

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

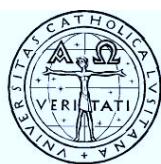
CUIDAR E REFLECTIR EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

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 Patricia Rodriguez Alvarez

Lisboa, Fevereiro de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CUIDAR E REFLECTIR EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

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 Patricia Rodriguez Alvarez

sob orientação de Professora Rita Marques

Lisboa, Fevereiro de 2011

Resumo

O presente relatório constitui uma descrição do Ensino Clínico, realizado no 3º Semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem, na sua vertente de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Este relatório tem como objectivos descrever, analisar e reflectir sobre as actividades desenvolvidas ao longo dos estágios do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, assim como descrever algumas das competências específicas adquiridas.

Os estágios foram realizados na Unidade de Cuidados Intensivos correspondendo este ao módulo II e no Hospital de Dia Cirúrgico que corresponde ao módulo III (área opcional).

No módulo II desenvolvi áreas relacionadas principalmente com a prestação de cuidados especializados ao doente de médio e alto risco, comunicação com o doente/família e a formação em serviço.

No módulo III as áreas desenvolvidas centraram-se sobretudo no acolhimento do doente /família, preparação para o regresso a casa, prestação de cuidados especializados ao doente de médio e alto risco, formação em serviço.

Fazendo uma análise de todo o caminho percorrido penso que progredi de forma continua, atingindo os objectivos estabelecidos e desenvolvendo as competências esperadas num enfermeiro especialista.

No relatório deixo ainda algumas sugestões para projectos futuros que visam a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, o investimento na autoformação, a formação em serviço e a investigação.

Abstract

This report provides a description of Clinical Teaching, held on the 3rd Curricular Semester in Medical-Surgical Nursing Specialization, at Instituto de Ciências Médicas da Universidade Católica Portuguesa.

This report aims to describe, analyze and reflect on the activities along the teaching practice of the Master Course in Medical-Surgical Nursing, as well as to describe some of the specific skills acquired.

The teaching practice was performed at the Intensive Care Unit which corresponds to the module II and at the Surgical Day Hospital which corresponds to module III (optional field).

In Module II development areas were primarily related to specialized care to patients of medium and high risk, communication with the client/ family and in-service training.

In Module III the developed areas have focused mainly on reception of the client / family, preparing for discharge, providing specialized care to patients of medium and high risk, and in-service training.

By examining the entire journey I think I evolved in a continuous manner, meeting the goals established and developing competencies expected in a specialist nurse.

The report also leaves some suggestions for future projects aimed at improving quality of care, investment in self-training, in-service training and research.

Agradecimentos

À Professora Rita Marques pelo modo estimulante como me orientou, apoiada sempre em críticas construtivas, em ideias pertinentes para o desenvolvimento do trabalho, e no incentivo constante que me foi dando e pelo tempo precioso que me dispensou.

À Enfermeira Paula Cannas e a Enfermeira M^a José Pinto que me estimularam a dar este passo dando-me a oportunidade de crescimento, realização profissional e pessoal e pela confiança que depositaram em mim.

A todos os enfermeiros que colaboraram na minha orientação durante os estágios.

À minha família e amigos, pelo apoio e incentivo que me deram ao longo destes anos.

Ao meu marido pela valiosa ajuda na correcção dos meus textos e pelas críticas construtivas que se revelaram importantes e por todo o apoio que me deu ao longo de todo o processo.

Ao meu filho Tomás pelos sorrisos diários.

Lista de Siglas

OE: Ordem dos Enfermeiros;

BIAO: Balão de contra-pulsção Intra-Aórtico;

UCI: Unidade de Cuidados Intensivos;

HDC: Hospital de Dia Cirúrgico;

EUA: Estados Unidos da América.

