



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Zulmira Maria Pires Cristóvão

(LISBOA, Maio de 2011)



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Zulmira Maria Pires Cristóvão

Sob orientação de Prof.^a Manuela Madureira

(LISBOA, Maio de 2011)

“não tenham medo das vossas feridas, das vossas limitações, da vossa impotência.

*É com tudo isso que estão ao serviço dos doentes
e não com a vossa suposta força, o vosso suposto saber”.*

OSTASESKI, citado por HENNEZEL (2001, p. 137)

RESUMO

O presente relatório reflecte o culminar do estágio, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem, de Natureza Profissional, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa / Instituto de Ciências da Saúde (UCP/ICS). É através dele que descrevo e reflecto o percurso realizado no desenvolvimento de competências necessárias ao perfil do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

O estágio foi realizado em três realidades distintas: Serviço de Urgência Central, do Hospital de Santa Maria; Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais, do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE; e Bloco Operatório Central e Unidade de Cirurgia Ambulatória, do Hospital CUF Descobertas. Para a ilustração de cada módulo, foi usada uma metodologia descritiva, reflexiva e crítica das actividades desenvolvidas, tendo em conta os objectivos delineados.

Neste percurso, os cuidados de enfermagem ao doente com traumatismo abdominal assumiu particular atenção, contudo, outras áreas foram trabalhadas, promovendo, igualmente, a prestação de cuidados de enfermagem seguros, entre elas: prevenção e controlo de infecções associadas aos cuidados de saúde, hipodermoclise em doentes em fim de vida, funções do enfermeiro na UCPA, auditoria da qualidade dos cuidados de enfermagem em UCPA e comunicação aumentativa e alternativa com a pessoa em situação de disfunção comunicativa.

O trabalho desenvolvido no decurso deste estágio contribuiu, de forma inequívoca, para o meu enriquecimento pessoal e profissional, permitindo o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

ABSTRACT

This report reflects the terminus of the probationary period, included in the Master Degree in Professional Nature Nursing in the Area of Specialization in Medical-Surgical Nursing in the Portuguese Catholic University / Institute of Health Sciences (UCP / ICS).

It is hereby that I describe and reflect the work that I have carried out in the development of the skills demanded in the profile of the specialist nurse in medical-surgical nursing.

The probationary period was developed in three distinctive realities: Central Emergency Service, in Hospital de Santa Maria, Special Surgical Intensive Care Unit, in Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE and Central Operating Room and Central Ambulatory Surgery Unit, in Hospital CUF Descobertas.

To illustrate each module more clearly, it has been used a descriptive, reflexive and critical methodology of all the activities undertaken, considering the goals defined.

In this path, the nursing care towards the patient with abdominal trauma has acquired special attention. However, other areas have been equally worked and which intended to promote safe nursing care, among which, the prevention and control of the infections associated to health care, hypodermoclysis in end-stage patients, of the nurse responsibility, auditing of the quality of the care provided in UCPA and augmentative and alternative communication to people who suffer from communicative dysfunction.

The work developed throughout the probationary period has unequivocal and fully contributed to my personal and professional enrichment, allowing the development of the skills necessary to the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing.

AGRADECIMENTOS

Obrigada às enfermeiras orientadoras, Enfermeira Teresa Carinhas, Enfermeira Eduarda Pinheiro e Enfermeira Áurea Tobio, pelo apoio, incentivo e disponibilidade permanentes, fundamentais no decurso dos estágios.

À Professora Tutora, Professora Manuela Madureira, agradeço a sua orientação pedagógica e disponibilidade prestada no decurso do estágio e realização deste trabalho.

Um agradecimento muito especial à minha grande amiga, Enfermeira Sandrina Nunes, pela sua amizade e encorajamento no decorrer deste percurso.

A todos os colegas que, de alguma forma, se cruzaram comigo neste percurso, obrigada pela sua compreensão e colaboração.

Ao meu marido e aos meus pais pelo muito amor, gestos de carinho e motivação sempre presentes.

À minha filha, obrigada pelo seu amor incondicional, e um sentido pedido de desculpa pelas longas horas de ausência.

ABREVIATURAS

ed. – edição
enf.^a – enfermeira
enf.^o – enfermeiro
f. – folha
ib. – ibidem (no mesmo lugar)
p. – página
SC – subcutânea
s.d. – sem data

SIGLAS E ACRÓNIMOS

AO – Assistente Operacional
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BO – Bloco Operatório
BOC – Bloco Operatório Central
CAA – Comunicação Aumentativa e Alternativa
CCI – Comissão de Controlo de Infecção
DGS – Direcção-Geral da Saúde
EPI – Equipamento de Protecção Individual
EPE – Entidade Pública Empresarial
HCD – Hospital Cuf Descobertas
HFF – Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca
HSM – Hospital de Santa Maria
IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
ICS – Instituto Ciências da Saúde
SICAM – Sistema Integrado de Comunicação Aumentativa
SO – Sala de Observação
SU – Serviço de Urgência
SUC – Serviço de Urgência Central
TCE – Traumatismo Cranio-Encefálico
TVM – Traumatismo Vertebro-Medular
UCA – Unidade de Cirurgia Ambulatória
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCICRE – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UCP – Universidade Católica Portuguesa
UCPA – Unidade Cuidados Pós-Anestésica

ÍNDICE

	f .
0 – <u>INTRODUÇÃO</u>	9
1 – <u>DESENVOLVIMENTO</u>	12
1.1 – <u>MÓDULO I: SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL: HOSPITAL DE SANTA MARIA</u>	13
1.1.1 – <u>Objectivos definidos para o Serviço de Urgência Central</u>	14
1.1.1.1 – Prestar cuidados de enfermagem especializados a doentes em estado crítico, de médio e alto risco, vítimas de trauma, e sua família, em situação de urgência/emergência	15
1.1.1.2 – Contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem seguros a doentes de médio e alto risco, em situação de urgência/emergência	20
1.2 – <u>MÓDULO III: BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL E UNIDADE DE CIRURGIA AMBULATORIA: HOSPITAL CUF DESCOBERTA</u>	27
1.2.1 – <u>Objectivos definidos para o Bloco Operatório Central e Unidade de Cirurgia Ambulatória</u>	29
1.2.1.1 – Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente e sua família, em contexto perioperatório	29
1.2.1.2 – Contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem seguros a doentes em contexto perioperatório	35
1.3 – <u>MÓDULO II: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CIRÚRGICOS ESPECIAIS: HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA, EPE</u>	41
1.3.1 – <u>Objectivos definidos para a Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais</u>	42
1.3.1.1 – Prestar cuidados de enfermagem especializados a doentes em estado crítico, submetidos a cirurgia major, e sua família	43
1.3.1.2 – Desenvolver competências de comunicação no relacionamento com a pessoa em situação de disfunção comunicativa, em contexto de cuidados intensivos	49
1.3.1.3 – Contribuir para a comunicação com doentes em estado crítico, submetidos a cirurgia major, em contexto de cuidados intensivos	54
2 – <u>CONCLUSÕES GERAIS</u>	57
3 – <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	60

ANEXOS	65
ANEXO I – <u>Hipodermoclise: Administração de fluidos por via Subcutânea – cartaz e régua de bolso</u>	66
ANEXO II – <u>Identificação do material na Sala de Reanimação I – Foto-reportagem</u>	69
ANEXO III – <u>Estratégia para o uso de EPI’s na Sala de Reanimação I – Foto-reportagem</u> .	72
ANEXO IV – <u>Manuseamento da Via Aérea – Curso Teórico-Prático</u>	74
ANEXO V – <u>Traumatismo Abdominal – Manual de Boas Práticas</u>	88
ANEXO VI – <u>Traumatismo Abdominal – Manual de Boas Práticas (tamanho A5)</u>	102
ANEXO VII – <u>“O cliente com Traumatismo Abdominal” – Convite</u>	104
ANEXO VIII – <u>“O cliente com Traumatismo Abdominal” – Acção de Formação</u>	106
ANEXO IX – <u>“O cliente com Traumatismo Abdominal” – Avaliação da Acção de Formação</u>	122
ANEXO X – <u>Estratégias para a higiene das mãos</u>	124
ANEXO XI – <u>Gaveta da Unidade do Cliente – Foto-reportagem e Check-list</u>	128
ANEXO XII – <u>Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos – Cartazes</u>	131
ANEXO XIII – <u>Manual do Auditor da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem para a Sala de Cuidados Pós-Anestesia da Unidade de Cirurgia Ambulatória</u>	142
ANEXO XIV – <u>Check-list do Manual do Auditor da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem para a Sala de Cuidados Pós-Anestesia da Unidade de Cirurgia Ambulatória</u>	154
ANEXO XV – <u>“Comunicar com a pessoa em situação de disfunção comunicativa na UCI” – Acção de Formação</u>	159
ANEXO XVI – <u>“Comunicar com a pessoa em situação de disfunção comunicativa na UCI” – Avaliação da Acção de Formação</u>	174

0 – INTRODUÇÃO

O presente relatório representa o término do Curso de Mestrado em Enfermagem, de Natureza Profissional, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa/Instituto de Ciências da Saúde (UCP/ICS). Assim, este documento pretende ser a materialização da análise crítica e reflexiva da minha prática, no decurso do estágio.

De acordo com o Guia de Estágio (2010) do curso, o estágio inclui três módulos, os quais compreendem: Serviços de Urgência (Módulo I), Cuidados Intensivos / Intermédios (Módulo II) e Opcional, em que o formando poderia optar, em função do seu projecto profissional, por uma das seguintes áreas – Cuidados Paliativos, Cuidados Continuados, Enfermagem Geriátrica, Enfermagem no Perioperatório e Infecção Hospitalar (Módulo III). Assim, em consonância com o preconizado, optei pela seguinte selecção:

- Módulo I – Serviço de Urgência Central (SUC), do Hospital de Santa Maria – de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010.
- Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais (UCICRE), do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE – de 22 de Novembro de 2010 a 28 de Janeiro de 2011.
- Módulo III – Enfermagem no Perioperatório – Bloco Operatório Central (BOC) e Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA), do Hospital CUF Descobertas – de 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010.

Embora a relativa proximidade, dos locais de estágio supracitados, à minha área de residência tenha influenciado a escolha dos mesmos, outros factores cruciais motivaram essa mesma selecção, e que foram, essencialmente, a necessidade de adquirir, aprofundar e aplicar conhecimentos, que possibilitam a compreensão e resolução de problemas, assim como lidar com questões complexas, relacionadas com o doente em situação crítica, em contextos alargados e multidisciplinares.

O SUC é um serviço de urgência, em funcionamento 24 horas, constituído por três sectores (sector ambulatório, sector de internamento e bloco operatório), com capacidade de dar resposta a necessidades de uma população de uma vasta área de influência, no âmbito de diversas especialidades. Estruturalmente, o serviço dispõe de salas destinadas aos cuidados a doentes em situação crítica, de médio e alto risco (sala de reanimação I, sala de reanimação II e SO), cujos cuidados de enfermagem são prestados por uma equipa “*treinada em situações de urgência e emergência*” (<http://www.hsm.min-saude.pt/hsmindra/tabid/1626/Default.aspx> [Consult. 14 Abril 2011]). Pelo descrito, seleccionei o SUC, como contexto de estágio, perspectivando uma diversidade de experiências promotoras da aquisição de novos saberes e desenvolvimento de competências.

A UCICRE é uma unidade de cuidados intensivos, de infra-estrutura *open space*, com capacidade para internamento de seis doentes em simultâneo, que se destina à prestação de cuidados de saúde a doentes com necessidades do foro das várias especialidades cirúrgicas do HFF, em situação crítica, onde a equipa de enfermagem é composta por dezanove enfermeiros, entre eles, três enfermeiras especialistas. Escolhi a UCICRE pela possibilidade de o estágio ser orientado por uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, e pela especificidade de doentes a que se destina, encaixando-se, por isso, na área que desperta em mim maior interesse e motivação profissional e pessoal – área cirúrgica. Esse interesse advém da minha experiência profissional, de 8 anos, em serviço de internamento de cirurgia, UCPA e cirurgia ambulatória. A eleição deste serviço reflecte também os testemunhos de satisfação de anteriores alunos, do curso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, que ali desenvolveram estágio, o que aumentou a minha expectativa em experiências de aprendizagem promotoras do desenvolvimento de competências.

A opção pelo módulo de Enfermagem no Perioperatório centra-se, igualmente, no fascínio e motivação profissional pela área cirúrgica. A escolha do HCD teve como matriz de referência ser uma das mais modernas e reconhecidas unidades hospitalares do País, ao que perspectivei encontrar no BOC e na UCA uma equipa de profissionais de excelência e uma variedade de oportunidades promotoras da aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências inerentes à área perioperatória em geral, e área pós-anestésica em particular. Estes dois serviços (BOC e UCA), assumem infra-estruturas distintas, cada uma delas organizada para a prestação de cuidados a que se destina. Assim, o BOC, orientado para a prestação de cuidados a doentes do foro cirúrgico, em regime programado ou de carácter urgente, possui 5 salas de operações polivalentes, com uma UCPA adjacente, onde os doentes recebem cuidados de saúde até reunirem critérios de recuperação pós-anestésica; a UCA, destinada à realização de cirurgias sem necessidade de cuidados especializados no pós-operatório, num regime de não internamento, é composta por áreas de pré-operatório, duas salas de operações e uma sala de cuidados pós-anestésicos, onde os doentes recebem cuidados de saúde até reunirem critérios que permitam o seu regresso a casa. Embora distintos, estes serviços contam com a prestação de cuidados de saúde da mesma equipa multidisciplinar, da qual fazem parte duas enfermeiras especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.

Este relatório tem como objectivos:

- Descrever as actividades desenvolvidas em cada módulo de estágio, de forma a dar resposta aos objectivos previamente definidos;
- Delinear novos objectivos, face às necessidades de cada serviço, e descrever as actividades desenvolvidas, de forma a dar resposta aos mesmos;
- Reflectir sobre situações problemáticas em contexto da prática clínica e respectivas intervenções;
- Reflectir as competências desenvolvidas no decorrer do estágio.

Este documento foi redigido de forma a facilitar a leitura, encontrando-se estruturado, por capítulos, da seguinte forma: introdução, desenvolvimento, conclusões gerais e referências bibliográficas.

Na introdução refiro o enquadramento do curso e correspondente estágio, os módulos realizados e respectiva justificação pela sua escolha, os objectivos do relatório e a estrutura seleccionada para o documento.

No desenvolvimento, de modo a ser esclarecedor do percurso realizado, sigo a sequência cronológica dos módulos cumpridos: Módulo I, Módulo III e Módulo II. Como as distintas vertentes do estágio foram realizadas em instituições diferentes, considereei pertinente fazer uma sucinta caracterização dos locais onde este decorreu, no início da análise de cada módulo, contextualizando, assim, as acções realizadas. Seguidamente, por cada módulo, apresento os objectivos definidos e sequentes actividades desenvolvidas, e sua fundamentação. Neste capítulo, identifico, também, situações problemáticas e consequentes estratégias de intervenção e/ou implementações sugeridas.

Por último, nas conclusões gerais, faço uma análise dos principais aspectos abordados ao longo do documento, e dos principais contributos para o meu desenvolvimento como pessoa/profissional e para os serviços onde foi realizado este estágio. Neste capítulo identifico também as dificuldades e limitações encontradas e deixo uma sugestão que possam facilitar e enriquecer o estágio de futuros Mestrados em Enfermagem, de Natureza Profissional, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Na elaboração deste relatório tive em consideração o projecto e o portefólio de estágio, os saberes desenvolvidos nas diferentes unidades curriculares inseridas no plano de estudos do curso, a análise reflexiva sobre o meu desempenho nos diferentes módulos de estágio, a literatura pesquisada, o “Guia de elaboração e apresentação de trabalhos escritos” adaptado pela UCP (2009) e as “Regras para Escrita de Relatório de Mestrado”, segundo a UCP.

De referir que, apesar de a Ordem dos Enfermeiros defender o termo “cliente”, como forma de mencionar “*o sujeito ao qual um diagnóstico se refere e que é receptor de uma intervenção*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2009, p. 9), neste trabalho, segui como orientação o Plano de Estudos da unidade curricular Estágio, pelo que é utilizada a designação doente, não colidindo, porém, com a definição anteriormente clarificada. Por outro lado, o termo “família” é utilizado neste documento considerando a definição de VIEIRA: “*grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas*” (VIEIRA 2007, p. 83).

Um outro conceito que considero pertinente definir, para melhor compreensão deste documento, é “doente em situação crítica”, o qual pode ser entendido como “*aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sobrevivência está dependente de meios avançados de monitorização e de terapêutica*” (ORDEM DOS MÉDICOS E SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS 2008, p. 9).

1 – DESENVOLVIMENTO

Este capítulo prende-se com a descrição e análise das actividades e competências desenvolvidas do decorrer do Estágio. De forma a torná-lo mais elucidativo de todo o percurso, e a facilitar a sua leitura, encontra-se dividido em subcapítulos referentes a cada módulo.

Os objectivos específicos e actividades a desenvolver em cada um dos contextos da prática clínica, foram previamente definidos, em Projecto de Estágio, o qual tinha como temática central “O doente com traumatismo abdominal”. Como estratégia à elaboração prévia dos objectivos, para além da pesquisa bibliográfica, de modo a ampliar os meus conhecimentos teóricos, recorri também à visita e observação directa de cada contexto de estágio. Essas visitas foram acompanhadas de entrevista informal à/ao enfermeira/o chefe/gestora de cada serviço e enfermeira orientadora de cada módulo, seguidas de análise reflexiva. Desse processo surgiram, também, as necessidades de cada serviço, as quais foram, igualmente, contempladas nos objectivos delineados. Para além dos objectivos previamente definidos, foram, também, introduzidos novos objectivos, no decorrer do estágio, de acordo com a análise reflexiva desenvolvida nesse período.

De referir que, apesar de distintos, os objectivos foram delineados na perspectiva da melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente e sua família.

A qualidade é, cada vez mais, uma procura constante a ter em consideração na prestação de cuidados de saúde, contudo, torna-se difícil defini-la, pois tem diferentes significados para diferentes pessoas. Citando TAPPEN (2005, p. 446), qualidade pode ser definida como *“conformidade com as necessidades do utente, quando o resultado atinge, ou excede, as expectativas do mesmo”*, o que sugere a inclusão da perspectiva do doente na avaliação dos cuidados de saúde, depreendendo-se por qualidade o que o doente entende ser. Partilhando da ideia de RASCÃO (2001), o bom senso deveria ser suficiente para compreender que a satisfação do doente, face aos cuidados que lhe são prestados, representa um importante e legítimo indicador de qualidade. A ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) reforça esta ideia, reconhecendo, formalmente, a satisfação do doente como um dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, juntamente com a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado dos doentes, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem.

Poder-se-á dizer, então, que um doente fica satisfeito sempre que as suas necessidades/expectativas são satisfeitas ou excedidas, e que qualidade é tudo o que o doente diz que é, sendo que o grau de excelência passa necessariamente pela procura dessa qualidade, com vista à total satisfação dos doentes. Existe, portanto, uma relação entre qualidade e satisfação do doente, logo, tudo o que se possa fazer para atingir a excelência perde relevância caso não o satisfaça.

O conceito “satisfação” é, contudo, de delicada operacionalização, dadas as múltiplas dimensões que o podem influenciar, nomeadamente, convicções pessoais, experiências prévias, elementos afectivos e elementos cognitivos individuais, pelo que, só se saberá o que o doente necessita, perguntando ao próprio. Neste contexto, os enfermeiros devem ter sempre presente que “cuidados de qualidade” significam coisas diferentes para diferentes pessoas. Assim, a satisfação do doente exige, dos enfermeiros, sensibilidade para lidar com essas diferenças, reflexão sobre a prática e responsabilidade pela adopção de estratégias em prol da qualidade dos cuidados que prestam, indo ao encontro da alínea a) do n.º 1 do artigo 76.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, a qual obriga os membros efectivos a “*exercer a profissão (...) adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem*” (DECRETO-LEI n.º 104/98, de 21 de Abril). Todavia, compete às instituições de saúde “*adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2002, p. 5), sendo que a carta dos direitos do doente internado defende que “*a qualidade dos cuidados, tendo em conta o contexto nacional, é um direito que assiste ao doente internado*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE – DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE [s.d.]).

1.1 – MÓDULO I: SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL: HOSPITAL DE SANTA MARIA

O Hospital de Santa Maria (HSM) é um estabelecimento universitário de referência na rede do Serviço Nacional de Saúde português, integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, da ARS de Lisboa e Vale do Tejo. O HSM é um dos maiores hospitais de Lisboa, comportando um serviço de urgência de nível polivalente: Serviço de Urgência Central (SUC). (<http://www.hsm.min-saude.pt/> [Consult. 2 Janeiro 2001])

O Serviço de Urgência Central (SUC) é constituído por três sectores: Sector de Ambulatório, englobando Triagem, Salas de Reanimação I e II, Salas de Tratamentos I, II e III, Gabinetes de Observação, Pequena Cirurgia e Ortopedia; Sector de Internamento, o qual compreende a Sala de Observações (SO); e BO, constituído por duas Salas de Cirurgia, uma Sala de Indução Anestésica e uma Unidade Pós-Anestésica.

Com a finalidade de concretizar os objectivos definidos, este período de estágio decorreu, sobretudo, nas salas de atendimento ao doente em situação crítica:

- Sala de Reanimação I - destinada ao atendimento imediato de doentes vítimas de grande trauma. Esta tem capacidade para atendimento de 2 doentes em simultâneo, com necessidade de monitorização hemodinâmica e de ventilação possuindo, ainda, um aparelho de RX incorporado, o que facilita a realização urgente deste exame, sem necessidade de deslocação do doente.

- Sala de Reanimação II – unidade de atendimento com capacidade de monitorização e ventilação, projectada para cuidar de doentes em situação de urgência/emergência.
- SO – zona de internamento de curta duração, composta por 16 unidades de internamento com capacidade de monitorização e com sistema de dados informatizado – ALERT. Estas unidades circundam a área de trabalho, permitindo a visualização de todos doentes, os quais permanecem sob observação da equipa de enfermagem e médica.

De forma a dar resposta a situações de urgência e emergência, o SUC possui uma equipa multidisciplinar e interdisciplinar, da qual fazem parte médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, administrativos, assistentes sociais e técnicos de análises clínicas, de radiologia e de cardiopneumologia.

Quanto à equipa de enfermagem, esta é organizada em cinco equipas, compostas por quinze elementos cada, que prestam cuidados sob horário de roulement, sendo as manhãs reforçadas por enfermeiros de horário fixo. Cada equipa possui um coordenador e um subcoordenador. A distribuição dos enfermeiros, pelos diversos sectores do SUC, é da responsabilidade do enfermeiro coordenador.

1.1.1 – Objectivos definidos para o Serviço de Urgência Central

O módulo de estágio desenvolvido no SUC teve a orientação de uma enfermeira que, embora não sendo especialista em enfermagem médico-cirúrgica, pela sua vasta experiência e compreensão intuitiva de cada problemática, é considerada, pelo enf.^o chefe, como enf.^a perita na prestação de cuidados de enfermagem em contexto de urgência/emergência, o que vai ao encontro do preconizado por BENNER (2001, p. 58): a enfermeira perita *“tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”*. Para este período delineei como objectivos:

Objectivo Principal – Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente em estado crítico, de médio e alto risco, e sua família, em contexto de urgência.

Objectivo I – Prestar cuidados de enfermagem especializados a doentes em estado crítico, de médio e alto risco, vítimas de trauma, e sua família, em situação de urgência/emergência.

Objectivo II – Contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem seguros a doentes de médio e alto risco, em situação de urgência/emergência.

1.1.1.1 – Prestar cuidados de enfermagem especializados a doentes em estado crítico, de médio e alto risco, vítimas de trauma, e sua família, em situação de urgência/emergência

No âmbito de um objectivo que se prende com a prestação de cuidados torna-se, antes de mais, imperativo definir o conceito “prestar cuidados”. Segundo HESBEEN, prestar cuidados ou cuidar designa a *“atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde”* (HESBEEN 2000, p. 10). Partindo desta ideia, os cuidados de enfermagem podem ser entendidos como a atenção particular, prestada pelo enfermeiro, a uma pessoa, com vista a ajudá-la, de onde se subentende que essa prestação de cuidados é única e direccionada para as necessidades específica daquela pessoa. Nesta linha de pensamento, o que é prestar cuidados de enfermagem a doentes em situação de urgência/emergência? Por definição, *“enfermagem de urgência é a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações de saúde (...) não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções. Os cuidados de enfermagem de urgência são episódicos, primários e, normalmente, agudos”* (SHEEHY 2001, p. 3). Ao relacionar as duas definições entendo, portanto, prestar cuidados de enfermagem a doentes em situação de urgência/emergência como sendo a atenção particular, prestada pelo enfermeiro, a uma pessoa que apresenta alterações de saúde com necessidade de primeiras intervenções, com vista a ajudá-la.

Devido à especificidade do SUC, o início deste período de estágio foi marcado por grande ansiedade e medo do desconhecido. Esses sentimentos foram influenciados, principalmente, pelo facto de se tratar de um hospital central, com grande afluência de doentes, com toda a sua disparidade e complexidade de necessidades, e também por ser o meu primeiro contacto com um Serviço de Urgência enquanto profissional. Outra grande preocupação inicial prendeu-se com a dimensão, estrutura e organização do serviço, assim como com a integração na equipa. No entanto, esses sentimentos dissiparam-se à medida que o estágio progrediu no tempo, em paralelo com a minha progressiva tomada de conhecimento das normas e protocolos do serviço, integração na equipa multidisciplinar, pesquisa bibliográfica e observação atenta da praxis, de modo a ampliar os meus conhecimentos teóricos e práticos.

Entendo que o sucesso da abordagem ao doente, em estado crítico, está em íntima relação com o bom funcionamento e articulação da equipa multidisciplinar, o que vai ao encontro das palavras de SHEEHY (2001) ao considerar que a qualidade dos cuidados assenta no conceito de equipa. Assim, nas duas primeiras semanas de estágio procurei integrar-me tanto no serviço como na equipa multidisciplinar através da observação atenta, de entrevistas com o enf.^o chefe e/ou enf.^a orientadora e consulta de normas e protocolos existentes, conjuntamente com a partilha de experiências profissionais, com os demais elementos da equipa. Deste período, e em conformidade com o REPE (DECRETO-LEI n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril), retirei que o agir profissional, inerente à prática de enfermagem de urgência, envolve intervenções autónomas (sob a única e exclusiva

iniciativa e responsabilidade do enfermeiro) e interdependentes (iniciadas pela prescrição elaborada por outros técnicos da equipa, onde o enfermeiro assume a responsabilidade pela implementação), de acordo com as respectivas qualificações profissionais, o que implica a aquisição e aplicação de um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, tomada de decisão, organização, responsabilidade, comunicação e uma relação interpessoal entre o enfermeiro e o doente e/ou família.

O trauma “é a principal causa de morte nos indivíduos com idades inferiores a 45 anos” (MASSADA 2002, p. 3), representando um problema significativo de saúde pública (BOFFARD 2010), onde os veículos automóveis são a origem de um número significativo de traumatismos (SOCIEDADE PORTUGUESA DE TRAUMA 1998).

De acordo com os dados da AUTORIDADE NACIONAL SEGURANÇA RODOVIÁRIA (<http://www.ansr.pt/> [Consult. 20 Fev. 2011]) referentes à sinistralidade no Distrito de Lisboa, no ano 2009, existiram 79 vítimas mortais, tendo ficado gravemente feridas 356 pessoas, e 8741 com ferimentos leves. Estes valores, não descurando as outras causas de trauma, são representativos do número de doentes vítimas de trauma, que ocorrem aos serviços de urgência do Distrito, entre os quais o SUC.

Objectivando conceitos, importa ter presente a distinção entre trauma e traumatismo, sendo o primeiro uma “*lesão produzida localmente por uma acção violenta exterior*” (MANUILA [et al.] 2004, p. 601), enquanto que o segundo se refere ao “*conjunto de manifestações locais ou gerais provadas por uma acção violenta contra o organismo*” (ib., p. 601). Neste sentido, “traumatismo” pode ser entendido como a consequência de um trauma, porém, estes dois conceitos são, normalmente, utilizados como sinónimos, pelo que promovi o esclarecimento da equipa de enfermagem sobre estes e outros conceitos relacionados, na acção de formação que realizei sobre a temática (ANEXO VIII).

Considerando que “*cerca de 25% do total das lesões traumáticas são traumatismos abdominais*” (SHEEHY 2001, p. 333), sendo que a avaliação do doente deve ser feita o mais precoce possível, despistando lesões que coloquem a vítima em risco de morte imediata, por hemorragia, ou tardiamente, por peritonite, podendo, no entanto, não ocorrer sinais externos de lesão (ib.), e tendo esta temática despertando, em mim, interesse académico e profissional, este primeiro objectivo, numa fase de projecto, foi delineado da seguinte forma: “*Prestar cuidados de enfermagem especializados a doentes em estado crítico, de médio e alto risco, com traumatismo abdominal e sua família*”. Porém, este foi limitado pela ausência de doentes com traumatismo abdominal durante todo o período de estágio, salvo uma doente, vítima de acidente de viação, do qual resultou traumatismo abdominal fechado, a nível do baço, internada em SO há 3 dias, a quem tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem. Esta doente encontrava-se em situação estabilizada, tanto no que confere à avaliação primária (ABCDE) como à avaliação secundária (observação detalhada), pelo que, após decisão médica, procedi aos cuidados inerentes à sua transferência para o hospital da sua área de residência, com o qual foi estabelecido contacto prévio.

O transporte do doente crítico envolve alguns riscos, pelo que, de forma a evitar complicações, planeei a acção, juntamente com o médico, tendo em consideração as recomendações emanadas pela ORDEM DOS MÉDICOS E SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (2008) e o Regulamento de Transporte de Doentes (PORTARIA n.º 1147/2001, de 28 de Setembro). Assim, da avaliação efectuada, afim de definir os recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização, o equipamento e o tipo de veículo, de acordo com as necessidades da doente, resultou que esta deveria ser transportada numa ambulância tipo B, com acompanhamento de enfermagem e monitorização não invasiva de sinais vitais, pois, apesar de não apresentava risco imediato de vida, nem necessidade de intervenção terapêutica imediata, ou seja, de a sua situação clínica não fazer prever a necessidade de cuidados durante o transporte, foi equacionado o risco de possíveis alterações do quadro clínico da doente, durante o transporte, sendo que *“o nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar”* (ORDEM DOS MÉDICOS E SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS 2008, p. 10). Este processo de transporte inter-hospitalar, também designado secundário, teve o consentimento livre e esclarecido da doente, tendo o acompanhamento de enfermagem sido feito pelo enfermeiro responsável, nesse turno, pelas transferências de doentes intra e inter-hospitalares.

Os cuidados de enfermagem supracitados, representam, porém, um baixo indicador de prestação de cuidados de enfermagem especializados aos doentes com traumatismo abdominal, pelo que o objectivo foi reformulado e alargado a todos os doentes de médio e alto risco, em situação de urgência/emergência, com ênfase nos cuidados a doentes vítimas de trauma, nomeadamente doentes politraumatizados e, igualmente, em estado crítico, sendo que, por definição, politraumatizado consiste na pessoa *“que apresenta várias lesões traumáticas”* (MANUILA [et al.] 2004, p. 482).

Como estratégias consecutoras deste objectivo, num período inicial adoptei pela observação e pesquisa bibliográfica, de forma a apreender a especificidade de cada situação vivenciada. Constatei, então, uma abordagem multidisciplinar, onde cada elemento da equipa desempenha as suas funções de forma organizada, visando a detecção precoce de sinais e sintomas, e a prestação de cuidados imediatos às lesões que possam colocar em risco a vida do doente. Neste âmbito, prestei cuidados de enfermagem a doentes vítimas de trauma, avaliando as suas necessidades urgentes/emergentes, através da avaliação primária, no sentido do estabelecimento de prioridades de actuação. Assim, aquando da admissão do doente na sala de reanimação, a prestação de cuidados respeitantes a cada etapa do ABCDE (via Aérea, Respiração, Circulação, Disfunção neurológica e Exposição), consistia uma abordagem prioritária, assim como proceder à monitorização dos sinais vitais (electrocardiograma e frequência cardíaca, oximetria de pulso, pressão arterial e, se necessário, temperatura). Após esta avaliação, que, *“por forma a aumentar as possibilidades de sobrevida e diminuir a morbidade”* do doente (MASSADA 2002, p. 47) e, em consonância com as orientações de MASSADA (2002) e WILKINSON E SKINNER (2000), demorava cerca de 2 a 5 minutos, a

colocação de cateteres venoso periféricos de grande calibre (14 G ou 16G) e/ou a verificação da permeabilidade dos acessos venosos colocados no período pré-hospitalar, a colheita de sangue para análise sanguínea, a avaliação de glicemia capilar, o início ou manutenção de perfusão de soros prescritos, administração de analgésicos prescritos, assim como a avaliação da colocação de drenagens ou manutenção da permeabilidade das já existentes, a observação das características das feridas, a promoção das imobilizações necessárias, o aquecimento e o conforto do doente, eram outras intervenções consideradas, de forma tão rápida e eficaz quanto possível.

Este momento de avaliação inicial comporta, igualmente, a observação e avaliação pelos médicos das especialidades necessárias à especificidade de cada situação, onde a colheita de informações sobre o doente, história do acidente, sinais clínicos no local do acidente, intervenções e resultados obtidos, e antecedentes clínicos relevantes, fornecidas pelo próprio, familiar e/ou pessoal de saúde que o transporta do exterior, assume elevada importância, *“já que só por si podem sugerir vários tipos de lesão, bem como podem melhorar a compreensão do estado fisiológico do doente”* (MASSADA 2002, p. 16).

Quanto à especificidade do doente politraumatizado, foi com satisfação que liderei alguns momentos de mobilização e transferência do doente entre macas, aplicando conhecimentos teórico-práticos no que respeita, sobretudo, à utilização dos materiais necessários à imobilização do doente (ex.: colar cervical, imobilizadores laterais de cabeça e plano duro), de forma a prevenir complicações ou evitar o agravamento das lesões já existentes. No período de tempo entre a substituição de colares cervicais, e considerando que *“em circunstância alguma se eleva ou altera o alinhamento do doente”* (MASSADA 2002, p. 19), avaliava também o aspecto do pescoço, pesquisando qualquer dismorfia ou hipersensibilidade, as quais poderiam sugerir lesões na coluna cervical.

Após a situação do doente estabilizada, isto é, sem risco imediato de vida, nem necessidade de intervenção terapêutica imediata, e perante a necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico, tive, também, a oportunidade de liderar o transporte intra-hospitalar do doente, providenciando, sempre, os recursos humanos, materiais e equipamentos necessários à segurança do doente (ex.: monitor de transporte, material de intubação endotraqueal, fonte de oxigénio, fármacos de ressuscitação) e do profissionais (ex.: equipamentos de protecção individuais), pois *“o período de transporte pode traduzir-se por grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas”* (ORDEM DOS MÉDICOS E SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS 2008, p. 13).

A prestação de cuidados de enfermagem compreende também as necessidades dos familiares, as quais, tendencialmente, passam pela necessidade de obter informações sobre o estado de saúde do doente. Contudo, essas informações nem sempre podem ser dadas de imediato, pois um diagnóstico pode demorar horas a ser definido. Porém, informações inerentes ao diagnóstico médico, conforme o nome indica, são fornecidas pelo médico, enquanto que os

enfermeiros, de acordo com a alínea a) do Artigo 84º do Estatuto da OE, assumem o dever de *“informar (...) a família no que respeita aos cuidados de enfermagem”* (DECRETO-LEI n.º 104/98, de 21 de Abril). Assim, e com vista a ajudar os familiares a gerirem emoções, procurei fornecer-lhes informações acerca do doente, face aos cuidados de enfermagem, o mais atempadamente possível, utilizando uma linguagem assertiva. Compreenda-se assertividade como a *“capacidade de exprimir pensamentos, ideias, sentimentos sem ansiedade, sem ser à custa de outros”* (RILEY 2004, p. 9), o que favorece o sentimento de confiança no profissional e, por consequência, diminui a ansiedade do familiar.

Para o sucesso dos momentos supracitados contribuíram, sem dúvida, os conhecimentos adquiridos em formação, leitura e análise da literatura, mas também o meu envolvimento com a equipa e a orientação da enf.^a orientadora.

Apesar deste objectivo ser dirigido, principalmente, a doentes vítimas de trauma, ao perceber momentos de obstinação terapêutica, perante doentes em fim de vida, promovi uma conversa informal com a enf.^a orientadora acerca desta problemática, a fim de reflectir sobre estratégias a implementar, de forma a sensibilizar os profissionais para diminuição do sofrimento inútil do doente. Esses momentos de obstinação, ou seja, de prolongamento do *“processo e o tempo de morrer, através da utilização de meios de tratamento desproporcionados ou inúteis”* (NUNES 2010, in: <http://www.projecto10.pt/arquivo-8-cs-livre.htm>. [Consult. 28 Abril 2011]), também designado por distanásia, foi identificado, sobretudo, na administração de fármacos analgésicos, por via endovenosa, quando possíveis de administrar por via subcutânea (hipodermoclise), a qual consiste numa técnica simples, segura, não dolorosa, de baixo custo e adequada para doentes, em situações clínicas não emergentes, quando a via endovenosa é considerada desnecessária ou difícil de manter devido a poucos acessos venosos viáveis (QUERIDO 2006). Esse momento de reflexão suscitou que a hipodermoclise é uma prática na qual os enfermeiros do SUC não se sentem confortáveis. De forma a aferir tal percepção, proporcionei conversas informais com vários elementos da equipa, acerca da temática, de onde retirei que:

- Perante doentes em fim de vida, com a via oral comprometida, são utilizadas técnicas invasivas para hidratação e administração de fármacos, entre elas, tendencialmente, a via endovenosa;
- A maioria dos enfermeiros nunca administrou soros por via subcutânea, sobretudo, por insuficiente conhecimento da técnica e por ausência de prescrição da mesma;
- Apesar de alguns enfermeiros demonstrarem conhecimentos sobre a técnica, poucos foram os que a associaram ao termo “hipodermoclise”;
- Todos os enfermeiros abordados demonstraram interesse em aumentar o seu conhecimento acerca da técnica.

Perante tais constatações, realizei, de imediato, ensinamentos aos interessados, procurando esclarecer as dúvidas por eles colocadas, sendo que, depois de compreendida a pertinência da técnica, os enfermeiros demonstraram motivação para a mudança da prática. Por outro lado,

face á motivação demonstrada pela equipa de enfermagem, e sendo a administração de fármacos uma intervenção interdependente dos enfermeiros, e encontrando-me perante um doente em fim de vida, internado em SO, com prescrição de soros e morfina, procurei sensibilizar, também, a equipa médica à administração por via subcutânea, alegando as suas vantagens face à via endovenosa, entre elas: inserção simples, maior facilidade de acessos, menos dolorosa, maior conforto para o doente, fácil manipulação, maior segurança de administração, locais de punção podem permanecer durante maior período de tempo, menor risco de hemorragia, e a hospitalização pode ser encurtada, ou mesmo evitada, visto permitir uma maior facilidade de utilização no domicílio e ser possível a administração por um cuidador familiar, desde que ensinado. (QUERIDO 2006; LOBO 2006; TWYLCROSS 2003)

Após sensibilização, foi aceite a proposta da administração por via SC, ao que, sendo convenientes dois acessos (um para o soro e outro para o fármaco), e após o consentimento da doente, procedi à colocação de um dos acessos, explicando, em simultâneo, o procedimento aos enfermeiros e médicos. Como estratégia a abranger um maior número de enfermeiros, esse ensino foi repetido durante a “passagem de ocorrências” aos enfermeiros do turno seguinte. Após esse momento formativo, foi colocado o segundo acesso SC por um dos enfermeiros da equipa, sob a minha orientação e supervisão, o que decorreu com sucesso.

Na continuação do supracitado, face ao interesse apresentado pelos profissionais, e com o intuito alargar a formação em serviço aos restantes elementos da equipa, e sensibiliza-los para a utilização desta técnica, desenvolvi um cartaz alusivo ao tema (ANEXO I), o qual, após consentimento do enf.º chefe e prof.ª tutora, foi afixado nas salas de tratamento I e II e em SO. Para além do cartaz, realizei também réguas de bolso sobre a temática (ANEXO I) que foram oferecidas aos chefes e líderes de cada equipa, assim como disponibilizadas em anexo ao cartaz para os demais interessados.

De referir, ainda, que, durante o período de estágio no SUC, de forma a colmatar as minhas necessidades formativas, frequentei, por iniciativa própria, o 4º Curso Teórico-Prático de Manuseamento da Via Aérea, pois na abordagem ao doente em estado crítico, a permeabilização da via aérea e sua adequada manutenção é uma das maiores preocupações e pode constituir a diferença entre a vida e a morte. Findo o curso, de forma a consolidar e documentar os conhecimentos e competências desenvolvidas, elaborei um trabalho escrito acompanhado de foto-reportagem da referida formação (ANEXO IV). Esse documento foi oferecido ao SUC, ficando disponível para consulta.

