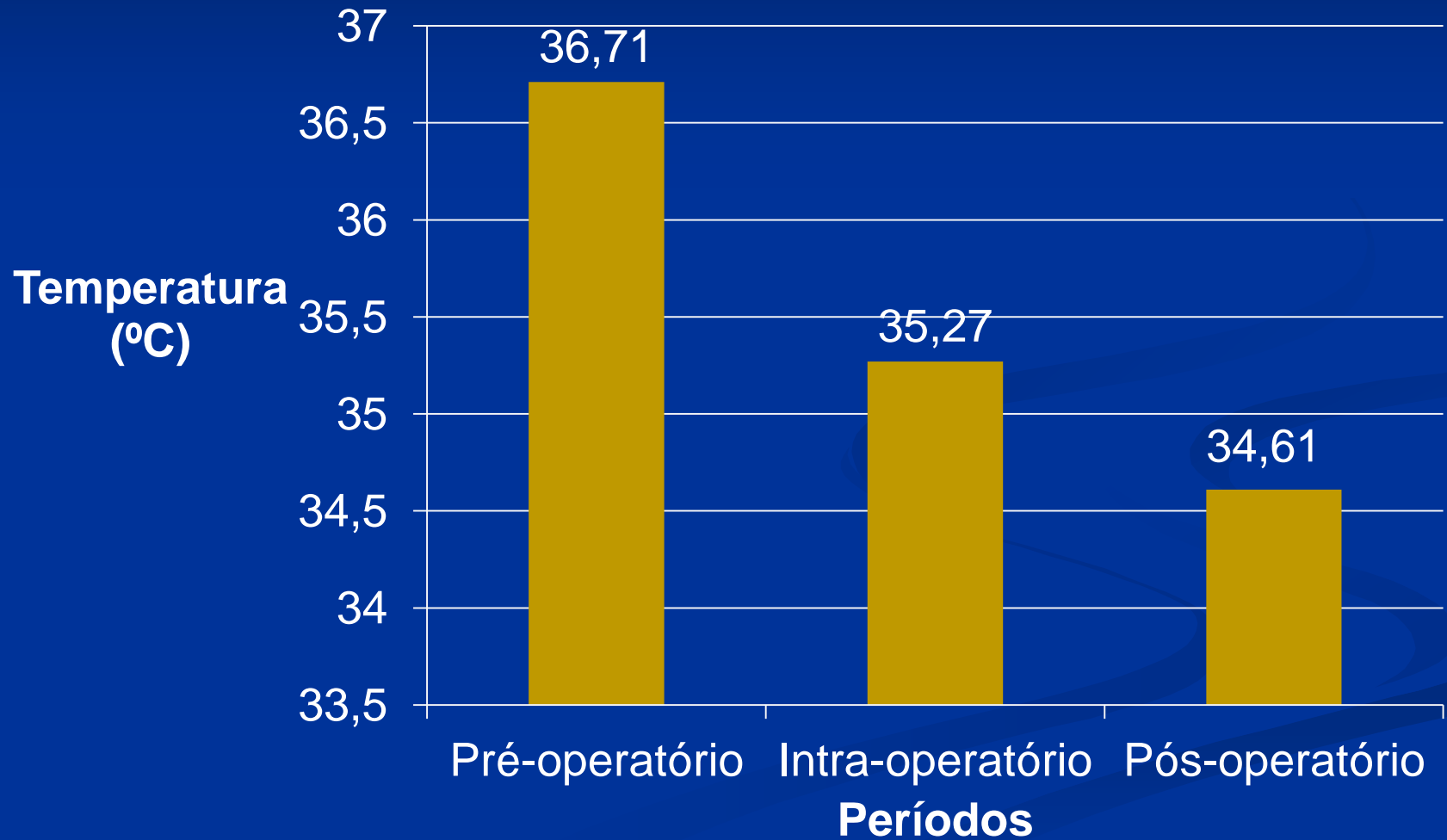
CLASSIFICAÇÃO DA AMOSTRA