MS: Microsoft

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	9
1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	13
1.1 MÓDULO II- CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMÉDIOS – HOSPITAL DA LUZ	14
1.2 MÓDULO III- ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA - HOSPITAL DA LUZ.....	30
2. CONSIDERAÇÕES GERAIS	47
3. BIBLIOGRAFIA	51
ANEXOS	54
ANEXO I: CERTIFICADO DE TEMPO TRABALHADO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL. FUNÇÕES DESEMPENHADAS.	55
ANEXO II: INSTRUMENTO DE REGISTO: UCI DO HOSPITAL DA LUZ	62
ANEXO III: ESTUDO ELECTROFISIOLÓGICO E ABLAÇÃO POR CATÉTER: O QUE PRECISA DE SABER PARA A ALTA	64
ANEXO IV: PLANEAMENTO DA SESSÃO “ABORDAGEM À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA DA OBESIDADE”	66
ANEXO V: “ABORDAGEM À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA DA OBESIDADE”	68
ANEXO VI: QUESTIONÁRIO SOBRE A FORMAÇÃO “ABORDAGEM À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA DA OBESIDADE”	72
ANEXO VII: RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO SOBRE A FORMAÇÃO “ABORDAGEM À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA DA OBESIDADE”	74
ANEXO VIII: CERTIFICADO DA PARTICIPAÇÃO NO CURSO DE VIA AÉREA DIFÍCIL	77
ANEXO IX: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO E COMO PALESTRANTE NO XXX CONGRESSO NACIONAL DE GASTROENTEROLOGIA, ENDOSCOPIA DIGESTIVA E HEPATOLOGIA – VILAMOURA – 9 A 12 DE JUNHO.	79
ANEXO X: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO E COMO PALESTRANTE NO DIA DO ENFERMEIRO CELEBRADO NO HOSPITAL DA LUZ	82
ANEXO XI: CERTIFICADO DE TEMPO DE TRABALHO NO HOSPITAL DE DIA CIRÚRGICO. FUNÇÕES DESEMPENHADAS.....	85
ANEXO XII: MANUAL DO HDC	89
ANEXO XIII: GUIA DE ACOLHIMENTO AO DOENTE SUBMETIDO A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO.	94
ANEXO XIV: ARTROSCOPIA DO JOELHO: O QUE PRECISA DE SABER PARA A ALTA.....	98
ANEXO XV: PLANEAMENTO DA SESSÃO “ANESTESIA E ANALGESIA NO HOSPITAL DE DIA CIRÚRGICO”	100
ANEXO XVI: “ANESTESIA E ANALGESIA NO HOSPITAL DE DIA CIRÚRGICO”.	102
ANEXO XVII: QUESTIONÁRIO SOBRE A FORMAÇÃO “ANESTESIA E ANALGESIA NO HOSPITAL DE DIA CIRÚRGICO”	108
ANEXO XVIII: RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO SOBRE A FORMAÇÃO “ANESTESIA E ANALGESIA NO HOSPITAL DE DIA CIRÚRGICO”	110
ANEXO XIX: PLANEAMENTO DA SESSÃO “EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL. COMO USÁ-LOS?”	113
ANEXO XX: “EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL. COMO USÁ-LOS?”	115
ANEXO XXI: QUESTIONÁRIO SOBRE A FORMAÇÃO “EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL. COMO USÁ-LOS?” ..	119

ANEXO XXII: RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO SOBRE A FORMAÇÃO “ EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL. COMO USÁ-LOS?”	121
ANEXO XXIII: CERTIFICADO DA PARTICIPAÇÃO NO I CURSO TEÓRICO-PRÁTICO DE GASTRENEROLOGIA CELEBRADO NO HOSPITAL DA LUZ.....	124
ANEXO XXIV: CERTIFICADO DA FORMAÇÃO PEDAGÓGICA INICIAL DE FORMADORES.....	126
ANEXO XXV: PROPOSTA DE INVESTIGAÇÃO.....	1 29

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório pretende responder à exigência curricular da disciplina *Relatório* do 2º Semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A elaboração do relatório insere-se na metodologia de trabalho desenvolvida no plano de estudos que preconiza uma componente prática de 540 horas, sendo constituído por três módulos de estágio distintos.

O seu propósito é contextualizar e descrever os três momentos de estágio, assim como fazer um exercício de análise, reflexão e avaliação de forma crítica sobre o manancial de informação técnica, científica, prática e relacional que me permitiu desenvolver e adquirir competências específicas. Pretende justificar como, através de respostas direccionadas a objectivos específicos, consegui assumir-me como prestadora de cuidados num campo de intervenção particular de enfermagem, dando resposta ao que o Organismo Regulador (Ordem dos Enfermeiros) entende como necessidade formativa específica ao nível da especialização de conhecimentos: *“O apoio assistencial ao longo do ciclo vital impõe competências gerais, mas também apropriadas a cada fase etária, bem como respostas organizativas inovadoras, o que torna este tópico de análise relevante na definição das necessidades específicas de formação e de desempenho dos Enfermeiros”* Leite (2006, p.6).

A vertente prática foi constituída por três módulos de estágio distintos, realizados pela seguinte ordem:

Módulo I – Serviços de Urgência: Foi creditado e reconhecido como competência anterior adquirida ao abrigo do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24-03-2006 ao longo de cinco anos de prestação de cuidados directos e globais a doentes de médio e alto risco no Serviço de Urgência do Hospital Fernando Fonseca. Durante este período também desenvolvi funções de chefe de equipa de enfermagem o que levou a aquisição de competências nas áreas de gestão de recursos humanos e materiais, assim como na supervisão de cuidados (Anexo I).

Modulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios: Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital da Luz no período compreendido entre 19 de Abril e 19 de Junho de 2010. A escolha deste campo de estágio prende-se com a necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na prestação de cuidados especializados, na área de enfermagem, ao doente crítico. Esta escolha foi feita atendendo a várias razões primeiramente porque se trata de um local de estágio onde se prestam cuidados de elevada qualidade, segundo porque se encontra dentro da instituição onde desempenho funções e assim tornou-se mais fácil conjugar a minha actividade profissional com a realização do estágio.