1.1.1.2 – Contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem seguros a doentes de médio e alto risco, em situação de urgência/emergência.

Contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem seguros parte do princípio que a segurança é essencial à qualidade dos cuidados de enfermagem, e que, numa melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista deve *“criar e manter um ambiente terapêutico*

e *seguro*” (Artigo 6.º alínea c) (REGULAMENTO n.º 122/2011). Nesse sentido, para a concretização deste objectivo, procurei promover um conjunto de medidas facilitadoras da redução da probabilidade de eventos adversos, tornando os cuidados de enfermagem mais seguros para os doentes e para os profissionais.

Por evento adverso entende-se o *“efeito não desejado que resulta da intervenção de cuidados de saúde ou da sua falta, mas não da doença ou do estado do doente”* (EIRAS 2008, p. 4), sendo que, de acordo com a OMS (2008, p. 1), *“todos os profissionais e instituições de cuidados de saúde têm a obrigação de prestar cuidados seguros e de qualidade e evitar que os doentes sejam vítimas de qualquer enfermidade não intencional”*, estimando que ocorrem eventos adversos em 4% a 16% dos doentes hospitalizados.

Nesta linha de pensamento, e no âmbito da gestão de risco e melhoria dos cuidados seguros, procedi à identificação e análise de situações problemáticas, cujas prioridades e estratégias a implementar foram reflectidas em conjunto com o enf.º chefe e enf.ª orientadora, e que passo a referir:

Material de consumo clínico e farmacológico da sala de reanimação I

No primeiro dia de estágio apercebi-me que o diverso material de consumo clínico e farmacológico da sala de reanimação I apresentava rótulos danificados e ilegíveis, o que pode conduzir ao erro, com o risco acrescido de se tratar de uma sala destinada a situações de urgência/emergência. Esta situação constitui também um obstáculo na integração de novos enfermeiros e alunos de enfermagem. Por outro lado, quando se efectuava a reposição do referido material, a qual é efectuada, diariamente, pelo enfermeiro escalado para a prestação de cuidados nessa sala, no turno da manhã, constatava-se uma falta de uniformização relativa às quantidades repostas, fazendo com que, na opinião do enf.º chefe e enf.ª orientadora, houvesse material em excesso ou em escassez, relativamente às necessidades.

Esta problemática foi diagnosticada, também, por outras duas colegas de estágio, pelo que as estratégias foram implementadas de forma conjunta, e passaram por:

- Levantamento de listagem de todo o material existente na sala;
- Definição de nível de stock para cada material, de acordo com as orientações do enf.º chefe e enf.ª orientadora;
- Elaboração de novos rótulos, com identificação do material e respectivo nível de stock (com recurso a computador, de modo legível, e plastificados, impedindo que se danificassem em contacto com líquidos e permitindo a sua lavagem);
- Remoção de rótulos existentes, em paralelo com a promoção da lavagem das estruturas de suporte ao material;
- Reorganização do material, em consonância com as orientações do enf.º chefe e enf.ª orientadora;
- Rotulagem de todo o material existente, com recurso aos novos rótulos;

- Informação e sensibilização da equipa para a mudança, através de conversas informais.

A organização e rotulagem do material (ANEXO II) recaíram, portanto, no âmbito da gestão de risco e gestão de stock de material, e foram alvo de elogios da equipa de enfermagem e, também, dos alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem, em ensino clínico no SUC, os quais, de uma forma geral, consideraram terem-se reunido condições para a melhoria de uma prática segura.

Quanto à reposição do material em conformidade com os níveis de stock preconizados, analisando os resultados da mudança a curto prazo (no final do período de estágio), observei que, embora ainda não se encontrassem em total conformidade, ganhou uma uniformização gradual.

Precauções básicas de controle de infecção

Em paralelo com a problemática anterior, detectei, também, não conformidades na aplicação de precauções básicas de controle de infecção, nomeadamente, no uso dos equipamentos e protecção individual (EPI's), pelos enfermeiros, médicos e assistentes operacionais, aquando da prestação de cuidados de saúde ao doente em situação crítica, na sala de reanimação I.

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é, actualmente, considerada, pela Direcção-Geral da Saúde (DGS), um dos principais indicadores da qualidade da prestação de cuidados de saúde, mas também da segurança dos doentes e dos profissionais (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE 2007), pelo que os EPI's consistem em precauções que devem ser aplicadas por todos os profissionais de saúde, nos cuidados com todos os doentes, em todas as situações, e devem ser seleccionados, de acordo com a avaliação do risco de transmissão de microorganismos para o doente, e o risco de contaminação da pele, mucosas e vestuário dos profissionais, por sangue, fluidos corporais, secreções e excreções do doente.

Atendendo a que a sala de reanimação I dispõe de EPI's disponíveis e que é da responsabilidade dos profissionais de saúde *“conhecer e avaliar os riscos para os doentes e para si próprios de transmissão cruzada da infecção”* e *“conhecer as medidas básicas de prevenção e controlo da IACS a aplicar em todas as situações”* (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE 2008, p. 10), questiono quais as razões para a não conformidade no uso dos EPI's, pelos profissionais. Para dar resposta a esta pergunta, e porque acredito que qualquer estratégia estará condenada ao fracasso, se não envolver os elementos da equipa, promovi um momento de reflexão sobre a problemática, junto da enf.^a orientadora e alguns enfermeiros da equipa, de onde sobressaiu a “pressa” na prestação de cuidados, em paralelo com o local onde os equipamentos se localizavam, juntamente com a insuficiente sensibilização, como sendo as principais razões para que os profissionais, tendencialmente, não usassem os EPI's, em conformidade com as diversas situações vivenciadas. Face a estas razões, de forma a promover meios e recursos que permitam a utilização adequada dos EPI's e sensibilizar os profissionais para a problemática da IACS, sob a aprovação e consentimento do enf.^o chefe, procedi à implementação das seguintes estratégias:

- Organização de um espaço concebido para luvas (tamanhos S, M e L), aventais, máscaras e protectores oculares. Este espaço foi criado: à entrada da sala de reanimação I, de forma a facilitar o acesso ao material por parte do profissional, à sua entrada na sala; e ao lado de um cartaz já existente acerca do tema (que se encontrava oculto por um biombo e, por isso, pouco perceptível aos profissionais, tendo este último sido recolocado noutra local). (ANEXO III)
- Contorno, tanto o espaço promovido, como do cartaz, com uma faixa vermelha e aplicação de uma seta da mesma cor, que servisse de relação do cartaz com o espaço. (ANEXO III)
- Manutenção de uma caixa de luvas de cada tamanho (S, M e L) próximo da unidade do doente, para substituição, sempre que necessário.
- Divulgação das medidas implementadas e sua pertinência, junto dos profissionais.

Através da observação directa, pude constatar que o espaço criado para os EPI's e toda a sua envolvência promoveu o despertar de atenção dos demais elementos da equipa multidisciplinar, assim como o uso dos equipamentos pela maioria dos profissionais, pelo que acredito na possibilidade de, a longo prazo, virem a ser utilizados por toda a equipa.

Guia orientador de boa prática de cuidados de enfermagem perante o doente com traumatismo abdominal

No início deste módulo de estágio, por intermédio de uma conversa informal estabelecida com o enf.º chefe, tomei conhecimento que “os cuidados de enfermagem ao doente com traumatismo abdominal” consistiam numa temática com necessidade formativa e de incremento de linhas orientadoras para uma prática segura, pelo que me propus à elaboração de um guia orientador de boa prática de cuidados de enfermagem perante o doente com traumatismo abdominal, o qual, em prol da uniformização com os guias orientadores já existentes no serviço, intitulei de “Traumatismo Abdominal – Manual de Boas Práticas” (ANEXO V).

A Ordem dos Enfermeiros *“reconhece que os Guias Orientadores de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem constituem um contributo importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2008, p. 9), sendo que, *“as boas práticas advêm da aplicação de linhas orientadoras baseadas na evidência científica disponível e na opinião de peritos”* (ib.). Nesta linha de pensamento, para a elaboração do guia a que me propus, com o objectivo de obter as melhores orientações, realizei uma ampla pesquisa, leitura e actualização bibliográfica sobre o tema, e organizei um dossier temático, que serviu de base para a elaboração do guia orientador, e do qual fazem parte documentos como: “Transporte de Doentes Críticos. Recomendações 2008”, elaborado pela Ordem dos Médicos e pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008); “Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave. Normas de Orientação Clínica e Administrativa”, da autoria de Salvador da Rocha Massada, editado pelo Grupo de Trauma do Hospital de S. João (2002); “Manual de Abordagem Primária ao Trauma”, da autoria de Douglas A Wilkinson e

Marcus W Skinner (2000); e “Curso Avançado de Trauma. Manual para enfermeiros”, da Sociedade Portuguesa de Trauma (1998), entre outros.

Com a elaboração do guia orientador, para além de colmatar uma necessidade do serviço, manifestada pelo enf.º chefe, pretendi, também, constituir uma ferramenta útil de sustentabilidade da prática dos enfermeiros do SUC, fundamentada na prática baseada na evidência e, deste modo, contribuir para a melhoria contínua da segurança dos cuidados prestados ao doente. Este documento constitui, simultaneamente, um suporte teórico e orientador para a integração de novos elementos e uniformização de procedimentos.

Tendo como foco de atenção os cuidados de enfermagem perante o doente com traumatismo abdominal, torna-se pertinente referir que o trauma abdominal é uma lesão que pode ocorrer isoladamente ou associada a outras lesões, principalmente do tórax, sendo, por vezes, difícil fazer um diagnóstico definitivo do trauma abdominal fechado, no qual, a extensão das lesões é menos visível do que no trauma abdominal aberto. As lesões provocadas pelo trauma fechado podem, no entanto, constituir maior risco de vida para o doente. Assim, é essencial que o enfermeiro possua sólidos conhecimentos de avaliação e que conheça os mecanismos da lesão, o que lhe permitirá prever e localizar lesões encobertas, com maior rapidez, e instituir os cuidados essenciais, sem demoras. (SHEEHY 2001)

O guia orientador de boa prática de cuidados de enfermagem perante o doente com traumatismo abdominal foi, então, elaborado de forma a permitir uma fácil e rápida consulta dos procedimentos a realizar e respectiva justificação.

Após elaborado, o guia foi lido e analisado conjuntamente com o enf.º chefe e enf.ª orientadora, e reformulado de acordo com as orientações surgidas. Seguidamente, sob o consentimento do enf.º chefe e prof.ª tutora, foi entregue o guia orientador definitivo ao SUC, em suporte de dossier, passando a fazer parte integrante da biblioteca do serviço, de forma a poder ser utilizado pela equipa. A sua divulgação teve lugar na acção de formação em serviço sobre o doente com traumatismo abdominal, a qual será abordada no próximo item.

Em paralelo, formatei o mesmo guia orientador em tamanho A5 (ANEXO VI), o qual, depois de plastificado, e após consentimento do enf.º chefe, foi colocado na sala de reanimação I, em local estratégico, visível e acessível (pendurado junto ao material de consumo clínico e farmacológico, imediatamente ao lado da unidade do doente) para consulta rápida durante a prática. Esta iniciativa foi caracterizada pelos pares como “muito útil” e “inovadora”.

De referir que durante este período de estágio, foi sugerido pelo enf.º chefe no SUC a elaboração de um “Manual de Boas Práticas”, pelos vários enfermeiros do serviço, do qual faz parte um capítulo sobre “Traumatismo Abdominal”. Este capítulo ficou sob a responsabilidade da enf.ª orientadora deste módulo de estágio, conjuntamente com outros três colegas. Deparando-nos perante um cruzamento de objectivos, foi decidido pelos enfermeiros responsáveis pela temática que o guia orientador que elaborei servirá de base para o capítulo

do manual por eles elaborado. Pretende-se, então, que esse capítulo seja o reflexo do guia orientador, na prática, dando, desta forma, continuação a toda a teoria já compilada.

Num ano em que a Ordem dos Enfermeiros alerta para a necessidade de cuidados seguros, este investimento da equipa, na melhoria de prestação de cuidados, fundamentados cientificamente, será, provavelmente, uma contribuição significativa para a prática de Enfermagem Avançada, a qual SILVA defende como “Enfermagem com mais enfermagem”, o que significa *“maior competência para o desempenho (...) baseado em teorias de enfermagem que têm por “Core” o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas; e mais competências de tomada de decisão”* (SILVA 2007, p. 18) em oposição a uma “Prática avançada”, centrada no paradigma biomédico, *“no qual os enfermeiros atribuem todas as prioridades à gestão de sinais e sintomas das doenças e às actividades de colaboração directa com a medicina”* (ib., p. 14), tendo como “Core” o diagnóstico e o tratamento da doença.

Acção de formação em serviço sobre o doente com traumatismo abdominal

A realização da acção de formação, em serviço, sobre o doente com traumatismo abdominal surgiu na continuação da satisfação da necessidade formativa da equipa de enfermagem do SUC, expressa pelo enf.º chefe. Assim, complementando a elaboração do guia orientador de boa prática de cuidados de enfermagem, igualmente com vista à melhoria contínua da segurança dos cuidados de enfermagem, desenvolvi, a 14 de Junho, uma acção e formação em serviço subordinada ao tema “O cliente com Traumatismo Abdominal”, e na qual participaram 22 enfermeiros.

A observação atenta dos comentários emitidos pela equipa, permite-me afirmar que o convite (ANEXO VII), só por si, despoletou grande motivação dos pares a participarem no momento formativo, devido à temática, mas também alguma inquietação e resistência pela utilização do termo “cliente”, o qual, após consentimento do Enf.º Chefe e da Enf.ª Orientadora, foi utilizado como estratégia de promoção da mudança de nomenclatura, atendendo às mais recentes orientações da OE, num serviço onde ainda se utiliza o termo “doente”. Por esse motivo, o início da acção de formação foi marcado por um pequeno debate, acerca da nomenclatura cliente. Esse debate demonstrou que a inquietação da equipa tinha como base o desconhecimento da definição de cliente, em contexto de saúde, pelo que proporcionei o seu esclarecimento. Atendendo às “Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE” emanadas pela Ordem dos Enfermeiros, encontramos-nos numa nova política editorial de documentos nacionais e estrangeiros, em prol da prática e desenvolvimento dos cuidados de Enfermagem, sendo que, objectivando uma *“linguagem unificada de Enfermagem, (...) o cliente define-se como sendo o sujeito ao qual um diagnóstico se refere e que é receptor de uma intervenção (...)”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2009, p. 9). Esclarecida a ideia de que o termo cliente é utilizado, não numa visão meramente economicista (aquele que paga), mas sim como uma pessoa que é alvo dos cuidados de saúde (participante activo na prestação de

cuidados), surge a pergunta: o que muda quando se altera a nomenclatura de doente para cliente?

De uma forma imediata, os enfermeiros presentes na formação consideraram que a substituição da nomenclatura em nada alterava a prática, contudo, após debate reflexivo, foi de acordo comum que, olhando a pessoa alvo dos cuidados de saúde como cliente, o enfermeiro, na sua tomada de decisão, iria ter em consideração o direito do cliente de escolher a forma de ser cuidado, ou seja, iria respeitar a autonomia e o direito de decisão, também, do cliente, permitindo a prestação de cuidados individualizados. Esta perspectiva opõe-se à ideia de doente, como alvo de um cuidado baseado na patologia e no tratamento, centrado no paradigma biomédico.

Com esta acção de formação pretendia a sensibilização dos enfermeiros para a melhoria e segurança dos cuidados perante um cliente com traumatismo abdominal. Assim, com a intenção de captar a atenção dos pares, iniciei a sessão com a apresentação de um pequeno filme com imagens ilustrativas da temática, por mim elaborado. De seguida, perspectivando não só uma exposição de conteúdo, mas também uma participação activa do grupo, prossegui com uma apresentação em suporte PowerPoint (ANEXO VIII), solicitando a partilha de experiências e saberes dos pares em momentos oportunos, e mostrando-me simultaneamente disponível para esclarecimento de dúvidas. Apesar de me ter deparado com um início de sessão muito passivo, considero que essa dinâmica foi progressivamente conseguida, face ao envolvimento demonstrado pela equipa.

Considero que a forma como dinamizei a acção de formação, permitiu captar o interesse e atenção dos participantes, assim como a partilha de saberes e experiências, o que enriqueceu o momento formativo e favoreceu o sucesso da formação. Prova disso, foram os vários elogios dos enfermeiros, no fim da apresentação, valorizando a pertinência da mesma e o contributo deixado para a prática diária. Contudo, destacou-se o elogio do enf.º chefe, referindo a minha acção de formação como um exemplo profissional e científico a seguir. Para além das palavras expressas, a avaliação da formação (ANEXO IX) foi bastante elucidativa da satisfação dos participantes:

- a) Relativamente ao item “Programação da Acção”, a totalidade dos participantes considerou os objectivos muito claros, e o tema totalmente aplicável, sendo que o conteúdo foi considerado completamente adequado pela maioria (90,9%).
- b) Quanto ao “Funcionamento da Acção”, a maior parte dos elementos ponderou a motivação e participação como plena (86,4%), os meios audiovisuais excelentes (90,9%) e a sua utilização muito adequada (86,4%), tendo o relacionamento entre os participantes ter sido considerado muito aberto por todos eles.
- c) A “Qualidade da Acção” foi classificada de “Muito bom” por quase todos os elementos (90,9) quanto à disponibilidade, e de “Muito bom” pela sua totalidade quanto aos conhecimentos, clareza de exposição e esclarecimento de dúvidas.

Nos dias seguintes a esta acção de formação, foi com bastante satisfação que constatei que, alguns colegas que não puderam estar presentes, me questionaram sobre alguns aspectos que tinham sido abordados, e me pediram orientações para futuros trabalhos de âmbito profissional. Estes momentos significam que o conteúdo da formação foi transmitido pelos pares que haviam participado na formação, promovendo a disseminação da informação.

1.2 – MÓDULO III: BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL E UNIDADE DE CIRURGIA AMBULATORIA: HOSPITAL CUF DESCOBERTAS

O Hospital Cuf Descobertas (HCD), uma das unidades de saúde do Grupo José de Mello Saúde, inaugurado em 2001, está situado na zona do Parque das Nações, em Lisboa, e assume-se como *“uma das mais modernas e reconhecidas unidades hospitalares do País, com uma vasta oferta de cuidados de saúde”*.

(<http://www.josedemellosaude.pt/vpt/unidades/hospitalcufdescobertas/Paginas/Homepage.aspx>
[Consult. 19 Fev. 2011])

A José de Mello Saúde tem como objectivo a *“prestação de serviços de saúde com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando o primado da vida e o ambiente, através do desempenho do capital intelectual das organizações, numa busca permanente do melhor.”* (http://www.josedemellosaude.pt/SiteCollectionDocuments/Jose_Mello_Saude/Apresentacao_Institucional/ApresentacaoInstitucionalJosedeMelloSaude.pdf [Consult. 19 Fev. 2011]). Neste sentido, o Hospital CUF Descobertas tem como *“Visão”* ser hospital de referência na prestação de cuidados de Enfermagem em termos nacionais, pelo que *“prestar Cuidados de Enfermagem com o fim de conservar a vida, aliviar o sofrimento e promover a saúde, através da procura permanente da excelência no exercício profissional”* (HOSPITAIS CUF, [s.d.], p.3) integra a sua missão.

Concebido logisticamente, com ambientes que permitem espaços confortáveis para os doentes e uma maior funcionalidade para os profissionais, o HCD dispõe de uma área de Bloco Operatório Central, com Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos integrada, e uma Unidade de Cirurgia Ambulatória.

O Bloco Operatório Central (BOC) está situado no Piso 1 e tem como objectivo a prestação de cuidados a doentes do foro cirúrgico em regime programado ou de carácter urgente, numa dimensão polivalente, onde se incluem as seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Plástica, Ginecologia, Ortopedia, Urologia, Neurocirurgia, Cirurgia Maxilo-facial, Otorrinolaringologia e Cirurgia Vasculuar.

Estruturalmente, o seu espaço físico pode ser dividido em três áreas:

- Área Livre, constituída por uma sala de recepção e acolhimento do doente e família, vestiários para o pessoal e respectivas instalações sanitárias. A circulação nesta área não requer precauções acrescidas.

- Área semi-restrita, que incluiu áreas de apoio às salas de operações com armazenamento de material de consumo clínico, armazém de material limpo, sala de anatomia patológica, sala de trabalho de enfermagem, Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), gabinete da enfermeira gestora, gabinete do secretário de unidade, sala de pausa, corredor central de limpos, de acesso às áreas restritas, e um corredor periférico de sujos. A circulação nesta área requer uso de “farda do bloco” e cabelos protegidos, e é limitada aos profissionais de saúde e doentes.
- Área restrita, que engloba as 5 Salas Operatórias, com 3 áreas de desinfecção comuns a cada duas salas (1C-2C; 3C-4C; 5C) e armazém de apoio de material estéril, onde a circulação é limitada aos profissionais e doente. Nesta área, os profissionais têm de usar obrigatoriamente fardamento, touca, máscara cirúrgica e calçado apropriado.

Todas as 5 salas de operações são polivalentes, podendo assim realizar-se em cada uma delas qualquer especialidade cirúrgica, com excepção de cirurgias que requeiram recurso a laser, as quais só podem ser realizadas nas salas 4C e 5C, visto só existir tomada de laser nessas salas. A sala 5C, pela sua localização, é preferencialmente destinada a cirurgias de urgência.

A UCPA situa-se em local adjacente às 5 salas de operações. Basicamente, consiste numa sala grande, dividida em 7 unidades, equipadas com sistema de monitorização de sinais vitais, equipamento de aspiração e rampa de oxigénio, para além de uma gaveta com materiais vários de uso mais frequente nos cuidados individuais aos doentes.

Um elevado número de funcionários desempenha regularmente funções no BOC, nomeadamente, anestesistas, cirurgiões, enfermeiros e assistentes operacionais (AO). Relativamente à equipa de enfermagem, esta é composta por uma enfermeira gestora, quatro enfermeiras adjuntas e trinta e nove enfermeiros na prestação directa de cuidados, de entre os quais duas enfermeiras especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.

Os cuidados de enfermagem, durante os procedimentos cirúrgicos, são prestados por uma equipa, gerida pela enfermeira gestora, constituída normalmente por dois enfermeiros por sala (enfermeiro instrumentista e enfermeiro de anestesia/enfermeiro circulante), e por três (enfermeiro instrumentista, enfermeiro de anestesia e enfermeiro circulante) quando a satisfação das necessidades do doente o justifique.

As cirurgias programadas realizam-se de 2^a a 6^a feira, no período compreendido entre as 08:00H e as 23:00H, sendo este o horário normal de funcionamento do BOC. No caso de haver prolongamento de alguma cirurgia para além deste horário, é escalada diariamente uma equipa três enfermeiros, que a assegura até ao final. Os cuidados de enfermagem perante um doente com necessidade de intervenção cirúrgica urgente, fora do horário supracitado (noites, fins-de-semana e feriados), são assumidos por uma equipa de prevenção, composta por dois enfermeiros.

Todos os doentes submetidos a anestesia cumprem, à posteriori, um período na UCPA. Nesta Unidade, é escalado um enfermeiro, por turno, para a prestação de cuidados a sete doentes, com a assistência de um AO. De acordo com a situação vivida pelo doente, pode ainda haver a necessidade de o transferir para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP).

A Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA) localiza-se no mesmo piso do BOC, embora num espaço físico independente, e destina-se à realização de cirurgias, num regime de não internamento, e sem necessidade de cuidados especializados no pós-operatório. Esta unidade é composta por áreas de pré-operatório, duas salas de operações e uma sala de cuidados pós-anestesia.

1.2.1 – Objectivos definidos para o Bloco Operatório Central e Unidade de Cirurgia Ambulatória

O módulo de estágio que desenvolvi no BOC e UCA do HCD teve a orientação de uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Como objectivos para este período defini:

Objectivo Principal – Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente e sua família, em contexto perioperatório.

Objectivo I – Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente e sua família, em contexto perioperatório.

Objectivo II – Contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem seguros a doentes em contexto perioperatório.

1.2.1.1 – Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente e sua família, em contexto perioperatório

A enfermagem perioperatória engloba um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, em permanente actualização, executados pelo enfermeiro, e orientados pelo e para o doente, num processo programado que envolve três fases operatórias: pré, intra e pós. O enfermeiro, em contexto perioperatório, tem assim um papel fulcral no que respeita à identificação das necessidades do doente, planeamento, execução dos cuidados e sua avaliação (ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS 2006).

Para o desenvolvimento deste objectivo passei, primeiramente, por uma semana de integração no serviço e na equipa multidisciplinar. De modo a facilitar uma rápida adaptação a todo o contexto, desenvolvi várias actividades, das quais saliento:

- Entrevistas informais com a enf.^a gestora do serviço e/ou enf.^a orientadora de estágio, durante as quais me foram transmitidas informações sobre a instituição e entregue o quadro de referência para a área assistencial de enfermagem dos Hospitais CUF;

- Visita ao serviço com a enf.^a gestora, tendo sido apresentada à equipa e familiarizada com a forma de organização;
- Consulta de normas e protocolos existentes no serviço;
- Observação das funções desempenhadas pelos enfermeiros, de modo a interiorizar o conteúdo funcional de cada uma delas;
- Partilhas informais com os demais elementos da equipa multidisciplinar, sempre que oportuno.

A observação atenta foi, sem dúvida, o principal método que utilizei nesta fase, permitindo-me apreender o sistema de valores, normas e padrões de comportamento requeridos pela instituição, assim como informação acerca do ambiente e organização do trabalho existentes.

Paralelamente, a prestação de cuidados de enfermagem, com todas as exigências envolventes, teve início desde o primeiro dia de estágio. Prestar cuidados de enfermagem em contexto perioperatório no BOC do HCD envolveu uma realidade semelhante com a minha experiência profissional – os cuidados pós-anestésicos, mas também uma outra totalmente nova para mim: o período intraoperatório, no qual o enfermeiro tem como funções prestar cuidados ao doente nas áreas de anestesia, circulação e instrumentação.

A aquisição e desenvolvimento de saberes teóricos e práticos nas várias vertentes da enfermagem perioperatória tornou-se, assim, fundamental para a prestação de cuidados de qualidade ao doente. Acredito que, só assim, é possível responder de uma forma mais organizada, eficaz e eficiente às necessidades do doente, pois embora distintas, as quatro funções do enfermeiro em contexto perioperatório são complementares. Neste contexto, e na medida em que as competências do enfermeiro especialista englobam as competências do enfermeiro de cuidados gerais, auferi-me questionar: será possível o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em contexto perioperatório, sem a aquisição prévia de competências nas diferentes funções do enfermeiro inerentes à enfermagem no perioperatório? Partindo do senso comum, sugiro que o domínio das funções desempenhadas pelo enfermeiro de cuidados gerais, que trabalha em ambiente perioperatório, seja facilitador e promotor do desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista no mesmo contexto. Assim, no percurso até às competências de enfermeiro especialista, no âmbito da prestação de cuidados, passei, inicialmente, pelo desenvolvimento de competências e saberes de um enfermeiro de cuidados gerais, em contexto perioperatório, procurando a capacidade de prestar cuidados de qualidade ao doente e sua família, principalmente enquanto enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante e enfermeiro de Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos.

Neste sentido, quanto às funções do enfermeiro de anestesia, procurei, primeiramente, desenvolver conhecimentos e competências básicas acerca das várias técnicas anestésicas, agentes anestésicos e monitorização. Como estratégias, recorri à pesquisa bibliográfica assim como à partilha de saber com os demais enfermeiros e médicos anestesistas.

Quando em colaboração com o enfermeiro de anestesia, procedi ao acolhimento do doente, monitorização, preparação e administração dos fármacos necessários ao acto anestésico, e ao

posicionamento do doente, de acordo com o acto cirúrgico, procurando sempre um acesso fácil quer aos cateteres venosos, quer à restante monitorização. Durante o acto cirúrgico, além de colaborar nos procedimentos relacionados com a manutenção da anestesia e administração de soros e fármacos endovenosos, procurei manter uma vigilância atenta, nomeadamente quanto à monitorização hemodinâmica do doente, de forma a despistar e prevenir sinais e sintomas de complicações. Neste âmbito, recordo uma situação em que a monitorização apresentou uma súbita e gradual redução de saturação periférica de oxigénio, o que provocou ansiedade na enfermeira de anestesia. A observação de todos os sinais permitiu-me tranquilidade, face ao valor apresentado pelo monitor, pois avaliando pela “coloração viva” do sangue, a doente não estaria em hipóxia, o que se veio a confirmar com o ajustamento do oxímetro. Este episódio foi, também, oportuno para promover um momento de formação focalizada na premissa de que a observação atenta, primeiro que tudo, deve ser dirigida para o doente e que a informação retirada do monitor apenas a complementa.

Para BENNER (2005), ao expor as suas concepções sobre o desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem, de iniciado a perito, considera o enfermeiro competente quando toma consciência da sua prática em termos de objectivos, ou seja, tem competências para planear e coordenar os cuidados de acordo com as necessidades do doente; e proficiente quando aprende pela experiência, apercebe-se das situações na sua globalidade e orienta o processo de tomada de decisão de uma forma mais eficiente. Entendo, então, o episódio supracitado um exemplo espelhado das palavras de Benner, situado entre estes dois estadios, para o qual contribuiu a experiência que adquiri pelo facto de trabalhar numa UCPA.

Apesar de ter sido uma experiência totalmente nova, foi com satisfação que senti uma valorização crescente do meu desempenho pelos profissionais. Contudo, no que confere ao desenvolvimento de competências inerentes às funções de enfermeiro circulante, este foi condicionado pelo facto de existirem apenas dois enfermeiros em sala de operações (enfermeiro de anestesia e enfermeiro instrumentista). Ou seja, na prática, verifica-se que as actividades inerentes às funções do enfermeiro circulante são como que “diluídas” nas actividades do enfermeiro anestesista e do AO, o que entendo consistir uma situação problema na prestação de cuidados seguros, pelo que questiono: Em que medida a vigilância atenta e contínua, exigida pelas funções do enfermeiro de anestesia, lhe permite, também, a responsabilidade pelo desenvolvimento de actividades inerentes às funções do enfermeiro circulante? Ficarão, ou não, as duas funções comprometidas? O AO possui competências suficientes para assumir a delegação das actividades inerentes às funções do enfermeiro circulante e actuar segundo as directrizes de segurança?

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) considera que quantidades insuficientes de recursos humanos com formação adequada constitui uma ameaça à segurança dos doentes e à qualidade dos cuidados de saúde, existindo evidência de que a dotação inadequada de enfermeiros está correlacionada com eventos adversos (CONSELHO INTERNACIONAL DE

ENFERMEIROS 2007).

No período intra-operatório, de acordo com as recomendações da AESOP (2006) no que confere à dotação adequada do pessoal de enfermagem, identificam-se três elementos: o enfermeiro de anestesia, o enfermeiro instrumentista e o enfermeiro circulante, o que revela a necessidade de uma dotação segura para assegurar a segurança dos cuidados, e pressupõe a redução da dotação da equipa com um factor de risco para a ocorrência de erros, em contexto de bloco operatório.

Na sua prática diária, o enfermeiro circulante *“tem atribuições específicas de responsabilidade no que se refere à segurança do doente e equipe cirúrgica, segurança do ambiente, controlo da infecção e gestão de riscos inerentes a um bloco operatório e gestão organizacional da sala de operações”* (AESOP 2006, p. 129). Entenda-se por responsabilidade como *“a obrigação a responder pelas próprias ações, e pressupõe que as mesmas se apoiam em razões ou motivos”* (WIKIPÉDIA [s.d.]), o que sugere responder não só pelos actos, como também pelas decisões que os antecedem e pelas consequências que se sucedem, ou seja, discernimento na tomada de decisões.

Mais acrescento que, a deontologia de enfermagem, concretiza o dever do enfermeiro de *“responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega”* (artigo 79º, alínea b), e *“garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das actividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos”* (artigo 88º, alínea e) (DECRETO-LEI n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro). O código deontológico do enfermeiro pressupõe, então, responsabilidade pelos actos praticados e delegados, bem como responsabilidade por aqueles a quem o enfermeiro confia os cuidados.

Considerando as orientações da Ordem dos Enfermeiros relativas às atribuições do enfermeiro circulante, *“o bloco operatório é uma unidade de prestação de cuidados de saúde onde, pela especificidade da natureza dos cuidados aí desenvolvidos, se concentram riscos de variada ordem, tornando a manutenção e segurança do ambiente cirúrgico em funções centrais desenvolvidas pelos enfermeiros em contexto peri-operatório”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2004, p. 1), sendo que *“por manutenção e segurança do ambiente cirúrgico entende-se o conjunto de intervenções que se tornam a garantia da observância de todas as medidas ambientais e de segurança”* (ib.) para o doente e para os restantes profissionais da equipa.

De um certo modo, a segurança é assegurada por toda a equipa, mediante as funções que desempenham, onde a segurança da sala e dos factores externos à pessoa e à técnica, de acordo com a AESOP (2006), cabem ao enfermeiro circulante. É neste contexto que o enfermeiro circulante assume *“a redução dos riscos inerentes à natureza dos cuidados no bloco operatório, pela promoção da segurança do doente e dos restantes profissionais e o suporte necessário à qualidade do acto cirúrgico no que ao ambiente diz respeito (...) e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve as suas intervenções”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2004, p. 1), tendo como foco de atenção as

necessidades do doente cirúrgico. Ora, o AO até pode ter capacidade para assumir as actividades inerentes às funções do enfermeiro circulante, contudo, uma coisa é fazer, e outra é a intenção com que se faz, ou seja, as competências que estão por detrás do desempenho profissional, o que me leva a acreditar que a execução das actividades inerentes às funções do enfermeiro circulante pelo AO constitui um risco para a segurança do doente e dos profissionais.

Assim, e de acordo com as orientações da Ordem dos Enfermeiros, a função de manter a segurança do doente e do ambiente necessário ao acto cirúrgico é da responsabilidade do enfermeiro circulante, o qual não deve ser substituído, sob pena de que *“a substituição na função acima referida por quem não é enfermeiro, em todo ou em parte, independentemente do período de tempo em que se verifique, será considerado exercício ilegal da profissão”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2004, p. 2).

Perante a realidade do serviço, procurei o desenvolvimento de competências inerentes às funções de enfermeiro circulante, nas intervenções cirúrgicas em que a enf.^a orientadora desempenhava funções de enfermeira instrumentista. Nesses momentos tive a oportunidade de desenvolver competências, principalmente, no âmbito da prevenção de riscos, tanto para o doente como para o profissional, de onde destaco acções de enfermagem inerentes a: manutenção do conforto do doente, alerta para antecedentes pessoais do doente que pudessem conferir-lhe risco acrescido, promoção das regras de assépsia, verificação da correcta funcionalidade dos materiais equipamentos necessários, utilização de materiais e equipamentos de acordo com as regras de segurança, e diminuição do ruído na sala.

O desempenho de funções de enfermeiro instrumentista carece de conhecimentos muito específicos e de grande complexidade, pelo que exige um longo período de integração. Por essa razão, e face ao tempo estipulado para o decurso do estágio, considerei pretensioso da minha parte desempenhar funções nesta vertente.

Relativamente às funções do enfermeiro na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, estas revestem-se de particular importância, na medida que envolvem uma vigilância constante do doente, com o objectivo de prevenir complicações e actuar de forma imediata perante as mesmas. Embora a minha experiência profissional, se insira nesse âmbito, suscitou-me igualmente interesse desenvolver estágio nesta unidade, numa perspectiva de desenvolvimento de conhecimentos e competências que pudesse “transferir” para o meu local de serviço.

Ao prestar cuidados de enfermagem na UCPA, efectuei o acolhimento do doente na unidade, atendendo às informações transmitidas pelo enfermeiro de anestesia inerentes ao período intra-operatório, avalei o estado de consciência, providenciei a monitorização hemodinâmica, promovi respiração eficaz, providenciei a manutenção da temperatura corporal, realizei avaliação atenta da dor, verifiquei e optimizei a permeabilidade de perfusões endovenosas e observei a existência de drenagens e características do conteúdo drenado, e, em paralelo com a prestação de cuidados, efectuei os registos de enfermagem correspondentes. Enfim, prestei

cuidados de enfermagem em detrimento das necessidades do doente, aparentemente à semelhança do que sucede na UCPA, onde tenho vínculo profissional. Contudo, houve uma diferença que me sensibilizou: sempre que possível, após estabilização do doente, era promovida a visita de familiares/pessoa significativa, o que normalmente se traduzia na redução de ansiedade tanto do doente como do familiar. Esta experiência vai ao encontro dos resultados do estudo realizado por FIDALGO (2003) sobre a importância do acompanhamento de familiares/pessoa significativa no BO: a presença do familiar contribui para a diminuição da ansiedade e *stress* vivenciados por ambos, mas também para proporcionar um clima de segurança, confiança, apoio e bem-estar. Assim, perante a presença dos familiares/pessoa significativa, procurei disponibilizar-me a esclarecer dúvidas e dar resposta às questões colocadas, estabelecendo uma relação empática e assertiva.

Durante o decurso de estágio na UCPA percepcionei, contudo, algumas não conformidades, das quais passo a relatar dois exemplos, onde procurei estimular a mudança, com vista à promoção da qualidade dos cuidados:

- Ao constatar que a medicação analgésica prescrita, por vezes, não era administrada, questionei os colegas sobre a razão pela qual isso acontecia, tendo recebido respostas como: *“só temos de fazer alguma analgesia se o doente precisar e, nesse caso vemos o que fazemos”*, *“essa prescrição não é para nós, é para o serviço de internamento”*, *“por vezes não temos tempo”*. Nesses momentos, como estratégia de promoção da mudança, procurei, em registo informal, direccionar o foco do nosso diálogo para o facto de que um doente operado se encontrar fortemente susceptível à dor no período pós-operatório, sendo a analgesia tanto mais eficaz se for administrada antes da dor se instalar. Daí que a dor é um diagnóstico com intervenções de enfermagem a serem implementadas no pós-operatório imediato, ou seja, na UCPA, sendo que a administração de fármacos analgésicos consiste numa das intervenções possíveis. Como suporte à informação, apresentei o Guia Orientador de Boa Prática alusivo à Dor, publicado pela Ordem dos Enfermeiros, onde podemos ler o seguinte: *“a negação ou a desvalorização da dor do Outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional”* (OE 2008, p. 7). O mesmo Guia Orientador diz-nos também que *“o controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde”* (ib., p.9), pelo que a Direcção-Geral da Saúde instituiu a dor como o 5º sinal vital.

De uma forma geral, os enfermeiros apresentaram um ar surpreendido ao longo do diálogo, sendo que verifiquei a tentativa imediata de mudança da prática por parte de alguns, ao passo que outros, embora não alterando a sua postura profissional no momento, vieram a abordar este tema, novamente, mais tarde, comigo, o que significa que algo os levou a reflectir sobre a problemática. Gradualmente, verifiquei a valorização dor sentida pelo doente, assim como a preocupação pela administração da analgesia prescrita, por parte dos enfermeiros com os quais tive a oportunidade de reflectir sobre a prática, o que me deixou agradada.

- Encontrando-me a fazer registos de enfermagem perante um doente, ao qual tinha sido colocado um dreno aspirativo, e ao constatar que a folha de registos de enfermagem dispunha apenas de espaço destinado ao “Nível”, e numa perspectiva de uniformização de registos, questionei o enfermeiro onde e de que forma era habitual efectuarem os restantes registos inerentes às drenagens, nomeadamente o tipo de dreno, permeabilidade e características do conteúdo drenado. Como resposta, o enfermeiro explicou-me que bastava dizer ao colega do serviço de internamento, na altura da transferência, que o doente tinha um dreno.

Face ao exposto, procurei promover um momento de reflexão sobre a prática, visto que há grande probabilidade de instabilidade cardiovascular no período pós-operatório imediato, de onde a vigilância de drenagens é uma das intervenções de enfermagem na UCPA. Durante a conversa informal, fui efectuando os registos inerentes à drenagem, colocando a restante informação em espaço para observações, e comunicando-lhe a minha tomada de decisão. O comportamento seguinte do enfermeiro foi, para mim muito gratificante, uma vez que, ao efectuar os registos perante um outro doente, igualmente, com drenagens, considerou as orientações abordadas.

À posteriori, na tentativa de entender se este momento tinha constituído, ou não, um caso isolado, partilhei-o com a enf.^a orientadora, reflectindo sobre ele, onde tomei conhecimento que a *“evidência de registo de volume drenado e características”* foi uma das “Top Five de Não Evidências” na última Auditoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem na UCPA. Perante tal, foram analisadas, em conjunto, as melhores estratégias de sensibilização da equipa para a problemática, sendo que, atendendo à aberta receptividade que a equipa tinha demonstrado perante a minha abordagem face a outras questões, algumas delas já abordadas neste documento, entendeu-se o diálogo, no decorrer da prática, à semelhança do relatado, como a melhor estratégia a seguir. Essa estratégia foi adoptada sempre que possível e quando adequada às necessidades do doente, tendo revelado registos mais precisos e uniformes.