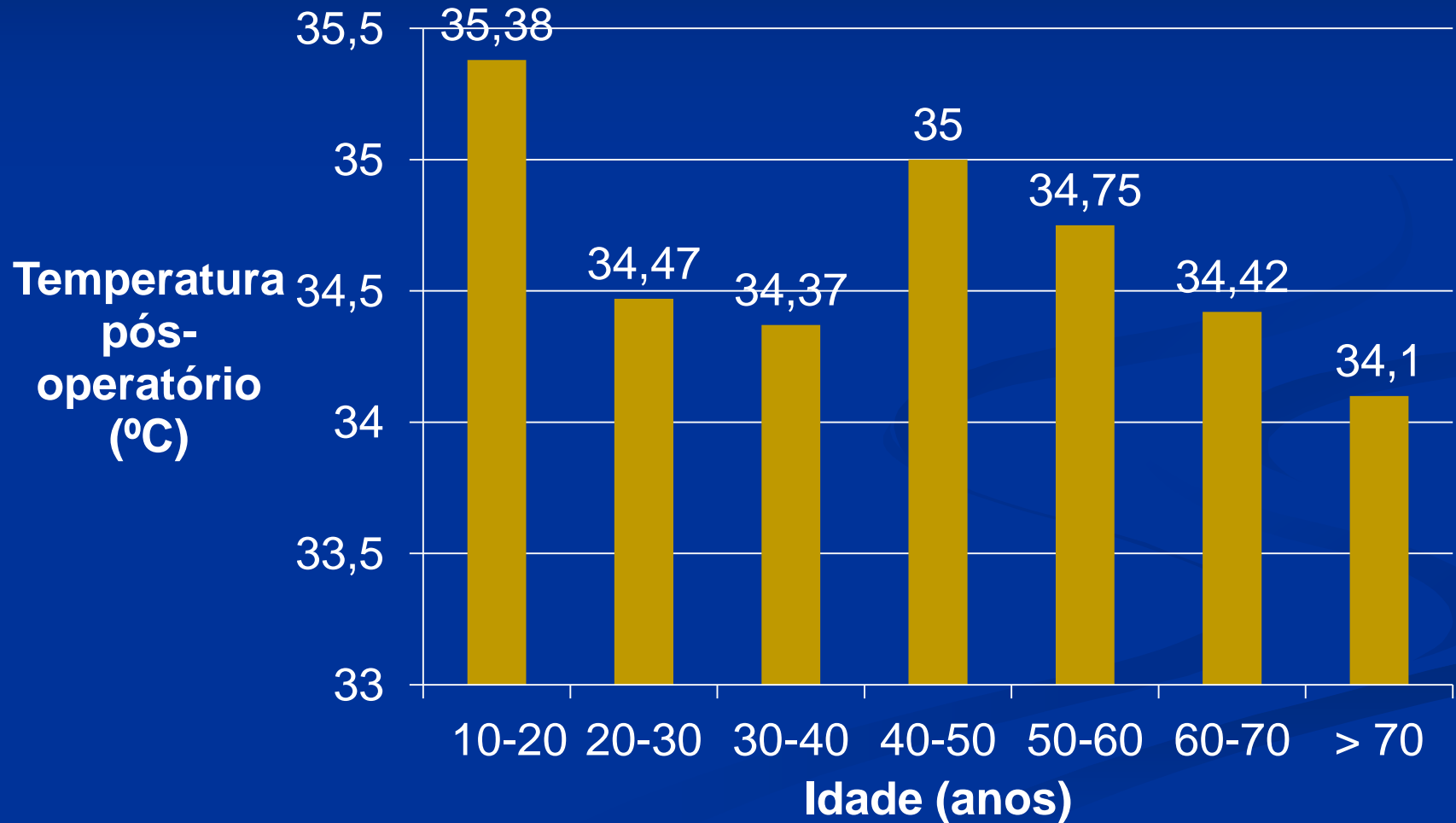
CLASSIFICAÇÃO DA AMOSTRA



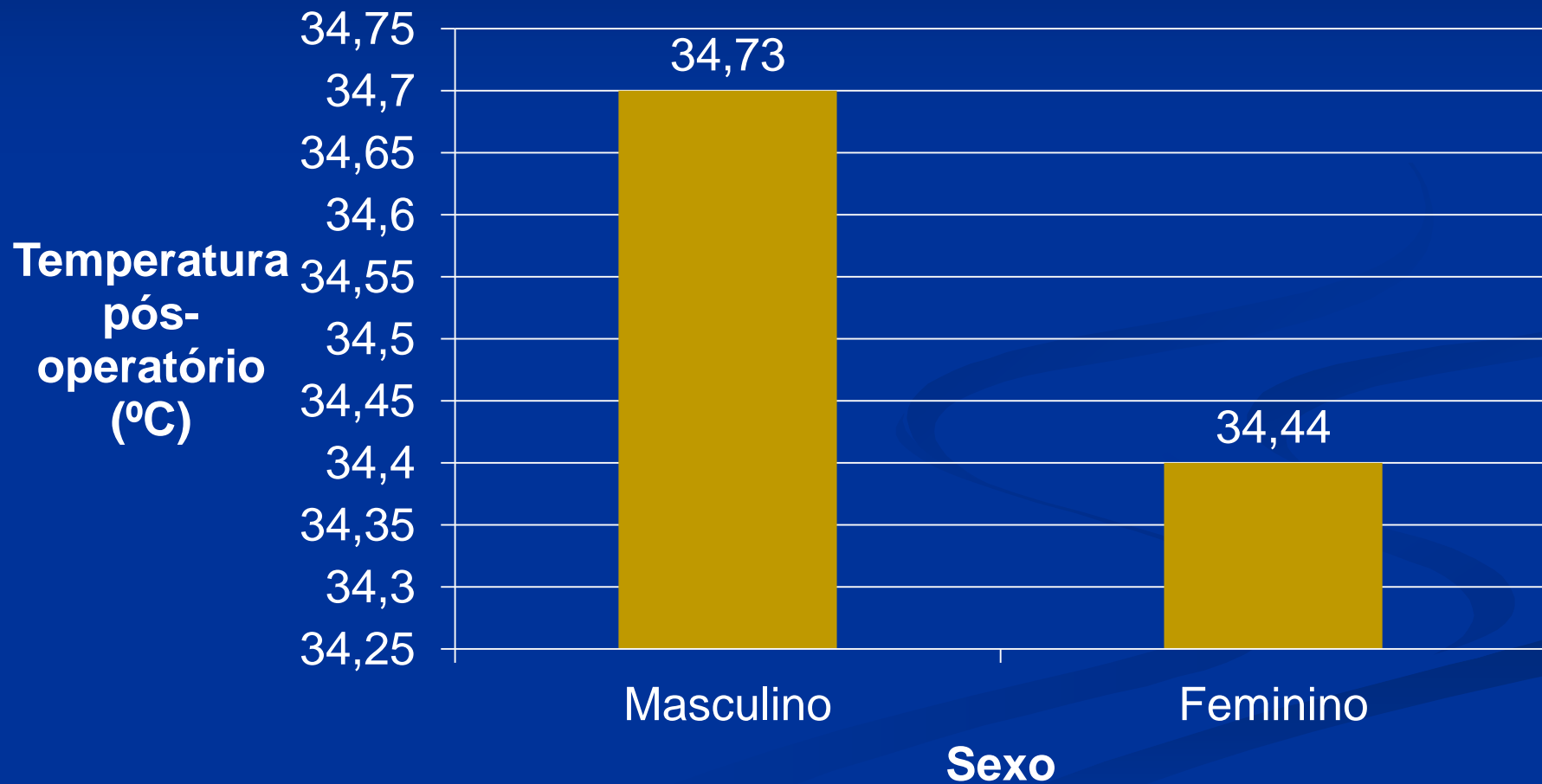
RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS



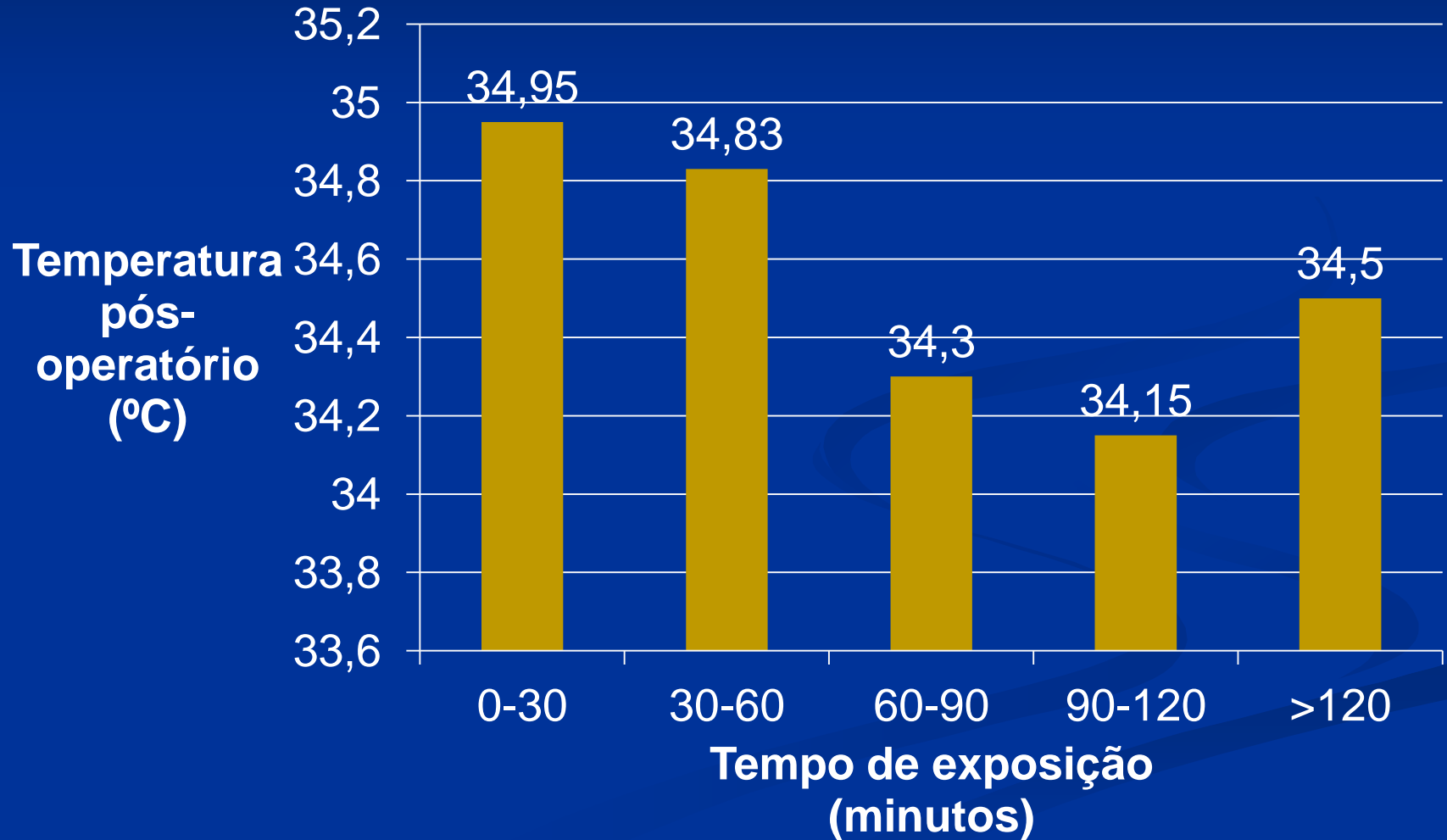
RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS



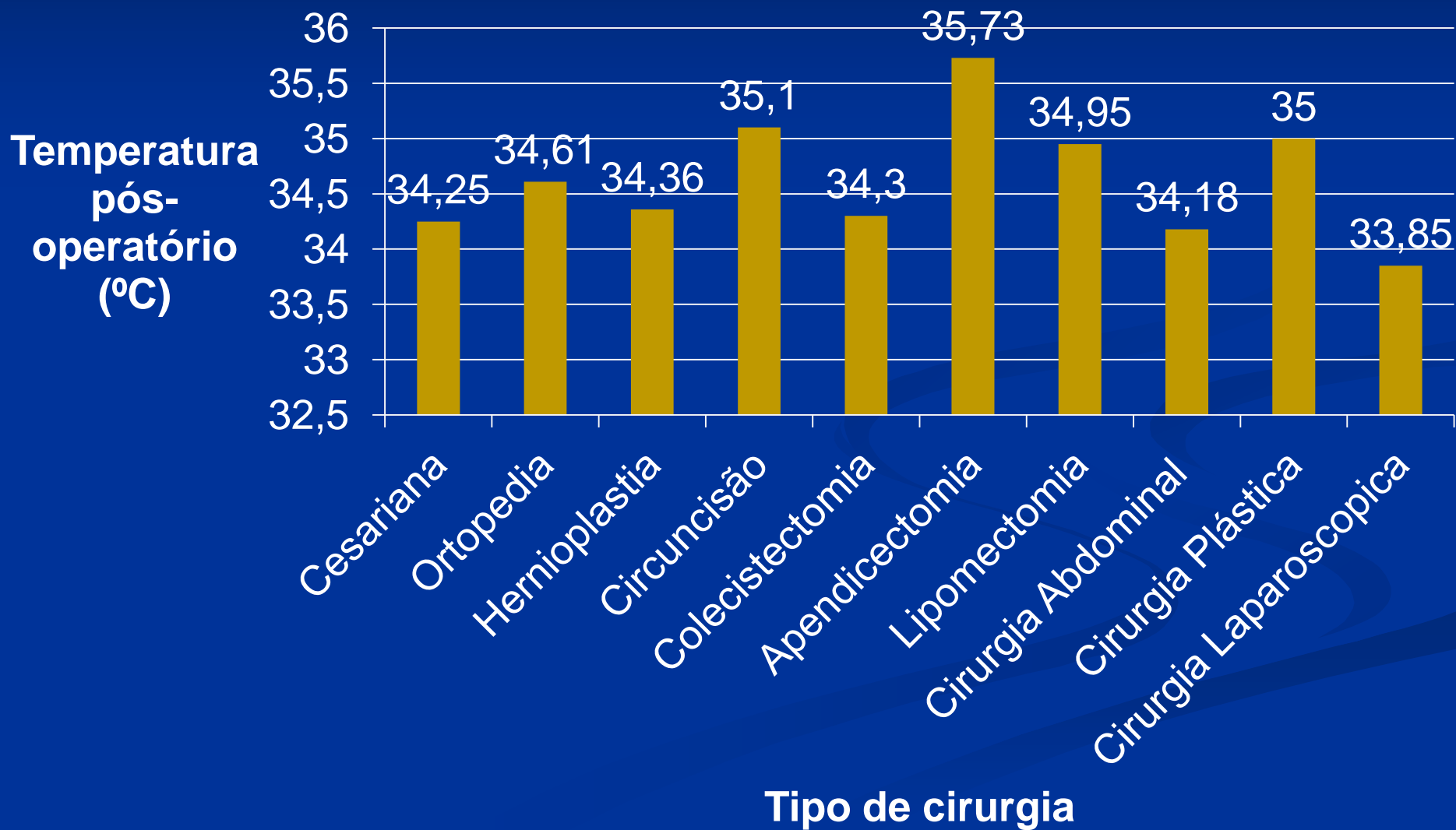
RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS



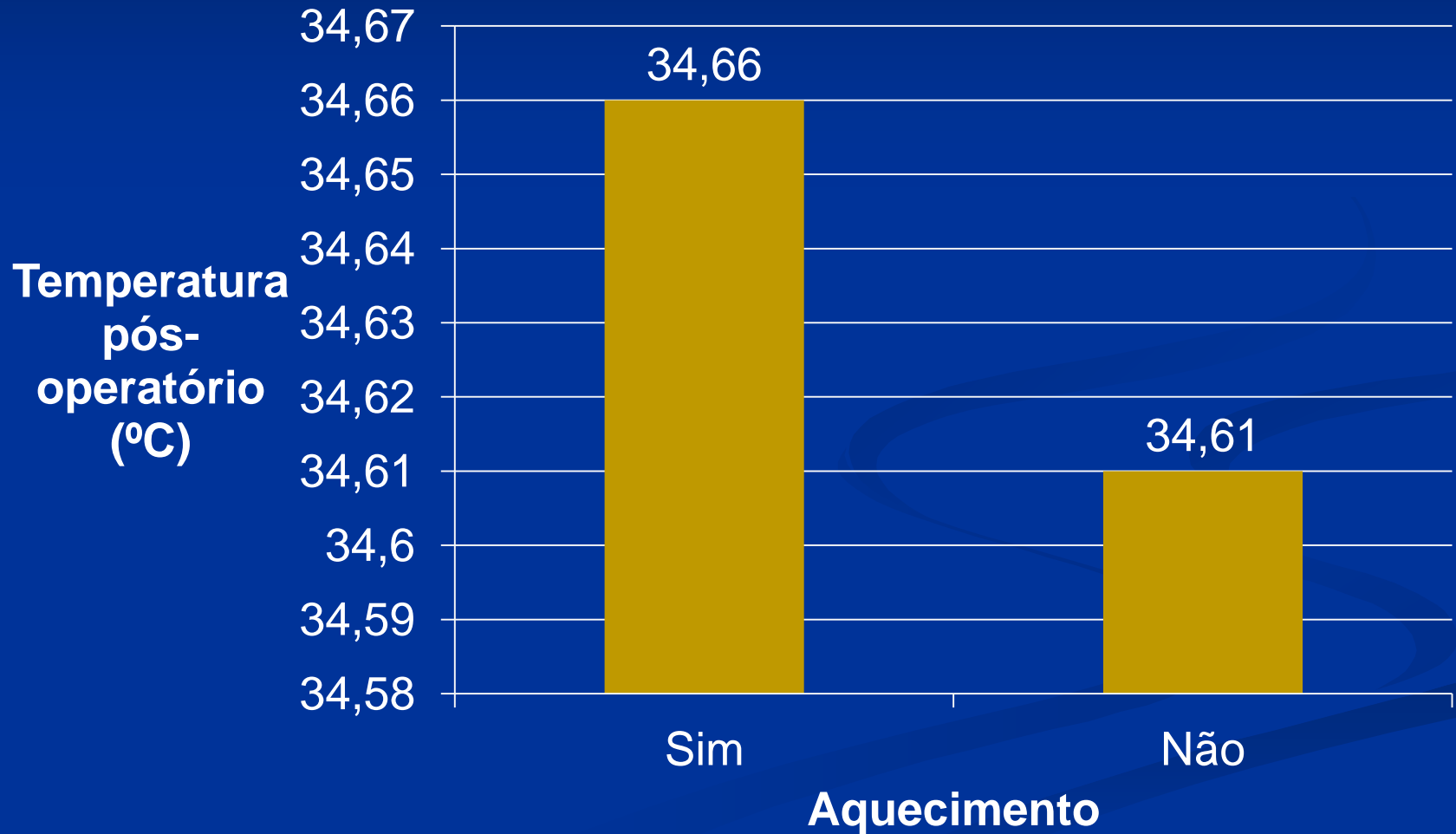
RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS



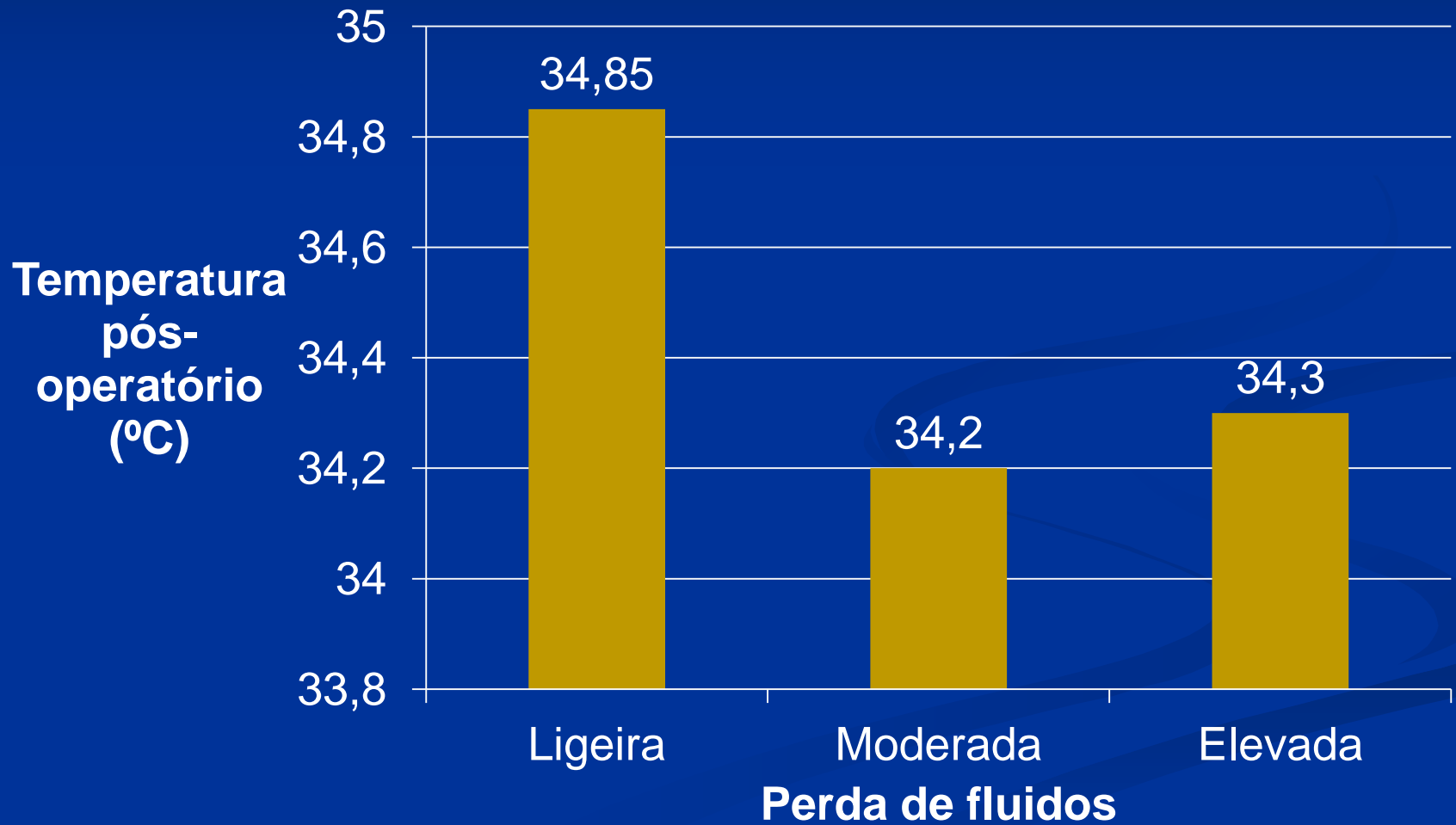
RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS



RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS



RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS



Em suma, verifica-se nos indivíduos submetidos a intervenção cirúrgica, há perda de temperatura corporal, experimentando quase sempre hipotermia ligeira, que segundo a bibliografia se situa entre os 32°C e os 35°C

(BOLANDER, 1998)

Para além destas variáveis que foram tidas em conta na colheita de dados inicial existem muitas outras variáveis, que podem afectar a variável dependente deste estudo (a perda de temperatura corporal):

- ✓ Fármacos (antipiréticos, relaxantes musculares e anestésicos);
- ✓ Posicionamento do doente;
- ✓ Temperatura e a humidade das salas cirúrgicas.

CONCLUSÃO

Através da análise dos resultados obtidos, podem inferir-se as seguintes conclusões:

- Existe relação entre a perda de temperatura corporal e a idade do indivíduo;
- Não se verifica relação entre a temperatura corporal e o sexo do indivíduo;
- Existe relação entre a perda de temperatura corporal e o tempo de exposição;

CONCLUSÃO

- Existe relação entre a perda de temperatura corporal e o tipo de cirurgia;
- Existe relação entre a perda de temperatura corporal e o aquecimento;
- Existe relação entre a perda de temperatura corporal e a perdas de fluídos.

CONCLUSÃO

Limitações do estudo:

- Dimensão da amostra (não se pode generalizar resultados à população alvo);
- Tempo disponível para a realização do trabalho.

CONCLUSÃO

Sugestão:

- ✓ A aplicação do presente trabalho a uma amostra maior, tendo em conta outras variáveis que podem influenciar directamente a perda temperatura corporal, com o objectivo de promover uma maior qualidade na prestação de cuidados de Enfermagem, por forma a prevenir a hipotermia e consequentemente reduzir o tempo de recuperação do individuo sujeito a intervenção cirúrgica

BIBLIOGRAFIA

- BOLANDER, V. 1998. **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica**. 3.^a edição. Lusodidacta, Lisboa.
- FORTIN, M. 1999. **O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização**. Lusociência, Loures.
- MANLEY, K.; BELLMAN, L. 2003. **Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada**, 5.^a edição. Lusociência, Loures.
- PHIPPS, W.; SANDS, J.; MAREK, J. 2003. **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica**, 6.^a edição. Lusociência, Loures.

BIBLIOGRAFIA

- POLIT, D.; HUNGLER, B. 1994. **Investigacion Cientifica en Ciências de la Salud**, 4.^a edição. Interamericana MaGraw Hill, México.
- SEELEY, R.; STEPHENS, T.; TATE, P. 2001. **Anatomia e Fisiologia**, 3.^a edição. Lusodidacta, Lisboa.
- TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LEMONE, P. 2007. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do Cuidado em Enfermagem**. Artmed, São Paulo.

FIM

ANEXOS 10

Checklist: Material para a Colocação do Cateter Venoso Central

CHECKLIST

KIT DE CATETER VENOSO CENTRAL

- Cateter Venoso Central (1)
- Frasco de NaCl 0.9% 500cc (1)
- Sistema de bomba infusora (1)
- Torneira (1)
- Prolongador (1)
- Campos esterilizados (2 de pano; 1 de tecido não tecido)
- Bata esterilizada (1)
- Luvas esterilizadas (1 par 6,5 ; 7 ; 7,5 ; 8)
- Máscaras (2)
- Compressas esterilizadas (3 pacotes)
- Fio de sutura seda 2/0 (1)
- Lâmina de bisturi N.º 23 (2)
- Seringa de 20cc (3)
- Agulhas IM (3); agulhas SC (3); agulhas EV (3)
- Lidocaína a 1% ou 2 % (1 frasco)
- Heparina (1 frasco)
- Ampola se soro fisiológico 20cc (1)
- Clorhexidina 2% / Solução alcoólica colorada
- Penso estéril (1)