Tal como nos refere a Direcção Geral da Saúde nas recomendações para o desenvolvimento das Unidades de Cuidados Intensivos, define estes serviços “...*como locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais*”.

A Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital da Luz tem uma lotação de oito camas monitorizadas centralmente, todas em quarto individual. Todas as camas são servidas de monitores, ventiladores, sistemas de infusão e perfusão e registo contínuo dos parâmetros monitorizados. Existe um quarto que permite manter o doente em isolamento e duas camas que estão equipadas para a realização de hemodiálise. O Hospital da Luz é uma unidade hospitalar do grupo Espírito Santo Saúde que disponibiliza todas as valências médicas e cirúrgicas.

Módulo III – Enfermagem Perioperatória (Opcional): Hospital de Dia Cirúrgico do Hospital da Luz no período compreendido entre 27 de Setembro e 19 de Novembro de 2010. Considerei ser o local ideal, com grande potencial de desenvolvimento de mecanismos de resposta em termos de assistência de enfermagem aos processos de vida e às situações de saúde e de doença da pessoa enquanto alvo de cuidados. Este estágio permitiu-me desenvolver actividades e competências no âmbito da área de especialização, e por ter decorrido no serviço onde desempenho funções foi-me possível elaborar objectivos mais específicos e com um maior grau de complexidade. Possuir um conhecimento do funcionamento diário do HDC permitiu-me identificar mais facilmente os pontos passíveis de serem desenvolvidos no âmbito dos objectivos e competências a adquirir em estágio.

O Hospital de Dia Cirúrgico é uma unidade do Hospital da Luz dotada de um espaço físico próprio constituído por oito quartos individuais e um espaço denominado “adaptação ao meio”, que tem mais quatro camas/macãs.

O Hospital de Dia presta cuidados programados a doentes que necessitem de intervenções cirúrgicas de todas as especialidades bem como de exames/técnicas especiais de gastroenterologia, oftalmologia, pneumologia, urologia, otorrinolaringologia e apoio ao serviço de imagiologia nos exames programados com anestesia. O serviço está organizado para realizar cirurgias e procedimentos que não exijam um período de internamento superior a 12 horas.

Este relatório está estruturado em duas fases. A primeira é a fase de *Desenvolvimento* na que se descrevem os objectivos delineados em cada um dos módulos de estágio, a fundamentação e a pertinência das actividades realizadas para o alcance dos mesmos.

A segunda é a fase de *Considerações Gerais*, nesta fase é descrita a forma como integrei a aprendizagem desenvolvida e como esta se reflectiu em termos de crescimento pessoal e profissional. São descritos os principais contributos, dificuldades e limitações. Apresento sugestões alicerçadas nesta nova visão profissional.

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica visa o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico.

Desenvolver competências para o cuidado da família do doente em crise aguda, desenvolver competências que permitam a excelência da prática da enfermagem especializada na equipa de saúde e desenvolver competências que promovam a capacidade crítica, reflexiva e atitude científica permitindo o desenvolvimento pessoal e profissional, são também objectivos deste curso.

Segundo o Modelo de Desenvolvimento Profissional emitido pela Ordem dos Enfermeiros (2009), o enfermeiro especialista possui *“um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”*.

O enfermeiro especialista deve ser detentor de um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão o que se traduz num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção(OE, 2007).

Assim, o conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e concretiza-se em competências comuns e específicas, quando estas competências são certificadas garante-se que o Enfermeiro Especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica e que lhe permite ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas.

O enfermeiro deve ser capaz de mobilizar um conjunto de competências específicas próprias do exercício da profissão que deve ter como objectivo elementar a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social, (OE,

2003). Além de um conjunto de competências transversais que incluem a flexibilidade, a criatividade, a autonomia, o sentido de responsabilidade, o trabalho em equipa, a adaptação à mudança, a capacidade de reflectir criticamente, de tomar decisões e a capacidade de agir de forma competente e autónoma no seio de uma equipa pluridisciplinar.

Os módulos de estágio que serão descritos decorreram no Hospital da Luz. Este é uma Instituição Privada de Saúde pertencente ao Grupo Espírito Santo Saúde, que conta com várias valências Médico-Cirúrgicas e assistência a todas as etapas do ciclo de vida da pessoa, da criança ao idoso.

A Instituição tem como missão “Diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz, no respeito absoluto pela individualidade do doente, e construir uma organização capaz de atrair, desenvolver e reter pessoas excepcionais”.

De seguida irá proceder-se à caracterização dos locais de estágio, à análise e descrição dos objectivos, e à descrição das actividades realizadas, implementação de estratégias e competências adquiridas.

1.1 MÓDULO II- CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMÉDIOS – HOSPITAL DA LUZ

O percurso prático do curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica iniciou-se a 19 de Abril na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital da Luz. O estágio em Cuidados Intensivos tinha como objectivo geral a aquisição de um conjunto de conhecimentos, técnicas e competências específicos deste domínio de cuidados avançados ao doente em estado crítico.