Perante tais exemplos, suscita-me afirmar que as minhas intervenções desencadearam benefícios para qualidade dos cuidados, visto que promoveram:

- Melhoria no desempenho e desenvolvimento dos profissionais na prestação de cuidados ao cliente;
- Maior segurança, mais conhecimentos, reflexão mais estruturada e capacidade de trabalhar em equipa.

1.2.1.2 – Contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem seguros a doentes em contexto perioperatório.

Em contexto perioperatório, vários são os factores que ameaçam a segurança do doente (ex.: IACS, quedas de equipamentos, comunicação inadequada entre os profissionais/doente, ambiente, equipamentos/dispositivos médicos) e dos profissionais (ex.: ambiente,

equipamentos electrónicos, exposição a sangue e outros fluidos, salpicos). Face a essa realidade torna-se evidente a necessidade de adopção de medidas de prevenção do risco, pelo que surge este objectivo, dentro do qual abordei os seguintes itens: sensibilização da equipa de enfermagem para a lavagem e desinfecção das mãos, gestão do material da unidade do doente, sensibilização da equipa de enfermagem para funções do enfermeiro na UCPA, e colaboração na Auditoria da Qualidade de Cuidados de Enfermagem.

Sensibilização da equipa de enfermagem para a lavagem e desinfecção das mãos

A observação atenta da prática levou-me a constatar não conformidades na equipa de enfermagem face aos momentos de lavagem e desinfecção das mãos, aquando da prestação de cuidados na UCPA. Quanto às razões, dado terem sido realizadas, recentemente, duas acções de formação em serviço neste âmbito, desenvolvidas pela Comissão de Controle de Infecção (CCI) e, perante toda uma Campanha Nacional de Higiene das Mãos, feita pela Direcção-Geral da Saúde, no decorrer do Inverno passado, devido ao risco associado da Gripe A, a falta de informação e de conhecimentos, quanto às directrizes recomendadas para a lavagem e desinfecção das mãos, parece estar excluída. Levanto então três hipóteses: (a) existir apenas um local para lavar as mãos (numa sala anexa) e apenas dois postos de desinfecção (um em cada pólo da Unidade); (b) a proximidade dos doentes, com apenas uma cortina como separação física; e (c) a falta de motivação dos profissionais. Acredito tratar-se de uma compilação dos três factores. Perante esta percepção, em conversa informal com a enf.^a orientadora e enf.^a gestora, foram discutidas as estratégias a desenvolver para a melhoria da higiene das mãos, de onde resultou:

- Disponibilização de solução anti-séptica de base alcoólica (SABA) em cada unidade do doente, permitindo o seu uso em todos os momentos preconizados pela Direcção Geral de Saúde (DGS);
- Exposição de cartazes alusivos à higiene das mãos aprovados pela DGS, incentivando os profissionais para as recomendações nacionais de boa prática.

Mais acrescento que durante essa conversa informal, a enf.^a gestora comunicou que a lavagem e desinfecção das mãos foi um dos itens menos conseguidos na última Auditoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem na UCPA (Junho/Julho de 2010). Esta informação oral foi sustentada, posteriormente, no dia 9 de Novembro, numa reunião com os membros de Auditorias Internas, presidida pela Presidente do Colégio de Peritos do HCD, na qual estive presente. Desta reunião retirei que a “*evidência de lavagem / desinfecção das mãos entre clientes*” foi o primeiro item das “Top Five de Não Evidências” na UCPA, com 32,6%.

Pelo referido, e sustentado pela ideia que a utilização criteriosa de anti-sépticos pode fazer a diferença entre uma “boa prática” ou uma “má prática” (AESOP 2006), no sentido da melhoria da segurança do doente e do profissional:

- Contactei a CCI do HCD, por intermédio de um dos enfermeiros da equipa do BOC, que, na qualidade de membro da CCI, disponibilizou sete suportes próprios para soluções anti-sépticas de base alcoólica.
- Solicitei ao serviço de farmácia do HCD, por intermédio de uma das enf.^{as} adjuntas, doseadores compatíveis com os frascos de SABA.
- Analisei, conjuntamente com a enf.^a gestora e enf.^a orientadora, o local mais apropriado para fixar os suportes dos frascos de SABA. De referir que a fixação de SABA na cama do doente já foi prática da instituição e, segundo informação da enf.^a gestora, verificavam-se danos constantes das estruturas e utilizações indevidas. Por essa razão, a solução foi fixa na unidade do doente da UCPA. A escolha do local a fixar teve também em consideração a sua visibilidade e acessibilidade pelos profissionais e a prevenção de, salpicos, acidentais sobre o doente. (ANEXO X)
- Seleccionei, de forma a sensibilizar os pares para a lavagem / desinfecção das mãos, dois dos cartazes alusivos à higiene das mãos promovidos pela DGS, atendendo aos seus layouts e mensagens: “Os 5 momentos para a higiene das mãos” e “Fricção Anti-séptica das mãos”. Esses cartazes foram impressos em tamanho A5, previamente plastificados permitindo a sua lavagem, e afixados, de forma alternada, nas unidades do doente, sensivelmente à altura do olhar de um adulto. (ANEXO X)
- Divulguei, aos enfermeiros da equipa, as estratégias realizadas e sua pertinência, de forma a envolvê-los na campanha.

O impacto imediato das estratégias implementadas suscitou fortes elogios por parte de toda a equipa multidisciplinar e, em particular da equipa de enfermagem. Não foi, contudo, possível a avaliação do impacto a curto e médio prazo, junto dos pares, visto que este processo de implementação da mudança, devido a questões burocráticas, apenas ficou terminado no dia 17 de Novembro. Dado o exposto, aproveito para lançar o desafio a futuros alunos da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, que venham a desenvolver estágio na UCPA, para uma avaliação do processo de melhoria de higiene das mãos. Estou crente, porém, que a médio prazo a mudança se faça sentir pela positiva, pois com a adesão à higiene das mãos, os enfermeiros estão a assegurar a melhoria das práticas na prestação de cuidados, garantindo a segurança do doente.

Gestão do material da unidade do doente

Durante o desenvolvimento da prática dos cuidados aos doentes na UCPA, após me deparar com alguns momentos de falta de material, na unidade do doente, e necessários na altura, procedi a uma observação atenta e crítica de todo o material disponível na gaveta da unidade do cliente. Em paralelo, de forma informal, fui questionando os pares sobre o material e respectivo stock que, de acordo com a realidade prática desta unidade, consideravam pertinente ter junto do cliente. Deste processo retiro que as gavetas das unidades do cliente apresentavam material em excesso (ex: tampas de torneira) ou em escassez (ex: óculos

nasais), com prazos de validade expirados ou com invólucros danificados, desorganizado e não identificado. Alguns materiais foram também considerados desnecessários (ex: compressas esterilizadas e tampas de algália/SNG) e outros com pertinência a serem introduzidos (ex: luvas não esterilizadas).

Importa salientar que não é minha intenção deixar transparecer uma imagem de desorganização do Serviço através desta descrição, ou que os profissionais utilizam, na sua prática, material com não conformidades. Porém, esta realidade não deixa de representar um risco para a qualidade e segurança dos cuidados.

Em conversa informal com a enf.^a gestora e enf.^a orientadora fiz referência a esta situação e, em prol da gestão, da qualidade e da melhoria da segurança dos cuidados prestados, sugeri a reorganização do material existente nas gavetas, o que foi aceite. Após concordância, providenciei a higienização das gavetas e reorganizei uniformemente o diverso material (Anexo X), o que contemplou:

- Elaboração de uma check-list de organização, verificação e reposição diária do material (Anexo XI), a qual foi analisada e aferida por uma das enf.^{as} adjuntas e enviada pela enf.^a gestora à Comissão de Controle de Qualidade para aprovação e validação com impresso controlado (IMP);
- Realização de uma estrutura a introduzir nas gavetas para organização do material, a qual em consideração ao controle de infecção, foi realizada em material lavável (PVC);
- Identificação do material e nível de stock destinados aos vários espaços da estrutura, através de rótulos impressos em papel plastificado, favorecendo a gestão, a prevenção do risco e a higienização;
- Verificação da integridade e prazos de validade do material;
- Reposição do material.

A divulgação da check-list, como instrução de trabalho, ficou condicionada pela aprovação pela Comissão de Controle de Qualidade do Hospital, a qual ainda não tinha sido concedida aquando do término do período de estágio.

Paralelamente a esta medida foi, também, colocada na unidade do doente uma caixa de luvas não esterilizadas, tamanho M (tamanho utilizado, à partida, pela maioria os profissionais). Atendendo ao espaço reduzido da unidade, esta caixa foi fixa lateralmente através de suporte por mim adaptado, também ele lavável. (ANEXO X)

Curiosamente, à posteriori tomei conhecimento que estas estratégias de implementação de melhoria foram também ao encontro das “Sugestões para a melhoria da funcionalidade após Auditoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos” (2010), emanadas pelo Colégio de Peritos do Hospital, sendo que, entre elas, podemos encontrar a *“identificação do material nas gavetas e check-list de reposição do mesmo”* e *“colocação de (...) uma caixa de luvas descartáveis em cada unidade”*.

Estas medidas foram valorizadas positivamente e felicitadas pelos enfermeiros. Contudo, devido ao valor monetário das estruturas e à não participação financeira por parte da instituição ou patrocínios, estas foram implementadas apenas numa das unidades do doente, servindo como referência/modelo para as demais.

Sensibilização da equipa de enfermagem para funções do enfermeiro na UCPA

Nas duas primeiras semanas de contacto com a realidade da UCPA, percepcionei uma desvalorização das funções do enfermeiro na UCPA. Esta percepção advém da observação e da partilha de experiências com os enfermeiros da equipa, da qual retiro ideias e conceitos não conformes, mas também sentimentos de receio, ansiedade e desilusão por ser escalado apenas um enfermeiro para a prestação de cuidados a sete doentes em simultâneo, com toda a diversidade e complexidade de necessidades.

Durante o período de permanência na UCPA, o doente conjuga riscos associados à administração de fármacos anestésicos e à intervenção cirúrgica em si, com tudo o que ela implica de agressão para o organismo. Estes aspectos, associados à dor pós-operatória, tornam o doente vulnerável e susceptível ao aparecimento de inúmeras complicações (AESOP 2006). Atendendo a que os enfermeiros são dotados de todo um conjunto de saberes teóricos e práticos, procurei sensibilizar a equipa de enfermagem para as funções do enfermeiro na prestação de cuidados ao doente e sua família, em contexto de UCPA.

De forma a optar pela estratégia de sensibilização que melhor se adaptasse às características da equipa, promovi uma conversa informal com a enf.^a orientadora, a qual me sugeriu a realização de uma acção de formação em serviço, alusiva ao tema. Esta decorreria numa das reuniões de enfermagem do serviço, as quais têm lugar às sextas-feiras, de 15 em 15 dias. Contudo, após assistir a uma dessas reuniões, apercebi-me que a adesão, independentemente da sua razão, não foi em número significativo, o que comprometeria a divulgação e conduziria ao fracasso do meu objectivo. Assim, as estratégias foram repensadas, conjuntamente com a enf.^a orientadora, ao que procedi à elaboração de cartazes formativos (ANEXO XII), com informação científica acerca dos cuidados de enfermagem na unidade de cuidados pós-anestésicos, perante as principais alterações/complicações que o doente poderá desenvolver nesse espaço:

- Alterações da função respiratória
- Alterações da função cardiovascular
- Alterações da função renal
- Alterações do equilíbrio hidro-electrolítico
- Alterações do estado de consciência
- Dor
- Alterações do conforto
- Alterações da função motora
- Alterações da integridade da pele e mucosas

- Alterações do equilíbrio psicológico
- Aumento da susceptibilidade às infecções

Como estratégia de divulgação e na tentativa de captar a atenção de um elevado número de profissionais, após autorização da enf.^a gestora e enf.^a orientadora, afixei dois cartazes por semana na porta de entrada para a UCPA – local por onde passam todos os profissionais de serviço. Em paralelo, fui promovendo conversas informais, com os pares, acerca das temáticas expostas, ao que verifiquei que as diferentes mensagens estimulavam a atenção, e que a diversidade e a rotatividade dos cartazes potenciaram o interesse, curiosidade e expectativa dos profissionais de saúde. A receptividade dos cartazes foi, também, acompanhada de elogios por parte de equipa multidisciplinar quanto ao estímulo visual provocado, organização da informação seleccionada e quantidade de cartazes elaborados.

De forma gradual, à medida que iam sendo substituídos, a totalidade dos cartazes foi tomando lugar num outro espaço orientado pela enf.^a gestora, de forma a poderem ser consultados quando necessário.

Colaboração na Auditoria da Qualidade de Cuidados de Enfermagem

Da entrevista prévia à elaboração do projecto com a enf.^a gestora, no dia 22 de Março de 2010, surgiu a sugestão de colaboração na Auditoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em UCPA, a desenvolver este ano pelo Colégio de Peritos do HCD. Contudo, ao iniciar este módulo de estágio tomei conhecimento que essa auditoria interna já teria sido realizada nos meses de Junho/Julho. Perante tal facto, propus alarga-la aos cuidados de enfermagem na UCA, onde a minha colaboração seria através da elaboração do Manual do Auditor da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem para a Sala de Cuidados Pós-Anestesia da UCA e check-list correspondente, o que foi bem recebido tanto pela enf.^a gestora como pela enf.^a orientadora. Antes de prosseguir seria, contudo, conveniente uma reunião prévia com os membros do Colégio de Peritos para aferir alguns itens que, segundo a enf.^a gestora, não se adequavam à realidade do serviço. Porém, as tentativas desenvolvidas no sentido da marcação de tal reunião revelaram-se incompatíveis com o período de estágio.

Perante o descrito, após uma breve orientação da enf.^a orientadora, dei início às actividades inerentes à este objectivo. Nesse sentido, utilizando a folha de registos de dados de enfermagem da Sala de Cuidados Pós-Anestesia da UCA como orientação, e o Manual do Auditor da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem para a UCPA como referência, procedi à elaboração do Manual do Auditor da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem para a Sala de Cuidados Pós-Anestesia da Unidade de Cirurgia Ambulatória (ANEXO XIII). À posteriori, procedi à elaboração da check-list correspondente (ANEXO XIV), à semelhança da check-list interna para a auditoria na UCPA. A uniformização de documentos foi uma preocupação que esteve sempre presente na elaboração de ambos.

Esses documentos foram entregues à enf.^a orientadora para análise e avaliação, tendo sido aprovados na sua totalidade, e enviados à Presidente do Colégio de Peritos para aprovação

como instrução de trabalho, porém sem resposta no término do período de estágio, o que condicionou a aplicação dos mesmos.

Ainda dentro deste âmbito, após a elaboração dos referidos documentos, no dia 9 de Novembro, apercebi-me que iria decorrer uma reunião com os elementos responsáveis pela Auditoria Interna, nesse mesmo dia. Esta informação despertou-me o desafio de assistir a essa reunião, pelo que demonstrei tal motivação. Nesse sentido, por intermédio de uma das enf.^{as} adjuntas, fui apresentada à Presidente do Colégio de Peritos do HCD, a qual me concedeu autorização para estar presente na reunião. Esta reunião permitiu-me compreender alguns aspectos inerentes ao processo de auditoria, dos quais destaco o facto deste ser um exame cuidadoso e sistemático das actividades desenvolvidas em determinado serviço, cujo objectivo é averiguar se elas estão de acordo com as disposições planeadas e/ou estabelecidas previamente, e avaliar a necessidade de melhorias ou de acções correctivas. Ou seja, importa ter presente que o processo de auditoria pretende avaliar actividades desenvolvidas e não o profissional que as desenvolve.

Assistir a essa reunião permitiu-me, também, reter pareceres fulcrais relativos à UCPA, alguns dos quais já referidos neste relatório.

1.3 – MÓDULO II: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CIRÚRGICOS ESPECIAIS: HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA, EPE

O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE é um Hospital integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde com estatuto jurídico de EPE desde 2008, depois de uma experiência de 13 anos sob gestão privada, com área de influência nos concelhos de Amadora e Sintra, servindo uma população que ronda os 600 mil habitantes Este é um Hospital pioneiro em Portugal na Acreditação pelo King's Fund (2001) e ter por missão a *“prestação de cuidados de saúde humanizados e diferenciados em todo o ciclo da vida da pessoa, (...) utilizando adequadamente os seus recursos humanos e materiais em obediência aos princípios da qualidade, de efectividade e de eficiência. Faz também parte da sua missão a investigação, o ensino e a formação pré e pós-graduada de profissionais de saúde (...)”*. (<http://www.hff.min-saude.pt/> [Consult. 19 Fev. 2011]).

Entende-se por Unidade de Cuidados Intensivos *“um serviço dotado de instalações, pessoal e equipamento capaz de assegurar um tratamento eficaz a doentes com uma ou mais funções vitais em risco imediato e que não é possível efectuar-lo noutros serviços do Hospital”* (ALEIXO 2007, p. 3). A Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais (UCICRE) possui estes critérios, com a especificidade de prestar cuidados de saúde, preferencialmente, a doentes com necessidades do foro das várias especialidades cirúrgicas do HFF.

A UCICRE é *“uma unidade que presta cuidados de saúde a doentes cirúrgicos graves, que necessitam de monitorização e suporte vital adequado, numa óptica de optimização dos recursos disponíveis, visando sempre a qualidade dos cuidados, a preservação da dignidade*

do doente e o atendimento das necessidades dos familiares” (<http://www.hff.min-saude.pt/> [Consult. 19 Fev. 2011]). Nesse sentido, a UCICRE concentra meios técnicos, humanos e materiais necessários à vigilância e tratamento de doentes em situação crítica, do foro cirúrgico, com a finalidade de prestar cuidados qualificados, de forma contínua, dando resposta às necessidades do doente.

Em termos físicos, a UCICRE está localizada no Piso 4 da Torre de Sintra. Estruturalmente, apresenta capacidade para internamento de seis doentes em simultâneo, onde cada unidade do doente recebe luz natural e se encontra climatizada e equipada com cama articulada, sistemas de suporte vital e monitorização ventilatória e hemodinâmica, sistema de gases e aspiração por vácuo, bombas e seringas perfusoras, gavetas para arrumos e diversas tomadas de corrente.

A área de trabalho encontra-se equipada com computadores ligados em rede, permitindo uma futura instalação do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e do Sistema de Apoio Médico (SAM).

No que confere a recursos humanos, a equipa multidisciplinar que desempenha regularmente funções na UCICRE é composta por médicos anestesistas, enfermeiros, assistentes operacionais e secretário de unidade, contando ainda com a colaboração de serviços como a Medicina física e reabilitação, Cirurgia, Imagiologia, Patologia clínica, Microbiologia e Farmácia, onde a articulação entre os diferentes grupos profissionais se efectua com respeito pela área de competência de cada um.

Relativamente à equipa de enfermagem, esta é composta por uma enfermeira chefe e dezoito enfermeiros na prestação directa de cuidados, de entre os quais uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica e uma outra especialista em enfermagem de reabilitação.

No âmbito da gestão, os cuidados de enfermagem são prestados por equipas formadas por três enfermeiros, durante os três turnos diários (manhã, tarde e noite), com uma dotação de um enfermeiro para dois doentes.

1.3.1 – Objectivos definidos para a Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais

O módulo de estágio desenvolvido na UCICRE teve a orientação da enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, tendo sido definidos os seguintes objectivos:

Objectivo Principal – Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente em estado crítico e sua família, em contexto de cuidados intensivos.

Objectivo I – Prestar cuidados de enfermagem especializados a doentes em estado crítico, submetidos a cirurgia major, e sua família.

Objectivo II – Desenvolver competências de comunicação no relacionamento com a pessoa em situação de disfunção comunicativa, em contexto de cuidados intensivos.

Objectivo III – Contribuir para a comunicação com doentes em estado crítico, submetidos a cirurgia major, em contexto de cuidados intensivos.

1.3.1.1 – Prestar cuidados de enfermagem especializados a doentes em estado crítico, submetidos a cirurgia major, e sua família.

No âmbito da prestação de cuidados de saúde, em contexto de cuidados intensivos, o enfermeiro *“tem de ser capaz de prestar cuidados de alta qualidade com a maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas e incorporando também abordagens psicossociais e holísticas”* (URDEN, STACY E LOUGH 2008, p. 6). Os mesmos autores defendem, também, que o conceito de doente em estado crítico é caracterizado pela presença de problemas reais ou potenciais e pela necessidade de observação e intervenção contínuas, para evitar complicações e restaurar a saúde (URDEN, STACY E LOUGH 2008).

Prestar cuidados de enfermagem a doentes em estado crítico, em contexto de cuidados intensivos, foi uma experiência nova para mim. Sendo um espaço desconhecido, a expectativa era elevada e, ao mesmo tempo, desafiadora, quer pela especificidade de doentes, quer pela dinâmica multidisciplinar da UCICRE. Assim, iniciei o estágio com uma primeira semana de integração ao serviço, à equipa e à equipa multidisciplinar. Neste período inicial, os principais instrumentos de trabalho foram a observação atenta, a colaboração com a equipa e o diálogo mantido com a enfermeira orientadora que colmatou as minhas dúvidas sobre a dinâmica do serviço e dos profissionais. Percebi que os doentes aqui internados se encontravam em situação de instabilidade, no entanto com recuperação, tendencialmente, rápida e, apesar de, muitas vezes, chegarem do Bloco Operatório ventilados, procedia-se à extubação e posterior transferência para o Serviço de Internamento, sempre que o seu estado o permitia.

Inicialmente, em Projecto de Estágio, o objectivo delineado no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados prendia-se com os doentes em estado crítico por traumatismo abdominal, e sua família. Contudo, em conversa com a enf.^a orientadora, já no decorrer do estágio, tomei conhecimento que estes doentes são habitualmente encaminhados para o Hospital São Francisco Xavier para despiste neurológico, pois associado a este tipo de traumatismo poderá estar o TCE ou TVM. Por esta razão, apenas os doentes cuja avaliação inicial revela traumatismo abdominal isolado são encaminhados para o HFF, e consequentemente, para a UCICRE, numa fase pós-operatória.

Em consonância com o supracitado, durante todo o percurso de estágio, apenas tive a oportunidade de prestar cuidados a um doente em estado crítico por traumatismo, ao qual, na sequência da queda de um telhado, foi diagnosticado fractura do baço com hemoperitoneu, pelo que foi submetido a esplenectomia e lavagem peritoneal. Para a prestação de cuidados de enfermagem a este doente recorri aos conhecimentos adquiridos na elaboração do “Guia orientador de boa prática de cuidados de enfermagem perante o doente com traumatismo abdominal”, durante o módulo de estágio de Urgência, com ênfase, naturalmente, nos cuidados

pós-operatórios imediatos. BOFFARD (2010), alerta que a maior parte da mortalidade por trauma, em UCI, ocorre nos primeiros dias após a admissão, sendo o choque hemorrágico refractário uma das principais causas, ou numa fase tardia, devido a infecção. Logo, num ambiente multidisciplinar, mantive-me particularmente atenta a estratégias de prevenção/despiste de complicações, onde destaco a manutenção da oxigenação tecidual, a avaliação e manutenção da temperatura corporal, a avaliação de sinais de hemorragia (através da observação da coloração da pele e mucosas, tensão arterial, ritmo cardíaco, características do pulso, temperatura das extremidades, sudorese e avaliação do estado de consciência), e a avaliação da dor.

Os doentes submetidos a esplenectomia têm alto risco de desenvolver sepsis generalizada, com pneumonia estreptocócica (UNDER, STACY E LOUGH 2008). Por esta razão, foi administrada vacina pneumocócica polivalente para ajudar a promover a imunidade contra a maioria dos pneumococos e, em tempo oportuno, foi informado o doente da insuficiência no seu sistema imunitário e encorajado a manter as suas imunizações contra pneumococos e surtos de gripe.

A família é, igualmente, parte integrante da prestação de cuidados, pelo que procurei compreender e satisfazer as necessidades da mesma, e facilitar a verbalização de todas as dúvidas e preocupações, de entre as quais destaco algumas questões colocadas pela esposa: “Vai ficar com este tubo no nariz para sempre?” (referindo-se à entubação naso-gástrica), “Porque é que ele dorme tanto?”, “Será que me está a ouvir?”. Para responder a estas e outras perguntas tive a preocupação em utilizar uma linguagem simples e acessível, através de termos claros e concretos, e de validar que a minha mensagem estava a ser compreendida.

Relativamente à possibilidade de o doente receber estímulos auditivos, estudo de DIAS (1995), baseado na análise de relatos de pessoas que estiveram em coma, aponta para que a pessoa em coma pode manter intacta a capacidade auditiva. Em conformidade com este estudo, eu própria tive a oportunidade de constatar que o doente esteve sempre a ouvir-nos, pois ao passar em frente a ele, no dia seguinte, encontrando-se já em respiração espontânea, recebi uma saudação, acompanhada de um sorriso, o que me fez reflectir sobre a comunicação com o doente sedado e me sensibilizou para a sua satisfação pelos meus cuidados.

A comunicação é o processo através do qual se envia e recebe mensagens, o que pressupõe, pelo menos, dois sujeitos, e pode facilitar ou contribuir para a criação de barreiras no desenvolvimento de uma relação (RILEY 2004). Todavia, no caso particular da comunicação com o doente sedado, este torna-se um receptor passivo, o que dificulta a relação. Contudo, a experiência acima relatada leva-me a sugerir que falar com o doente sedado pode estar cheio de todas aquelas “pequenas coisas” que, segundo HESBEEN (2000) constituem os cuidados de enfermagem, dão sentido à vida e revelam a preocupação do profissional com o outro. Nesse sentido, também, os familiares, devem ser encorajados a comunicar com o doente, sendo que a fala e o toque pode, entre outras funções, servir para fazer notar a presença de alguém, para cumprimentar, confortar, tranquilizar ou demonstrar afecto pela pessoa.

O internamento deste doente na UCICRE decorreu sem complicações associadas, pelo que foi transferido para o serviço de internamento cirúrgico, no segundo dia de pós-operatório. Tendo já decorrido 90 horas de estágio quando surgiu este primeiro e único doente com diagnóstico de traumatismo abdominal, o que se traduziria num baixo índice de resultados, optei por alargar a prestação de cuidados de enfermagem a outros doentes, de entre eles, doentes submetidos a cirurgias major, por exemplo, colectomia, colecistectomia e pancreatemia. Neste âmbito, apesar de colocar em prática conhecimentos que já possuía provenientes da minha experiência profissional, entendi pertinente adquirir e aprofundar outros conhecimentos, assim como desenvolver novas competências, nomeadamente no que confere à utilização de novas tecnologias e técnicas de cuidados intensivos, o que me permitiu a uniformização e autonomia dos cuidados prestados ao doente em estado crítico, submetido a intervenções cirúrgicas, e suas famílias, cumprindo com as normas e protocolos da UCICRE.

A tecnologia avançada, particularmente no âmbito da ventilação mecânica foi o principal foco das minhas dúvidas. Para o esclarecimento das mesmas recorri à pesquisa e análise da literatura acerca da temática, assim como à prática directa, suportada pelos conhecimentos partilhados da enf.^a orientadora. Foi, porém, com relativa facilidade que adquiri o domínio das restantes práticas e tecnologias, das quais saliento o inovador Sistema de Segurança Transfusional, o qual permite maior controlo sobre a transfusão de sangue e hemoderivados, minimizando os riscos associados. Atendendo à sua importância e mais valia, divulguei este Sistema, em vários momentos informais, à equipa de enfermagem do Serviço onde exerço funções, tendo esta ficado sensibilizada para o mesmo.

Um ponto determinante do meu percurso prendeu-se com o cariz humano que visualizei nos cuidados prestados na UCICRE, contrariando tanto a ideia de DIAS, et. al. (2011) de que a Unidade de Cuidados Intensivos é, muitas vezes, vista como um local frio e hostil onde a tecnologia prevalece em relação às acções humanísticas, como as palavras de MACIEL E SOUZA (2006, p. 139): *“A característica do atendimento na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), envolvendo complexidade tecnológica, gravidade da doença, e necessidade de ação imediata leva os profissionais que atuam nesta área a priorizar as atividades técnicas”*. A observação atenta da realidade da UCICRE rapidamente dissipou esta ideia de ênfase na tecnologia, pois constatei que, embora não descurando a importância e mais-valia que a tecnologia avançada e diversificada oferece, os cuidados são prestados com vista à satisfação das necessidades do doente, o que vai ao encontro da ideia que *“humanizar é induzir atitudes propriamente humanas, é ter ciente que o objecto da intervenção técnica por parte dos profissionais de saúde não é uma coisa nem é algo, mas é alguém”*, defendida nas Jornadas de Humanização nos Serviços da Saúde (2009).

Actualmente, o Estatuto da OE (DECRETO-LEI n.º 104/98 de 21 de Abril), artigo 89.º, diz-nos que o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de *“dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única”* (alínea a), assim como *“contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das*

potencialidades da pessoa” (alínea b). Daqui retiro que humanizar significa respeitar o doente enquanto pessoa, enquanto ser humano, com toda a dignidade que lhe é intrínseca, entendendo o respeito pela dignidade da pessoa como a *“promoção da sua capacidade para pensar, decidir e agir”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2007, p. 2). Mais acrescento que o respeito pela dignidade humana é um princípio fundamental consagrado no Estatuto da OE, pelo que deve estar implícito em todas as decisões levadas a cabo pelos enfermeiros.

Embora de uma forma, possivelmente, inconsciente, a prática da Enfermagem na UCICRE articula os conceitos e princípios supracitados, o que se reflecte na forma como os cuidados são prestados a cada doente. Na prestação de cuidados foi, portanto, determinante a observação da equipa, o que me deixou agradada, pela sua vertente “não tecnicista”.

Por outro lado REGO (2010, p. 21) afirma que *“actualmente verifica-se reduzida inspiração em padrões éticos de valores”* e que *“assistimos à confusão de que tudo o que se pode fazer cientificamente, é lícito moralmente”* (ib. p. 22), contudo, foram vários os momentos, da prática de enfermagem na UCICRE, que contrariaram estas afirmações, demonstrando respeito pelos princípios e valores subjacentes aos cuidados de saúde. Um desses momentos, envolveu um doente que expressou a sua recusa a intervenções, nomeadamente, a algaliação, ao que presenciei o respeito pela Lei de Bases da Saúde (LEI n.º 48/90, de 24 de Agosto), Base XIV, n.º 1, a qual consagra que *“os utentes têm direito a decidir receber ou recusar a prestação de cuidados ...”* (alínea b), indo esta ao encontro do princípio da autonomia, o qual envolve o consentimento livre e esclarecido.

Consentimento livre e esclarecido implica a decisão da pessoa em relação aos cuidados de saúde que lhe são propostos, após ter sido informada e validada se a informação foi compreendida. A pessoa, pela sua dignidade, tem direito ao consentimento livre e esclarecido sobre os cuidados de saúde que lhe são prestados, com vista ao restabelecimento da sua autonomia. Ou seja, no consentimento livre e esclarecido está implícito o direito à liberdade e individualidade do doente e significa independência, ausência de imposições ou coacções, permitindo que o doente faça escolhas. Neste sentido, apesar de toda a vulnerabilidade presente, assisti ao respeito pela autonomia do doente para tomar decisões, após o fornecimento de informação sobre os objectivos, riscos e benefícios da intervenção sugerida, assegurando uma correcta compreensão e respeitando a livre decisão dada para essa mesma intervenção. Da observação e do diálogo com os profissionais envolvidos, percebi que estes encararam a autonomia do doente como a liberdade de tomar decisões acerca de si próprio, sem coacção ou interferência de outros, após posse de informação que lhe permitisse avaliar a situação e decidir livre e conscientemente.

Como reforço do supracitado, de acordo com o artigo 5.º da Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina *“qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como as suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em*

qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento” (DECRETO-LEI nº 1/2001, de 3 de Janeiro). O mesmo se encontra contemplado no artigo 6.º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO 2005). Assim, independentemente da forma como o consentimento livre e esclarecido seja dado, este não possui um carácter definitivo, a regra é a actualidade e as circunstâncias. Por essa razão, a decisão do doente, não foi tomada como irrevogável, ao que, no dia seguinte, após parecer positivo do mesmo, foram realizadas as intervenções inicialmente propostas pela equipa de saúde e por ele recusadas.

No que respeita ao consentimento livre e esclarecido, especificamente, para os cuidados de enfermagem, existe documentos fundamentais, refira-se Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (DECRETO-LEI n.º 161/96, 4 de Setembro), Estatuto da Ordem dos Enfermeiros – Código Deontológico (Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro), Carta dos direitos do doente internado e Carta dos direitos e deveres dos doente.

O REPE (DECRETO-LEI n.º 161/96, 4 de Setembro) define como deveres dos enfermeiros *“respeitar a decisão do utente de receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe foi proposta ...”* (n.º 3). O Código Deontológico do Enfermeiro (DECRETO-LEI n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro) prevê também no artigo 78.º, n.º 1 que *“as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”*, consagrando como valores universais na relação profissional a igualdade (n.º 2, alínea a), a liberdade responsável e a capacidade de escolha (n.º 2, alínea b) e a verdade e justiça (n.º 2, alínea c), valores estes que têm de estar presentes, quando se fala de consentimento livre e esclarecido para os cuidados de saúde. A carta dos direitos do doente internado e a carta dos direitos e deveres dos doentes vêm ao encontro da legislação supracitada ao defenderem, respectivamente, que o *“doente internado tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE – DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE [s.d.]) e que *“o doente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico ou participação em investigação ou ensino clínico”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE – DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE [s.d.]), o que coloca a informação como uma condição essencial para que o doente possa dar o seu consentimento livre e esclarecido para as medidas terapêuticas, o qual é imprescindível para a realização de qualquer acto médico.

Apesar de, em vários momentos, ter observado o respeito, da equipa de enfermagem da UCICRE, pelos princípios inerentes ao consentimento livre e esclarecido para intervenções, onde o exemplo descrito é apenas isso mesmo, um exemplo, entre muitos outros, houve, porém uma situação que originou algumas dúvidas e, até mesmo, alguma inquietação na equipa de enfermagem. Essa situação envolveu um doente em estado crítico, vítima de atropelamento, do qual resultou um quadro de tetraplégia associado a TCE e TVM. Este doente apresentava score 4 na escala de coma de Glasgow, sem qualquer capacidade de tomada de decisão. A nível familiar, o doente tinha 4 irmãos, sendo que dois deles redigiram um

documento restringindo as visitas apenas aos irmãos, tomando a equipa, em consequência, as precauções necessárias para fazer cumprir o referido.

Ao ter conhecimento, no decorrer de uma passagem de turno, de toda a situação acima descrita, promovi uma reflexão informal com os enfermeiros presentes acerca da mesma, despertando na equipa questões que ponderavam a vontade e os direitos do doente, como: O doente não quererá ser visitado por mais ninguém? Será esta restrição benéfica para o doente? Que valor legal tem o documento em questão? Os pares demonstraram-se receptivos à reflexão, participando de forma activa, porém com alguma dificuldade na tomada de decisão. Como acréscimo a este dilema ético, surgiu um outro documento, proveniente da Junta de Freguesia, onde constava que o doente vivia maritalmente com uma pessoa, cujo nome não constava no primeiro documento. Perante este segundo dado alguém dizia: “assim a mulher tem maior poder de decisão sobre o doente que os irmãos! O que fazemos então?”.

Tratando-se de uma situação problema com envolvimento ético e jurídica, como estratégia de esclarecimento da equipa, apresentei a legislação acerca de especificidades do consentimento livre e esclarecido para os cuidados de saúde, ao mesmo tempo que fazia uma breve análise da mesma. Assim, na Convenção dos Direitos do Homem e a Biomedicina (DECRETO-LEI nº 1/2001, de 3 de Janeiro), encontram-se previstas situações de excepção para o consentimento para os cuidados de saúde, nomeadamente em situações de incapacidade, pois *“qualquer intervenção sobre uma pessoa que careça de capacidade para prestar o seu consentimento apenas poderá ser efectuada em seu benefício directo”* (artigo 6.º, n.º 1). De entre essas situações, a incapacidade por inabilitação adequa-se ao quadro descrito e diz o seguinte: *“Sempre que, nos termos da lei, um maior careça, em virtude de deficiência mental, de doença ou por motivo similar, de capacidade para consentir numa intervenção, esta não poderá ser efectuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei”*. No entanto, a nenhum dos familiares teria sido conferida representação legal do doente.

Neste contexto, importa referir que, de acordo com o artigo 39.º do Código Penal (DECRETO-LEI nº 48/95, de 15 de Março), o consentimento efectivo é equiparado ao consentimento presumido (n.º 1), determinando que *“há consentimento presumido quando a situação em que o agente actua presumir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado”* (n.º 2). No entanto, este mesmo consentimento só é válido excluindo o acto a praticar, se o mesmo for contrário a uma proibição legal ou aos bons costumes (Código Civil, artigo 340º, nº2).

Em consonância com o supracitado e ao abrigo da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO 2005), artigo 5.º e artigo 7.º, perante a incapacidade de o doente exercer a sua autonomia, para além de lhe ter sido concedida protecção devido à sua incapacidade de exprimir o seu consentimento, foram também tomadas medidas para proteger os seus direitos e interesses. Assim, até se verificarem circunstâncias que permitissem

concluir, com segurança, que o consentimento seria recusado, nomeadamente sofrimento causado pela presença de algum dos familiares, a equipa de enfermagem decidiu pela não restrição de visitas. Esta tomada de decisão foi ponderada e reflectida, procurando a resposta mais adequada, tendo a decisão sido comunicada aos familiares pela enfermeira chefe. Como forma de gestão de conflitos foi, ainda, negociado horário de visitas, individual, para as partes envolvidas.

Toda esta reflexão sobre a prática, despertou motivação na equipa de enfermagem para a aprofundar de conhecimentos acerca da legislação envolvente do consentimento livre e esclarecido, pelo que, em conversa informal com a enf.^a chefe, foram analisadas as melhores estratégias de informação/formação acerca da temática, as quais apontaram para uma acção de formação em serviço. Contudo, em virtude de incompatibilidade da data sugerida para a formação com o período definido para este módulo de estágio, essa formação ficou sob a responsabilidade de um dos elementos da equipa, que se disponibilizou para tal. Todavia, de forma a facilitar esse momento formativo, organizei um Dossier Temático com a legislação que considere pertinente, o qual ficou disponível no serviço.

1.3.1.2 – Desenvolver competências de comunicação no relacionamento com a pessoa em situação de disfunção comunicativa, em contexto de cuidados intensivos.

A comunicação é um instrumento básico em enfermagem, presente nas acções do enfermeiro, permitindo estabelecer uma relação terapêutica com o doente, o que a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002, p. 8), caracteriza por *"parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel (...) que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde"*. Neste âmbito, entendo a comunicação como um factor preponderante para o bem-estar dos doentes, daí que seja imprescindível o desenvolvimento de competências nessa área, em prol da qualidade dos cuidados. Porém, uma questão inquieta a minha prestação de cuidados: Sabe-se que a entubação endotraqueal impossibilita a fala. Assim, como consegue a pessoa, com entubação endotraqueal, expressar todo um conjunto de dúvidas, sentimentos e necessidades que envolvem o seu internamento em cuidados intensivos?

Considero que compreender o doente deve constituir uma preocupação para os profissionais de saúde que com ele contactam, independentemente do contexto em que se encontrem. A minha experiência profissional, em Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, apenas baseada na observação e em conversas informais, mostra-me que o doente conectado a ventilação mecânica apresenta grande ansiedade quando pretende expressar algo, particularmente pelo facto de não conseguir falar, o que o obriga a recorrer a técnicas de comunicação não verbal. Esta minha percepção vai ao encontro do referido por ROSÁRIO (2009), a qual salienta como sentimento negativo, dos doentes ventilados, o facto de não serem compreendidos pelos profissionais. A mesma autora refere ainda que, no seu estudo, os sentimentos que os doentes

mais referiram, relacionados com a impossibilidade de comunicar, foram a impotência, desânimo, aflição, medo e ansiedade. Como alternativas à comunicação verbal referiram a utilização da linguagem escrita, linguagem gestual e mímica labial e, na sua maioria, sentiram disponibilidade dos profissionais de saúde para os ajudar a ultrapassar as dificuldades de comunicação, mas nem sempre conseguiam transmitir a sua mensagem, sendo que alguns doentes referiram que se sentiam impotentes e acabavam por se conformar pelo facto de não conseguirem comunicar. (ROSÁRIO 2009)

Quanto ao estágio desenvolvido na UCICRE, deparei-me logo no primeiro dia com um doente com entubação endotraqueal por edema da glote, no qual era nítida a necessidade de comunicar. Contudo, a condição em que se encontrava dificultava esta sua actividade de vida, conduzindo-o à comunicação por mímica, como *“a arte de exprimir os pensamentos e/ou os sentimentos por meio de gestos”* (WIKIPEDIA s.d.). Ou seja, a sua temporária disfunção comunicativa levou-o à adopção de sistemas de comunicação alternativos e aumentativos.

A legislação, ao abrigo do artigo 19º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, defender que *“todo o indivíduo tem direito à liberdade de opinião e de expressão, o que implica o direito de (...) procurar, receber e difundir (...) informações e ideias por qualquer meio de expressão”* (DECRETO-LEI n.º 57/78). É neste contexto que surge este objectivo, na perspectiva de promover, ao doente com entubação endotraqueal, o recurso a técnicas de comunicação alternativas à fala.

Assim, primeiramente, recorri à pesquisa, leitura e actualização bibliográfica sobre técnicas de Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA). Desta actividade retiro que comunicação aumentativa consiste numa *“comunicação complementar ou de apoio”* (TETZCHNER E MARTINSEN 2000, p.22), ou seja, amplifica a mensagem que pretendemos transmitir. Na realidade, esta é usada por todos nós no dia-a-dia, embora não nos apercebamos disso, onde o tom de voz, a focalização do olhar, a expressão facial, a postura, a mímica e a escrita são exemplos. Quando, por exemplo, queremos dar uma informação a alguém num ambiente barulhento usamos comunicação aumentativa ao elevar o nosso tom de voz, usar gestos ou exagerar a nossa expressão facial. Por outro lado, comunicação alternativa, conforme o nome indica, oferece-nos um método alternativo à comunicação verbal, isto é, constitui *“qualquer forma de comunicação diferente da fala e usada por um indivíduo em contexto de comunicação frente a frente”* (ib.).

Embora haja situações diárias em que usamos, espontaneamente, a CAA, existem pessoas que têm de a usar de forma temporária ou até mesmo permanente. Em Unidade de Cuidados Intensivos, os doentes com entubação endotraqueal constituem um grupo de pessoas com alterações da fala que necessitam, temporariamente, de sistemas de CAA, pensando-se que, em curto ou médio prazo, recuperem a fala. Para ALMIRALL, SORO-CAMATS E BULTÓ (2003), esses sistemas variam desde sistemas concretos e finitos, até sistemas muito flexíveis do ponto de vista gramatical e linguístico, e podem ser classificados em Sistemas Sem Ajuda, apoiando-se na linguagem não verbal, ou Sistemas Com Ajuda, requerendo o uso de um

suporte, material ou equipamento.

A observação atenta da comunicação dos doentes, com entubação endotraqueal, sugere que os gestos são o método por eles mais utilizado, para se fazerem entender. Porém, embora alguns gestos sejam fáceis de compreender, outros nem por isso, o que revela constituírem uma técnica possível, mas, por vezes, limitada. Uma estratégia por mim adoptada para usar melhor este recurso consistiu em combinar com o doente o significado de certos gestos, e assim melhor compreendê-lo. Esta estratégia revelou-se favorecedora da comunicação, pelo que foi reflectida com a equipa, com boa receptividade.

A mímica labial, a expressão facial, o olhar e a postura são, também, alguns dos recursos utilizados pelos doentes para se fazerem compreender e, por isso, por mim incentivados através de exemplos, estímulos positivos e elogios. Estes métodos relevaram-se facilmente utilizáveis pelos doentes, contudo requerem a presença e disponibilidade do profissional, para os ajudar a ultrapassar a dificuldade de comunicação, o que pela dinâmica da Unidade nem sempre se revela possível.

Entre os Sistemas Com Ajuda, o papel e caneta, ou lápis, é um recurso simples e económico, pelo que incentivei o seu uso a doentes capacitados. Porém, a prática demonstra que doentes com perda muscular ou edema das mãos poderão encontrar-se impossibilitados de usar este método, pela dificuldade de os segurar. Nesses casos, a utilização de quadros constituídos por letras do alfabeto constituiu uma opção para doentes que são capazes de utilizar essas letras ou apontar. Contudo, há ainda população que não sabe ler ou escrever ou com diminuição da acuidade visual, o que condiciona estes métodos. Outra alternativa consiste no recurso a imagens, como fotografias ou desenhos, usadas para representar objectos e conceitos. Este é um recurso fácil de usar e pressupõe facilidade de compreensão. Neste grupo incluem-se os desenhos que se parecem com aquilo que desejam simbolizar, ou seja, os sistemas pictográficos.

Numa fase inicial do estágio, ao constatar que a unidade não dispunha de nenhum instrumento suportado por imagens pictográficas, e atendendo à sua mais-valia, promovi um momento de reflexão junto da enf.^a chefe e enf.^a orientadora, no sentido de aferir a pertinência desse instrumento para os doentes internados na UCICRE. Dessa reflexão conjunta, concluiu-se que seria benéfico para os doentes a existência de um instrumento com essas características, pois permitiria promover a comunicação do doente com os profissionais e com os familiares. Nesse sentido, propus-me à elaboração de cartazes plastificados, em tamanho A5, compostos por imagens pictográficas, representativas das necessidades, tendencialmente, apresentadas pelos doentes internados em UCI.

Contudo, a pesquisa sobre a temática mostrou-me que o instrumento que pretendia desenvolver iria ao encontro de outros já elaborados e representados por algumas marcas, e utilizados em algumas Unidades de Cuidados Intensivos do País, nomeadamente na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), do Hospital Egas Moniz, sendo que o instrumento utilizado nesta unidade, o qual inclui todo um conjunto de necessidades, frequentemente

sentidas pelos doentes internados em UCI, agrupadas por categorias, em suporte de papel plastificado, cuja imagem é ilustrada em ambas as faces do cartão, consistia o mais semelhante ao instrumento que projectei. Assim, parecendo-me inadequada a elaboração de um instrumento já existente, propus à enf.^a chefe a aquisição do referido instrumento através do contacto com que marca que o representa, proposta essa que foi aceite de imediato. Todavia, apesar de constituir um recurso de fácil utilização, a comunicação através de imagens pictográficas não pode deixar de ser validada, pois uma mesma imagem pode representar mensagens diferentes, para diferentes pessoas, ou em diferentes contextos.

Neste âmbito, com o objectivo de observar a aplicação de instrumentos de CAA em contexto de cuidados intensivos, por intermédio da enf.^a orientadora, visitei a UCIP, do Hospital Egas Moniz, onde pude constatar que os profissionais, para além da comunicação por intermédio de gestos, mímica e imagens pictográficas, recorrem também a instrumentos como quadros para escrita, quadros com alfabeto ou até mesmo a um comunicador digital. Por outro lado, tive também a possibilidade de assistir à Conferência “Aquisição das Línguas Gestuais”, com lugar na UCP, no dia 14 de Janeiro. Esta conferência, onde predominava a linguagem gestual entre os participantes, provocou em mim sentimento de isolamento, sendo que, naquele ambiente, era eu quem apresentava disfunção comunicativa, o que me fez reflectir sobre os sentimentos de quem, por alguma razão, se encontra impossibilitado de comunicar por intermédio do recurso a que está habituado. Analisando, o período em que decorreu a conferência foi marcado pelo silêncio, ou melhor, pelo meu silêncio, provocado pela sensação de que não adiantaria falar, porque ninguém me iria compreender. Impotência e ansiedade foram, sem dúvida, sentimentos que vivenciei naquela experiência, o que vai ao encontro dos sentimentos dos doentes ventilados, já descritos.

Em paralelo com a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos sobre CAA, prossegui com a pesquisa de recursos na comunidade, onde tomei conhecimento de uma empresa nacional, especializada em tecnologias de apoio à comunicação, que trabalha com pessoas com disfunção comunicativa, principalmente no âmbito da reabilitação, nomeadamente com crianças autistas ou com adultos vítimas de AVC's. Após contacto telefónico com essa empresa, foi possível o agendamento de entrevista presencial com um dos elementos responsáveis pela área comercial. Essa entrevista revelou-se importante, pois permitiu-me a tomada de conhecimento de uma vasta gama de digitalizadores de fala (também denominados comunicadores digitais) aumentativos e alternativos à comunicação oral. Esses comunicadores podem ser classificados como simples, sequenciais, sem varrimento ou com varrimento, dos quais, e atendendo à particularidade dos doentes internados na UCICRE, sobressaio os dois últimos grupos.

Digitalizadores de fala sem varrimento e digitalizadores de fala com varrimento consistem em aparelhos com ecrã apresentado por imagens pictográficas, activado, respectivamente, por toque (selecção directa) ou por opção de varrimento. Além dos comunicadores digitais, a tecnologia oferece-nos também o Grid 2, o qual, enquanto Sistema Integrado de Comunicação

Aumentativa (SICAM), constitui um instrumento de comunicação em suporte informático, cujo teclado pode apresentar-se por letras, palavras, frases ou símbolos, permitindo um sistema de conversão texto-fala, com sintetizador em português. Estes instrumentos eram-me desconhecidos e não existiam na UCICRE, pelo que a minha experiência com os mesmos foi apenas a proporcionada pela referida empresa. Contudo, da minha análise, constituem métodos alternativos úteis (embora mais dispendiosos), em que o doente apenas tem de seleccionar o item que pretende e o aparelho vocaliza-o por ele, mediante mensagens pré-gravadas.

A tecnologia dispõe também do Boardmaker: um outro programa informático que permite a criação de grelhas de comunicação, possíveis de utilização nos comunicadores digitais; e o Grid Mobile: versão portátil do Grid 2, em suporte de telemóvel (intitulado de “Minha Voz Grid”) ou PDA, permitindo maior grau de autonomia.

Para além das alternativas de comunicação já referidas, ao longo da pesquisa efectuada tomei conhecimento de um outro acessório que me deixou particularmente entusiasmada, sobretudo pela qualidade de vida que pode promover – a Válvula Passy-Muir. Esta pode ser adaptada tanto a traqueostomias como a tubos endotraqueais e entre os seus benefícios encontra-se o restabelecimento da comunicação.

Em síntese, dispositivos de CAA são instrumentos que facilitam a comunicação e podem ir desde um método simples, como os gestos ou o uso de lápis e papel, até a sofisticados aparelhos electrónicos. Perante toda esta exposição, a pergunta que poderá surgir é “que método escolher?”. Para a escolha do sistema sugiro uma avaliação do doente e verificação das suas capacidades cognitivas e motoras, como dos sentidos (se vê bem, se ouve bem, se consegue usar o tacto), memória e literacia. É necessário verificar que ajudas necessita, para aceder à comunicação, como a capacidade física para segurar uma mica, ou seleccionar um item de um quadro, tocando-lhe. Perante a não existência dessas capacidades, sugiro a procura de outras formas indirectas de selecção, como por exemplo, um código através do olhar ou pestanejar.

Ao longo do período de estágio, desenvolvi competências teóricas e procurei a aplicação eficaz de técnicas e instrumentos de CAA. Todavia, a inexistência de instrumentos avançados de comunicação na UCICRE condicionou a minha prática à comunicação através de métodos menos sofisticados, dos quais se salientaram a mímica, as perguntas de resposta sim/não, o recurso a lápis e papel, e o recurso a imagens pictográficas. Esta experiência, embora aparentemente redutora, revelou-se de uma riqueza extrema na diminuição da ansiedade dos doentes, fazendo prova disso, os sorrisos expressos nos rostos dos doentes quando percepcionavam a sua mensagem entendida.

1.3.1.3 – Contribuir para a comunicação com doentes em estado crítico, submetidos a cirurgia major, em contexto de cuidados intensivos.

As actividades desenvolvidas face o objectivo anterior motivaram-me para este novo objectivo de estágio, o qual, de acordo com o interesse demonstrado pela da equipa de enfermagem, inclusivamente da enf.^a chefe e da enf.^a orientadora deste estágio, surgiu como estratégia de sensibilização da equipa de enfermagem da UCICRE à CAA. Assim, foi agendada uma acção de formação, em contexto de serviço, cujo objectivo geral foi divulgar técnicas e instrumentos que promovam a comunicação com a pessoa em situação de disfunção comunicativa, internada em Unidade de Cuidados Intensivos.

A referida formação teve lugar no dia 17 de Janeiro, às 14h30, na Sala de Espera da UCICRE e demorou cerca de 30 minutos. O horário (imediatamente antes da passagem de turno), o local (perto da sala de internamento) e a carga horária, consistiram em estratégias para a obtenção da presença de um maior número de profissionais. Assim, estiveram presentes doze elementos, entre os quais, a enf.^a chefe, a enf.^a orientadora e uma médica anestesista.

Com o intuito de desenvolver uma formação dinamizadora, para além do método expositivo com recurso ao PowerPoint (ANEXO XV), foram utilizados também os métodos interrogativo e activo. Ou seja, foi proporcionado um ambiente promotor da participação dos formandos, onde foi privilegiado o contacto directo com várias técnicas e instrumentos de CAA. Assim, após introdução do tema, de forma a demonstrar, na prática, o significado de Comunicação Aumentativa, foi convidado um elemento voluntário para comunicar uma mensagem, imaginando um receptor com acentuada diminuição da acuidade auditiva. Neste exercício foi elevado o tom de voz, acentuada a expressão facial e modificada a postura corporal, complementando a mensagem. Para compreensão do significado de Comunicação Alternativa recorri igualmente à transmissão de mensagens, contudo sem utilizar a fala. Neste exercício, os dois voluntários recorreram principalmente aos gestos e mímica labial. Desta experiência, os elementos envolvidos referiram sentimentos de vergonha, frustração e irritabilidade, tendo igualmente ficado sensibilizados para a dificuldade em comunicar sentida pelos doentes com entubação endotraqueal. À posteriori foram apresentados instrumentos facilitadores de CAA, como quadros com alfabeto, sistemas pictográficos, comunicadores digitais e programas informáticos, com a possibilidade de manuseio dos mesmos.

De todos os instrumentos apresentados, as Imagens Pictográficas em suporte de papel plastificado, o comunicador digital Go Talk 9+ e Grid 2 foram os que despertaram maior interesse na equipa, pelo que foram os mais discutidos.

Quanto ao Go Talk 9+, é um comunicador com cinco níveis de gravação, cada um com 9 + 3 células, activadas pelo toque. Ou seja, cada nível inclui uma primeira linha de três células de gravação, cujas mensagens não variam com a mudança de níveis. Estas células são úteis para

gravar mensagens genéricas e úteis em diferentes contextos. Adaptando à UCICRE, sugeri estas células para mensagens como “tenho dores” ou “sinto falta de ar”. A Enfermeira Chefe ficou igualmente sensibilizada e motivada para a aquisição e introdução deste comunicador na Unidade. Para a elaboração das grelhas a utilizar nos diferentes níveis do Go Talk 9+, recomenda-se o programa Boardmaker, o qual foi por mim concedido à UCICRE.

O Grid 2, com o seu sistema de teclados no ecrã, possibilita ao utilizador expressar-se e comunicar de forma autónoma, utilizar o computador e os programas nele contidos, pelo que promovi o patrocínio do software à UCICRE, por intermédio deste projecto de estágio. Este instrumento conta, porém, com uma barreira à sua utilização: não existe qualquer dispositivo electrónico portátil na UCICRE, pelo que sugeri a utilização do Computador Portátil do próprio doente, caso se aplique. Em paralelo, forneci, também, à Unidade o “Manual do Utilizador do Grid 2” para melhor compreensão e rentabilização do mesmo.

Apesar da relativa facilidade de utilização dos dois instrumentos supracitados, por serem aparelhos, possivelmente, desconhecidos para a maioria dos doentes, sugiro também, sempre que possível, o ensino sobre o funcionamento destes métodos de comunicação, na visita pré-operatória à Unidade, minimizando a ansiedade na sua utilização no pós-operatório.

Por outro lado, o programa Boardmaker pode, igualmente, ser utilizado para a elaboração de quadros de comunicação impressos, à semelhança do instrumento com imagens pictográficas utilizado na UCIP do HEM, possíveis de legendar em várias línguas. Assim, uma outra sugestão recebida pela enf.^a chefe, conjuntamente com um dos enfermeiros da equipa, foi a elaboração de um instrumento de comunicação, com símbolos pictográficos impressos, próprio da UCICRE, através deste programa.

De lembrar que o Grid faz também parte de um projecto para a Comunicação Aumentativa, denominado "PT Minha Voz" e apoiado pela Fundação Portugal Telecom. Provavelmente, estes avanços tecnológicos no âmbito da CAA (Grid, PT Minha Voz, Válvula Passy-Muir) e apesar das suas inúmeras vantagens, promotoras de qualidade de vida, dificilmente serão adquiridos pela Unidade, dado o seu custo económico. Contudo, considerei igualmente pertinente divulgá-los à equipa, no âmbito da formação, não só a título de curiosidade face à evolução da tecnologia com que nos deparamos actualmente mas, também, na perspectiva de ter conhecimento dos recursos na comunidade, pois são os enfermeiros os responsáveis pelo ensino de preparação do doente para o regresso a casa, onde a divulgação de instrumentos para CAA, existentes na comunidade, poderá ser benéfico para o doente e conviventes significativos.

Esta acção de formação revelou-se, portanto, muito interactiva, permitindo, a muitos dos participantes, um primeiro contacto com instrumentos de CAA, para eles desconhecidos até então. Os participantes demonstraram-se, então, bastante interessados pela temática e participativos, o que favoreceu o desenvolvimento desta formação. Como término da mesma foi solicitado o preenchimento do documento de avaliação da formação (ANEXO XVI), de onde retiro que:

- a) Relativamente ao item “Programação da Acção”, a totalidade dos participantes considerou os objectivos muito claros, o conteúdo completamente adequado e o tema totalmente aplicável.
- b) Quanto ao “Funcionamento da Acção”, o relacionamento entre os participantes foi considerado muito aberto e os meios audiovisuais excelentes por todos os participantes, sendo que a maior parte deles (91,6%) ponderou a motivação e participação como plena, e a utilização dos meios audiovisuais muito adequada.
- c) A “Qualidade da Acção” foi classificada de “Muito bom” por todos os elementos quanto à disponibilidade, conhecimento, clareza de exposição e esclarecimento de dúvidas.

Um outro dado relevante, da grande receptividade da equipa à temática, foi o facto de os participantes terem continuado na exploração os instrumentos de CAA, após término da acção de formação, com o intuito de adquirir informações mais detalhadas acerca dos mesmos.

Por outro lado, para além de dar resposta a uma necessidade profissional, todo este projecto vem ao encontro dos princípios da universalidade e da igualdade sendo que, a ampla variedade de técnicas e instrumentos de CAA, permite o direito de liberdade de expressão e informação a todos os cidadãos, independentemente da sua língua.

2 – CONCLUSÕES GERAIS

Finda a narrativa de todo um percurso de estágio, pretendo fazer uma análise crítica dos principais aspectos tratados, e principais contributos, tanto para o meu desenvolvimento como pessoa/profissional, como para os Serviços promotores deste Estágio. Neste capítulo identifico, também, as dificuldades e limitações encontradas e deixo uma sugestão que possa facilitar e enriquecer o estágio de futuros Mestrandos em Enfermagem de Natureza Profissional, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O percurso de estágio proporcionou-me momentos privilegiados de aprendizagem e estimulou a minha capacidade reflexiva, pelo que se revelou bastante enriquecedor no que diz respeito ao desenvolvimento de competências. O facto de ter desenvolvido cada módulo de estágio em instituições distintas permitiu-me contacto com contextos diferentes, o que contribuiu para uma alargada partilha e aquisição de saberes teóricos e práticos, as quais contribuíram para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, promovendo o meu desenvolvimento profissional e pessoal. Existem, porém, algumas características pessoais que tive a oportunidade de melhorar e que pretendo de deixar expressas, como:

- Ter paciência quando os outros não entendem;
- Saber fazer sugestões indirectas;
- Ter uma atitude positiva;
- Saber discutir os problemas de modo construtivo;
- Saber tolerar quando os outros cometem erros;
- Saber criticar e aceitar críticas.

O projecto de estágio funcionou como fio condutor a toda a prática clínica, tendo procurado atingir os objectivos previamente definidos. Contudo, o início de cada módulo de estágio foi marcado pela necessidade de reformulação de objectivos, principalmente no que se refere ao delineado quanto à especificidade “doente com traumatismo abdominal”, o que condicionou a temática central. Paralelamente, foi com igual empenho e satisfação que delineei estratégias em prol das necessidades avaliadas durante a prática.

De uma forma geral, procurei prestar cuidados de enfermagem especializados, ao doente em estado crítico e sua família, em contextos distintos (urgência, bloco operatório e cuidados intensivos), onde as diferentes tomadas de decisão procuram ser o reflexo de conhecimentos adquiridos nas diferentes unidades curriculares do Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da minha experiência profissional, da leitura e análise da pesquisa bibliográfica realizada, assim como das reflexões diárias sobre o meu desempenho, no sentido da melhoria da segurança dos cuidados prestados. Ao mesmo tempo, ao longo do percurso foi,

também, minha preocupação, promover a mudança positiva, informar, educar, recomendar, desafiar e desenvolver o espírito crítico dos pares, de forma a contribuir para a melhoria e segurança dos cuidados prestados nos respectivos contextos, pelo que:

- No SUC, realizei formação sobre hipodermoclise e complementei-a com informação em suporte de cartaz e régua de bolso; identifiquei o material existente na Sala de Reanimação I, com respectivo nível de stock; promovi um espaço destinado a EPI's na Sala de Reanimação I, de forma a incentivar o uso dos mesmos; disponibilizei o documento escrito que elaborei após o 4º Curso Teórico-Prático de Manuseamento da Via Aérea que frequentei durante o período de estágio; elaborei um Manual de Boas Práticas de Enfermagem perante um doente com Traumatismo Abdominal, o qual ofereci para a biblioteca do Serviço; formatei esse Manual em tamanho A5, o qual ficou exposto na Sala de Reanimação I para rápida consulta; realizei uma acção de formação em serviço sobre o doente com traumatismo abdominal; e promovi algumas reflexões individuais e/ou em grupo.
- No BOC e UCA, promovi alterações na UCPA de forma a sensibilizar a equipa de enfermagem para a lavagem e desinfecção das mãos; promovi melhorias quanto à gestão e organização do material da unidade do doente na UCPA; realizei cartazes inerentes às funções do enfermeiro na UCPA, de forma a sensibilizar a equipa de enfermagem para as mesmas; elaborei o Manual do Auditor da Qualidade dos Cuidados em Enfermagem para a Sala de Cuidados Pós-Anestesia da Unidade de Cirurgia Ambulatória e Check-list correspondente bem como promovi algumas reflexões individuais e/ou em grupo.
- Na UCICRE, elaborei e disponibilizei um dossier temático com legislação pertinente sobre Consentimento Livre e Esclarecido; realizei uma acção de formação em serviço sobre Comunicação Aumentativa e Alternativa; ofereci à Unidade instrumentos de suporte à prática de CAA; e promovi algumas reflexões individuais e/ou em grupo.

Face ao exposto, considero ter atingido os objectivos a que me propus na sua plenitude e ter desenvolvido as competências inerentes ao enfermeiro especialista delineadas no plano de estudos do curso, embora, umas mais que outras. Para esse sucesso contribuiu a minha personalidade, de onde destaco o espírito de iniciativa e de grupo e a persistência, embora acompanhada de assertividade; a disponibilidade e orientação motivadora das enfermeiras orientadoras; e o contributo dado pela orientação pedagógica da professora tutora.

Apesar dos muitos contributos, este período de estágio nem sempre mostrou ser uma tarefa fácil, nomeadamente pelo facto de as três primeiras semanas de estágio terem sido agendados três exames correspondentes à componente teórica, o que dificultou o desenvolvimento em contexto da prática. Por outro lado, entendo que realizar estágio num serviço desconhecido, sem experiência profissional nesse âmbito, e em tempo tão limitado, consiste numa limitação ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista na sua plenitude, contudo não deixei de encarar essa limitação como um desafio.

A principal limitação sentida centrou-se no facto de terem surgido, apenas, dois doentes com traumatismo abdominal ao longo de todo o estágio, o que obrigou à reformulação de objectivos.

A elaboração deste relatório despertou, também, algumas dúvidas no que concerne ao conteúdo e à melhor forma de redacção, de modo a que reflectisse todo o caminho percorrido. Esta dificuldade foi gradualmente ultrapassada, mais uma vez contando com o contributo dado pela orientadora pedagógica da professora tutora.

Diversos foram os legados momentos de formação proporcionados aos serviços onde decorreu o estágio, assim como, os que recebi em troca que me permitem estar neste momento a terminar o relatório.

Não quero, porém, terminar este percurso sem deixar uma sugestão: a possibilidade de o aluno desenvolver uma semana de estágio em cada local seleccionado, antes da elaboração do projecto de estágio, de forma facilitar a adequação dos objectivos à realidade prática de cada serviço.

Em termos finais, ousou referir uma convicção transmitida pela Professora Doutora Margarida Vieira no Encontro Nacional de Enfermagem, intitulado de “Olhar sobre a Praxis” (2010), a qual, humildemente subscrevo: A prática de Enfermagem é de todo planeada e justificada na evidência científica e claramente humanizada, sendo que a Enfermeira presta cuidados de qualidade, não porque é simpática – embora a simpatia também ajude – mas porque é profissional.

3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEIXO, Fernando – **Unidade de Cuidados Intensivos – Manual de Enfermagem**. Portimão: *Centro Hospitalar* do Barlavento Algarvio, EPE, 2007. 30 p.

ALMIRALL, Carme Basil; SORO-CAMATS, Emili; BULTÓ, Carme Rosell - **Sistema de Sinais e Ajudas Técnicas para Comunicação Alternativa e a Escrita**. São Paulo: Editora Santos, 2003. 260 p. ISBN 8572883118.

APONTAMENTOS tirados nas aulas de **Infecção Hospitalar**, dados pela Enf.^a Alice Ventura, no Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde – Escola Superior Politécnica de Saúde – Enfermagem, Fevereiro 2010.

APONTAMENTOS tirados nas aulas de **Enfermagem Perioperatória**, dados pela Enf.^a Rosário Teixeira, no Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde – Escola Superior Politécnica de Saúde – Enfermagem, Abril 2010.

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

AUTORIDADE NACIONAL SEGURANÇA RODOVIÁRIA – **Dados de Sinistralidade** [Em linha]. Lisboa: [Consult. 20 Fev. 2011]. Disponível em WWW:>URL: <http://www.ansr.pt/>.

BENNER, Patrícia. **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto, 2005. 262 p. ISBN: 989-558-052-5.

BOFFARD, Kenneth D. – **Manual de Cuidados Cirúrgicos Definitivos em Trauma**. 2^a ed. Coimbra: Edições Almedina, 2010. 422 p. ISBN 978-972-40-3905-3.

COMISSÃO NACIONAL DA UNESCO – PORTUGAL. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos** (2005).

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho = cuidados de qualidade**. Geneva: Ordem dos Enfermeiros, 2007. 95 p. ISBN: 92-95040-80-5.

DECRETO-LEI n.º 47 344. **Código Civil**. (66-11-25) (Atualizado até à Lei n.º 103/2009 de 11.09).

DECRETO-LEI n.º 48/95. **Código Penal.** (95-03-15) (Actualizado até à Lei n.º 4/2011, de 16/02).

DECRETO-LEI n.º 1/2001. **Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina.** 2 (01-01-03) 14-36.

DECRETO-LEI n.º 57/78. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** 217 (48-12-10).

DECRETO-LEI n.º 104/98. **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.** (98-04-21) (Alterado e republicado pela Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro).

DECRETO-LEI n.º 161/96. **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.** (96-09-04) (Alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril).

DIAS, Gabriela Torres [et al.] – **Humanização do Cuidado na UTI: Uma possibilidade real** [Em linha]. Lisboa: [Consult. 15 Fev. 2011]. Disponível em WWW:>URL:http://www.portaldoenfermeiro.com.br/artigos/PORTAL_DO_ENFERMEIRO_ARTIGO_05.pdf>.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde – Ministério da Saúde, 2007. 20 p.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde – Ministério da Saúde, 2008. 49 p.

EIRAS, Margarida – **Gestão da segurança do doente e eventos adversos** [Em linha]. Lisboa: [Consult. 28 Abr. 2011]. Disponível em WWW:>URL:<http://www.apdh.pt/NR/rdonlyres/9CB2E189-061D-4BA9-AA64-00E6072EC74B/14008/SegurançadoDoenteeEventosAdversos.pdf>>.

FIDALGO, Alexandra. O papel do enfermeiro face ao doente e/ou família/pessoas significativas no período perioperatório. **AESOP revista.** Lisboa. vol. IV, nº12 (Dezembro 2003), p.15-22.

HENZEZEL, Marie de – **Nós não nos despedimos: Uma reflexão sobre o fim da vida.** Lisboa: Notícias Editorial, 2001. 200 p. ISBN: 972-46-1198-1.

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

HOSPITAIS CUF – **Quadro de Referências para a Área Assistencial de Enfermagem.** Lisboa: Hospitais CUF, [s.d.], 14 p.

HOSPITAL CUF DESCOBERTAS [Em linha]. Lisboa: [Consult. 19 Fev. 2011]. Disponível em WWW:>URL:<http://www.josedemellosaude.pt/vpt/unidades/hospitalcufdescobertas/Paginas/Homepage.aspx>>.

HOSPITAL DE SANTA MARIA [Em linha]. Lisboa. [Consult. 2 Janeiro 20011]. Disponível em WWW:>URL:<http://www.hsm.min-saude.pt>>.

HOSPITAL DE SANTA MARIA [Em linha]. Lisboa. [Consult. 14 Abril 20011]. Disponível em WWW:>URL:<http://www.hsm.min-saude.pt/hsm intra/tabid/1626/Default.aspx>>.

HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA. [Em linha]. Lisboa: [Consult. 19 Fev. 2011]. Disponível em WWW:>URL:<http://www.hff.min-saude.pt/>>.

JOSE DE MELLO SAÚDE - **Construir o Futuro, Respeitar o Passado** [Em linha]. Lisboa: [Consult. 19 Fev. 2011]. Disponível em WWW:>URL:http://www.josedemellosaude.pt/SiteCollectionDocuments/Jose_Mello_Saude/Apresentacao_Institucional/ApresentacaoInstitucionalJosedeMelloSaude.pdf>.

LEI n.º 48/90. **Lei de Bases da Saúde**. 195 (90-08-24) 3452-3459.

LEI CONSTITUCIONAL n.º 1/2005. **Constituição da República Portuguesa**. 155 (05-08-12) 4642-4686.

LOBO, Filipa Almada – Papel da via subcutânea nos cuidados paliativos domiciliários. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. Vol. 22 (2006), p. 521-522.

MACIEL; SOUZA – **Acompanhante de Adulto na Unidade de Terapia Intensiva: uma visão do Paciente**. [Em linha]. Lisboa: 2006. [Consult. 20 Jan. 2011]. Disponível em WWW:>URL:<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a03v19n2.pdf>>.

MANUILA, L. [et al.] – **Dicionário Médico**. 3ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. 863 p. ISBN 972-796-080-4.

MASSADA, Salvador da Rocha - **Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave - Normas de Orientação Clínica e Administrativa**. Porto: Grupo de Trauma do Hospital de S. João, 2002. 112 p. ISBN: 972-9027-98-6.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Carta dos direitos do doente internado**. [Em linha]. Lisboa: [s.d.]. [Consult. 20 Abr. 2011]. Disponível em WWW:>URL:<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Carta dos direitos e deveres dos doentes**. [Em linha]. Lisboa: [s.d.]. [Consult. 20 Abr. 2011]. Disponível em WWW:>URL:<http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAA>>.

NUNES, Lucília – **Crónica de tempos que correm: do "testamento vital"**[Em linha]. Lisboa: 2010. [Consult. 28 Abril 2011]. Disponível em WWW:> URL: <http://www.projecto10.pt/arquivo-8-cs-livre.htm>>.

OMS – **Segurança dos doentes nos serviços de saúde da Região Africana: problemas e soluções.** [Em linha]. Lisboa. 2008. [Consult. 26 Abr. 2011]. Disponível em WWW:> URL: <http://afrolib.afro.who.int/RC/RC58/pt/AFR-RC58-8.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Consentimento Informado.** [Em linha]. Lisboa. 2007. [Consult. 28 Abril 2011]. Disponível em WWW:> URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Guia Orientador de Boa Prática: Dor.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. 22 p. ISBN: 978-989-96021-6-8.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante.** [Em linha]. Lisboa. 2004. [Consult. 28 Abril 2011]. Disponível em WWW:> URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_7Set2004.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002. 16 p.

ORDEM DOS MÉDICOS; SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – **Transporte de Doentes Críticos. Recomendações 2008.** Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2008. 45 p.

QUERIDO, Ana; GUARDA, Hironidina – **Manual de Cuidados Paliativos.** Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. ISBN: 978-972-9349-21-8.

RASCÃO, José – **Sistemas de Informação para as Organizações – a informação chave para a tomada de decisão.** Lisboa: Edições Sílabo, 2001. 381 p. ISBN 972-618-244-1.

REGO, Amélia – **Reformas no Sector da Saúde.** Lisboa: Universidade Católica Editora, 2010. 215 p. ISBN: 978-972-514-0273-3.

REGULAMENTO n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 35 (11-02-18) 8648-8653.

RILEY, Júlia Balzer – **Comunicação em Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004. 454 p. ISBN: 972-8383-81-9.

ROSÁRIO, Elsa Maria – **Comunicação e cuidados de saúde : comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos**. Lisboa: Universidade Aberta, 2009. 173 f. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.

SHEEHY, Susan – **Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática**. 4ª ed. Loures: Lusociência, 2001. 877 p. ISBN 972-8383-16-9.

SILVA, Abel Paiva – “Enfermagem Avançada”: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2379. vol 55, nº 1-2 (Janeiro-Abril 2007), p. 11 -20.

TAPPEN, Ruth M. – **Liderança e Administração em Enfermagem: Conceitos e Prática**. 4ª ed. Loures: Lusociência, 2005. 589 p. ISBN 972-8930-00-3.

TETZCHNER, Stephen von; MARTINSEN, Harald – **Introdução à Comunicação Aumentativa e Alternativa**. 2ª ed. Porto: Porto Editora, 2000. 287 p. ISBN 972-0-34510-1.

TWYGCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores. 2003. ISBN: 972-796-093-6.

URDEN, Linda D.; STACY, Kathleen M.; LOUGH, Mary E. – **Thelan`s Enfermagem de cuidados intensivos – Diagnóstico e intervenção**. 5ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. 1265 p. ISBN: 978-989-8075-08-6.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA: INSTITUTO CIÊNCIAS DE SAÚDE: ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICO DE SAÚDE: ENFERMAGEM – **Guia de elaboração e apresentação de trabalhos escritos**. Lisboa: UCP, 2009.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA: INSTITUTO CIÊNCIAS DE SAÚDE: ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICO DE SAÚDE: ENFERMAGEM – **Guia de Estágio**. Lisboa: UCP, 2010.

VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro: da Compaixão à Proficiência**. 2ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2007. 158 p. ISBN 972-54-0146-8.

WILKINSON, Douglas A.; SKINNER, Marcus W. – **Manual de Abordagem Primária ao Trauma**. Edição Standard, 2000. 37 p.

WIKIPÉDIA - <http://pt.wikipedia.org/wiki/M%C3%ADmica>.

ANEXOS

ANEXO I

Hipodermoclise: Administração de fluidos por via Subcutânea
- cartaz e régua de bolso

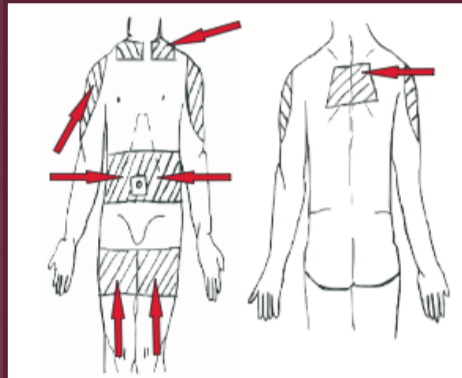
HIPODERMOCLISE

ADMINISTRAÇÃO DE FLUIDOS POR VIA SUBCUTÂNEA

Técnica simples, segura, não dolorosa, de baixo custo e adequada para clientes hospitalizados ou em domicílio, em situações clínicas não emergentes, quando a via endovenosa é considerada desnecessária ou difícil de manter devido a poucos acessos venosos viáveis.

INDICAÇÕES:

- Via oral não viável
- Incapacidade de ingerir líquidos em quantidade suficiente
- Sinais de desidratação
- Sinais de toxicidade de fármacos
- Má absorção intestinal
- Inconsciência
- Convulsões
- Sedação prolongada
- Fase agónica
- Sem outras vias disponíveis
- Deambulação mantida e necessidade de soro



1. Envolver o cliente na escolha do local de punção



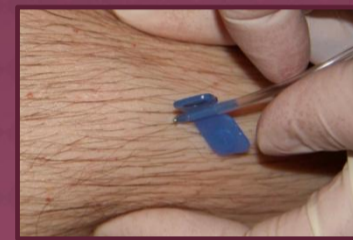
2. Desinfectar o local de punção



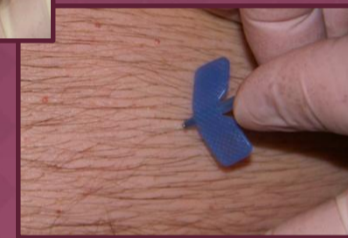
3. Fazer prega cutânea



4. Inserir a "butterfly" (23/25G) com ângulo de 45 a 60°, com bísel para cima



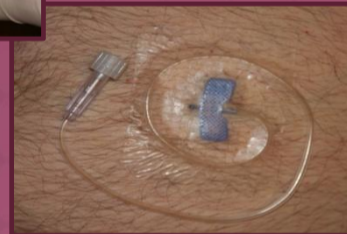
5. Rodar o bísel para baixo



6. Confirmar ausência de sangue na tubuladura



7. Fixar com penso transparente



8. Preencher com SF 0,5 cc

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Membros submetidos a dissecação ganglionar
- Administração de grandes volumes de líquidos e/ou rapidamente
- Administração de soluções electrolíticas hipertónicas
- Insuficiência renal
- Elevado risco de edema pulmonar
- Anasarca
- Coagulopatias
- Zonas de pele não integra ou irritada
- Infecções de repetição nos locais de punção

- ❖ Para administração de soros, adaptar um sistema de soros EV comum
- ❖ Após administração de fármacos, injectar 0,5 a 1 cc de Soro Fisiológico
 - ❖ A agulha pode permanecer 5 a 7 dias
- ❖ Velocidade de perfusão de soros: 20 a 50 ml/h em cada local de punção
- ❖ Se necessidade de hidratar e administrar terapêutica, colocar duas agulhas
 - ❖ A nova zona de punção deve ficar 3 a 5 cm da anterior

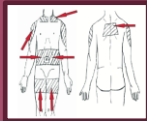
VANTAGENS FACE À VIA ENDOVENOSA:

- ✓ Inserção simples
- ✓ Maior facilidade de acessos
- ✓ Menos dolorosa
- ✓ Maior conforto para o cliente
- ✓ Fácil manipulação
- ✓ Maior segurança de administração
- ✓ Maior facilidade de utilização no domicílio
- ✓ Menor risco de hemorragia
- ✓ Menor risco de edema pulmonar
- ✓ Sem risco de formação de trombos/tromboflebitas
- ✓ Local de punção pode permanecer durante maior período de tempo
- ✓ Permite a manutenção da mobilidade do cliente
- ✓ Evita recurso a infusoras (infunde por gravidade)
- ✓ Sepsis ou infecção sistémica nunca demonstradas
- ✓ Não necessita de profissionais de saúde para a sua administração (possível administração por um cuidador familiar, desde que ensinado)
- ✓ Hospitalização pode ser encurtada ou mesmo evitada

Referências Bibliográficas:

MARQUES, Cátia [et al.] – Terapêutica subcutânea em cuidados paliativos. *Rev Port Cin Geral* [Em linha]. 2005. [Consult. 2010-05-09]. Disponível em WWW: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20070528184147167970.pdf>.
NETO, Isabel Galriça – *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. ISBN 978-972-9349-21-8.