Este estágio constituiu uma oportunidade excepcional tanto de aprendizagem como para aprofundar conhecimentos em áreas pouco conhecidas por mim.

O Enfermeiro Especialista deverá ser o profissional com competências específicas na assistência de enfermagem avançada ao doente crítico, através de um desempenho diligente e inovador.

Foi tendo presente esta premissa que direcionei o meu estágio, visando sempre por base os objectivos a que me propus. Neste campo de estágio delineei os seguintes objectivos:

- ✓ Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente/família submetido a ventilação mecânica invasiva tendo em conta a dimensão relacional, ética, técnica e científica;
- ✓ Promover acções de formação para a equipa de enfermagem da UCI com vista à melhoria dos cuidados prestados;
- ✓ Optimizar a comunicação com o doente/família através de técnicas de comunicação adequadas com o fim de estabelecer uma relação terapêutica;

O tempo de estágio é composto por momentos agradáveis e outros mais difíceis de resolver, tornando-se importante reflectir sobre os mesmos, mas como falar dos cuidados? Como descrever os conhecimentos, as competências adquiridas durante o estágio? Como pôr em papel as sensações vividas? É fácil fazer uma descrição sumária das técnicas e dos diagnósticos mas torna-se difícil relatar as conversas informais com os enfermeiros, com os doentes, com a equipa médica ou com os restantes profissionais.

O cuidar está intimamente ligado a esta reflexão e deve estar sempre presente, nomeadamente o cuidar do doente e da família tendo em atenção as suas necessidades, as suas emoções e medos. Não quero que esta reflexão se centre na descrição de técnicas. Quero transmitir as sensações vividas, assim como as intervenções que contribuíram para a melhoria dos cuidados durante este curto mas intenso período de tempo. Assim, como disse Collière (1999) “... o cuidar é uma arte que precede todas as outras...manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, (...) diversificadas na sua manifestação”.

Nas primeiras semanas de estágio integrei-me na equipa, observei a intervenção dos enfermeiros na prestação de cuidados ao doente de médio e alto risco, e consultei todos os protocolos e normas que existem no serviço o que me permitiu identificar algumas situações nas quais quis intervir.

Integrar-me na equipa foi uma tarefa fácil, o facto de ser um serviço pertencente ao mesmo hospital no qual exerço funções permitiu-me ter como vantagem a familiaridade com os profissionais e o espaço físico.

De referir que durante o estágio estive sob a orientação do enfermeiro responsável, mas como ele não presta cuidados directos ao doente, fiquei sob a orientação de vários

colegas, a maioria das vezes os chefes de equipa. Durante o estágio não existiu uma uniformização nos métodos e formas de trabalho, o que em algumas ocasiões foi causa de tensão e de alguma instabilidade por não saber diariamente com o que contar, ainda assim apercebi-me que a experiência foi muito enriquecedora já que me permitiu observar várias formas de abordar ao doente/família que contribuíram para o desenvolver das minhas competências, melhorando conseqüentemente o meu desempenho. Este facto permitiu-me ter um contacto mais aprofundado com um maior número de enfermeiros da equipa o que favoreceu a preparação de alguns dos trabalhos realizados.

A prestação de cuidados ao doente em estado crítico foi fundamental para apreender a realidade complexa e integrar as intervenções de elevado nível de adequação às necessidades deste tipo de doentes. Durante a prestação de cuidados ao doente médio/alto risco senti necessidade de aprofundar e mobilizar conhecimentos teóricos bem como reflectir sobre as práticas, o que permitiu o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados a este tipo de doentes. Mobilizei conhecimentos leccionados em sala de aula em áreas tão vastas e específicas como ventilação invasiva e não invasiva, técnicas de substituição renal, técnicas de auto transfusão, balão de contra-pulsção intra-aórtico (BIAO), gasimetrias arteriais, entre outros.

Este facto acabou por se transformar numa tarefa colossal, mas fez com que desenvolvesse capacidades de decisão, iniciativa e espírito crítico perante a prestação de cuidados ao doente de médio e alto risco.

Mesmo que o meu futuro profissional não implique a supervisão ou a prestação directa de cuidados deste tipo, o conhecimento da resposta humana a este tipo específico de situações e a familiaridade às competências técnicas que adquiri, serão sempre uma vantagem científica e indispensáveis para a percepção lata do domínio médico-cirúrgico.