HIPODERMOCLISE



1. local de punção



2. Desinfecção



3. Prega cutânea



4. Inserção
(bisel para cima)



5. Rodar
180°



6. Pesquisar sangue



7. Fixar



8. Preencher com SF

- ❖ Para administração de soros, adaptar um sistema de soros EV comum
- ❖ Após administração de fármacos, injectar 0,5 a 1 cc de Soro Fisiológico
- ❖ A agulha pode permanecer 5 a 7 dias
- ❖ Velocidade de perfusão de soros: 20 a 50 ml/h em cada local de punção
- ❖ Se necessário hidratar e administrar terapêutica, colocar duas agulhas
- ❖ A nova zona de punção deve ficar 3 a 5 cm da anterior

Régua de bolso

Fármaco	Indicações	Compatibilidades
Morfina	Dor, dispneia, diarreia	Midazolam, Butilescopolamina, Metoclopramida, Haloperidol, Levomepromazina, Octreotido
Tramadol	Dor	Haloperidol, Metoclopramida
Haloperidol	Agitação, náuseas, vômitos	Morfina, Tramadol, Midazolam, Metoclopramida, Butilescopolamina, Levomepromazina, Octreotido
Levomepromazina	Vômitos, agitação	Morfina, Butilescopolamina, Metoclopramida, Haloperidol, Midazolam, Octreotido
Midazolam	Agitação, convulsões, dispneia	Morfina, Butilescopolamina, Metoclopramida, Haloperidol, Levomepromazina, Octreotido
Dexametasona	Dispneia, dor, vômitos	Não deve ser misturada com outros fármacos, excepto em doses muito baixas (1mg/24h)
Metoclopramida	Náuseas, vômitos, dispneia	Morfina, Tramadol, Haloperidol, Midazolam, Octreotido
Butilescopolamina	Estertor, cólicas	Morfina, Haloperidol, Levomepromazina, Midazolam, Octreotido
Diclofenac	Dor óssea	Não é compatível com nenhum outro fármaco – administrar isoladamente
Lorazepam	Ansiedade, dispneia	Deve ter-se precaução na associação com os fármacos depressores do SNC

Verso

Frente

ANEXO II

Identificação do material na Sala de Reanimação I – Foto-reportagem

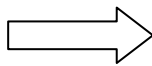
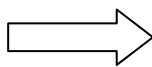
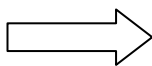
IDENTIFICAÇÃO DO MATERIAL NA SALA DE REANIMAÇÃO I

FOTO-REPORTAGEM

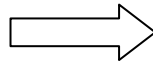
ANTES



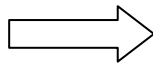
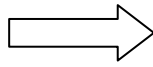
DEPOIS



ANTES



DEPOIS



ANEXO III

Estratégia para o uso de EPI's na Sala de Reanimação I – Foto-reportagem

ESTRATÉGIAS PARA O USO DE EPI's NA SALA DE REANIMAÇÃO I

FOTO-REPORTAGEM

ANTES



DEPOIS



ANEXO IV

Manuseamento da Via Aérea – Curso Teórico-Prático

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



Elaborado por: Enf.^a Zulmira Cristóvão
Docente: Prof.^a Manuela Madureira

Santarém, Maio de 2010

4º CURSO TEÓRICO-PRÁTICO DE MANUSEAMENTO DA VIA AÉREA

Na abordagem ao cliente em estado crítico, a permeabilização da via aérea e sua adequada manutenção é uma das maiores preocupações e podem constituir a diferença entre a vida e a morte.

A segurança do cliente em situação de Via Aérea Difícil (VAD) deve ser preservada. Para isso é necessário:

- Identificar situações de risco;
- Conhecer o algoritmo de VAD;
- Conhecer dispositivos supraglóticos disponíveis e modos de utilização.

Nesse sentido, e com o intuito de colmatar o défice de competências que dispunha nesta área, propus-me à realização do 4º Curso Teórico-Prático de Manuseamento da Via Aérea, ministrado pela Associação para o Estudo da Via Aérea de Santarém (AEVAS), no dia 27 de Maio de 2010, sendo que as aulas teóricas decorreram durante o período da manhã, sucedidas de aulas práticas no período da tarde.

De referir que a VAD é considerada uma situação devida a uma desproporção anatómica ou patológica preexistente, onde um profissional treinado encontrará dificuldade em realizar a laringoscopia directa ou em manter a ventilação manual sob máscara facial, ou ambos.

I – VENTILAÇÃO COM MÁSCARA FACIAL E COADJUVANTES

Neste espaço foi proporcionada a aquisição de competências no que se refere a:

- Uso correcto de máscara facial;
- Utilização correcta de dispositivos adjuvantes da ventilação (tubo naso e orofaríngeo);
- Colocação correcta de tubo endotraqueal.

a) Máscara facial

Técnica:

Para uma correcta ventilação com máscara facial está indicada a posição olfactiva do doente, mantendo uma boa adaptação à face do paciente, sem fugas, e assim possibilitando uma ventilação com pressão positiva. Isto pode ser conseguido com a hiperextensão da cabeça do doente, elevação do queixo e com a mão esquerda segurando a máscara pelo polegar e indicador. Os 3º, 4º e 5º dedos encaixam na mandíbula, com o dedo mínimo no ângulo da mandíbula. A posição olfactiva ou sniffing está contra-indicada na suspeita de traumatismo cervical.

Recordar que toda a execução de ventilação sob máscara deve ser adaptada a oxigénio suplementar.

Indicações:

- Anestesia para procedimentos de curta duração;
- Pré-oxigenação do doente que será entubado;
- Assistência ventilatória inicial na paragem cardio-respiratória.

Contra-indicações:

- Em clientes sem jejum adequado ou com patologias que atrasam o esvaziamento gástrico;
- Cirurgias que aumentam a pressão intra-abdominal.

Complicações:

- Lesão dos tecidos moles da face;
- Lesões do olho (córnea ou retina) relacionadas com os produtos de limpeza da máscara.



Fig. 1: A e B – Máscara facial (Aula prática).

b) Tubo naso e orofaríngeo

Para um recurso seguro e eficaz do tubo orofaríngeo (ou Tubo de Guedel) (Fig. 2), os clientes deverão estar inconscientes, sem reflexo da tosse. A sua colocação incorrecta pode levar a língua para a hipofaringe e obstruir a via aérea.

O Tubo Nasofaríngeo pode ser colocado em clientes com obstrução da VA ou naqueles com risco de obstrução da VA. Estes tubos são melhor tolerados pelo doente que os orais (Guedel), mesmo em doentes pouco profundos ou em estado semi-comatoso. Pode ocorrer hemorragia nasal em cerca de 30% casos. Estes dispositivos estão contra-indicados em clientes com suspeita ou confirmada lesão intracraniana, havendo casos reportados de colocação intracraniana inadvertida do tubo nasofaríngeo, em clientes com fractura da base do crânio.



Fig. 2: A – Tubos Nasofaríngeos B – Tubos Orofaríngeos ou de Guedel.



Fig. 3: Tubo Orofaríngeo (Aula prática).

c) Tubo endotraqueal

Indicações:

- Isolar a via aérea em doentes com risco de aspiração;
- Dificuldade de ventilação por máscara facial ou laríngea;
- Ventilação controlada por longos períodos;
- Cirurgias nas quais a entubação é obrigatória, entre elas: cirurgia de cabeça e pescoço, intra-torácica e intra-abdominal.

Técnica da entubação orotraqueal:

- 1) Posicionamento – Altura adequada da mesa cirúrgica, com a cabeça bem posicionada (posição *sniffing*) com ligeira elevação da cabeça em cerca de 10cm, flexão do pescoço e cabeça estendida, colocando a face ao mesmo nível do plano da parede torácica anterior. Isto faz com que coincidam os eixos oral, faríngeo e laríngeo. A discreta extensão da cabeça do cliente ao nível da articulação temporo-mandibular (ATM), permite melhorar o alinhamento dos eixos;
- 2) Pré-oxigenação do doente (desnitrogenação) – Técnica em que se procede à administração de O₂ a 100% com a melhor técnica disponível, para substituir o nitrogénio existente nos pulmões por O₂, e aumentar a reserva intrapulmonar

de O₂, criando-se assim um reservatório para a difusão no fluxo sanguíneo capilar após a apneia.

Uma pré-oxigenação com oxigénio 100% em ventilação espontânea com máscara bem adaptada durante 3-5 minutos, permite uma reserva de oxigénio até 10 minutos após apneia (num cliente com consumo de oxigénio normal e sem patologia respiratória);

- 3) Introdução do laringoscópio com lâmina curva na cavidade oral pelo canto direito da boca, com a mão esquerda, empurrando a língua para a esquerda (não pressionar o lábio inferior contra os incisivos maxilares);
- 4) A ponta da lâmina deve ser inserida na valécula (espaço acima da epiglote);
- 5) Traccionar o laringoscópio para cima e no sentido caudal, realizando assim a elevação da epiglote para que as cordas vocais sejam visualizadas (Fig. 4). Não fazer movimento de bascula com o laringoscópio, para evitar traumatismos dentários.

Quando se utiliza a lâmina recta de Miller, a técnica é a mesma, com a excepção de que o laringoscópio avança para baixo da superfície laríngea da epiglote, e com um movimento para a frente e para cima, elevando-se a epiglote é exposta a abertura glótica. O estímulo da superfície laríngea da epiglote predispõe ao laringospasmo e à tosse devido à sua enervação sensitiva pelos nervos laríngeos superiores;

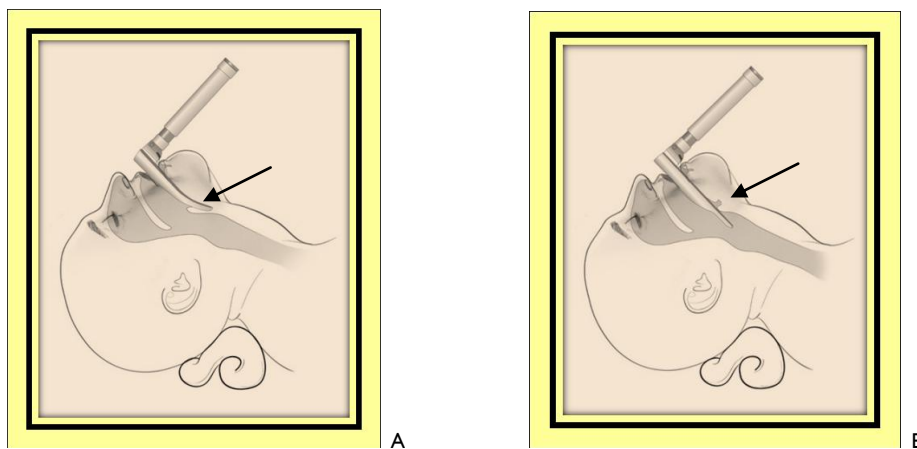


Fig. 4: A - Laringoscopia com lâmina curva (Ponta da lâmina na valécula)
B - Laringoscopia com lâmina recta (Lâmina eleva a epiglote e expõe a glote).

- 6) Introduzir o tubo traqueal de tamanho adequado até que o *cuff* ultrapasse a glote 1-3cm, sob visualização directa, a fim de garantir o correcto posicionamento do tubo, e insuflar o *cuff*. Remover o laringoscópio com cuidado;
- 7) Confirmar a posição do tubo endotraqueal por via clínica (visualização directa do tubo dentro da laringe; presença de movimentos expiratórios torácicos; auscultação de ruídos respiratórios em ambos os campos pulmonares e da região epigástrica;) e por via instrumental (verificação com capnografia e pela oximetria de pulso);

- 8) Fixar o tubo com fita adesiva ou fio de nastro e registrar o número presente no tubo endotraqueal à comissura labial do cliente.



Fig. 5: A, B, C e D – Tubo endotraqueal (Aula prática).

2 – FIOS GUIA

Vantagens:

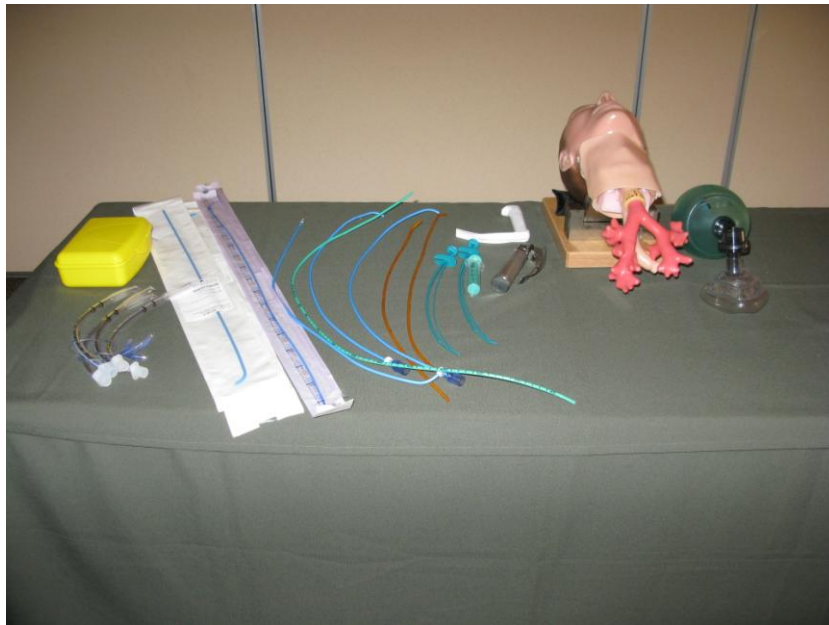
- Auxilia na entubação em situações de inadequada exposição da Glote;
- Pode ser utilizado em conjunto com Laringoscópio;
- Em caso de ponta distal angulada em 45°, facilita a passagem na Glotis;
- Marcação graduada(cm) para facilitar a colocação com precisão do TET.

Indicações:

- História entubação difícil;
- Pescoço largo e curto;
- Queimaduras da face, anquilose, próteses traqueais;
- Estenose traqueia e outras deformações.

Técnica de inserção:

- 1) Avançar apenas o guia com a sua extremidade angulada voltada anteriormente;
- 2) Visualizar a ponta curva do guia passando posteriormente à epiglote; caso contrário, direccioná-la “às cegas” “para cima”, na tentativa que se encaminhe para a abertura glótica, mantendo a linha média;
- 3) Ao ultrapassar a abertura glótica e deslizar através da laringe até a traqueia, em 90% das vezes é possível sentir “cliques” quando a ponta do guia toca e “salta” os anéis traqueais.
 - Neste caso, o guia deverá ser cuidadosamente introduzido mais 15-20cm;
 - Caso o guia tenha penetrado no esófago, não haverá "cliques", uma vez que as suas paredes são lisas;
- 4) Fixar o guia nesta posição mantendo a laringoscopia.



A



B



C

Fig. 6: A, B e C – Fios Guia (Aula prática).

3 – MÁSCARA LARÍNGEA E I-GEL



A



B



C

Fig. 7: A, B e C – Máscara Laríngea e I-Gel (Aula prática).

a) Máscara Laríngea

Vantagens:

- Dispensa o uso de relaxantes musculares;
- Não necessita de laringoscopia;
- Rapidez na inserção;
- As cordas vocais ficam livres;
- Menor resposta hemodinâmica;
- Colocação em condições de difícil acesso ao cliente;
- Pode resolver casos de entubação difícil ou impossível.

Desvantagens:

- Não protege contra a regurgitação.

Indicações:

- Em situações de emergência em que a entubação traqueal fica difícil de ser executada;
- Cirurgias de curta duração;
- Cirurgias em que a entubação traqueal possa causar alterações hemodinâmicas indesejáveis.

Contra-indicações:

- Patologias da laringe e/ou faringe (tumores, abscessos, edema e hematoma);
- Jejum inadequado;
- Patologias que provocam atraso de esvaziamento gástrico;
- Reflexos glossofaríngeos e laríngeos presentes.

Restrições:

- Hérnia do hiato;
- Obesidade mórbida;
- Trauma torácico;
- Em doentes com diminuição da distensibilidade pulmonar ou com aumento da resistência da via aérea.



A



B



C

Fig. 8: A, B e C – Máscara Laríngea (Aula prática).

b) I-Gel**Vantagens:**

- De elastómero termoplástico, tipo gel;
- Cria uma selagem perilaríngea fiável;
- Possui um canal gástrico que permite a aspiração do conteúdo gástrico;
- No conector passa um TET.

Indicações:

- Pré-hospitalar (quando falha EET);
- Entubação difícil (permite passagem de TET, de guia e de fibroscópio);
- Desmame na UCI.

Contra-indicações:

- Doentes sem jejum;
- Limitação abertura da boca;
- Abcesso e hérnia do hiato;
- Aplicação superior 4 horas.

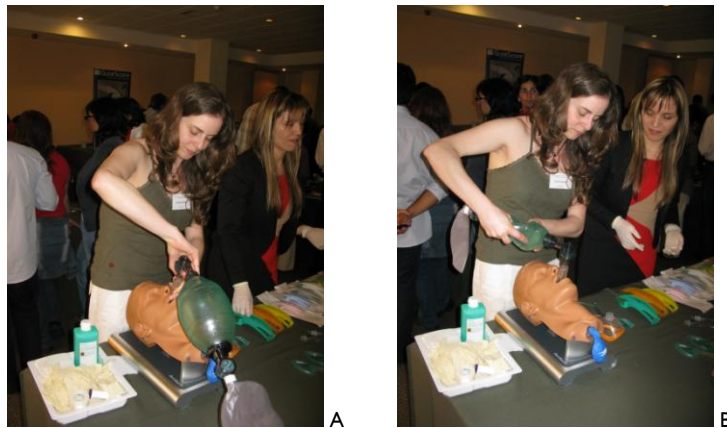


Fig. 9: A e B – I-Gel (Aula prática).

4 – PROSEAL E SUPREME

Para minimizar o risco de aspiração do conteúdo gástrico surgiram outras Máscaras Laríngeas – Máscara Laríngea ProSeal e Máscara Laríngea Supreme.

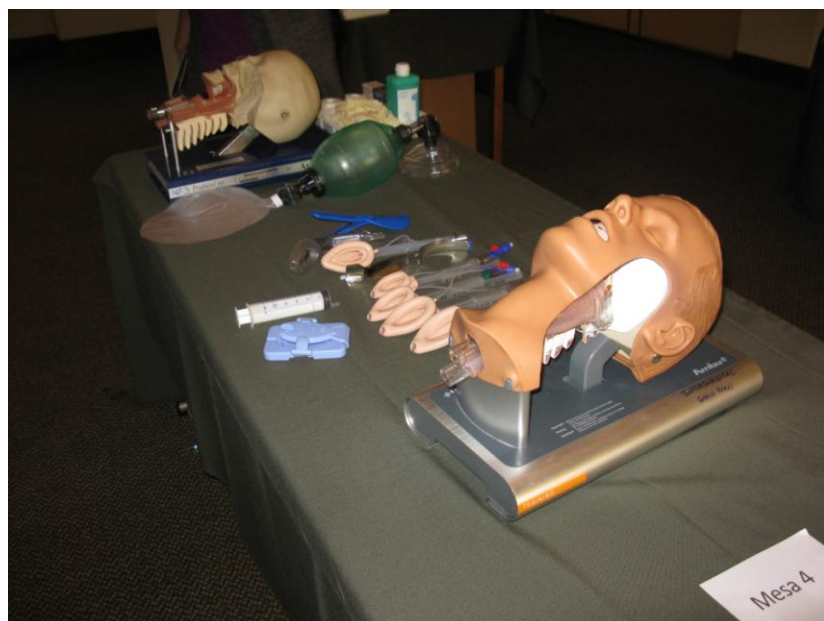


Fig. 10: Máscara Laríngea ProSeal e Máscara Laríngea Supreme (Aula prática).

a) Máscara Laríngea ProSeal

A máscara laríngea ProSeal existe em tamanhos desde 1,5 até 5.

Com a ProSeal obtém-se uma via aérea mais segura do que com a máscara laríngea clássica, pelas seguintes razões:

- Existe separação do tracto respiratório e do tracto digestivo;
- Existe uma indicação de colocação correcta da máscara laríngea;
- A pressão do *cuff* é distribuída lateral, posterior e anteriormente e assim, com menos pressão dentro do *cuff* (menos pressão sobre a mucosa), temos boa selagem;
- Evita a insuflação gástrica com pressão positiva;
- Permite aspiração gástrica através de sonda gástrica (pode ser colocada até 16 G);
- Permite ventilação controlada até 30 cm H₂O;
- Existe uma ferramenta de inserção e assim não é necessário colocar o dedo na boca do paciente e não é necessário movimento da coluna cervical.

Por estas vantagens, a máscara laríngea ProSeal é mais segura em situações de emergência e de via aérea difícil do que a máscara laríngea clássica.



Fig. 11: Máscara Laríngea ProSeal (Aula prática).



Fig. 12: A, B, C, D, E e F – Máscara Laríngea ProSeal (Aula prática).

b) Máscara Laríngea Supreme (MLS)

A ML Supreme, é um dispositivo supraglótico, de uso único, fácil inserção com trauma reduzido, com canal de drenagem gástrica incorporado, que permite a aspiração do conteúdo gástrico e também a verificação do correcto posicionamento do dispositivo. Existe em 4 tamanhos: 3, 4, 5 e 6 de acordo com o peso do doente: crianças de 30-50 Kg, adultos 50-70 Kg, de 70-100 Kg e > 100 Kg, respectivamente.

Foi desenhada com uma curva anatómica, para ajudar na inserção. Na sua extremidade superior, possui uma pequena pega que facilita a fixação. Possui uma porção anti-mordedura que previne o colapso do tubo. O tubo é de forma elíptica o que fornece a estabilidade *in situ*. O *cuff* acompanha a curva do dispositivo, sendo de maior diâmetro o que assegura uma melhor selagem. O orifício de entrada do ar, tem umas “barras” que previnem a oclusão da via por queda da epiglote. A ponta proximal foi reforçada de forma a não se dobrar durante a inserção.



Fig. 13: A, B e C – Máscara Laríngea Supreme (Aula prática).

5 – TUBO LARÍNGEO



A



B

Fig. 14: A e B – Tubo Laríngeo (Aula prática).

Vantagens:

- As mesmas que outros dispositivos supraglóticos: fácil e rápido de colocar mesmo por pessoal não treinado e em doentes com via aérea difícil, ventilação adequada na maioria dos casos, selado adequado da via aérea etc.;
- Introdução “às cegas”;
- Diferentes tamanhos o que permite o seu uso em quaisquer doentes;
- Económico, comparado com outros dispositivos semelhantes;
- Desenhado para ser utilizado só uma vez, é possível ser esterilizado por auto clave 134°C;
- Diminuição do risco de lesão esofágica durante a sua inserção, comparado com o combitubo;
- Não contem látex;
- Não requer grande abertura bucal, nem cabeça em posição neutra.

Desvantagens:

- Dispositivo recente com poucos estudos que avaliem o seu uso em contexto extra-hospitalar;
- Dificuldade na sua introdução em clientes acordados ou ligeiramente sedados (presença de reflexos).

Contra-indicações/complicações:

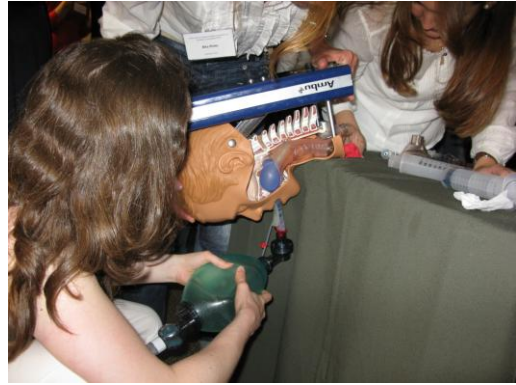
- Reflexos laríngeos presentes;
- Patologias do esófago conhecida (neoplasia, varizes, estenose e trauma);
- Alguns estudos comparativos com a MLF referem que esta máscara é de mais fácil e rápida colocação.

Técnica de Inserção:

- 1) Cabeça do doente preferencialmente em posição de Entubação embora possa ser colocada em qualquer outra posição,
- 2) Esvaziar o ar dos *cuffs* evitando pregas. Lubrificar o extremo distal e ambos *cuffs*;
- 3) Pegar no tubo de forma semelhante à uma caneta, pelo extremo proximal, marcado com as linhas inter dentárias de cor preta;
- 4) Com a mão que se encontra liberta, abrir a boca do cliente e assegurar que a língua não se dobre durante o movimento descendente do Tubo Laríngeo;
- 5) Pressionar com a ponta do Tubo Laríngeo contra o palato duro do cliente ao nível da linha média e deslizar, devagar, pela hipo faringe, até que as marcas inter dentárias fiquem colocadas ao nível da arcada dentária. Nunca utilizar a força;
- 6) A insuflação e esvaziado dos *cuffs* são realizados com uma seringa especial para cada tamanho de Tubo Laríngeo. É insuflado primeiro o *cuff* faríngeo, o que dá uma maior estabilidade, posteriormente o ar passa ao outro *cuff*, o *cuff* esofágico, ficando assim selada a nasofaringe e a faringe;
- 7) É possível insuflar os *cuffs* com a seringa calibrada que acompanha o Tubo Laríngeo sem medição da pressão alcançada. Os fabricantes deste tubo provêem um manómetro e recomendam insuflar este até conseguir boas pressões entre 60-70 cm de água;
- 8) Verificar a ventilação adequada. Se não se ventila o cliente, reposicionar o tubo, exteriorizado ou introduzindo o mesmo uns poucos centímetros.



A



B



C



D

Fig. 15: A, B, C e D – Tubo Laríngeo (Aula prática).

6 - FOSTRACH E VIDEO LARINGOSCÓPIO (NOVO)

a) Máscara Laríngea Fastrach

É a máscara laríngea para entubação difícil, porque além da possibilidade de ventilação através da máscara, possibilita a passagem de um tubo endotraqueal às cegas (até 8 mm de diâmetro).

O sucesso da entubação às cegas é de 96,5%; usando o fibroscópio através da máscara, é de 100%.



A



B

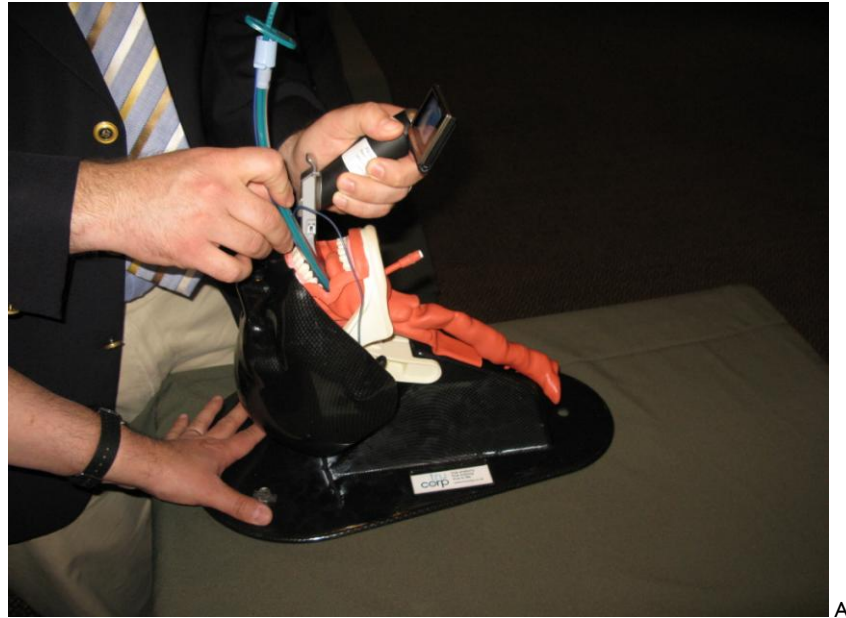


C

Fig. 16: A, B e C – Máscara Laríngea Fastrach (Aula prática).

b) Vídeo Laringoscópio (Novo)

Dispositivo facilitador da Entubação endotraqueal.



A



B



C



D



E

Fig. 17: A, B, C, D e E – Vídeo Laringoscópio (Aula prática).

7 – AIRTRAQ

Laringoscópio óptico que permite uma visão completa da via aérea, possibilitando uma entubação rápida, com maior segurança e eficácia.

Indicações

- Emergência no Pré-Hospitalar;
- Cormack–Lehane III , IV e obesos;
- Laringoscopia convencional difícil;
- Laringite anterior;
- # da coluna cervical instável;
- Entubação com cliente sentado;
- Queimados, trauma;
- Extração de corpos estranhos;
- Imobilização coluna cervical e tempero-maxilar;
- Entubações naso-traqueais;
- Mudança de TET em UCI.

Vantagens

- Manipulação mínima da cabeça;
- Abertura mínima da boca (18mm);
- Qualquer tipo de tubo;
- Pode usar-se câmara.



Fig. 18: A e B – AirTraq (Aula prática).

Técnica de Inserção:

- 1) Seleccionar AirTraq e Tubo (verificar embalagem);
- 2) Ligar a luz (intermitente 30'');
- 3) Lubrificar o AirTraq e o TET e colocar no canal lateral (não ultrapassara ponta);
- 4) Colocar na linha media da boca e deslizar pela língua;
- 5) Identificar as estruturas até ver epiglote – colocar ponta na valécula;
- 6) Traccionar vertical para ver as cordas vocais;
- 7) Empurrar o tubo através do canal e verificar a passagem através das cordas vocais;
- 8) Insuflar o cuff;
- 9) Separar o tubo do AirTraq e retirar o laringoscópio;
- 10) Retirar pilhas.

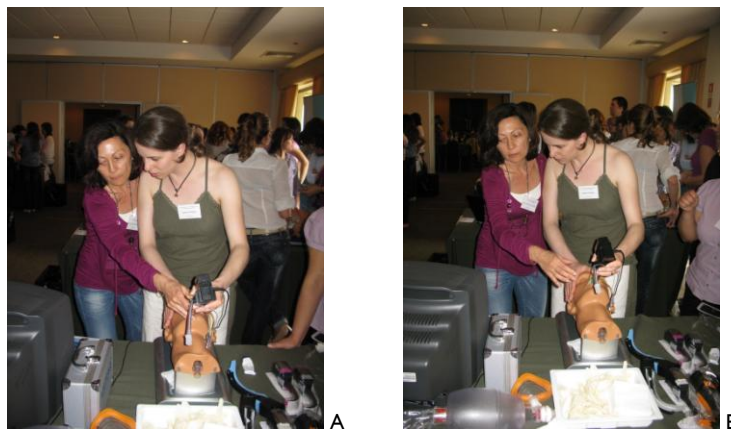


Fig. 19: A e B – AIR TRAQ (Aula prática).

8 – GLIDESCOPE

Laringoscópio óptico que permite uma visão completa da via aérea, possibilitando uma intubação rápida, com maior segurança e eficácia.

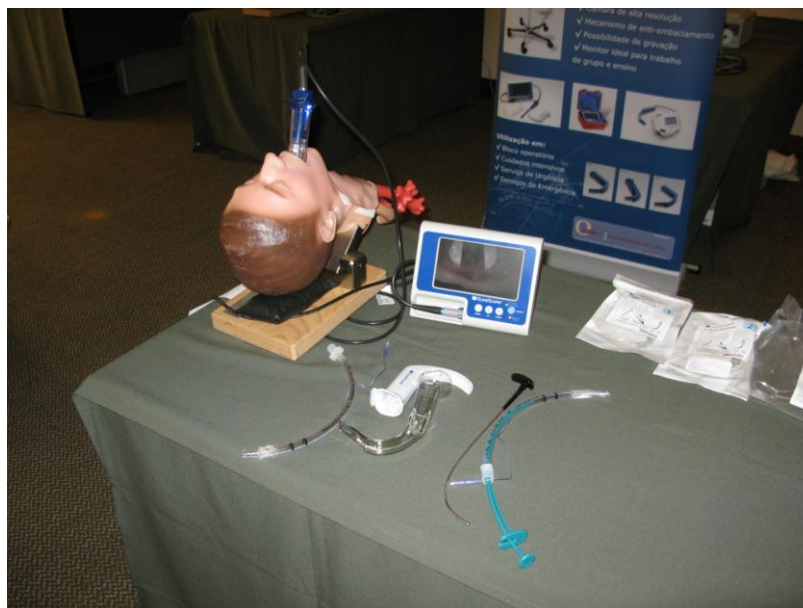


Fig. 20: Glidescope (Aula prática).



Fig. 21: A, B, C e D – Glidescope (Aula prática).

9 – CRICOTIROIDOCTOMIA

Constitui o último passo no algoritmo da via aérea.

Dever-se-á pensar em situações “não se consegue ventilar, não se consegue entubar”.
A atitude a tomar é lifesaving.

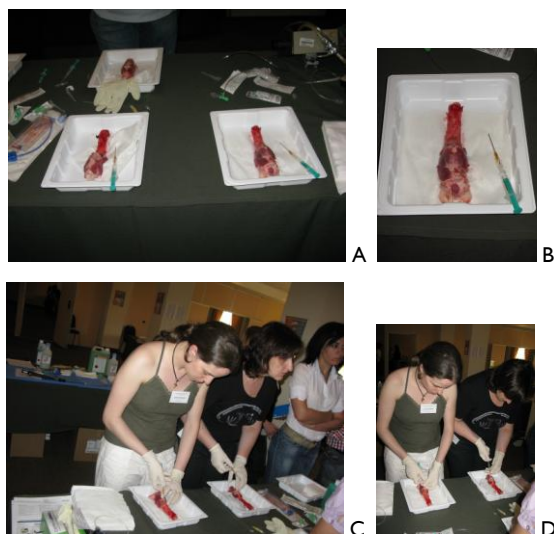


Fig. 22: A, B, C e D – Cricotiroidectomia (Aula prática).

10 - MANUTENÇÃO DE MATERIAL

a) Dispositivos supra-glóticos reutilizáveis

Procedimentos pós utilização

- 1) Lavar cuidadosamente a máscara;
- 2) Limpar o interior do tubo;
- 3) Enxaguar a máscara e secar;
- 4) Inspeccionar a máscara e a válvula;
- 5) Desinsuflar totalmente a máscara laríngea (nas máscaras laríngeas ProSeal e tubos laríngeos, a tampa vermelha deve estar sempre aberta durante o processo de esterilização por autoclave);
- 6) Registrar o número de usos;
- 7) Autoclave a vapor;
- 8) Inspeccionar.

b) Fibrobroncoscópio (FBC)

Limpeza

- 1) Limpar o FBC imediatamente depois do seu uso, colocando-o numa mesa protegida com um pano estéril, junto com os seus acessórios.
- 2) Lavar as mãos e proteger-se com máscara, luvas e óculos.
- 3) Colocar numa tina estéril 250 ml de água estéril com uma dose de solução de detergente enzimático (ex.: Instrunet Líquido®).
- 4) Limpar o FBC com uma compressa embebida na solução detergente em direcção do corpo de controlo até ao extremo distal.
- 5) Conectar o orifício de aspiração à rampa de aspiração e aspirar.
- 6) Injectar uns 200 ml de solução detergente pelo canal de aspiração, colocando a ponta do FBC dentro da solução durante 5-10 seg.
- 7) Limpar com o escovilhão curto, submergindo na solução detergente, o canal de aspiração com um movimento rotativo.
- 8) Limpar o canal de trabalho, introduzindo várias vezes o escovilhão longo.
- 9) Limpar com uma compressa embebida em solução detergente os acessórios (abre-bocas e mordedor). Desperdiçar a solução.
- 10) Preparar a tina com água estéril, conectar a aspiração novamente e aspirar 200 ml de água estéril pelo canal de para limpá-lo.

- 11) Limpar os escovilhões, secá-los e guardá-los (carro de entubação difícil). Antes de continuar, averiguar se é possível a esterilização nesse momento. Se não é possível a esterilização nesse momento, preparar o material necessário para a desinfecção de alto nível.



Fig. 23: Manutenção de material (Aula prática).

Desinfecção

- 1) Detectar de fugas.
- 2) Retirar a tampa vermelha da válvula de esterilização de gás (EtO).
- 3) Retirar a válvula de sucção e inserir o adaptador no canal de sucção.
- 4) Preparar uma tina com 2l de água estéril e desinfetante glutaraldeído a 2%.
- 5) Instilar pelo canal de trabalho do FBC 4 seringas de 20 ml com solução desinfetante à pressão, sem deixar bolhas que podem interferir com o contacto da solução com o FBC.
- 6) Introduzir o FBC completo e os acessórios (tampas e mordedor) na solução desinfetante durante 20 minutos. Controlar bem o tempo.
- 7) Retirar o FBC e passar com água estéril.
- 8) Retirar o adaptador, inserir a válvula de aspiração e aspirar 200 ml de água estéril limpa pelo canal de trabalho.
- 9) Secar minuciosamente todo o FBC com uma compressa estéril, segurando-o pelo corpo, o que permitirá que escorra o líquido. Secar todos os acessórios. O canal de trabalho pode ser seco com ar comprimido.
- 10) Limpar as lentes com um algodão.
- 11) Guardar o FBC colocando-o junto com os acessórios envolvido num pano estéril no carro de entubação difícil. Colocar os escovilhões de limpeza numa bolsa separada e identificada.



Fig. 24: Manutenção de material (Aula prática).

Processo de esterilização por gás de óxido de etileno (EtO)

Antes do processamento, não esquecer de abrir a válvula de EtO para suportar o aumento da pressão e o calor durante o tratamento EtO.

Se a válvula EtO não permanecer aberta durante o ciclo de EtO, o aumento da pressão e do calor debitado durante este, causará acumulação de pressão dentro do FBC e a rotura das membranas herméticas e dos materiais mais sensíveis.

- 1) Colocar o FBC numa bolsa esterilizada ou sobre um tabuleiro esterilizado antes do tratamento EtO.
- 2) Aplicar uma tira reactiva para o controlo químico da esterilização.
- 3) Iniciar o processo de esterilização (temperatura 50-55° C durante 25-35 minutos).
- 4) Uma vez finalizado o processo de esterilização, verificar se a tira de controlo químico permanece com a cor branca, significa que o processamento está correcto.
- 5) Lavar as mãos e colocar luvas esterilizadas.
- 6) Secar minuciosamente o FBC com um pano estéril, segurando sempre o FBC pelo corpo de controlo (desta forma vai escorrendo). Secar as lentes com um algodão. Pode secar-se o material com a pistola de ar comprimido.
- 7) Secar os acessórios (válvula de aspiração, mordedor, tampa) com ar comprimido.
- 8) Colocar o FBC e seus acessórios na gaveta correspondente do carro de via aérea difícil.

Armazenamento do fibrobroncoscópio

O FBC deve ser guardado num ambiente seco e bem ventilado, evitar lugares com alta humidade, luz solar directa e temperaturas inferiores a 23° C e acima de 60°C.

Evitar guardar numa área de muito movimento, pois o FBC pode sofrer danos. Não utilizar a mala portátil para guardar o FBC, porque esta não é ventilada nem própria para o seu armazenamento depois de ter sido limpo. O seu único propósito é o de transporte. O FBC deve estar completamente limpo e seco antes de ser armazenado.

Quando guardar o FBC, verificar se o tubo de inserção se mantém o mais direito possível. O cabo de fonte de luz deve também manter-se direito ou enrolado com cuidado, para evitar dobras que o danifiquem.

ANEXO V

Traumatismo Abdominal – Manual de Boas Práticas

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



Lisboa, Junho de 2010

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



TRAUMATISMO ABDOMINAL

Manual de Boas Práticas

Elaborado por: Enf.^a Zulmira Cristóvão
Orientador de Estágio: Enf.^a Teresa Carinhas
Docente: Prof.^a Manuela Madureira

Lisboa, Junho de 2010

0 – NOTA INTRODUTÓRIA

O presente Manual de Boas Práticas surge no âmbito da realização do estágio referente ao Módulo I – Serviços de Urgência, integrado na fase prática do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolvido pela Universidade Católica Portuguesa, através do Instituto de Ciências da Saúde, Escola Superior Politécnica de Saúde.

A elaboração deste Manual de Boas Práticas, “Traumatismo Abdominal”, pretende:

- Dar resposta a um dos objectivos delineados para o estágio: contribuir para a melhoria e segurança dos cuidados de enfermagem através da elaboração de um manual de boas práticas de enfermagem perante um cliente com traumatismo abdominal;
- Constituir uma ferramenta útil para os enfermeiros do Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria, através da sustentabilidade da sua prática diária baseada na evidência científica e, deste modo, contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao cliente e família em contexto de urgência/emergência;
- Colmatar uma necessidade manifestada pelo serviço, no que respeita a servir de ferramenta orientadora na integração de novos elementos;
- Possibilitar a sua continuidade por outros enfermeiros que pretendam aprofundar ou desenvolver a temática.

De referir que o traumatismo é a causa mais frequente de morte em crianças e adultos até aos 45 anos, sendo que cerca de 25% do total das lesões traumáticas são traumatismos abdominais. (SHEEHY 2001)

O abdómen é uma cavidade que contém órgãos sólidos (fígado, baço, pâncreas, rins), órgãos ocos (estômago, intestino delgado, intestino grosso e bexiga), estruturas vasculares de grande calibre e ainda outras estruturas (diafragma, pelve e coluna), cujas

lesões traumáticas podem levar à morte imediata por hemorragia, ou tardiamente por peritonite, em consequência do extravasamento de conteúdo das vísceras ocas, podendo, no entanto, não ocorrer sinais externos de lesão. De salientar que, em algumas circunstâncias, a hemorragia inicial fica contida por uma cápsula, limitando a sua quantidade e velocidade. Porém, após algum tempo, esse revestimento rompe-se permitindo uma segunda hemorragia, desta vez não limitada, levando à morte rápida, se não for controlada – mecanismo conhecido como ruptura em dois tempos, mais frequente nos traumatismos do baço. (<http://www.scribd.com/doc/6584347/Cap16-Trauma-Abdome>. [Consult. 2010-05-09])

O trauma abdominal é uma lesão que pode ocorrer isoladamente ou associada a outras lesões, principalmente do tórax, sendo, por vezes, difícil fazer um diagnóstico definitivo do trauma abdominal fechado, no qual a extensão das lesões é menos visível do que no trauma abdominal aberto. Estas lesões podem, no entanto, constituir maior risco de vida. Assim, é essencial que o profissional de saúde possua sólidos conhecimentos de avaliação. Conhecer os mecanismos da lesão permite ao prestador de cuidados prever e localizar lesões encobertas, com maior rapidez, e instituir o tratamento essencial sem demoras. Deve considerar-se que existe lesão até que esta possibilidade seja definitivamente afastada. (SHEEHY 2001)

Assim, este documento encontra-se estruturado da seguinte forma: nota introdutória, manual de orientação de procedimentos de enfermagem perante um cliente com traumatismo abdominal e, por último, apêndices e bibliografia considerados relevantes, que suportam teoricamente a temática abordada.

Quanto ao manual de orientação de procedimentos de enfermagem ao doente com traumatismo abdominal, apesar de enumerados, estes não seguem obrigatoriamente uma ordem rigorosa, podendo ser, alguns deles, realizados em simultâneo.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
HOSPITAL DE SANTA MARIA**

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



Hospital
PulidoValente

**MANUAL DE ORIENTAÇÃO DE PROCEDIMENTOS
DE ENFERMAGEM PERANTE UM CLIENTE COM TRAUMATISMO ABDOMINAL**

ELABORADO EM JUNHO DE 2010

ASSUNTO: Manual de orientação de procedimentos de enfermagem ao cliente com traumatismo abdominal

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria

OBJECTIVOS:

- Uniformizar os procedimentos de Enfermagem que visem contribuir para a melhoria e segurança dos cuidados perante um cliente com traumatismo abdominal;
- Promover a qualidade dos cuidados perante um cliente com traumatismo abdominal;
- Facilitar e otimizar a integração de novos enfermeiros.

CONCEITOS:

TRAUMA – Lesão produzida localmente por uma acção violenta exterior.

TRAUMATISMO – Conjunto de manifestações locais ou gerais provadas por uma acção violenta contra o organismo.

TRAUMA ABDOMINAL – Lesão produzida no abdómen que compreende ruptura ou laceração dos órgãos ocos, provocando peritonite, e/ou de estruturas sólidas, causando hemorragias internas.

TRAUMA ABDOMINAL FECHADO – Lesão produzida no abdómen em que a pele não apresenta solução de continuidade nem há contacto com o ambiente exterior. Ou seja, transferência de energia cinética para os órgãos internos. Também conhecido como contusão do abdómen.

TRAUMA ABDOMINAL FECHADO DIRECTO – Lesão produzida no abdómen por impacto e/ou compressão (ex: cinto de segurança nos acidentes de viação, agressão).

TRAUMA ABDOMINAL FECHADO INDIRECTO – Lesão produzida no abdómen por mecanismo de aceleração/desaceleração e cisalhamento nas diversas direcções (ex: acidentes de viação, queda).

TRAUMA ABDOMINAL ABERTO PENETRANTE – Lesão produzida no abdómen comunicando a cavidade abdominal com o exterior, ou seja, quando ocorre solução de continuidade (ex: penetração da parede abdominal por objectos, projecteis, armas brancas, ou ruptura da parede abdominal por esmagamento). A penetração limita-se à parede do abdómen sem provocar lesões internas.

TRAUMA ABDOMINAL ABERTO PERFURANTE – Lesão produzida no abdómen com envolvimento visceral, ou seja, quando o objecto que penetra a cavidade abdominal atinge alguma víscera, lesando órgãos e estruturas.

EVISCERAÇÃO – Saliência de uma ou mais vísceras para fora da cavidade abdominal.

ABREVIATURAS:

FiO₂ – concentração de oxigénio no ar inspirado
h – hora
hg – hemoglobina
kg – quilograma
ml – mililitro
mmHg – milímetro de mercúrio
NaCl – cloreto de sódio
O₂ – oxigénio
PaCO₂ – pressão parcial arterial de dióxido de carbono
SpO₂ – saturação periférica de oxigénio
sist – sistólica

SIGLAS:

ECG – Electrocardiograma
ECO – Ecografia
FAST – *Focused Assessment with Sonography for Trauma*
HIA – Hipertensão Intra Adomina
LPD – Lavagem Peritoneal de Diagnóstico
MAP – Pressão Arterial Média
PIA – Pressão Intra-Abdominal
PT – Tempo de protombina
PTT – Tempo de tromboplastina parcial
RX – Radiografia
TC – Tomografia Computorizada
SNC – Sistema Nervoso Central
TA – Tensão Arterial
TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico
TCF – Traumatismo Crânio-Facial

PROCEDIMENTOS	JUSTIFICAÇÃO
<p>1. Lavagem das mãos</p> <p>Realizar uma lavagem higiénica das mãos, independentemente da utilização de luvas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes e depois do contacto com o cliente • Antes de procedimentos assépticos • Após risco de exposição a fluidos orgânicos • Após contacto com o ambiente envolvente do cliente. 	<p>– Prevenção e controlo da Infecção.</p>
<p>2. Utilizar precauções básicas, adequadas ao tipo de risco durante a realização dos procedimentos.</p>	<p>– Prevenção e controlo da Infecção.</p>
<p>3. Colher informação / avaliação inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação da vítima • Biomecânica do trauma • Estado inicial da vítima no local de atendimento • Queixas prioritárias e tipo de lesões • Estado da via aérea, da ventilação e da circulação • Sinais vitais pré-hospitalares e actuais • Nível de consciência pré-hospitalar e actual • Diagnósticos realizados • Intervenções e resultados obtidos • Resposta à infusão de fluidos no início • Tempo decorrido desde o trauma • Antecedentes pessoais • Ingestão medicamentosa voluntária • Ingestão alimentar recente • Relato de testemunhas • Alergias. <p>a) No caso de colisões automobilísticas, importante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de colisão (frontal, lateral, traseira, angular e/ou capotamento) • Tipo de veículo • Velocidade calculada aquando do acidente • Localização e intensidade da deformação externa do veículo • Grau de deformação do espaço interno do veículo ocupado pelas vítimas • Uso de dispositivos de segurança veicular (cinto de segurança, <i>air-bag</i>) • Posicionamento da vítima dentro do veículo • Em caso de projecção, a que distância do veículo foi a vítima encontrada • Incêndio • Explosão. 	<p>– Antecipar o mecanismo e padrão das lesões.</p> <p>– Auxiliar na individualização das decisões.</p> <p>– Fazer o diagnóstico da presença de lesão abdominal.</p> <p>– Pormenores do acidente são particularmente úteis na avaliação inicial e na compreensão da gravidade do traumatismo.</p> <p>(Nota: O tratamento das lesões com risco de vida é prioritário relativamente à obtenção de uma história detalhada. Contudo, há que envidar todos os esforços no sentido de obter o máximo de dados possível.)</p>

PROCEDIMENTOS	JUSTIFICAÇÃO
<p>b) No caso de colisões motociclísticas, importante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso e tipo de capacete utilizado pela vítima • Superfície onde ocorreu o trauma • Projecção e/ou atropelamento subsequente. <p>c) No caso de quedas, importante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Altura aproximada envolvida • Superfície onde ocorreu • Possíveis anteparos de trauma antes de atingir o solo • Parte do corpo que primeiramente sofreu o impacto • Posição em que foi encontrada a vítima após a queda. <p>d) No caso de ferimentos penetrantes por arma branca, importante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constituição física do agressor • Envolvência da agressão • Número de lesões • Local do corpo atingido • Tipo de arma. <p>e) No caso de ferimentos penetrantes por arma de fogo, importante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de arma • Calibre • Distância de disparo • Número de lesões • Locais do corpo atingidos • Exame dos orifícios de entrada e/ou saída dos projecteis. <p>(Nota: O cliente pode ter sido exposto a mais do que um tipo de energia.)</p>	
<p>4. Mobilizar o cliente em bloco.</p>	<p>– Manter a estabilização da coluna até se confirmar que a coluna está intacta.</p>
<p>5. Posicionar correctamente o cliente.</p>	<p>– Facilitar a execução dos procedimentos. – Proporcionar conforto ao cliente.</p>

PROCEDIMENTOS	JUSTIFICAÇÃO
Avaliação Primária (Não deve demorar mais que 2-5 minutos.)	
<p>6. Avaliar e prestar cuidados respeitantes a cada etapa do ABCDE.</p> <p>A – Permeabilizar a via Aérea com CCC (Controlo da Coluna Cervical)</p> <p>B – Ventilar e Oxigenar</p> <p>C – Assegurar a Circulação com CdH (Controlo da Hemorragia)</p> <p>D – Disfunção neurológica e sinais focais</p> <p>E – Expor toda a área corporal do cliente com prevenção de hipotermia</p>	<p>– Pesquisar e estabilizar as situações que constituem risco de vida imediato.</p> <p>A</p> <p>– Assegurar a permeabilidade da via aérea.</p> <p>– Prevenir lesões dos órgãos vitais por hipoxia, sobretudo do SNC.</p> <p>B</p> <p>– Promover uma respiração eficaz.</p> <p>– Prevenir lesões dos órgãos vitais por hipoxia, sobretudo do SNC.</p> <p>C</p> <p>– No politraumatizado o choque é hipovolémico até prova em contrário.</p> <p>D</p> <p>– Vigiar posteriores alterações do nível de consciência.</p> <p>– Em caso de deterioração pode traduzir diminuição da oxigenação cerebral e/ou perfusão.</p> <p>E</p> <p>– Permitir uma melhor observação do cliente, visualizando lesões e, uma melhor prestação de cuidados.</p>
<p>Proceder à Avaliação Secundária quando o ABCDE estiver sob controlo. (Se possível, devem-se prestar os cuidados e simultâneo por uma equipa multidisciplinar) (A qualquer momento pode ser necessário reiniciar o ABCDE, se houver deterioração do estado do cliente)</p>	
<p>7. Monitorizar o cliente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ECG • TA (os aparelhos de medição automática não são fiáveis quando TA sist < 60mmHg) • Pulso • Frequência respiratória • SpO₂ (no cliente hipotenso pode não ser fiável) • Temperatura • Débito urinário. 	<p>– Avaliar a situação e monitorizar resposta hemodinâmica aos cuidados efectuados.</p> <p>(Nota: Importante efectuar registos precisos e rigorosos)</p>
<p>8. Avaliar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alterações motoras e sensitivas das extremidades • Tamanho e reacção das pupilas • Escala de Glasgow. 	<p>– Indicadores de gravidade da situação.</p> <p>– Alterações motoras e sensitivas ou do nível de consciência dificultam a avaliação, pois tornam os sintomas abdominais diminuídos, alterados ou ausentes.</p> <p>– Alterações do tamanho e reacção das pupilas podem estar presentes em choque hemorrágico.</p>

PROCEDIMENTOS	JUSTIFICAÇÃO
<p>9. Promover, tão rápido quanto possível, a avaliação por um cirurgião.</p>	<p>– Os traumatismos abdominais podem causar hemorragias apenas controláveis com cirurgia emergente.</p>
<p>10. Avaliação rigorosa do abdómen e uma correcta orientação.</p>	<p>– Fazer o diagnóstico da presença de lesão abdominal.</p> <p>– O cliente com suspeita de trauma abdominal pode não apresentar manifestações clínicas na avaliação inicial.</p> <p>– Minimizar o risco de a lesão não ser detectada.</p> <p>– Reduzir os erros de interpretação e os impactos desfavoráveis na evolução do cliente.</p>
<p>10.1. Inspeccionar o abdómen (anterior e posterior) observando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escoriações • Equimoses • Hematomas • Abrasões • Contusões • Lacerações • Eviscerações • Lesões penetrantes • Distensão abdominal. 	<p>– A presença de algum destes sinais é sugestiva de trauma abdominal, pelo que devem ser bem caracterizados.</p> <p>(Nota: Abdómen escavado, como se estivesse vazio, é sinal de lesão do diafragma, com migração das vísceras do abdómen para o tórax.)</p> <p>(Nota: Equimoses sugestivas de lesão por cinto de segurança podem indicar lesão da coluna dorsal, pâncreas, intestino delgado, etc.)</p>
<p>10.2. Palpar os quatro quadrantes do abdómen observando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dor (normalmente difusa) • Rigidez • Massas • Pulsos femorais. 	<p>– Sinais de “irritação” peritoneal podem indicar a necessidade de cirurgia.</p> <p>– A dor abdominal é o sintoma mais evidente e frequente perante trauma.</p> <p>– A rigidez da parede abdominal – “abdómen em tábua” – é um sintoma involuntário presente mesmo nas vítimas inconscientes e consiste num sinal confiável de irritação peritoneal.</p> <p>– Massas abdominais ou pulsos femorais pouco palpáveis são sugestivos de hemorragia.</p> <p>(Nota: Vítima em choque hipovolémico sugere alta suspeita quanto à presença de lesão abdominal, mesmo que não apresentem dor ou rigidez do abdómen.)</p>
<p>10.3. Auscultar o abdómen.</p>	<p>– Confirmar a presença ou ausência de ruídos hidroaéreos.</p> <p>– A presença de sangue ou conteúdo gastrointestinal pode resultar em diminuição ou ausência dos ruídos hidroaéreos.</p> <p>(Nota: os ruídos intestinais podem estar presentes durante várias horas após lesão abdominal, ou podem desaparecer pouco depois de um trauma banal.)</p>
<p>10.4. Avaliar dor à descompressão brusca (resposta similar à obtida quando o cliente tosse).</p>	<p>– Geralmente, é um sinal inequívoco de peritonite.</p>

PROCEDIMENTOS	JUSTIFICAÇÃO
10.5. Realizar percussão do abdómen.	– Pode demonstrar som timpânico devido à dilatação gástrica no quadrante superior esquerdo ou maciez difusa quando hemoperitoneu está presente.
10.6. Despistar rigidez abdominal voluntária.	– Pode tornar o exame físico abdominal não confiável. – Resulta do medo de sentir dor.
11. Observar o períneo.	– A presença de sangue no meato uretral e/ou equimose escrotal e/ou perineal levanta suspeita de laceração da uretra.
12. Realizar toque rectal.	– Observar o recto pesquisando: <ul style="list-style-type: none"> • Controle do esfíncter anal (estimar a integridade da medula espinal) • Fragmentos ósseos (sinal sugestivo de perfuração intestinal) • Posição da próstata (elevada e flutuante sugere a possibilidade de rotura da uretra posterior) • Hematomas e/ou hemorragia (sinais sugestivos de perfuração intestinal).
13. Realizar toque vaginal.	– Lacerações da vagina podem ser devidas a traumas penetrantes ou fragmentos ósseos de fracturas pélvicas.
14. Detectar lesões ósseas associadas: a) Fractura dos últimos arcos costais b) Fractura dos corpos vertebrais torácicos inferiores c) Fractura das apófises transversas da coluna toracolumbar.	– Possibilidade de lesões associadas: a) Fractura fígado e/ou baço b) Pâncreas e/ou intestino delgado c) Vísceras abdominais e/ou rins.
15. Detectar fracturas da bacia, cujos sinais clássicos são: <ul style="list-style-type: none"> • Equimose perineal (escroto, grandes lábios e região inguinal) • Dor à palpação ou “oscilação” das cristas ilíacas • Deformação óbvia. 	– Fractura habitualmente acompanhada de grande hemorragia por se uma zona muito vascularizada, de difícil controlo, podendo conduzir a morte por choque hipovolémico. – Possibilidade de lesões associadas: <ul style="list-style-type: none"> • Fractura fígado, baço, pâncreas e/ou rim • Perfurações de vísceras ocas • Lesão da bexiga • Lesão dos grandes vasos. – Habitualmente necessária intervenção cirúrgica (fracturas menores são tratadas com repouso no leito). – Maior incidência nas vítimas por atropelamento, acidentes de veículo de duas rodas e quedas de grande altitude.

PROCEDIMENTOS	JUSTIFICAÇÃO
<p>16. Manter o contacto verbal com o cliente durante a avaliação.</p>	<p>– Uma resposta adequada garante-nos que há perfusão do SNC.</p> <p>– Uma quebra nas respostas pode alertar para problemas.</p>
<p>17. Colocar sonda gástrica.</p> <p>a) Cuidado: na presença de fracturas da base do crânio, TCE, TCF e/ou suspeita de queimadura da via aérea, a sonda deve ser introduzida pela via oral – entubação orogástrica.</p>	<p>– Drenagem gástrica permite:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remover conteúdo gástrico • Avaliação do conteúdo drenado • Prevenir a aspiração de conteúdo • Diminuir a distensão / compressão gástrica. <p>– Presença de sangue no conteúdo sugere lesão alta do trato gastrointestinal (após despiste de colocação traumática).</p> <p>a) Prevenir a introdução accidental da sonda no interior do crânio.</p>
<p>18. Colocar sonda vesical.</p> <p>a) Cuidado: antes da introdução da sonda, a bacia, o recto e os genitais devem ser examinados.</p>	<p>– Descompressão da bexiga.</p> <p>– Monitorização do débito urinário.</p> <p>– O débito urinário é um indicador importante na avaliação de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Volémia • Perfusão tecidual. • Perfusão renal. <p>– Presença de hematúria é um indicador de lesão do sistema urinário.</p> <p>– Urina colectada pode ser utilizada na detecção laboratorial de drogas.</p> <p>a) Detectar sinais que contra-indiquem a colocação da sonda: sangue no meato urinário, hematoma do escroto, fractura da bacia, lesões do períneo – sinais de probabilidade de lesão uretral.</p>
<p>19. Monitorizar a PIA.</p>	<p>– Determina a pressão existente na cavidade abdominal.</p> <p>– Permite estabelecer um tratamento rápido e eficaz segundo o grau de HIA.</p>
<p>20. Em caso de choque, excluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Causas de choque não hemorrágico • Outras causas de choque hemorrágico: tórax, retroperitónio/bacia e ossos longos. 	<p>– O choque hemorrágico sem causa aparente é o quadro clínico mais frequente.</p>

PROCEDIMENTOS	JUSTIFICAÇÃO
<p>21. Cuidados inerentes ao choque hipovolémico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar O₂ com FiO₂ elevado – 100% • Colocar 2 acessos venosos periféricos de grande calibre (preferencialmente G14 ou G16) • Infundir soluções Cristalóides (ex.: NaCl a 0,9% ou Solução de Lactato de Ringer) em 15 min (regra 3:1 – 2 litros no adulto, 20 ml/Kg na criança) • A administração de Colóides (ex.: Haemacel) será de acordo com a prescrição médica (sempre associados a cristalóides) • Grupar e providenciar transfusão sanguínea de imediato, se hg < 7 e/ou se as perdas calculadas forem superiores a 2 litros • Identificar a causa do choque • Controlar a hemorragia externa através de pressão directa • Medir o débito urinário (deve ser superior a 0,5 ml/kg/h, equivalente a 30 a 50 ml/h) • Prevenir hipotermia (aquecer os fluidos de infusão à temperatura corporal, se possível). <p>(Sinais e sintomas do choque hipovolémico: palidez, sudorese fria, pulso rápido e fino ou ausente, cianose das extremidades, hipotensão arterial.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – A perda de sangue é a principal causa de choque em clientes com trauma. – A hipovolémia é uma emergência que põe em risco a vida (principal causa de morte nas primeiras horas), pelo que deve ser reconhecida e tratada agressivamente. – A quantidade de sangue perdido após trauma é muitas vezes deficientemente avaliada. – Grandes volumes de sangue podem estar escondidos nas cavidades abdominal e pleural. <p>(Nota: O sangue não é, inicialmente, uma substância irritante para o peritoneu e, portanto, pode ser difícil avaliar a sua presença ou quantidade existente no abdómen.)</p> <ul style="list-style-type: none"> – A fractura da bacia leva a perdas, muitas vezes, acima dos 2 litros.
<p>22. Administrar soros para manutenção de lúmen se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MAP > 60 mmHg • TA sist > 80 mmHg • Pulso periférico palpável. 	<ul style="list-style-type: none"> – Reposição agressiva de líquidos poderá aumentar a hemorragia interna.
<p>23. Evitar uso de drogas opióides.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Podem: <ul style="list-style-type: none"> • Agravar a hipotensão • Levar a depressão respiratória • Impedir a valorização clínica das alterações.
<p>24. Promover o controlo apropriado da dor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Uma analgesia adequada: <ul style="list-style-type: none"> • Não “mascara” os sintomas abdominais • Facilita o acesso à patologia abdominal, com sinais físicos mais claros • Permite uma maior colaboração do cliente.
<p>25. Em caso de evisceração:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpar as vísceras com soro fisiológico • Cobrir as vísceras com plástico esterilizado próprio para esse fim ou com compressas esterilizadas impregnadas em solução salina. • Evitar manipular as vísceras • Nunca reintroduzir vísceras expostas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Isolar as vísceras do meio ambiente. – Prevenir necrose tecidual. – Manipulação e reintrodução de vísceras expostas são procedimentos efectuados em ambiente intra-operatório.
<p>26. Em caso de objectos penetrantes/perfurantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cortá-los se possível e/ou se necessário • Protegê-los • Evitar manipular • Nunca retirar objectos penetrantes/perfurantes. 	<ul style="list-style-type: none"> – Estabilizar os objectos para evitar que se movam durante o transporte. – Manipulação e extracção de objectos penetrantes/perfurantes são procedimentos efectuados em ambiente intra-operatório.

PROCEDIMENTOS	JUSTIFICAÇÃO
27. Considerar profilaxia do tétano e antibiótica.	– Prevenção e controlo da Infecção.
<p>28. Promover a realização de exames complementares de diagnóstico.</p> <p>28.1. Cliente hemodinamicamente estável:</p> <p>a) Análises sanguíneas b) Gasimetria arterial c) Análises à urina d) RX abdominal e) ECO abdominal f) TC abdominal.</p> <p>28.2. Cliente hemodinamicamente instável:</p> <p>a) LPD b) Ultra-sonografia (ecografia FAST).</p>	<p>– Permitem o diagnóstico mais rápido e preciso de lesões que ponham em risco a vida do cliente.</p> <p>28.1. Permitem uma melhor avaliação do cliente:</p> <p>a) Podem ser utilizadas para avaliação de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo sanguíneo e provas de compatibilidade – Preparar para administração de sangue e hemoderivados. • Hemograma – Valores iniciais apenas servem como base de comparação. (Nota: Os valores de hematócrito e hemoglobina podem apresentar-se normais ou superiores ao normal apesar de hemorragia aguda, logo, valores normais não excluem choque hemorrágico.) • PT/PTT – Excluir coagulopatias. • Amilase – Valores elevados podem ser indicativos de lesão do pâncreas. • Lipase – Valores elevados podem ser indicativos de lesão intra-abdominal. • Lactato – Valores elevados estão relacionados com hemorragia aguda, choque e metabolismo anaeróbio aumentado. • Provas de função hepática - Valores elevados podem ser indicativos de lesão do fígado. <p>b) Acidose, especialmente em presença de PaCO₂ normal ou diminuída, está relacionada com choque.</p> <p>c) Auxilia na constatação da presença de micro-hematúria, sugerindo lesão no sistema urinário.</p> <p>d) Permite identificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presença de pneumoperitoneu • Integridade das cápsulas diafragmáticas • Provável ruptura de víscera oca ou hérnia diafragmática • Fracturas ósseas • Presença de corpos estranhos radiopacos. <p>e) Permite o estadiamento anatómico das lesões dos diferentes órgãos abdominais.</p> <p>f) Efectuada no caso de ECO não conclusiva.</p> <p>28.2. Consistem em exames muito sensíveis para detectar presença de sangue que podem ser realizados na sala de reanimação, sem mover o cliente.</p> <p>a) Permite uma exploração cirúrgica imediata. (Nota: Este procedimento não avalia o espaço retroperitoneal, logo, pode dar resultado de “falso negativo”.)</p> <p>b) Exame mais rápido do que a LPD e permite encontrar de imediato uma instabilidade hemodinâmica derivada de hemorragia intraperitoneal.</p>

PROCEDIMENTOS	JUSTIFICAÇÃO
<p>29. Se houver indicação operatória providenciar o encaminhamento e acompanhamento do cliente para o BO.</p>	<p>– Minimizar o tempo de espera para intervenção cirúrgica.</p>
<p>30. Não:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esperar sintomas de lesão abdominal • Demorar na realização dos procedimentos quando houver suspeita de lesões intra-abdominais. 	<p>– Um traumatismo abdominal não diagnosticado consiste numa causa comum de morte evitável.</p>
<p>31. Explicar ao cliente todos os procedimentos (sempre que possível).</p>	<p>– Diminuir a ansiedade do cliente e obter a sua colaboração.</p>
<p>32. Posicionar o cliente confortavelmente.</p>	<p>– Manter o conforto e segurança do cliente.</p>
<p>33. Descartar luvas (lixo contaminado).</p>	<p>– Prevenção e controlo da Infecção.</p>
<p>34. Proceder à lavagem higiénica das mãos.</p>	<p>– Prevenção e controlo da Infecção.</p>
<p>35. Proceder aos registos de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimentos • Reacção do cliente • Características de fluidos orgânicos observados • Complicações. 	<p>– Avaliação dos cuidados. – Continuidade dos cuidados.</p>
<p>36. Transferir/transportar o cliente, se necessário, envolvendo as seguintes fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decisão • Planeamento • Efectivação. <p>(Nota: A transferência/transporte pode ser entre serviços de um mesmo hospital – intra-hospitalar – ou entre hospitais – inter-hospitalar.)</p>	<p>– Necessidade de facultar um nível de assistência superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efectuáveis no serviço ou na instituição onde o cliente se encontra internado.</p> <p>(Nota: É fundamental reflectir sobre o risco/benefício. Se houver dúvidas quanto à sua eficácia, deve então pôr-se em causa a necessidade da transferência/transporte.)</p>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOFFARD, Kenneth – **Manual de Cuidados Cirúrgicos Definitivos em Trauma**. 2ª ed. Coimbra: Edições Almedina, 2010. 422 p. ISBN 978-972-40-3905-3.

CAIVANO, Alessandra; SALMAZO, Flávia Patrícia – **Trauma Abdominal** [Em linha]. 2001. [Consult. 2010-05-09]. Disponível em WWW: http://estudmed.com.sapo.pt/traumatologia/trauma_abdominal_1.htm.

Capítulo 16 – Trauma de Abdome [Em linha]. [Consult. 2010-05-09]. Disponível em WWW:<http://www.scribd.com/doc/6584347/Cap16-Trauma-Abdome>.

CARNEIRO, António H. [et al.] – **Curso de Evidência na Emergência 2009 – Manual de Procedimentos**. 2ª ed. Porto: Reanima, 2009. 376 p.

JUNIOR, Gerson Alves Pereira [et al.] – Abordagem Geral Trauma Abdominal. **Medicina**. Ribeirão Preto. ISSN 2176-7262. vol 40, nº 4 (Outubro/Dezembro 2007), p. 518-530.

MANUILA, L. [et al.] – **Dicionário Médico**. 3ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. 863 p. ISBN 972-796-080-4.

MASSADA, Salvador da Rocha - **Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave - Normas de Orientação Clínica e Administrativa**. Porto: Grupo de Trauma do Hospital de S. João, 2002. 112 p. ISBN: 972-9027-98-6.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – **Manual V.M.E.R.**. 3ª ed. Lisboa: Direcção dos Serviços Médicos / Direcção dos Serviços de Formação, 2000. 357 p.

SHEEHY – **Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática**. 4ª ed. Loures: Lusociência, 2001. 877 p. ISBN 972-8383-16-9.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE TRAUMA – **Curso Avançado de Trauma (C.A.T.) – Manual para Enfermeiros**. 2ª ed. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Trauma, 1998. 93 p.

WILKINSON, Douglas A.; SKINNER, Marcus W. – **Manual de Abordagem Primária ao Trauma**. Edição Standard, 2000. 37 p.

Elaborado por: Enf.ª Zulmira Cristóvão

Orientadora de Estágio: Enf.ª Teresa Carinhas

Docente: Prof.ª Manuela Madureira

Apêndices

(Adaptados do “Manual de Abordagem Primária ao Trauma”, 2000)

APÊNDICE I – CASOS ESPECIAIS DE TRAUMA

I – TRAUMATISMOS PEDIÁTRICOS

Os acidentes são uma das principais causas de morte em crianças em todas as idades, com uma incidência mais elevada nos rapazes. A sobrevivência das crianças que sofrem de trauma major depende do tratamento que recebem antes de chegar ao hospital e da ressuscitação inicial.

A avaliação primária do cliente pediátrico politraumatizado é idêntica à do adulto. A primeira prioridade é a via aérea, respiração, depois circulação, avaliação neurológica inicial, e finalmente exposição da criança sem perda de calor.

Contudo, há diferenças importantes quanto à reanimação e manejo da via aérea do cliente pediátrico, como por exemplo:

- A cabeça e a língua são relativamente maiores que no adulto
- As crianças respiram habitualmente pelo nariz, por ser a via aérea de maior tamanho
- O ângulo da mandíbula é maior, a laringe está situada mais cranialmente e a epiglote tem forma de “U” e é proporcionalmente maior
- A região cricoideia é a zona mais estreita da laringe e é a que limita o tamanho do tubo endotraqueal. Quando se chega à idade adulta, a cartilagem cresceu e a parte mais estreita da via aérea são as cordas vocais
- A traqueia de um recém-nascido a termo tem 4 cm de comprimento e pode alojar um tubo de 2,5 a 3 cm de diâmetro interno (a traqueia do adulto tem, em média, 12 cm de comprimento)
- A distensão gástrica é uma complicação frequente ao reanimar um cliente pediátrico, pelo que uma sonda gástrica pode ajudar a descomprimir o estômago.

Se é necessário entubar, evitar tubos endotraqueais sem *cuff* em crianças menores de 10 anos, para reduzir assim o risco de edema e ulceração da região subglótica. Por outro lado, a entubação em crianças pequenas é sempre mais fácil peça boca que pelo nariz.

Os princípios básicos de tratamento do cliente pediátrico são os mesmos que no cliente adulto.

I.1 – CLIENTE PEDIÁTRICO EM CHOQUE

As melhores regiões anatómicas para palpar pulsos periféricos no cliente pediátrico são a região inguinal e a fossa antecubital. Se não se palpa pulso, começar de imediato manobras de reanimação.

Os **sinais** de choque na criança incluem:

- Taquicardia
- Pulsos periféricos fracos ou ausentes
- Preenchimento capilar prolongado > 2 segundos
- Taquipneia
- Agitação
- Sonolência
- Diminuição do débito urinário.

A hipotensão pode ser um sinal tardio, mesmo nos clientes em choque severo.

O **acesso venoso** deve obter-se mediante a inserção de dois cateteres endovenosos de grande calibre. Tentar primeiro acesso nas veias periféricas e evitar as veias centrais. Dois bons locais para o cateterismo periférico são a veia safena (na face interna do tornozelo) e a veia femural (na região inguinal).

A reposição de volume tem como objectivo a obtenção de um volume de urina entre 1 a 2 ml/kg/hora no recém-nascido e de 0,5 a 1 ml/kg/hora no adolescente. Deve-se começar com um bólus inicial de 20 ml/kg de peso de soro fisiológico. Se não se obtêm o efeito desejado, pode-se repetir e, se mesmo assim não se obtêm resposta deve-se administrar 20 ml/kg de peso de sangue do mesmo grupo ou 10 ml/kg de peso de concentrado de glóbulos vermelhos do grupo O negativo, se disponível.

A hipotermia é um grande problema na população pediátrica. Perdem proporcionalmente mais calor pela cabeça. Todos os líquidos administrados devem ser previamente aquecidos. Devido a uma superfície cutânea/volume muito elevada, a hipotermia converte-se num problema sério. A exposição da criança durante a avaliação é necessária para a detecção de outras lesões, mas deve ser coberta o mais cedo possível.

A criança deve manter-se aquecida e junto da família, se a situação o permitir.

2 – TRAUMATISMOS NA GRAVIDEZ

As prioridades ABCDE são as mesmas que na cliente não grávida.

Durante a gravidez, produzem-se uma série de alterações anatómicas e fisiológicas que são de uma importância capital na avaliação da grávida politraumatizada.

2.1 – ALTERAÇÕES ANATÓMICAS

O tamanho do útero aumenta gradualmente e converte-se num órgão muito mais vulnerável, tanto no traumatismo fechado como no traumatismo aberto.

- Às 12 semanas de gravidez, o fundo do útero encontra-se a nível da sínfise púbica
- Às 20 semanas, chega a nível do umbigo
- Às 36 semanas, chega a nível do apêndice xifoide
- O feto está protegido nos primeiros meses de gravidez por um útero de parede espessa a grandes quantidades de líquido amniótico.

2.2 – ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS

- Aumento do volume corrente e alcalose respiratória
- Aumento da frequência cardíaca
- Aumento do débito cardíaco em 30%
- A tensão arterial é geralmente 15 mmHg mais baixa
- Compressão da aortocava no terceiro trimestre com hipotensão arterial.

2.3 – ASPECTOS ESPECIAIS DA GRÁVIDA POLITRAUMATIZADA

- Um traumatismo fechado pode produzir:
 - Estimulação uterina e parto prematuro
 - Ruptura parcial ou completa do útero
 - Descolamento placentar parcial ou total (pode apresentar-se até 48 horas depois do traumatismo)
 - Em caso de fractura da bacia, atenção à potencial severa perda de sangue.

2.4 – QUAIS SÃO AS PRIORIDADES?

- Avaliar a mãe de acordo com as prioridades ABCDE
- Reanimar a mãe em decúbito lateral esquerdo para evitar a compressão da aortocava
- Exame vaginal (espéculo) para detecção de hemorragia vaginal e dilatação cervical
- Marcar a altura do fundo do útero, avaliar a dor nesta região, e monitorizar a frequência do foco.

A reanimação da mãe pode salvar o feto. Em algumas ocasiões em que a vida da mãe está em perigo, pode ser necessário sacrificar o feto para salvar a mãe.

A compressão aortocava deve ser prevenida da reanimação da grávida politraumatizada. Lembrar a posição de decúbito lateral esquerdo.

APÊNDICE II – VALORES FISIOLÓGICOS PEDIÁTRICOS

Variável	Recém-nascido	6 Meses	12 Meses	5 Anos	Adulto
Freq Resp (ciclos/min)	50 +/- 10	30 +/- 5	24 +/- 6	23 +/- 5	12 +/- 3
Vol Corrente (ml)	21	45	78	270	575
Vol Mínimo (L/mim)	1.05	1.35	1.78	5.5	6.4
Hematócrito	55 +/- 7	37 +/- 3	35 +/- 2.5	40 +/- 2	43 – 48
pH arterial	7.3 – 7.4		7.35 – 7.45		7.35 – 7.45

Idade	Frequência cardíaca (batimentos/min)	Tensão arterial sistólica (mmHg)
0 – 1 Ano	100 – 160	69 – 90
1 Ano	100 – 170	70 – 90
2 Anos	90 – 150	80 – 100
6 Anos	70 – 120	85 – 110
10 Anos	70 – 110	90 – 110
14 Anos	60 – 100	90 – 110
Adulto	60 – 100	90 – 120

Parâmetros respiratórios, tamanho e colocação de tubo endotraqueal (TET)					
Idade	Peso	Frequência respiratória	Tamanho TET	TET ao lábio (cm)	TET ao nariz (cm)
Recém-nascido	1.0 – 3.0	40 – 50	3.0	5.5 – 8.5	7 – 10.5
Recém-nascido	3.5	40 – 50	3.5	9	11
3 Meses	6.0	30 – 50	3.5	10	12
1 Ano	10	20 – 30	4.0	11	14
2 Anos	12	20 – 30	4.5	12	15
3 Anos	14	20 – 30	4.5	13	16
4 Anos	16	15 – 25	5.0	14	17
6 Anos	20	15 – 25	5.5	15	19
8 Anos	24	10 – 20	6.0	16	20
10 Anos	30	10 – 20	6.5	17	21
12 Anos	38	10 – 20	7.0	18	22

APÊNDICE III – PARÂMETROS CARDIOVASCULARES

Perdas de sangue	Frequência cardíaca	Tensão arterial	Preenchimento capilar	Frequência respiratória	Débito urinário	Estado mental
Até 750 ml	< 100	Normal	Normal	Normal	> 30 ml/h	Normal
750 – 1500 ml	> 100	Sistólica normal	↑	20 – 30	20 – 30	Preocupado
1500 – 2000 ml	> 120	↓	↑	30 – 40	5 – 15	Ansioso/confuso
> 2000 ml	> 140	↓	↑	> 40	< 10	Confuso/coma

APÊNDICE IV – ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Função	Resposta	Score
Resposta ocular	Espontânea	4
	Estímulo verbal	3
	A dor	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece a ordens	6
	Localiza a dor	5
	Reage à dor	4
	Flexão à dor	3
	Extensão à dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Inapropriada	3
	Incompreensível	2
	Nenhuma	1

Severo/grave = 3 – 8; Moderado = 9 – 12; Leve = 13 - 15

ANEXO VI

Traumatismo Abdominal – Manual de Boas Práticas (tamanho A5)

TRAUMATISMO ABDOMINAL

Manual de Boas Práticas

Tamanho A5

FOTO-REPORTAGEM



ANEXO VII

“O cliente com Traumatismo Abdominal” – Convite

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
PulidoValente

Serviço de Urgência Central

CONVITE

Acção de Formação

“O cliente com Traumatismo Abdominal”

Formadora: Zulmira Cristóvão

Destinatários: Enfermeiros do SUC do HSM

Data e hora: 14 de Junho de 2010, às 15 horas

Local: Edifício Egas Moniz, Sala 7

ANEXO VIII

O cliente com Traumatismo Abdominal” – Acção de Formação

PLANO DE FORMAÇÃO

Formador: Zulmira Cristóvão

Destinatários: Enfermeiros do Serviço e Urgência Central do Hospital de Santa Maria

Data e hora: 14 de Junho de 2010, às 15 horas

Local: Edifício Egas Moniz, Sala 7

Tema: O Cliente com Traumatismo Abdominal

Sessões: 1

Duração: 1 hora

Objectivo geral:

- Sensibilizar os enfermeiros para a melhoria e segurança dos cuidados perante um cliente com traumatismo abdominal.

Sumário:

- Apresentação (2 min)
- Definição de conceitos (10 min.)
- Anatomia do Abdómen (3 min.)
- Procedimentos (35 min.)
 - Avaliação Primária
 - Avaliação Secundária
 - Sonda gástrica
 - Sonda vesical
 - Pressão intra-abdominal
 - Choque hipovolémico
 - Evisceração
 - Objectos penetrantes / perfurantes
 - Exames complementares de diagnóstico
- Morte (8 min.)
- Avaliação (2 min)

Metodologia:

- Método expositivo, interrogativo e activo

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
PulidoValente

O CLIENTE COM TRAUMATISMO ABDOMINAL

ZULMIRA CRISTÓVÃO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



UNIVERSIDADE CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vídeo



O CLIENTE COM TRAUMATISMO ABDOMINAL

OBJECTIVO PRINCIPAL

- Sensibilizar os enfermeiros para a melhoria e segurança dos cuidados perante um cliente com traumatismo abdominal.

CONCEITOS

- Trauma ou traumatismo?
- Trauma abdominal fechado **directo** ou **indirecto**?



▪ Trauma abdominal aberto

Penetrante?



Perfurante?