Durante os primeiros dias de estágio entrei de imediato em contacto com um doente ventilado. *“Era um doente que tinha sido submetido a cirurgia cardíaca de forma electiva para cirurgia de revascularização do miocárdio. Homem de 83 anos de idade, no intra-operatório foi submetido a circulação extracorporeal mantendo-se estável durante o procedimento. No primeiro dia de internamento na UCI inicia quadro de hipotensão e*

taquicardia, seguido de bradicardia extrema. Contactou-se o cirurgião cardiotorácico que realizou esternotomia de urgência na UCI por suspeitar de hemorragia por deiscência das suturas. Desenvolveu quadro de choque cardiogénico com necessidade de suporte inotrópico e posterior assistência circulatória mecânica com colocação de BIAO. O doente foi submetido a técnica de diálise contínua. Nos dias seguintes iniciou quadro de hipoperfusão nas partes distais do corpo, língua, orelhas. Doente continuou não reactivo e ventilado em volume controlado. Embora tenham sido feitos todos os esforços o doente acabou por falecer”.

Este doente permitiu-me entrar em contacto com muitas técnicas e conceitos com os quais só tinha tido contacto durante a parte teórica do curso. Permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre a ventilação invasiva e sobre o balão intra-aórtico.

Durante o cuidado deste doente surgiram algumas conversas com o Enfermeiro orientador em relação às novas recomendações emitidas para prevenção da infecção respiratória em doentes ventilados, onde se diz que os filtros e traqueias não devem ser mudados por rotina. A conversa tornou-se pertinente uma vez que a rotina na UCI leva à mudança rotineira dos filtros e traqueias.

As minhas dúvidas em ventilação invasiva prendiam-se principalmente com o desconhecimento dos ventiladores que se usavam na unidade. Estas foram rapidamente superadas, inicialmente através de pesquisa das várias modalidades ventilatórias e depois pela disponibilidade da equipa na transmissão de conhecimentos e formação, que foi sendo amadurecida durante o decorrer do estágio.

É esta articulação entre a procura do saber e a patilha do que sabemos, que permite segundo a expressão de Dominicé (1985) “fazer da necessidade virtude”. (Canário, 1999, p.111).

Considero que prestei cuidados de enfermagem diferenciados com o máximo de qualidade ao doente/ família submetido a ventilação mecânica invasiva de acordo com as necessidades identificadas, respeitando as técnicas assépticas e utilizando os recursos materiais e humanos adequados, o que me permite afirmar que atingi com êxito o objectivo proposto.

Em relação ao balão intra-aórtico, fiquei mais desperta para os cuidados de enfermagem que devem ser prestados durante a manutenção e quais os parâmetros a vigiar. Assim nos dias seguintes avaliei os pulsos periféricos, cor e temperatura do membro onde estava colocado o BIAO comparando-o com o outro membro. Avaliei o pulso radial esquerdo e o débito urinário horário. Estes cuidados são alguns dos definidos na

literatura e que devem ser efectuados de hora a hora e sempre que necessário, embora alguns deles sejam de conhecimento dos enfermeiros da UCI, outros não o são pelo que não são efectuados, como por exemplo a avaliação do pulso radial de hora a hora. Nesse sentido fui esclarecedora para o enfermeiro que nesse dia ficou a orientar o meu estágio. Não desenvolvi mais este tema já que existe no serviço um enfermeiro que está a desenvolver um trabalho de formação nesta área e que posteriormente iria apresentar no serviço.

Assim, considero ainda que analisei situações susceptíveis de dúvidas com a equipa de enfermagem nomeadamente a intervenção de enfermagem nos cuidados a ter como o BIAO.

As pesquisas bibliográficas, a análise das situações e a reflexão contínua das práticas permitiram-me crescer intelectualmente de forma a tornaram-me capaz de prestar cuidados especializados a doentes de médio e alto risco.

Ainda durante os primeiros dias de estágio surgiu na UCI um problema no sistema informático do Hospital o que levou a que todos os registos que são feitos com normalidade no computador tivessem que ser registados em papel, utilizando para isso, umas folhas de diário de enfermagem que não se encontravam adaptadas à realidade do serviço. Esta falha nos sistemas de informação permitiu-me juntamente com o meu parceiro de estágio aperceber-me de um problema que precisava de solução. Assim, propusemos ao enfermeiro responsável a elaboração de uma folha de registo adequada à realidade da UCI do Hospital da Luz (Anexo II).

A execução de registos de enfermagem é uma parte integrante na prestação de cuidados de enfermagem. A importância dos registos adquire uma preocupação real para os enfermeiros pois estes têm de obedecer a certas regras para que se tornem válidos. Para além disso a questão da elaboração dos registos encontra-se legislada no Decreto-Lei N.º 437/91 que regulamenta a carreira de enfermagem, no Decreto-Lei N.º162/96 que constitui o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (R.E.P.E.) e no Decreto-Lei N.º104/98 (Ordem dos Enfermeiros). Os registos de enfermagem para além de serem parte integrante no processo de prestação de cuidados são também um instrumento de grande importância na avaliação dos mesmos.

Assim, durante a preparação do instrumento de registo fizemos uma pesquisa de todos os dados, escalas e balanços que realizam e adaptámos-los para que ficassem

perceptíveis no instrumento de registo. A elaboração do instrumento de registo teve sempre como objectivo principal criar uma ferramenta que permitisse uma continuidade nos cuidados prestados o que vai favorecer a que estes sejam prestados de forma organizada e com qualidade.