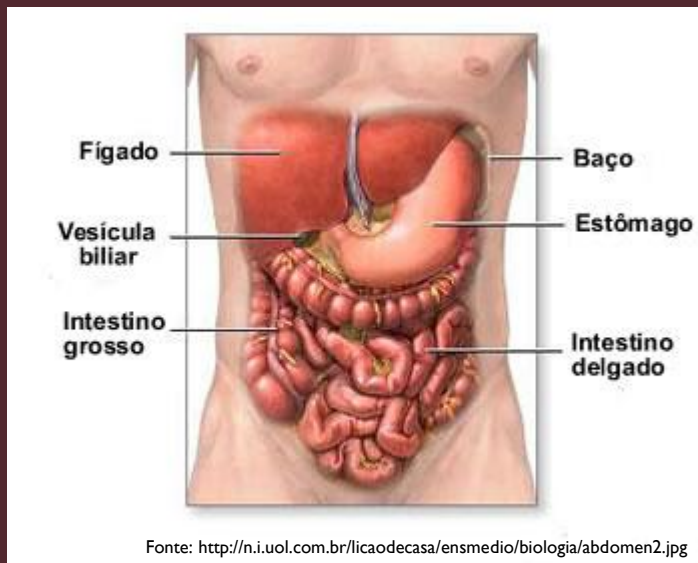


▪ Evisceração



Fonte: <http://raffafer.wordpress.com/2008/10/05/3%C2%AA-semana-gestacional/>

ABDÓMEN



❑ Órgãos sólidos:

- Fígado
- Baço
- Pâncreas
- Rins

❑ Órgãos ocios:

- Estômago
- Intestino delgado
- Intestino grosso
- Bexiga

❑ Outras estruturas:

- Vasos de grande calibre
- Diafragma
- Pelve
- Coluna

PROCEDIMENTOS

- ❑ Lavagem higiênica das mãos
- ❑ EPI's
- ❑ Avaliação inicial:
 - Colisões automobilísticas
 - Colisões motociclísticas
 - Quedas
 - Arma branca
 - Arma de fogo
- ❑ Mobilizar em bloco
- ❑ Posicionamento



Fonte:
http://www.fmrp.usp.br/revista/2007/vol40n4/4_abordagem_geral_trauma_abdominal.pdf

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

- A** – Permeabilidade da via **A**érea (com Controlo da Coluna Cervical)
- B** – **V**entilar e **O**xigenar
- C** – Assegurar a **C**irculação (com Controlo da Hemorragia)
- D** – **D**isfunção neurológica e sinais focais
- E** – **E**xpor toda a área corporal com prevenção de hipotermia

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA



Fonte: <http://emedicine.medscape.com/article/822099-overview>

☐ Monitorização:

- ECG
- TA
- Pulso
- Frequência respiratória
- SpO₂
- Temperatura
- Débito urinário

➤ Registos precisos e rigorosos

□ Avaliar:

- Alterações motoras e sensitivas das extremidades
- Tamanho e reacção das pupilas
- Escala de Glasgow

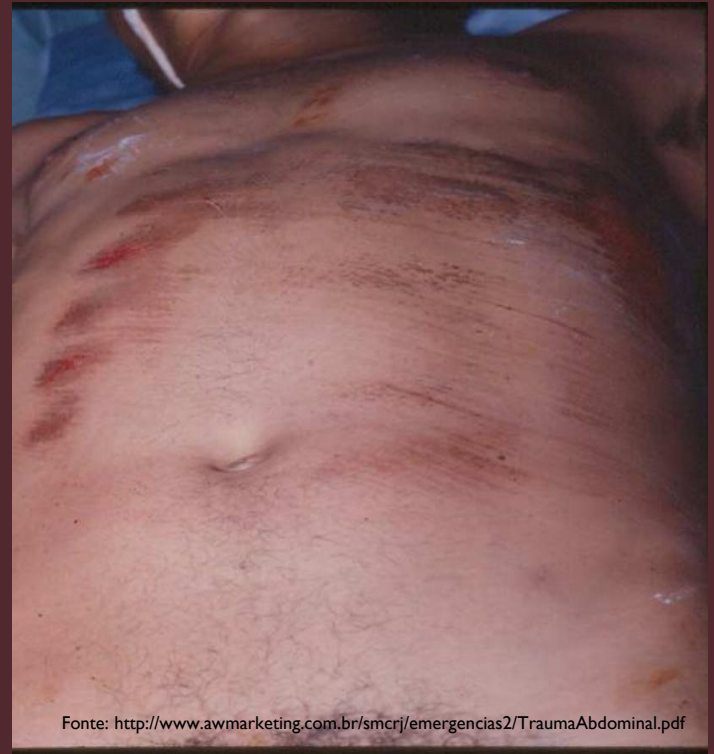


Fonte: <http://www.awmarketing.com.br/smcrj/emergencias2/TraumaAbdominal.pdf>

Avaliação rigorosa

☐ Inspeção:

- Escoriações
- Equimoses
- Hematomas
- Abrasões
- Contusões
- Lacerações
- Eviscerações
- Lesões penetrantes
- Distensão abdominal.



Fonte: <http://www.awmarketing.com.br/smcj/emergencias2/TraumaAbdominal.pdf>

□ Palpação

- Dor (normalmente difusa)
- Rigidez
- Massas
- Pulsos femorais

□ Auscultação

- Ruídos hidroaéreos

□ Dor à descompressão

- Sinal inequívoco de peritonite

□ Percussão

- Dilatação gástrica
- Hemoperitoneu

Despistar rigidez abdominal voluntária

□ Períneo

- Sangue no meato uretral
- Equimose escrotal
- Equimose perineal

□ Toque vaginal

- Lacerações

□ Toque rectal

- Esfíncter anal
- Fragmentos ósseos
- Posição da próstata
- Hematomas e/ou hemorragia

Fraturas ósseas e lesões associadas

Fratura dos últimos arcos costais	Fratura fígado e/ou baço
Fratura dos corpos vertebrais torácicos inferiores	Pâncreas e/ou intestino delgado
Fratura das apófises transversas da coluna toraco-lombar	Vísceras abdominais e/ou rins
Fraturas da bacia	Perfurações de vísceras ocas Lesão da bexiga Lesão dos grandes vasos – Morte por choque hipovolémico.



Sonda gástrica

- Remover conteúdo gástrico
- Avaliação do conteúdo drenado
- Prevenir a aspiração de conteúdo
- Diminuir a distensão / compressão gástrica



- Fraturas da base do crânio
 - TCE
 - TCF
 - S de queimadura da via aérea
- Entubação orogástrica**

Sonda vesical

- Descompressão da bexiga
- Monitorização do débito cardíaco
- Características

Cuidado

Bacia, recto e genitais
devem ser examinados



Fonte:
<http://www.awmarketing.com.br/smerj/emergencias2/TraumaAbdominal.pdf>

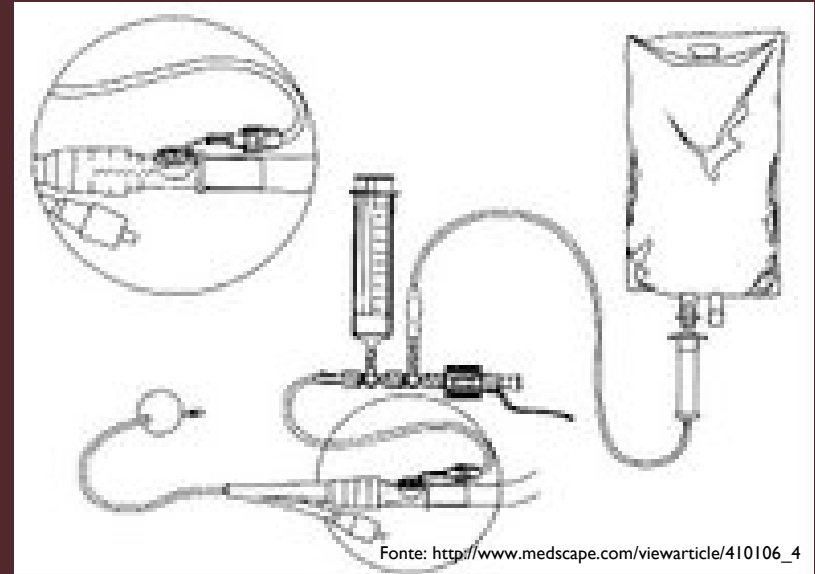
- Sangue no meato urinário
- Hematoma do meato
- Fratura da bacia
- Lesão do períneo

Lesão uretral

Pressão intra-abdominal

1. Algiar o cliente e esvaziar a bexiga
2. Preparar sistema de soros com torneira ligada a transdutor de pressão
3. Conectar transdutor de pressão ao monitor e calibrar
4. Colocar transdutor ao nível da bexiga
5. Clampar a algália e encher a bexiga com 25 ml de SF
6. Conectar o sistema de soro a uma agulha de diluição e inserir a agulha na porta de colheitas da algália
7. Ler e registar a pressão média, após estabilização da curva
8. Após medir a pressão, remover o sistema de soro e desclampar a algália

3 medições num período de 4-6 horas



Grau I – PIA 12-15 mmHg	} vigilância
Grau II – PIA 16-20 mmHg	
Grau III – PIA 21-25 mmHg	} BO
Grau IV – PIA > 25 mmHg	

Choque hipovolémico

- O₂ com FiO₂ elevado – 100%
- 2 acessos venosos periféricos de grande calibre (G14 ou G16)
- Administrar líquidos
- Grupos e providenciar transfusão sanguínea
- Identificar a causa do choque
- Controlar hemorragia externa
- Medir débito urinário (deve ser superior a 0,5 ml/kg/h, equivalente a 30 a 50 ml/h)
- Prevenir hipotermia.

Hipovolemia é a principal causa de morte nas primeiras horas

Evisceração

- Limpar com soro fisiológico
- Cobrir com compressas esterilizadas impregnadas em solução salina.



- Evitar manipular as vísceras
 - **Nunca reintroduzir**

Objectos penetrantes/perfurantes

- Cortá-los se possível e/ou se necessário
 - Protegê-los



- Evitar manipular
 - **Nunca retirar**

Exames Complementares de Diagnóstico

☐ Cliente hemodinamicamente estável:

- Análises sanguíneas
- Gasimetria arterial
- Análises à urina
- RX abdominal
- ECO abdominal
- TC abdominal.



Fonte: <http://www.zmarketing.com.br/smcrl/emergencias2/TraumaAbdominal.pdf>

☐ Cliente hemodinamicamente instável:

- Lavagem Peritoneal de Diagnóstico
- Ultra-sonografia (ecografia FAST)



Providenciar transferência para BO

Não esquecer...

- Dor
- Medo
- Posicionar o cliente confortavelmente
- Lavar as mãos
- Comunicação
- Registos de enfermagem

Não demorar na realização dos procedimentos quando houver suspeita de lesões intra-abdominais



Um traumatismo abdominal não diagnosticado consiste numa causa comum de morte evitável



MORTE?

Obrigada!

Referências Bibliográficas

- BOFFARD, Kenneth – **Manual de Cuidados Cirúrgicos Definitivos em Trauma**. 2ª ed. Coimbra: Edições Almedina, 2010. 422 p. ISBN 978-972-40-3905-3.
- CAIVANO, Alessandra; SALMAZO, Flávia Patrícia – **Trauma Abdominal** [Em linha]. 2001. [Consult. 2010-05-09]. Disponível em WWW: http://estudmed.com.sapo.pt/traumatologia/trauma_abdominal_1.htm.
- **Capítulo 16 – Trauma de Abdome** [Em linha]. [Consult. 2010-05-09]. Disponível em WWW: http://www.defesacivil.pr.gov.br/arquivos/File/primeiros_socorros_2/cap_16_trauma_abdome.pdf.
- CARNEIRO, António H. [et al.] – **Curso de Evidência na Emergência 2009 – Manual de Procedimentos**. 2ª ed. Porto: Reanima, 2009. 376 p.
- JUNIOR, Gerson Alves Pereira [et al.] – Abordagem Geral Trauma Abdominal. **Medicina**. Ribeirão Preto. ISSN 2176-7262. vol 40, nº 4 (Outubro/Dezembro 2007), p. 518-530.
- MANUILA, L. [et al.] – **Dicionário Médico**. 3ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. 863 p. ISBN 972-796-080-4.
- MASSADA, Salvador da Rocha - **Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave - Normas de Orientação Clínica e Administrativa**. Porto: Grupo de Trauma do Hospital de S. João, 2002. 112 p. ISBN: 972-9027-98-6.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – **Manual V.M.E.R.**. 3ª ed. Lisboa: Direcção dos Serviços Médicos / Direcção dos Serviços de Formação, 2000. 357 p.
- SHEEHY – **Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática**. 4ª ed. Loures: Lusociência, 2001. 877 p. ISBN 972-8383-16-9.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE TRAUMA – **Curso Avançado de Trauma (C.A.T.) – Manual para Enfermeiros**. 2ª ed. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Trauma, 1998. 93 p.
- WILKINSON, Douglas A.; SKINNER, Marcus W. – **Manual de Abordagem Primária ao Trauma**. Edição Standard, 2000. 37 p.

ANEXO IX

“O cliente com Traumatismo Abdominal” – Avaliação da Acção de Formação

AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO PELO FORMANDO

IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO

Tema O cliente com Traumatismo Abdominal

Data: 14 / 06 / 2010

Duração: 1 hora

Assinale com uma cruz a opção que melhor se ajusta à sua opinião

PROGRAMAÇÃO DA ACÇÃO

		I	2	3	4	
Objectivos da Acção	Confusos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	100%	Muito Claros
Conteúdos da Acção	Inadequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	100%	Completamente adequados
Utilidade do Tema	Inaplicável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	100%	Totalmente aplicável

FUNCIONAMENTO DA ACÇÃO

		I	2	3	4	
Motivação e participação	Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.3%	91.6%	Plena
Relacionamento entre participantes	Fechado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	Muito aberto
Meios áudio visuais	Escassos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	Excelentes
Utilização de meios áudio visuais	Inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	91.6%	Muito adequada

QUALIDADE DA ACÇÃO

		I	2	3	4	
Disponibilidade	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	100%	Muito bom
Conhecimento	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	100%	Muito bom
Clareza de exposição	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	100%	Muito bom
Esclarecimento de dúvidas	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	100%	Muito bom

OBSERVAÇÕES

“Participação do grupo muito bem conseguida”; “Gostei muito do vídeo!”;
 “Conteúdos científicos muito pertinentes”

Grata pela disponibilidade e colaboração

Zulmira Cristóvão

(Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – UCP)

ANEXO X

Estratégias para a higiene das mãos

ESTRATÉGIAS PARA A HIGIENE DAS MÃOS

FOTO-REPORTAGEM



ANEXO XI

Gaveta da Unidade do Cliente – Foto-reportagem e Check-list

GAVETA DA UNIDADE DO CLIENTE

FOTO-REPORTAGEM



ANTES



DEPOIS

MATERIAL DA UNIDADE DO CLIENTE

- **Monitor cardíaco** (1)
- **Debitómetro de O₂ com humidificador** (1)
- **Aspirador de secreções** preparado (1)
- **Luvas não esterilizadas** tamanho M (1 caixa)
- **Solução anti-séptica base alcoólica** (1 frasco)

Sondas de aspiração n° 8 (1), n° 10 (1) e n° 14 (2)	Luvas esterilizadas n° 6,5, n° 7 e n° 7,5 (1 cada)				Tubos Guedel n° 2, n° 3 e n° 4 (2 cada)	
	Óculos nasais (2) Máscara de O₂ (2)				Compressas não esterilizadas	
	Seringas 10cc (6)	Seringas 5cc (6)	Torneiras (3)	Tampas de torneira (12)	Eléctrodos (12)	Adesivo

Verificação diária (turno da manhã) de stock e prazos de validade por **Assistente Operacional** supervisada por **Enfermeiro**

IMP

ANEXO XII

Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos – Cartazes

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS

ALTERAÇÕES DO CONFORTO

COMPLICAÇÕES	CAUSAS
• HIPERTERMIA	•Processo infeccioso •Sepsis •Hipertermia maligna
• HIPOTERMIA	•Agentes anestésicos
• AGITAÇÃO	•Hipoxémia •Dor •Hemorragia •Posicionamento •Recuperação do agente anestésico •Penso apertado ou molhado •Retenção urinária
• NÁUSEAS E VÓMITOS	•Anestesia geral •Cirurgia abdominal •Analgésicos opiáceos •Factores psicológicos
• DISTENSÃO ABDOMINAL	•Acumulação de gases no trato intestinal •Perda do peristaltismo normal •Deglutição de ar
• SOLUÇOS	•Irritação do nervo frénico decorrente de: distensão gástrica/abdominal, peritonite, abscesso diafragmático, tubo de drenagem, exposição a frio ou obstrução intestinal

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

PROMOÇÃO E MANUTENÇÃO DO BEM-ESTAR FÍSICO:

- Adequação do ambiente (temperatura, humidade, estímulos sensoriais, nível de ruído) às necessidades do doente
- Promoção do aquecimento corporal recorrendo à utilização de sistemas de aquecimento eléctricos
- Promoção de uma boa permeabilidade das vias aéreas e ventilação adequada e, administração de oxigénio, quando prescrito
- Administração de terapêutica analgésica prescrita
- Vigilância de pensos e drenagens e detecção precoce de sinais de hemorragia
- Promoção de posicionamentos de conforto, com colaboração do doente se possível, tendo em conta as suas necessidades e restrições à mobilidade
- Promoção de conforto do local operado com alívio de pressão do penso ou reforço do mesmo, tendo em conta as necessidades e restrições do doente
- Promoção da eliminação vesical
- Promoção de decúbito lateral ou lateralização da cabeça e, alívio sintomático de náuseas e vômito
- Promoção da eliminação de ar do espaço gastrointestinal
- Promoção da eliminação de causas promotoras de soluços

Referências Bibliográficas:

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses – **Enfermagem Perioperatória**. Loures: Lusodidacta, 2006. 356 p. ISBN 972-8930-16-X.
 PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – **Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica**. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2003. 2670 p. ISBN 972-8383-65-7.

Fonte Imagem: <http://rafam.wordpress.com/2007/07/15/maos-dadas-drumond/>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS

DOR

Um dos problemas mais frequentes e que mais afectam o doente depois de quase todos os tipos de procedimentos cirúrgicos.

CAUSAS

- Patologia anterior
- Intervenção cirúrgica
- Técnicas invasivas de diagnóstico e terapêutica
- Posicionamentos necessários
- Áreas de pressão durante a cirurgia
- Isquémia tecidular
- Edema tecidular
- Distensão vesical
- Gás usado no procedimento endoscópico
- Infecções
- Espasmos musculares
- Pensos ou gessos apertados
- Limiar e reacção do doente à dor

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DOR:

- Monitorização e registo da existência de dor e suas características
- Avaliar a causa possível da dor
- Utilização de escalas de avaliação de dor
- Na inexistência de escalas, atender a sinais e sintomas de dor, sobretudo se o doente tem dificuldade em verbalizar esta situação
- Administração de terapêutica analgésica prescrita, solicitando a sua prescrição quando necessário, vigilância cuidadosa da reacção à sua administração e avaliação da sua eficácia
- Promoção de um ambiente calmo e seguro, com baixo nível de estímulos sensoriais
- Promoção de posicionamentos de conforto, com colaboração do doente, se possível
- Promoção da eliminação vesical
- Promoção do alívio de pressão do penso ou gesso, tendo em conta as necessidades e restrições do doente
- Realização de massagens de conforto sempre que possível e considerado benéfico
- Ensino e apoio em técnicas de analgesia assistidas pelo doente

Referências Bibliográficas:

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses – **Enfermagem Perioperatória**. Loures: Lusodidacta, 2006. 356 p. ISBN 972-8930-16-X.
PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – **Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica**. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2003. 2670 p. ISBN 972-8383-65-7.

Fonte Imagem: <http://timebite.blogspot.com/2010/10/dia-mundial-da-luta-contra-dor.html>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS

ALTERAÇÕES DO EQUILÍBRIO PSICOLÓGICO

Alterações transversais a toda a situação patológica e muitas vezes negligenciadas.

CAUSAS

- Conhecimento da patologia
- Medo da dor
- Medo do desconhecido
- Medo da morte
- Medo da solidão
- Afastamento das pessoas significativas
- Alteração dos padrões da vida impostos pelo internamento e intervenção cirúrgica

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

PROMOÇÃO E MANUTENÇÃO DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E ESPIRITUAL:

- Promoção das acções necessárias ao respeito pelos direitos do doente, zelando pela sua privacidade, garantindo a confidencialidade, respeitando o seu direito a recusar terapêutica e tratamentos
- Estabelecimento com o doente de uma relação de confiança e ajuda que lhe permita gerir de forma positiva a sua actual situação
- Manutenção da comunicação com a família ou pessoas significativas e promoção do contacto com o doente quando possível
- Atenção à comunicação não verbal do doente, tentando perceber aquilo que o preocupa e que ele não verbaliza
- Avaliação da percepção do doente face à cirurgia e a sua expectativa em relação aos cuidados, de forma a poder actuar em conformidade
- Promoção de acções tendentes a satisfazer as necessidades espirituais do doente, dentro de possível
- Integração do doente no planeamento e execução dos cuidados dentro das suas possibilidades

Referências Bibliográficas:

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses – **Enfermagem Perioperatória**. Loures: Lusodidacta, 2006. 356 p. ISBN 972-8930-16-X.
Fonte Imagem: <http://www.uq.edu.au/research/index.html?page=67867&pid=0>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANÉSTÉSICOS

ALTERAÇÕES DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA

Imediatamente após a cirurgia, o estado de consciência do doente pode variar da inconsciência à vigília.

CAUSAS
<ul style="list-style-type: none"> • Patologia anterior • Efeitos da anestesia • Agressão cirúrgica • Terapêutica específica • Incidentes anestésico-cirúrgicos

COMPLICAÇÕES DA ANESTESIA GERAL	CAUSAS	COMPLICAÇÕES DA ANESTESIA REGIONAL (espinal)	SINTOMAS
SONOLÊNCIA PROLONGADA	<ul style="list-style-type: none"> • Efeito residual do anestésico • Hipoxemia grave • Hipotermia • Desequilíbrio metabólico • Hiponatremia • Hiperglicemia • Hipercapnia grave 	<ul style="list-style-type: none"> LESÃO NEUROLÓGICA (por toxicidade anestésica local) TRAUMATISMO (pela agulha) ISQUÉMIA DA MEDULA 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoxemia • Agitação • Hipotensão • Náuseas • Perda motora ou sensorial
DEBILIDADE MUSCULAR	<ul style="list-style-type: none"> • Efeitos prolongados dos miorelaxantes 	RETENÇÃO URINÁRIA	Distensão da bexiga
DELÍRIO	<ul style="list-style-type: none"> • Efeito residual do anestésico 		

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

VIGILÂNCIA E DETECÇÃO PRECOCE DE ALTERAÇÕES AO NÍVEL DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA:

- Avaliação frequente do estado de consciência, recorrendo a estímulos verbais (evitar estímulos dolorosos)
- Avaliação das pupilas quanto a reacção à luz e isometria
- Avaliação da preensão (força e igualdade dos dois lados) – uma preensão durante 5 segundos é indicação do retorno da função neuromuscular
- Avaliação da capacidade de movimentar as extremidades
- Registo e comunicação aos membros da equipa as alterações detectadas
- Utilização de escalas de avaliação (ex.: Glasgow)

Referências Bibliográficas:

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses – **Enfermagem Perioperatória**. Loures: Lusodidacta, 2006. 356 p. ISBN 972-8930-16-X.
 PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – **Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica**. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2003. 2670 p. ISBN 972-8383-65-7.

Fonte Imagem: <http://etologia-no-dia-a-dia.blogspot.com/2010/10/consciencia-nossa-libertacao-ou-nosso.html>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS

ALTERAÇÕES DA FUNÇÃO CARDIOVASCULAR

Muitas vezes, a recuperação pós-anestésica é acompanhada de marcada instabilidade cardiovascular e com o que isso implica de risco e de desconforto para o doente.

COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES	CAUSAS
<p>HIPOTENSÃO Manifestações clínicas: aumento da frequência cardíaca, diminuição do débito urinário, palidez das extremidades, confusão e agitação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da pré-carga na sequência de hipovolémia causada por: hemorragia, reposição hídrica inadequada, pneumotórax e/ou vasodilatação causada por anestésicos ou outras drogas • Choque • Isquémia • Hipoxémia • Enfarte do miocárdio • Disritmias • Perda de líquido do terceiro espaço • Insuficiência cardíaca congestiva
<p>HIPERTENSÃO Pode levar a: disritmias cardíacas, isquémia e enfarte do miocárdio, falência ventricular esquerda, edema pulmonar e AVC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoxémia • Hipercapnia • Hipertensão pré-existente • Hipovolémia • Estimulação simpática • Distensão vesical • Ansiedade
<p>DISRITMIAS CARDÍACAS Taquicardia sinusal Bradicardia sinusal Disritmias supraventriculares</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Doença cardíaca pré-existente • Hipoxémia • Hipercapnia • Acidose respiratória • Desequilíbrio hidro-electrolítico • Hipotermia • Dor • Hipertensão Arterial

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

VIGILÂNCIA, MANUTENÇÃO E/OU MELHORIA DA FUNÇÃO CÁRDIO-CIRCULATÓRIA:

- Monitorização de sinais vitais – oximetria, pulso, coloração e temperatura da pele (extremidades) e mucosas e características do traçado cardíaco
- Avaliação da desobstrução das vias aéreas, ventilação adequada e oxigénio suplementar
- Reconhecimento precoce de sinais e sintomas de alterações a estes níveis
- Vigilância de pensos e drenagens, e detecção precoce de sinais de hemorragia
- Detecção precoce de sinais de isquémia
- Cuidados inerentes ao posicionamento, fixação e manutenção de cateteres venosos centrais e periféricos, etc.
- Cuidados inerentes à administração de sangue e derivados se necessário
- Cuidados inerentes à administração de fármacos prescritos

Referências Bibliográficas:

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas – **Enfermagem Perioperatória**. Loures: Lusodidacta, 2006. 356 p. ISBN 972-8930-16-X.
 PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – **Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica**. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2003. 2670 p. ISBN 972-8383-65-7.

Fonte Imagem: <http://www.dreamstime.com/royalty-free-stock-photos-cardiovascular-system-image5563888>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS

ALTERAÇÕES DA FUNÇÃO MOTORA

Condicionam um grande número de outros problemas (circulatórios, cutâneos, respiratórios, etc.).

CAUSAS

- Patologia
- Dor
- Posicionamento
- Terapêutica
- Técnicas anestésicas

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E/OU MELHORIA DAS ALTERAÇÕES DA FUNÇÃO MOTORA:

- Manutenção da higiene corporal
- Manutenção da roupa da cama limpa, seca e sem rugas
- Proceder à mudança de posicionamentos com a frequência necessária, tendo em conta as necessidades do doente e as restrições à mobilidade
- Execução de massagens de conforto quando benéficas

Referências Bibliográficas:

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses – **Enfermagem Perioperatória**. Loures: Lusodidacta, 2006. 356 p. ISBN 972-8930-16-X.
Fonte Imagem: <http://uthopya.deviantart.com/art/Contorcionismo-III-45560041>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS

ALTERAÇÕES DA FUNÇÃO RENAL

ALTERAÇÕES DO EQUILÍBRIO HIDRO-ELECTROLITICO

CAUSAS

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">•Fármacos anestésicos•Desequilíbrio volémico•Traumatismo directo em cirurgia abdominal | <ul style="list-style-type: none">•Perdas excessivas ou deficiente reposição•Aporte em excesso ou deficiente eliminação de líquidos e electrólitos•Patologia associada |
|--|--|

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

VIGILÂNCIA, MANUTENÇÃO E/OU MELHORIA DA FUNÇÃO RENAL E EQUILÍBRIO HIDRO-ELECTROLÍTICO:

- Reconhecimento de sinais e sintomas de hipovolémia e hipervolémia
- Monitorização do débito urinário, características da urina e níveis de drenagens, tendo em conta o correcto posicionamento e fixação dos drenos para evitar traumatismos e erros de leitura
- Monitorização de fluidos administrados
- Realização de balanço hídrico
- Cuidados de assepsia e manutenção do cateter vesical e drenos em geral

Referências Bibliográficas:

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses – **Enfermagem Perioperatória**. Loures: Lusodidacta, 2006. 356 p. ISBN 972-8930-16-X.
PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – **Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica**. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2003. 2670 p. ISBN 972-8383-65-7.

Fonte Imagem: <http://www.uq.edu.au/research/index.html?page=67867&pid=0>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS

ALTERAÇÕES DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

A avaliação da condição respiratória é de importância primordial durante o período pós-operatório imediato.

COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS	CAUSAS
OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS	<ul style="list-style-type: none"> • Queda da língua • Terapêutica anestésica • Alterações estruturais nas vias aéreas • Agressão cirúrgica • Secreções ou colecção de outros fluidos na faringe, árvore brônquica ou traqueia • Edema laríngeo ou da glote
HIPOXÉMIA	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoventilação devido a: narcóticos, enfisema, infecções, pneumonia, obesidade, distensão gástrica e abdominal, pensos compressivos, local da incisão junto do diafragma, anestesia geral, ou dor • Diminuição de aporte de oxigénio
ASPIRAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Regurgitação • Traumatismo ou manipulação cirúrgica • Diminuição do nível de consciência • Disfagia • Esvaziamento gástrico retardado • Entubação de emergência em cliente com estômago cheio
LARINGOSPASMO	<ul style="list-style-type: none"> • Irritação das vias aéreas provocada por: anestésicos, lâmina de laringoscópio, tubo endotraqueal, estimulação cirúrgica, ou repetidas aspirações

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

VIGILÂNCIA, MANUTENÇÃO E/OU MELHORIA DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:

- Observação contínua das características da respiração e reconhecimento dos sinais e sintomas de dificuldade respiratória
- Promoção de uma boa permeabilidade das vias aéreas e ventilação adequada:
 - Posicionamento do doente de forma a facilitar a adequada função respiratória
 - Administração de oxigénio, quando prescrito
 - Aspiração de secreções
 - Introdução de uma via de permeabilidade oral ou nasal
- Solicitar a intervenção de outros elementos da equipa de saúde em função das necessidades do cliente e das suas competência

Referências Bibliográficas:

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses – **Enfermagem Perioperatória**. Loures: Lusodidacta, 2006. 356 p. ISBN 972-8930-16-X.
 PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – **Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica**. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2003. 2670 p. ISBN 972-8383-65-7.

Fonte Imagem: <http://floraisdaamazonia.wordpress.com/essencias-florais/>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS

AUMENTO DA SUSCEPTIBILIDADE ÀS INFECÇÕES

As precauções básicas de controlo de infecção devem ser aplicadas por todos os profissionais de saúde nos cuidados a todos os doentes e em todas as situações.

CAUSAS

- Intervenção cirúrgica
- Manobras terapêuticas invasivas
- Baixa de defesas
- Patologias associadas
- Dispositivos médicos

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

PROMOÇÃO DE PRECAUÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÕES:

- Promoção de acções que contribuam para a diminuição dos riscos de infecção:
 - Higienização das mãos antes do contacto com o cliente, antes de procedimentos assépticos, após risco de exposição a fluidos orgânicos, após contacto com o cliente e/ou após contacto com o ambiente envolvente do cliente
 - Promoção de técnica asséptica quando necessário
 - Promoção do uso adequado de equipamentos de protecção individual
- Monitorização, registo e divulgação à equipa de sinais de infecção
- Administração responsável de antibioterapia prescrita
- Promoção do uso racional de antimicrobianos
- Organização e manutenção de ambiente seguro

Referências Bibliográficas:

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses – **Enfermagem Perioperatória**. Loures: Lusodidacta, 2006. 356 p. ISBN 972-8930-16-X.
Fonte Imagem: <http://pt.kioskea.net/faq/531-infeccao-navipromo-magic-control-instant-access-egdaccess>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS

ALTERAÇÕES DA INTEGRIDADE DA PELE E MUCOSAS

Durante a cirurgia, os doentes estão em grande risco de soluções de continuidade da pele.

CAUSAS

- Posição cirúrgica prolongada
- Imobilidade
- Exposição à humidade
- Factores de risco pré-existentes

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E/OU MELHORIA DAS ALTERAÇÕES DA FUNÇÃO MOTORA:

- Observação da pele para despiste de locais afectados ou com possibilidade de o virem a ser
- Manutenção da higiene corporal
- Manutenção da roupa da cama limpa, seca e sem rugas
- Proceder à mudança de posicionamentos com a frequência necessária, tendo em conta as necessidades do doente e as restrições à mobilidade
- Tomada de conhecimento de factores de risco pré-existentes do doente
- Execução de massagens de conforto quando benéficas

Referências Bibliográficas:

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses – **Enfermagem Perioperatória**. Loures: Lusodidacta, 2006. 356 p. ISBN 972-8930-16-X.
PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – **Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica**. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2003. 2670 p. ISBN 972-8383-65-7.

Fonte Imagem: http://www.dicaspraticas.com.br/articles.php?article_id=37

ANEXO XIII

Manual do Auditor da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem para a Sala de Cuidados Pós-Anestesia da Unidade de Cirurgia Ambulatória



Instrução de Trabalho Geral

Manual do Auditor da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - UCA

1. Objectivo

Uniformizar a actuação dos Enfermeiros Auditores no processo de Auditoria aos Cuidados de Enfermagem.

2. Âmbito

Esta instrução de trabalho aplica-se aos Enfermeiros do Hospital **Cuf Descobertas**.

3. Referências e Abreviaturas

UCA – Unidade de Cirurgia Ambulatória

TIPOLOGIA DE CLIENTES E CRITÉRIOS DE SELECÇÃO:

TC- Cliente Cirúrgico em Sala de Cuidados Pós-Anestesia da Unidade de Cirurgia Ambulatória

4. Descrição do processo

Segurança

1. Evidência que o Cliente se encontra acomodado em segurança:

Objectivo: Observar se o Cliente está correctamente posicionado e se está devidamente protegido de quedas.

Sim: O Cliente está correctamente posicionado e está protegido de quedas com as medidas adequadas ao seu estado de autonomia, como por ex.: grades na cama.

Não: Quando não se observa a utilização de qualquer dos recursos disponíveis e adequados à situação de falta de autonomia do Cliente.

2. Evidência de que as grades da cama se encontram posicionadas correctamente:

Objectivo: Observar se as grades da cama estão subidas e fixas.

Sim: O Cliente tem as grades da cama subidas e fixas.

Não: As grades não estão subidas, não estão fixas e/ou estão inoperacionais.

3. Evidência de que a unidade do Cliente se encontra arrumada e limpa:

Objectivo: Verificar se a unidade está arrumada, limpa e sem lixos espalhados ou acumulados nos recipientes do lixo. Observar a existência de materiais e /ou equipamentos passíveis de contaminar o ambiente (arrastadeiras e urinóis usados, material contaminado, entre outros).

Nº. DOC	ELABORADO	APROVADO	DATA APROVAÇÃO	PÁG. Nº.
				1/11



Instrução de Trabalho Geral

Manual do Auditor da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - UCA

Sim: A unidade está arrumada e sem lixos espalhados pelo chão ou acumulados nos recipientes do lixo. Na unidade do Cliente não se observam arrastadeiras ou urinóis usados e/ ou outros materiais contaminados.

Não: Quando não se verificar um ou todos os critérios enunciados.

4. Evidência de que a unidade do Cliente se encontra funcional:

Objectivo: Verificar se as rampas de ar comprimido, O₂ e vácuo estão operacionais e se o material está conforme a lista de verificação das unidades. Verificar se está transitável para situações de urgência/emergência.

Sim: A unidade do Cliente está transitável para situações de urgência/emergência. As rampas de ar comprimido, O₂ e vácuo estão operacionais e o material está conforme a Lista de verificação das unidades.

Não: Quando não se verificar um ou todos os critérios enunciados.

5. Evidência de pulseira de identificação colocada e legível:

Objectivo: Verificar que a pulseira de identificação do Cliente se encontra colocada no pulso do Cliente e se encontra legível.

Sim: A pulseira de identificação está colocada no pulso do Cliente e encontra-se legível.

Não: A pulseira de identificação do Cliente não se encontra colocada no pulso do Cliente ou não se encontra legível.

6. Evidência de lavagem/desinfecção das mãos entre Clientes:

Objectivo: Observar se os Enfermeiros e AAMs, efectuam a lavagem/desinfecção das mãos após cada uma das intervenções que necessitem de contacto físico com o Cliente (mudança de fralda, aspiração de secreções, administração de terapêutica, colheita de sangue), assim como após manipular urinóis, arrastadeiras e na transição de um Cliente para outro.

Sim: É feita lavagem higiénica/desinfecção das mãos após contacto com o Cliente e/ou entre procedimentos.

Não: Não é feita a lavagem higiénica/desinfecção das mãos após contacto com o Cliente e/ou entre procedimentos.

7. Evidência de que os sistemas de soros e torneiras de três vias se encontram sem sangue coagulado e em circuito fechado:

Objectivo: Observar se os sistemas de soros contêm resíduos de sangue quer no interior como no exterior e se o circuito do sistema para administração de fluidos está em circuito fechado (torneiras de três vias com tampas)

Sim: Os sistemas de soro não apresentam sangue nas paredes (interior e/ou exterior) e o circuito do sistema de administração está em circuito fechado.

Não: Os sistemas de soro apresentam sangue nas paredes (interior e/ou exterior) e/ou o circuito do sistema de administração não está fechado.

Nº. DOC	ELABORADO	APROVADO	DATA APROVAÇÃO	PÁG. Nº.
				2/11



Instrução de Trabalho Geral

Manual do Auditor da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - UCA

8. Evidência de ausência de sinais de inflamatórios e/ou infiltração de soros nos membros:

Objectivo: Detectar a presença de sinais inflamatórios e/ou infiltração provocada pelas perfusões em curso (edema, palidez, dor, trajecto venoso avermelhado...).

Sim: Não se observam sinais inflamatórios e/ou infiltração das perfusões em curso

Não: Observam-se sinais inflamatórios e/ou infiltração das perfusões em curso durante este internamento (edema, palidez, dor, trajecto venoso avermelhado...).

9. Evidência de perfusões correctamente identificadas (data e hora):

Objectivo: Observar que as perfusões em curso se encontram correctamente identificadas. Frascos de soro com medicamentos associados e seringas com medicamentos em perfusão contínua deverão estar identificados com etiqueta adequada (IMP.2352) Todos os sistemas de perfusão deverão estar identificados com uma etiqueta com a data e hora em que foram colocados. Os prazos de utilização destes sistemas não deverão exceder as 48 horas, sem prejuízo do respeito pelos prazos determinados pela especificidade de alguns medicamentos.

Sim: As perfusões em curso e os respectivos sistemas encontram-se correctamente identificados.

Não: As perfusões e os respectivos sistemas não se encontram correctamente identificados.

10. Evidência de pensos de cateteres externamente limpos:

Objectivo: Observar que os pensos estão exteriormente limpos, sem sinais de repasse ou húmidos. Observar que os adesivos evidenciam, na sua totalidade, aderência à pele.

Sim: Pensos limpos e adesivos aderentes à pele.

Não: Pensos repassados e/ou sujos. Adesivos descolados.

11. Evidência de optimização dos cateteres venosos periféricos:

Objectivo: Observar se o cateter periférico não apresenta angulações. Observar se o cateter se encontra fechado com a tampa específica (obturador) e se o penso está limpo e seco.

Sim: O cateter está íntegro, fechado com a tampa específica (obturador) e o penso está limpo e seco.

Não: Observam-se que o penso está sujo e/ou húmido e/ou descolado. O cateter está dobrado e/ou fechado com outra tampa que não seja a específica (obturador). O cateter não se encontra fixo segundo a instrução de trabalho do HCD.

12. Evidência de alarmes de monitorização dos parâmetros vitais do Cliente ligados:

Objectivo: Observar que os limites de alarme de monitorização dos parâmetros vitais se encontram ligados e ajustados aos parâmetros do Cliente.

Nº. DOC	ELABORADO	APROVADO	DATA APROVAÇÃO	PÁG. Nº.
				3/11



Instrução de Trabalho Geral

Manual do Auditor da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - UCA

Sim: Os limites de alarme de monitorização dos parâmetros vitais estão ligados e ajustados aos parâmetros do Cliente.

Não: Os limites de alarme de monitorização dos parâmetros vitais estão desligados e/ou desajustados para os parâmetros do Cliente.

13. Evidência que houve confirmação por parte do Enfermeiro “Cliente certo-terapêutica certa” antes da administração de qualquer terapêutica:

Objectivo: Verificar se o Enfermeiro confirma que a terapêutica a administrar é a que foi prescrita e preparada para “aquele Cliente”.

Sim: O Enfermeiro confirmou a identificação do Cliente e cruzou com a identificação da terapêutica preparada, imediatamente antes da administração.

Não: O Enfermeiro administrou a terapêutica ao Cliente sem qualquer confirmação.

Respiração

14. Evidência de permeabilidade das vias aéreas superiores:

Objectivo: Verificar se o Cliente respira sem dificuldade, se não são audíveis sons indicadores de obstrução da orofaringe (secreções, queda da língua, próteses).

Sim: O Cliente respira sem dificuldade e não são audíveis sons indicadores de obstrução da orofaringe.

Não: O Cliente apresenta sinais de dificuldade respiratória e/ou são audíveis sons indicadores de obstrução das vias aéreas superiores por secreções acumuladas ou objectos.

15. Evidência de dispositivos faciais de oxigenoterapia limpos e adaptados com segurança:

Objectivo: Verificar que os dispositivos faciais (óculos nasais ou máscaras de O₂) se encontram limpos, com tamanho adequado ao Cliente e sem fazer pressão.

Sim: O dispositivo encontra-se limpo, com tamanho adequado e em segurança.

Não: O dispositivo encontra-se sujo, com tamanho desadequado, sem segurança.

n.a. Cliente sem oxigenoterapia..

16. Evidência de administração de oxigénio de acordo com a prescrição médica:

Objectivo: Observar que a dosagem de O₂ em curso cumpre a prescrição e o humidificador tem água destilada.

Sim: Dosagem de O₂ em curso de acordo com a prescrição e o humidificador tem água destilada.

Não: Dosagem de O₂ em curso incorrecta e/ou o humidificador está sem água destilada.

n. a.: Não tem aporte de O₂ prescrito.