Após várias revisões juntamente com o enfermeiro responsável, 2º elemento e alguns chefes de equipa do serviço, as folhas foram aprovadas e ficaram prontas a serem utilizadas. Deixamos na UCI o documento em suporte informático caso se sinta a necessidade de fazer alguma adaptação.

A realização deste instrumento de registo permitiu-me aprofundar conhecimentos e ficar familiarizada com os registos logo nos primeiros dias de estágio, assim como conseguir uma maior comunicação e cumplicidade com os membros das equipas de enfermagem, pois permitiu a elaboração de um novo instrumento com a colaboração de todos através de seus contributos e opiniões.

Apesar de não ter experiência na área de cuidados intensivos considero que a minha experiência profissional serviu-me para ultrapassar algumas das situações de emergência que surgiram na UCI.

Uma adequada abordagem ao doente crítico permite detectar atempadamente as alterações que causam perigo imediato de vida e proceder de imediato à sua correcção. Utilizando os conhecimentos adquiridos durante a minha vida profissional consegui alertar atempadamente a equipa de enfermagem e médica, de alterações electrocardiográficas graves numa doente que tinha sido submetida a cirurgia vascular para colocação de prótese por apresentar fistula aorto-entérica. Além da instabilidade hemodinâmica a doente iniciou quadro de hemorragia activa via rectal assim como perda de mais de 250 cc de sangue pelo dreno torácico. Procedeu-se de imediato a manobras de suporte vital uma vez que a doente entrou em paragem cardio-respiratória. A equipa de cirurgia de urgência procedeu à realização de uma laparotomia exploratória na unidade de cuidados intensivos. Nesse momento assumi o papel de “*instrumentista*”, já que fiquei a dar apoio à equipa cirúrgica até que chegassem enfermeiros especializados na área.

Durante as quatro horas que duraram os cuidados de urgência, dei apoio à anestesista utilizando para isso todos os conhecimentos adquiridos não só durante a parte teórica do curso, no que diz respeito ao suporte avançado de vida como também mobilizei os

recursos adquiridos no serviço de urgência, de modo que, ao observar esta situação considero que contribuí para o trabalho em equipa e para a eficácia do tratamento ao doente.

A parte negativa é que não se conseguiu reanimar a doente e o facto de a família não ter tido tempo para se despedir tocou-me emocionalmente, fiquei a pensar nas sensações que a família estaria a ter, a raiva, a negação, fui invadida por sentimentos de melancolia e tristeza.

Demos espaço à família para se despedir, mas a hora da despedida é sempre terrível. Pôr-me no lugar daqueles familiares fez com que me perguntasse "*e se fosse eu a estar naquela situação?*". Se alguém muito amado por mim partisse sem dizer adeus, sem uma despedida, sem termos hipóteses de esclarecer coisas que deveriam ter sido esclarecidas, o meu coração ficaria destroçado de tanta dor. É muita mágoa, muito sofrimento para gerir. As unidades de cuidados intensivos são locais que mobilizam recursos tecnológicos de elevada complexidade e que exigem por parte dos seus profissionais muito trabalho técnico minucioso e permanente concentração.

Para além destes aspectos, estes profissionais têm de lidar com doentes e famílias em sofrimento, com a morte muitas vezes em situações trágicas inesperadas, têm de lidar consigo próprias e com os restantes parceiros da equipa no controlo e gestão de emoções e sentimentos resultantes do somatório de todos estes factores, na realidade quem trabalha em unidades de tratamento crítico está sujeito a stress que levado ao extremo resulta em fenómeno de burnout, maior responsável pela morbidade e absentismo entre os profissionais que trabalham nestas unidades.

Na UCI não têm instituída nenhuma intervenção para intervir em situações de stress emocional, como pode ser o facto de estar a lidar continuamente com a morte. Fazem de forma ocasional reuniões extra-serviço o que inclui jantares ou saídas para actividades lúdicas. Não dei nenhuma sugestão nem falei mais sobre o tema porque a equipa não se mostrou confortável neste tema. Embora e sei que dentro da mesma instituição, nos cuidados paliativos, existem intervenções para a equipa multidisciplinar com a finalidade de intervir nesta parte emocional. Sei que é um campo difícil de abordar, mas considero que alguma coisa deveria ser feita.

Como enfermeiros especialistas cabe-nos a missão de ir mais além, de contornar as situações fazendo uma visão global dela e não centarmo-nos num facto. Não podemos

esquecer-nos que temos o dever de cuidar das famílias apesar do tempo limitado. Considero que os cuidados de enfermagem prestados são na sua grande maioria interdependentes dos cuidados médicos como em situações anteriormente descritas. Mas ainda assim considero que devemos sempre encontrar a área que nos permita ser autónomos nos nossos cuidados de forma a ser reconhecidos. Como na situação descrita anteriormente preocupei-me em dar espaço à família permitindo despedir-se do seu ente querido.

Com o fim de cumprir o objectivo de “optimizar a comunicação com o doente /família através de técnicas de comunicação adequadas com o fim de estabelecer uma relação terapêutica”, pesquisei sobre o que é a comunicação e como esta se apresenta nos doentes.

A comunicação é uma necessidade fundamental do ser humano e a incapacidade de comunicar pode conduzir a perturbações do comportamento. A doença e o próprio internamento alteram o comportamento dos doentes, não conseguindo estes expressar-se com clareza, pelo que é necessário prestar toda a atenção à mensagem que nos querem transmitir através da linguagem não verbal. Comunicar é transmitir mensagens de forma verbal e não verbal.

A comunicação representa um papel crucial no relacionamento enfermeiro / doente, uma vez que é através dela que temos acesso ao doente e o compreendemos e que também podemos emitir mensagens de ajuda e empatia. Acredito que cada ser humano é único e a presença do enfermeiro é de valor e de ajuda para cada doente, pelo que, as intervenções realizadas foram com base no respeito pela pessoa do doente quer a nível da sua intimidade ou dos seus hábitos, gostos ou decisões. Como instrumento de trabalho a comunicação é um meio que nos permite ter acesso ao outro.

Nesta perspectiva, utilizei uma escuta activa, estando atenta ao que os doentes me transmitiam quer verbalmente ou não e através da minha atitude demonstrei-lhes aceitação e compreensão da sua pessoa e da sua situação. Ao tentar colocar-me no seu lugar sem perder uma perspectiva profissional, permiti-me estabelecer com os doentes uma relação empática que contribuiu para os ajudar.

Neste contexto, surgiu uma situação na qual a equipa médica e cirúrgica decidiu que nada mais havia a oferecer a uma doente, a qual tinha sido submetida em várias ocasiões a cirurgias por causa de uma oclusão intestinal. Decidiram juntamente com a família por

fim a toda a terapia endovenosa. A doente ficou acordada e tentou comunicar com a família, eu já tinha estabelecido uma relação empática com a filha que me veio chamar dizendo que a sua mãe queria falar. Ajudei a doente a comunicar utilizando instrumentos já elaborados na UCI, através de imagens. Apercebi-me que a doente estava consciente do que se passava pois pediu para se despedir de toda a sua família e para que um padre estivesse presente no quarto. Para mim foi um momento de muita emoção, ver a doente chorar com toda a família na presença do padre enquanto guia espiritual. Passadas umas horas a doente faleceu calmamente. Esta vai ser uma situação que estará sempre presente na minha vida.

Acreditar nestas situações era algo difícil para mim, quando ouvia relatos parecidos com este achava que as pessoas estavam a exagerar, que ninguém pode morrer calmamente, que tem que existir um momento de revolta perante a morte. Esta situação fez com que mudasse a minha visão, fez-me respeitar ainda mais o momento da morte e acreditar o quanto importante é cumprir os desejos finais dos nossos doentes.

A utilização da musicoterapia também foi desenvolvida durante o tempo de estágio. Esta técnica é muito utilizada na UCI, mas para mim foi uma novidade pelo que decidi pesquisar sobre o tema.

Após uma pesquisa aprofundada apercebi-me que a forma de utilizar a técnica não era a mais correcta. Os enfermeiros diziam as famílias para por a música favorita do doente, mas não forneciam mais indicações. Assim num dos doentes que estiveram na UCI observei que a família colocava música proveniente da rádio sem nenhum critério de escolha. Observei que quando a música era de um tom baixo e não agudo o doente mantinha uma estabilidade hemodinâmica pelo contrário quando a música era estridente o doente ficava hipertenso.

O conceito de Musicoterapia para a Enfermagem é a utilização criteriosa da música, enquanto recurso complementar no cuidado ao ser humano, em todas as fases do ciclo vital, visando à restauração do equilíbrio e do bem-estar possível, além de favorecer a comunicação e, em muitos casos, a ampliação da consciência individual no processo saúde/doença (Leão & Silva, 2004). A música influencia o cérebro, alertando a secreção de endorfina. Conduz a uma taxa respiratória mais calma, batimentos cardíacos mais lentos e pressão sanguínea mais baixa, resultando em níveis mais baixos de adrenalina e actividade neuromuscular reduzida.

A musicoterapia influencia o indivíduo como um todo, constituindo um recurso terapêutico que, além de propiciar o prazer, aliviar a dor e o sofrimento, humaniza a assistência de enfermagem, promovendo o resgate do equilíbrio emocional do indivíduo e não só o tratamento do sintoma ou da doença, como factores biológicos.

Segundo Filho et al. (2001), a Musicoterapia pode ser definida como uma terapia auto-expressiva, que estimula o potencial criativo e a ampliação da capacidade comunicativa, mobilizando aspectos biológicos, psicológicos e culturais.