Nº. DOC	ELABORADO	APROVADO	DATA APROVAÇÃO	PÁG. Nº.
				4/11



Instrução de Trabalho Geral

Manual do Auditor da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - UCA

Circulação

17. Evidência de posicionamento adequado para correcta drenagem de edemas:

Objectivo: Observar a presença de edemas nos membros e se o posicionamento do Cliente favorece a drenagem dos mesmos (elevação dos membros).

Sim: Posicionamento do Cliente favorece a drenagem dos edemas.

Não: Posicionamento do Cliente não favorece a drenagem dos edemas.

n. a.: Cliente não apresenta edemas dos membros e/ou pela patologia do Cliente não é possível fazer a drenagem dos edemas.

Nutrição e Volume de Líquidos

18. Evidência de avaliação de glicemia capilar de acordo a prescrição médica:

Objectivo: Observar que a glicemia capilar é avaliada e registada;

Sim: A glicemia capilar é avaliada e registada;

Não: A glicemia capilar não é avaliada;

n.a.: O Cliente não necessita de avaliação da glicemia capilar.

Pele e Tegumentos

19. Evidência de boca e olhos cuidados:

Objectivo: Observar se a boca e os olhos do Cliente estão limpos e livres de secreções.

Sim: Olhos e boca limpos e hidratados.

Não: Presença de secreções nos olhos e/ou boca.

20. Evidência de cama limpa, seca e sem rugosidades:

Objectivo: Observar que a roupa está limpa seca e sem rugosidades (roupa sem serosidades, sangue ou qualquer outro tipo de líquidos).

Sim: Roupa limpa e seca (sem serosidades, sem gotas de sangue...) e sem rugosidades.

Não: Roupa com sinais de serosidades, sangue e/ou com rugosidades.

21. Evidência de Cliente coberto ou vestido, de acordo com situação clínica:

Objectivo: Observar que Cliente está vestido e/ou coberto de acordo com a sua situação clínica.

Sim: Cliente coberto e/ou vestido.

Não: Cliente destapado e/ou sem pijama ou camisa.

Nº. DOC	ELABORADO	APROVADO	DATA APROVAÇÃO	PÁG. Nº.
				5/11



Instrução de Trabalho Geral

Manual do Auditor da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - UCA

22. Evidência de que quando cuidam do Cliente é respeitada a sua privacidade (cortinas corridas):

Objectivo: Observar se a prestação de cuidados de enfermagem é realizada com salvaguarda da privacidade do Cliente (cortinas corridas).

Sim: Há salvaguarda da privacidade do Cliente.

Não: Não há salvaguarda da privacidade do Cliente.

Necessidades Emocionais

23. Evidência de explicação dos procedimentos a efectuar (administração de medicamentos, punções, exames, etc.)

Objectivo: Certificar-se que relativamente aos cuidados a efectuar (administração de medicação, punções, exames, etc.) o Enfermeiro informa e explica ao Cliente os procedimentos a realizar.

Sim: O Cliente é informado e são-lhe explicados os procedimentos a realizar.

Não: O Cliente não é informado e/ou não lhe são explicados os procedimentos a realizar.

24. Evidência de pedido de consentimento para os procedimentos de enfermagem a efectuar:

Objectivo: Observar se é pedido o consentimento ao Cliente dos procedimentos de enfermagem a efectuar.

Sim: O enfermeiro pede o consentimento ao Cliente sempre que tem que realizar um procedimento de enfermagem.

Não: O consentimento não é pedido ao Cliente quando o Enfermeiro tem que realizar um procedimento de enfermagem.

25. Evidência de tratamento do Cliente pela forma como gosta de ser tratado:

Objectivo: Observar se o Cliente é tratado pelo título académico (se conhecido e preferir) seguido do nome como gosta de ser tratado, quando abordado pelos Enfermeiros e pelos AAMs.

Sim: O Cliente é tratado pelo título académico (se conhecido e preferir) seguido do nome como gosta de ser tratado.

Não: O Cliente não é tratado pelo título académico (se conhecido e preferir) e/ou pelo nome como gosta de ser tratado. Referir em observações se se observa serem utilizadas expressões como «amigo», «avozinho», « mãe», «pai», a 1ª pessoa do plural («você») ou quaisquer outras que não a correcta.

Necessidades Sociais

Nº. DOC	ELABORADO	APROVADO	DATA APROVAÇÃO	PÁG. Nº.
				6/11



Instrução de Trabalho Geral

Manual do Auditor da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - UCA

26. Evidência de que o Enfermeiro/AAM se apresenta ao Cliente:

Objectivo: Observar se o Enfermeiro/AAM se apresenta ao Cliente quando lhe presta cuidados pela primeira vez.

Sim: O Enfermeiro/AAM apresenta-se ao Cliente quando lhe presta cuidados pela primeira vez.

Não: O Enfermeiro/AAM não se apresenta ao Cliente quando lhe presta cuidados pela primeira vez.

Actividade Motora

27. Evidência de posicionamento do Cliente na cama segundo técnica adequada:

Objectivo: Observar se o Cliente se encontra posicionado adequadamente, segundo a situação clínica e/ou prescrição.

Sim: O Cliente encontra-se posicionado adequadamente

Não: O Cliente não se encontra posicionado adequadamente

Eliminação

28. Evidência de optimização da drenagem vesical:

Objectivo: Observar que o saco colector está adequadamente suspenso abaixo do nível da bexiga do Cliente, pendurado em suporte próprio sem tocar no chão e que a tubuladura está fixa e sem dobras.

Sim: O saco colector está adequadamente suspenso e abaixo do nível da bexiga do Cliente, encontrando-se pendurado em suporte próprio e sem tocar no chão. A tubuladura está fixa e sem dobras.

Não: Saco colector suspenso de forma desadequada, colocado no chão, na cama e/ou ao nível ou acima da bexiga do Cliente e/ou a tubuladura encontra-se dobrada.

n. a.: Cliente não está algaliado.

29. Evidência de que o(s) dreno(s) de vácuo estão colocado(s) em posição adequada e com pressão negativa dentro dos reservatórios:

Objectivo: Observar se os drenos de vácuo se encontram em posição adequada e com pressão negativa dentro dos reservatórios.

Sim: Os drenos de vácuo encontram-se em posição adequada e com pressão negativa dentro dos reservatórios.

Não: Os drenos de vácuo não se encontram em posição adequada e não contêm pressão negativa suficiente dentro dos reservatórios.

n.a.: O Cliente não tem drenos de vácuo.

Nº. DOC	ELABORADO	APROVADO	DATA APROVAÇÃO	PÁG. Nº.
				7/11



Instrução de Trabalho Geral

Manual do Auditor da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - UCA

30. Evidência de correcta adaptação dos apósitos e dispositivos colectores em ostomias:

Objectivo: Observar que os apósitos de ostomias estão adaptados à pele e sistemas colectores adequadamente adaptados.

Sim: Apósitos de ostomias fixos à pele e dispositivos colectores adequadamente adaptados.

Não: Apósitos de ostomia soltos, fixos com adesivos e/ou dispositivos colectores desadaptados.

n.a.: O Cliente não tem ostomias.

31. Evidência de optimização e posicionamento adequado dos sacos colectores e/ou recipientes de drenagem:

Objectivo: Observar que os sacos colectores e/ou recipientes de drenagem não devem ultrapassar os 2/3 da sua capacidade (sacos colectores de urina +/- 1500cc) e se encontram correctamente posicionados.

Sim: Sacos colectores e/ou recipientes de drenagem são utilizados até 2/3 da sua capacidade e encontram-se posicionados em declive, sem repuxar e/ou sem provocar zonas de pressão.

Não: Sacos colectores são utilizados para além de 2/3 da sua capacidade e encontram-se a repuxar e/ou a provocar zonas de pressão e/ou não se encontram em declive.

n.a.: Cliente sem drenagens e/ou sacos colectores.

Análise de Registos (Ficha de Recuperação Anestésica)

32. Evidência de registo de Identificação do Cliente:

Objectivo: Verificar se a Identificação do Cliente se encontra preenchida.

Sim: A Identificação do Cliente está preenchida de acordo com a Ficha de Recuperação Anestésica.

Não: A Identificação do Cliente não está preenchida de acordo com a Ficha de Recuperação Anestésica (tem itens por preencher).

33. Evidência de Registo de Procedimento Cirúrgico:

Objectivo: Verificar se o registo de Procedimento Cirúrgico está preenchido.

Sim: Está registado o Procedimento Cirúrgico a que o Cliente foi submetido.

Não: Não está registado o Procedimento Cirúrgico a que o Cliente foi submetido.

34. Evidência de Registo de Técnica Anestésica:

Objectivo: Verificar se o registo da Técnica Anestésica está preenchido.

Sim: Está registada a Técnica Anestésica a que o Cliente foi submetido.

Não: Não está registado a Técnica Anestésica a que o Cliente foi submetido.

35. Evidência de registo de Sinais Vitais e hora de entrada do Cliente:

Nº. DOC	ELABORADO	APROVADO	DATA APROVAÇÃO	PÁG. Nº.
				8/11



Instrução de Trabalho Geral

Manual do Auditor da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - UCA

Objectivo: Verificar o registo dos sinais vitais (frequência cardíaca, tensão arterial, frequência respiratória e saturação de O₂) do Cliente e hora de entrada na Sala de Cuidados Pós-Anestesia.

Sim: Existe evidência de registo dos sinais vitais e hora de entrada.

Não: Não existe evidência de registo dos sinais vitais e hora de entrada.

36. Evidência de registo de Sinais Vitais durante a permanência do Cliente:

Objectivo: Verificar o registo dos sinais vitais (frequência cardíaca, tensão arterial, frequência respiratória e saturação de O₂) do Cliente durante a permanência na Sala de Cuidados Pós-Anestesia e de acordo com o estabelecido na Ficha de Recuperação Anestésica.

Sim: Existe evidência de registo dos sinais vitais durante a permanência do Cliente.

Não: Não existe evidência de registo dos sinais vitais durante a permanência do Cliente.

37. Evidência de avaliação da Recuperação Inicial – Fase I do Cliente:

Objectivo: Verificar a utilização da Escala de Aldrete na avaliação da recuperação anestésica do Cliente.

Sim: Existe registo de avaliação da recuperação anestésica do Cliente, utilizando a escala de Aldrete.

Não: Não existe registo da recuperação anestésica do cliente.

38. Evidência de administração de terapêutica prescrita:

Objectivo: Verificar que a terapêutica prescrita é administrada e está registada.

Sim: A terapêutica prescrita é administrada e está registada.

Não: A terapêutica prescrita não é administrada e/ou não está registada.

39. Impresso de transfusão de hemoderivados preenchido:

Objectivo: Verificar que em Clientes com transfusão de hemoderivados, o número de identificação do produto transfundido, hora de início e fim da transfusão e identificação do enfermeiro se encontram registados no impresso próprio da Unidade de Imuno-hemoterapia.

Sim: O Impresso de hemoderivados encontra-se correctamente preenchido.

Não: O Impresso de hemoderivados não se encontra correctamente preenchido.

n.a.: O Cliente não efectuou transfusões de hemoderivados.

40. Evidência de registo de volume de líquidos drenado e características:

Objectivo: Observar que existe registo de volume drenado, e suas características em Clientes com qualquer tipo de drenagem (vesical, gástrica, torácica, drenos cirúrgicos).

Sim: Existe registo de volume e características.

Não: Não existe registo de volume drenado e características.

n.a.: O Cliente não apresenta drenagens.

Nº. DOC	ELABORADO	APROVADO	DATA APROVAÇÃO	PÁG. Nº.
				9/11



Instrução de Trabalho Geral

Manual do Auditor da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - UCA

41. Evidência de avaliação da Recuperação Intermédia – Fase II do Cliente:

Objectivo: Verificar a utilização da Escala de Avaliação da Recuperação Intermédia do Cliente.

Sim: Existe registo de avaliação da Recuperação Intermédia do Cliente, utilizando a Escala de Avaliação.

Não: Não existe registo da Recuperação Intermédia do Cliente.

42. Evidência de registo de deambulação e orientação durante a permanência do Cliente:

Objectivo: Verificar o registo de deambulação e orientação do Cliente durante a permanência na Sala de Cuidados Pós-Anestesia e de acordo com o estabelecido na Ficha de Recuperação Anestésica.

Sim: Existe evidência de registo de deambulação e orientação durante a permanência do Cliente.

Não: Não existe evidência de registo de deambulação e orientação durante a permanência do Cliente.

43. Evidência de registo de dor, náuseas e vômitos durante a permanência do Cliente:

Objectivo: Verificar o registo de dor, náuseas e vômitos do Cliente durante a permanência na Sala de Cuidados Pós-Anestesia e de acordo com o estabelecido na Ficha de Recuperação Anestésica.

Sim: Existe evidência de registo de dor, náuseas e vômitos durante a permanência do Cliente.

Não: Não existe evidência de registo de dor, náuseas e vômitos durante a permanência do Cliente.

44. Evidência de registo de via oral e micção durante a permanência do Cliente:

Objectivo: Verificar o registo de via oral e micção do Cliente durante a permanência na Sala de Cuidados Pós-Anestesia e de acordo com o estabelecido na Ficha de Recuperação Anestésica.

Sim: Existe evidência de registo de via oral e micção durante a permanência do Cliente.

Não: Não existe evidência de registo de via oral e micção durante a permanência do Cliente.

45. Evidência de registo de sangue no penso cirúrgico durante a permanência do Cliente:

Objectivo: Verificar o registo de sangue no penso cirúrgico do Cliente durante a permanência na Sala de Cuidados Pós-Anestesia e de acordo com o estabelecido na Ficha de Recuperação Anestésica.

Nº. DOC	ELABORADO	APROVADO	DATA APROVAÇÃO	PÁG. Nº.
				10/11



Instrução de Trabalho Geral

Manual do Auditor da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - UCA

Sim: Existe evidência de registo de sangue no penso cirúrgico durante a permanência do Cliente.

Não: Não existe evidência de registo de sangue no penso cirúrgico durante a permanência do Cliente.

46. Evidência de registo de check-list de alta do Cliente da Sala de Cuidados Pós-Anestesia:

Objectivo: Verificar o registo da check-list de alta do Cliente da Sala de Cuidados Pós-Anestesia e de acordo com o estabelecido na Ficha de Recuperação Anestésica.

Sim: Existe evidência de registo da check-list de alta do Cliente.

Não: Não existe evidência de registo da check-list de alta do Cliente.

Nº. DOC	ELABORADO	APROVADO	DATA APROVAÇÃO	PÁG. Nº.
				11/11

ANEXO XIV

Check-list do Manual do Auditor da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem para a Sala de Cuidados Pós-Anestesia da Unidade de Cirurgia Ambulatória



**Auditoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
Cliente em Sala de Cuidados Pós-Anestesia da Unidade de Cirurgia Ambulatória**

Identificação da Auditoria

Serviço		Cliente		
	No. Proc.	Iniciais	Internado em	
			/ /	
Auditor			Data	Hora
Assinatura	No. Mec.		/ /200	h m

Tipologia e Resultado da Auditoria

Tipologia	Cliente Cirúrgico em Sala de Cuidados Pós-Anestesia da Unidade de Cirurgia Ambulatória			
Crítérios	Clientes em UCA			
Avaliador		No. Controlo	Resultado	□□□, □%
Assinatura	No. Mec.			

Auditoria

Observação	Sim	Não	n.a.
Segurança			
1. Evidência que o Cliente se encontra acomodado em segurança			
2. Evidência de que as grades da cama se encontram posicionadas correctamente			
3. Evidência de que a unidade do Cliente se encontra arrumada e limpa			
4. Evidência de que a unidade do Cliente se encontra funcional			
5. Evidência de pulseira de identificação colocada e legível			
6. Evidência de lavagem/desinfecção das mãos entre Clientes			
7. Evidência de que os sistemas de soros e torneiras de três vias se encontram sem sangue coagulado e em circuito fechado			
8. Evidência de ausência de sinais inflamatórios e/ou infiltração de soros nos membros			
9. Evidência de perfusões correctamente identificadas (data e hora)			
10. Evidência de pensos de cateteres externamente limpos			
11. Evidência de optimização dos catéteres venosos periféricos			
12. Evidência de alarmes de monitorização dos parâmetros vitais do Cliente ligados			
13. Evidência que houve confirmação por parte do Enfermeiro "Cliente certo-terapêutica certa" antes da administração de qualquer terapêutica.			

**Auditoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
 Cliente em Sala de Cuidados Pós-Anestesia da Unidade de Cirurgia Ambulatória**

Auditoria			
Observação	Sim	Não	n.a.
Observações			
Respiração			
14. Evidência de permeabilidade das vias aéreas superiores			
15. Evidência de dispositivos faciais de oxigenoterapia limpos e adaptados com segurança			
16. Evidência de administração de oxigênio de acordo com a prescrição médica			
Observações			
Circulação			
17. Evidência de posicionamento adequado para correcta drenagem de edemas			
Observações			
Nutrição e Volume de Líquidos			
18. Evidência de avaliação de glicémia capilar de acordo com a prescrição médica			
Observações			
Pele e Tegumentos			
19. Evidência de boca e olhos cuidados			
20. Evidência de cama limpa, seca, e sem rugosidades			
21. Evidência de Cliente coberto ou vestido, de acordo com situação clínica			
22. Evidência de que quando cuidam do Cliente é respeitada a sua privacidade (cortinas corridas)			

**Auditoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
Cliente em Sala de Cuidados Pós-Anestesia da Unidade de Cirurgia Ambulatória**

Auditoria			
Observação	Sim	Não	n.a.
Observações			
Necessidades Emocionais			
23. Evidência de explicação dos procedimentos a efectuar (administração de medicamentos, punções, exames, etc.)			
24. Evidência de pedido de consentimento para os procedimentos de enfermagem a efectuar			
25. Evidência de tratamento do Cliente pela forma como gosta de ser tratado			
Observações			
Necessidades Sociais			
26. Evidência de que o Enfermeiro/AAM se apresenta ao Cliente			
Observações			
Actividade Motora			
27. Evidência de posicionamento do cliente na cama segundo técnica adequada e/ou de acordo com prescrição médica			
Observações			
Eliminação			
28. Evidência de optimização da drenagem vesical			
29. Evidência de que o(s) dreno(s) de vácuo estão colocados em posição adequada e com pressão negativa dentro do reservatório			
30. Evidência de correcta adaptação dos apósitos e dispositivos colectores em ostomias			
31. Evidência de optimização e posicionamento adequado dos sacos colectores e/ou recipientes de drenagem			

**Auditoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
Cliente em Sala de Cuidados Pós-Anestesia da Unidade de Cirurgia Ambulatória**

Auditoria			
Observação	Sim	Não	n.a.
Observações			
Análise de Registos (Ficha de Recuperação Anestésica)			
32. Evidência de registo de Identificação do Cliente			
33. Evidência de registo de Procedimento Cirúrgico			
34. Evidência de registo de Técnica Anestésica			
35. Evidência de registo de Sinais Vitais e Hora de entrada do Cliente			
36. Evidência de registo de Sinais Vitais durante a permanência do Cliente			
37. Evidência de avaliação da Recuperação Inicial – Fase I do Cliente			
38. Evidência de administração de terapêutica prescrita			
39. Evidência de Impresso de Transfusão de Hemoderivados preenchido			
40. Evidência de registo de volume drenado e características			
41. Evidência de avaliação da Recuperação Intermédia – Fase II do Cliente			
42. Evidência de registo de deambulação e orientação durante a permanência do Cliente			
43. Evidência de registo de dor, náuseas e vômitos durante a permanência do Cliente			
44. Evidência de registo de via oral e micção durante a permanência do Cliente			
45. Evidência de registo de sangue no penso cirúrgico durante a permanência do Cliente			
46. Evidência de registo de check-list de alta do Cliente da Sala de Cuidados Pós-Anestesia			
Observações			

ANEXO XV

“Comunicar com a pessoa em situação de disfunção comunicativa na UCI”

– Acção de Formação



UCICRE

CONVITE

Acção de Formação

**“Comunicar com a pessoa em situação de
disfunção comunicativa na UCI”**

Formadora: Zulmira Cristóvão

Destinatários: Enfermeiros da UCICRE do HFF

Data e hora: 17 de Fevereiro de 2011, às 14h30m

PLANO DE FORMAÇÃO

Formador: Zulmira Cristóvão
Destinatários: Enfermeiros da UCICRE do HFF
Data e hora: 17 de Fevereiro de 2011, às 14h30
Local: Sala de Espera da UCICRE

Tema: Comunicar com a pessoa em situação de disfunção comunicativa na UCI
Sessões: 1
Duração: 30 min

Objectivo geral:

Divulgar técnicas e instrumentos que promovam a comunicação com a pessoa em situação de disfunção comunicativa, internada em Unidade de Cuidados Intensivos.

Sumário:

- Apresentação (2 min)
- Definição de conceitos (8 min)
 - Comunicação
 - Comunicação Aumentativa
 - Comunicação Alternativa
- Instrumentos de Comunicação Aumentativa e Alternativa (18 min)
 - Sistemas Pictográficos
 - Comunicadores Digitais
 - Suporte Informático
 - Acessórios
- Avaliação (2 min)

Metodologia:

- Método expositivo, interrogativo e activo



COMUNICAR COM A PESSOA EM SITUAÇÃO DE DISFUNÇÃO COMUNICATIVA NA UCI

ZULMIRA CRISTÓVÃO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



OBJETIVO GERAL

- Divulgar técnicas e instrumentos que promovam a comunicação com a pessoa em situação de disfunção comunicativa, internada em Unidade de Cuidados Intensivos.

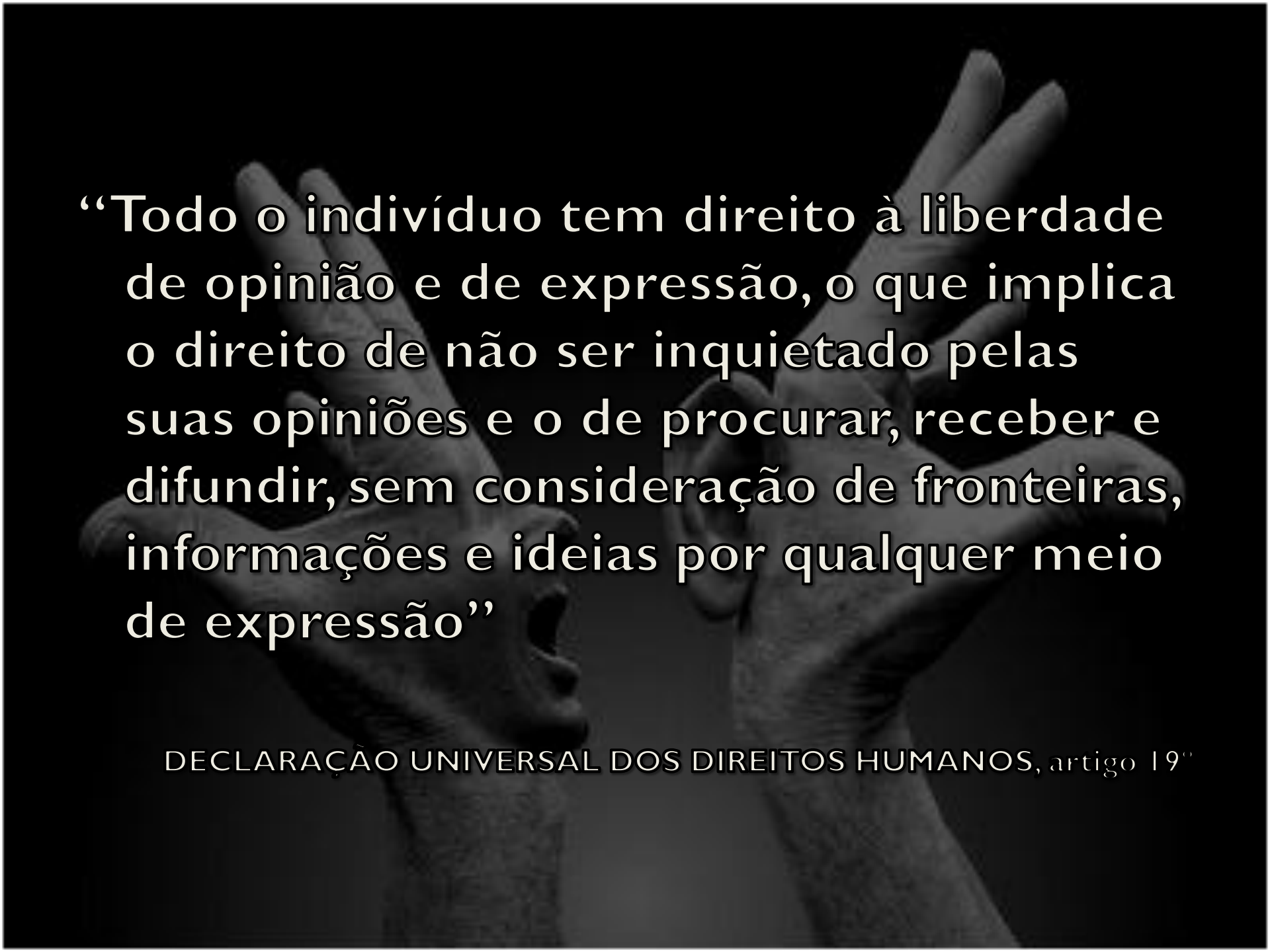
SUMÁRIO



- Definições
 - Comunicação
 - Comunicação Aumentativa
 - Comunicação Alternativa
- Instrumentos de Comunicação Aumentativa e Alternativa
 - Sistemas Pictográficos
 - Comunicadores Digitais
 - Suporte Informático
 - Acessórios

COMUNICAÇÃO

“Comunicação é um tipo de Acção Interdependente com as características específicas: acções de dar ou trocar informações, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre pessoas e grupos de pessoas, usando comportamentos verbais e não verbais, conversação face a face ou medidas de comunicação remota como o correio, correio electrónico e telefone.”



“Todo o indivíduo tem direito à liberdade de opinião e de expressão, o que implica o direito de não ser inquietado pelas suas opiniões e o de procurar, receber e difundir, sem consideração de fronteiras, informações e ideias por qualquer meio de expressão”

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, artigo 19º

PESSOA

COM

TUBO ENDOTRAQUEAL?



COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E ALTERNATIVA

“Consiste numa área de intervenção, que tenta compensar temporária ou permanentemente a disfunção comunicativa qualquer que seja a sua origem.”

SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION, 1989

COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA

Comunicação complementar ou de apoio.

COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA

Qualquer forma de comunicação diferente da fala e usada por um indivíduo em contextos de comunicação frente a frente.

Expressão facial

Comunicadores digitais

Mímica

PESSOA

Quadros

Imagens

COM

Acessórios

TUBO ENDOTRAQUEAL?

Postura

Suporte informático

Gestos

Sistemas Pictográficos

Escrita

DIGITALIZADORES DE FALA SIMPLES



Talking Brix

- Finos e leves
- Imanes interiores
- Gravação simples
- Uma mensagem em cada comunicador
- 10 segundos de gravação por comunicador
- Interruptor para ligar/desligar
- Baterias recarregáveis

DIGITALIZADORES DE FALA SIMPLES



Bigmack

- Uma mensagem
- Configuração do tempo entre repetições
- 75 segundos de gravação
- 127 mm de diâmetro
- Controlo de volume
- Interruptor para ligar/desligar

- Pequeno
- Inclinação para fácil acesso



Littlemack

DIGITALIZADORES DE FALA SIMPLES



One Talker

- Uma mensagem
- 8 segundos de gravação



Italk2

- Duas mensagens
- 10 segundos de gravação (cada)
- Plano inclinado para fácil acesso
- Duas fichas tipo jack para ligação a brinquedos adaptados ou outros dispositivos

DIGITALIZADORES DE FALA SEQUENCIAIS



Passo A Passo

- **Várias mensagens**
- **2 minutos de gravação total**
- **Activação mensagem a mensagem**



Passo A Passo Pequeno

DIGITALIZADORES DE FALA SEM VARRIMENTO



Gotalk Pocket

- Portátil
- Reduzidas dimensões
- 6 mensagens por cada nível (5 níveis)
- 5 minutos de gravação total
- Simples
- Grelhas de comunicação
- Compartimento removível
- Versão robusta, atractiva, fácil de utilizar e com boa qualidade de som

DIGITALIZADORES DE FALA SEM VARRIMENTO



Go Talk 4+

- 4 + 2 teclas
- 20 + 2 mensagens
- Tempo total de gravação: 4,5 min



Go Talk 9+

- 9 + 3 teclas
- 45 + 3 mensagens
- Tempo total de gravação: 9 min

- Muito leves (0,65 Kg) e resistentes
- Fáceis de transportar
- Primeira linha de células para mensagens genéricas
- 5 níveis para gravação
- Processo de gravação facilitado
- Óptima qualidade de som
- Dimensões: 23cm x 30cm x 3 cm

DIGITALIZADORES DE FALA COM VARRIMENTO



Comunicador S32

- **2 modelos: Touch ou Scan**
- **Leve e robusto**
- **Memória até 192 quadros de comunicação**
- **Cartão de 2GB**
- **Mais de 60 horas de som gravado**
- **Ideal para hospital**
- **Pode ser utilizado por vários utilizadores pessoais**
- **Frases, histórias, informações ou até músicas de CD's**
- **Inclui o software SymbolMate**

DIGITALIZADORES DE FALA COM VARRIMENTO

- Robusto
- Atractivo
- Excelente qualidade de som
- Feedback visual
- Opção de reproduzir várias mensagens na sequência escolhida



Go Talk Express 32

SICAM

Sistema Integrado de Comunicação Aumentativa



- **Windows XP**
- **Leve e portátil**
- **Ecrã táctil ou interfaces**
- **Mesa ou cadeira de rodas**

Grid 2

- **Rato**
- **Varrimento**
- **Teclados com letras, palavras, frases ou símbolos**
- **Sintetizador em português**
- **Sistema de conversão texto-fala**
- **Comunicação autónoma**
- **Controlo do ambiente físico**

SICAM

Sistema Integrado de Comunicação Aumentativa



Grid Mobile

- Telefone móvel ou PDA.
- Lojas tmn (Solução Especial tmn Minha Voz Grid)
- "Sistema de Teclados no Ecrã"
- Toque ou varrimento
- Sintetizador de voz em Português
- Construção de sistemas de menus personalizados
- Enviar e receber SMS
- Lista de contactos

VÁLVULA PASSY-MUIR



David A. Muir
(Inventor da
Válvula Passy-Muir)

Diagnosticaram-me Distrofia Muscular aos 5 anos de idade. Fui enfraquecendo gradualmente ao longo dos anos e acabei quadriplégico. Tinha 23 anos e estudava Engenharia Bioquímica quando tive uma paragem respiratória e fiquei dependente do ventilador.

Tinha aceite que não poderia andar e as outras limitações inerentes à minha doença. Contudo, quando tomei consciência de que não poderia falar, tive vontade de desistir. Então percebi que ainda não estava pronto para desistir. Disse a mim mesmo “Calma, nunca desististe antes facilmente, e não vais desistir desta vez. Tem de haver uma forma de contornar esta dificuldade”. Estes pensamentos tornaram-se a minha preocupação principal durante 3 meses muito difíceis, enquanto trabalhava no

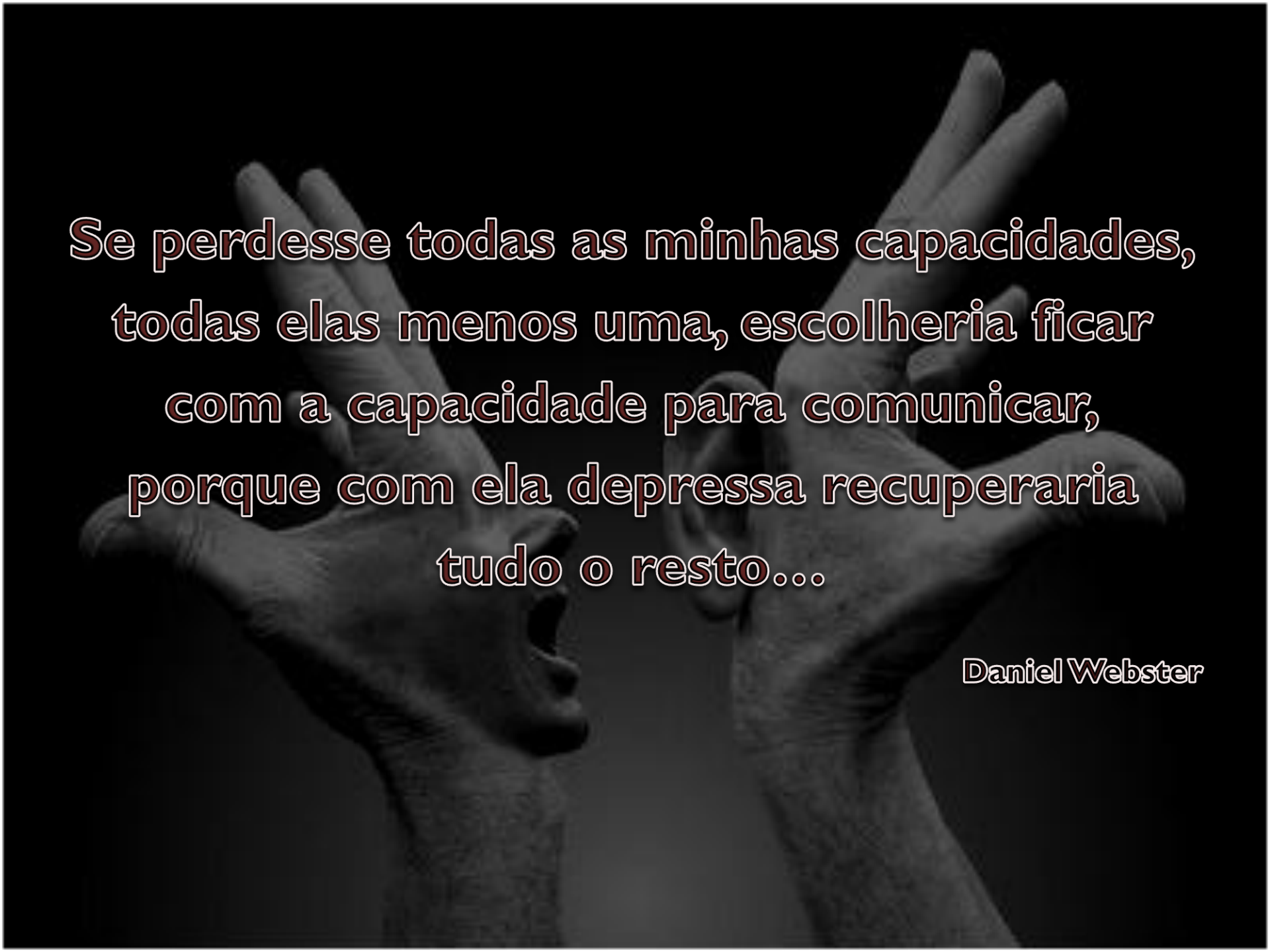


VÁLVULA PASSY-MUIR

Benefícios clínicos:

- Restabelece a comunicação
- Melhora a deglutição e pode reduzir a aspiração
- Restaura a pressão positiva natural nas vias aéreas
- Ajuda no controle das secreções
- Melhora a oxigenação
- Facilita o desmame ventilatório
- Facilita o controle de infecção
- Melhora o olfacto e o paladar

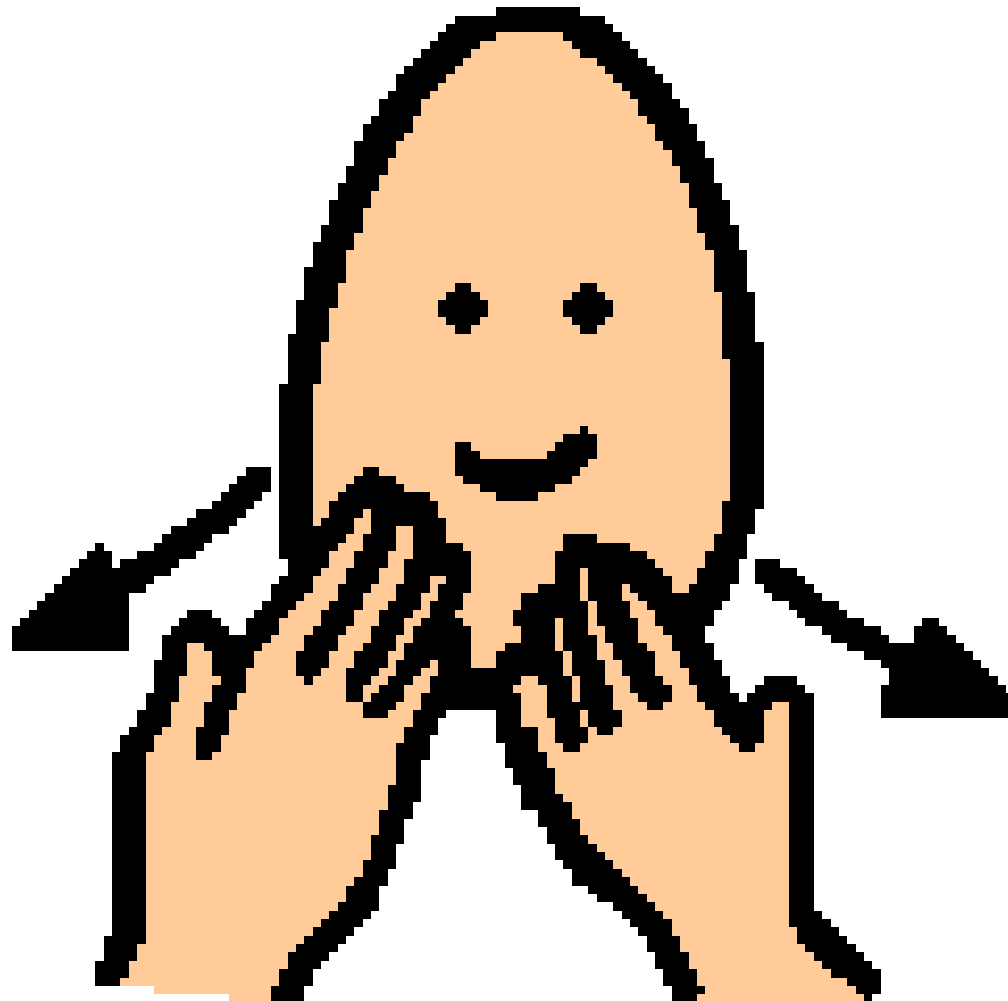




Se perdesse todas as minhas capacidades,
todas elas menos uma, escolheria ficar
com a capacidade para comunicar,
porque com ela depressa recuperaria
tudo o resto...

Daniel Webster

Obrigada



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS –
Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
(CIPE/ICNP) – Versão Beta2. 3^a ed. Lisboa: Associação Portuguesa
de Enfermeiros (APE), 2005. 227 p. ISBN 972-98149-5-3.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS

TETZCHNER, Stephen von; MARTINSEN, Harald – Introdução à
Comunicação Aumentativa e Alternativa. 2^a ed. Porto: Porto
Editora, 2000. 288 p. ISBN 972-0-34510-1.

<http://www.anditec.pt/> [on-line] [acedido em 10.01.2011]

<http://www.passy-muir.com/> [on-line] [acedido em 10.01.2011]

ANEXO XVI

“Comunicar com a pessoa em situação de disfunção comunicativa na UCI”

– Avaliação da Acção de Formação

AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO PELO FORMANDO

IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO

Tema Comunicar com a pessoa em situação de disfunção comunicativa na UCI

Data: 17 / 02 / 2011

Duração: 30 minutos

Assinale com uma cruz a opção que melhor se ajusta à sua opinião

PROGRAMAÇÃO DA ACÇÃO

		1	2	3	4	
Objectivos da Acção	Confusos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	Muito Claros
Conteúdos da Acção	Inadequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9.1%	<input checked="" type="checkbox"/> 90.9%	Completamente adequados
Utilidade do Tema	Inaplicável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	Totalmente aplicável

FUNCIONAMENTO DA ACÇÃO

		1	2	3	4	
Motivação e participação	Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 13.6%	<input checked="" type="checkbox"/> 86.4%	Plena
Relacionamento entre participantes	Fechado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	Muito aberto
Meios áudio visuais	Escassos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9.1%	<input checked="" type="checkbox"/> 90.9%	Excelentes
Utilização de meios áudio visuais	Inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 13.6%	<input checked="" type="checkbox"/> 86.4%	Muito adequada

QUALIDADE DA ACÇÃO

		1	2	3	4	
Disponibilidade	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9.1%	<input checked="" type="checkbox"/> 90.9%	Muito bom
Conhecimento	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	Muito bom
Clareza de exposição	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	Muito bom
Esclarecimento de dúvidas	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	Muito bom

OBSERVAÇÕES

“Muito positivo a experimentação e os objectos reais”
 “Tema abordado de forma muito inovadora”

Grata pela disponibilidade e colaboração

Zulmira Cristóvão
 (Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – UCP)