A musicoterapia é a utilização da música, do som, do ritmo, da melodia e da harmonia pelo musicoterapeuta ou pelo doente, com o fim de facilitar e promover a comunicação, o relacionamento, a aprendizagem para desenvolver potenciais ou recuperar funções de forma que se possa alcançar uma melhor integração e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida. (Backes et al. 2003,p.39).

Na actualidade, existem muitos trabalhos realizados no mundo inteiro sobre a utilização da musicoterapia, o que reflecte que o estudo sobre o poder da música tem se tornado um desafio relevante no meio científico.

A musicoterapia pode proporcionar sensações diversas no organismo humano e agir não somente de forma curativa, mas também contribuir nos processos de aprendizagem e interacção. Para Backes et al. (2003,p.42) “A música é uma preciosa alternativa terapêutica, capaz de modificar atitudes e comportamentos, estados de ânimo e sobretudo as relações interpessoais”. O interesse da enfermagem pela música enquanto um recurso para o cuidado tem aumentado, sendo constatado nos diversos estudos que demonstram as diversas contribuições junto ao doente como melhora na comunicação e relação enfermeiro-doente, conforto e redução da dor. (Backes et al.2003;Bergold et al. 2006; Leão & Silva, 2004).

Decidi então falar com o enfermeiro que me estava a orientar nesse dia com o fim de orientar de forma mais metódica a utilização da técnica. Falámos com a família de forma a ajuda-los na escolha da música que mais poderia favorecer o doente e da importância de estabelecer uma ordem na utilização.

Senti que foi importante para família compreender que de certa maneira podia contribuir para o cuidado do seu familiar melhorando a sua estabilidade hemodinâmica, reduzindo a dor e os níveis de stress através da escolha acertada da música. Foi verbalizado pela esposa que este acto a fazia sentir mais perto do marido.

As famílias também foram um desafio muito importante, já que devido ao tempo alargado que as visitas podem permanecer no serviço tive muitas oportunidades de estabelecer contacto com elas. Assim num destes contactos apercebi-me que algumas famílias não sabiam o que fazer quando levassem os familiares para casa.

O ensino após a cirurgia garante a continuidade e qualidade dos cuidados e ainda promove a saúde ajudando na adopção de estilos de vida saudáveis, um dos papéis fundamentais do enfermeiro é ter em atenção a comunicação estabelecida de forma a transmitir as mensagens que se desejam fazer passar.

Atendendo a que quando o doente por si só não o consegue fazer, a família representa a principal prestadora de cuidados informais, há que realizar todo o ensino necessário de forma a garantir a continuidade e qualidade dos cuidados. Para isso o enfermeiro tem de ter em conta os conhecimentos da família acerca da situação de saúde, bem como dos seus recursos e adequar a linguagem a utilizar.

Assim durante o estágio identifiquei a necessidade de elaborar um panfleto informativo sob os cuidados após a alta para doentes submetidos a ablação (Anexo III). Os doentes são submetidos a este procedimento na área da cardiologia. O recobro é feito na UCI, o tempo de internamento é de 24 horas, após as quais têm alta para o domicílio. A elaboração do panfleto tem como objectivo: os doentes e família levarem consigo um documento informativo, de consulta após terem saído do ambiente hospitalar. O tempo de contacto com o doente e família torna-se muito curto para garantir a passagem de informação. O médico assistente dá a informação oral mas verifiquei que após a conversa com o médico voltavam a perguntar o que deviam fazer em casa. Sabemos que o ambiente hospitalar é causador de tensão e as vezes as informações orais acabam por se perder. Deste modo contribuí para a melhoria e segurança dos cuidados através da implementação desta informação.

Ainda durante o estágio tive a oportunidade de entrar em contacto com a cultura cigana. Durante o tempo de permanência na UCI tivemos o internamento de um doente de etnia cigana, o patriarca da família. E de forma ocasional recorria à UCI um outro doente da mesma etnia para ser submetido a hemodiálise.

Durante o tempo que trabalhei no serviço de urgência tive a oportunidade de lidar com a cultura cigana mas de uma forma diferente, o atendimento era em ambulatório e não em internamento.

Ao longo dos tempos criaram-se mitos em torno da etnia cigana, o que leva a que como profissionais nos distanciemos desta cultura minoritária. A Teoria do Cuidado Transcultural citada por Leininger (1985) enfatiza que há diversidades no cuidado humano, com características que são identificáveis e que podem explicar e justificar a necessidade do cuidado transcultural de enfermagem, para que este se ajuste às crenças, valores e modos das culturas, para que um cuidado benéfico e significativo possa ser oferecido.

O cuidado transcultural é o factor principal e significativo na afirmação da Enfermagem como curso e como profissão, e no fornecimento e manutenção da qualidade do cuidado de enfermagem prestado aos indivíduos, famílias e aos grupos comunitários. O cuidado cultural significa avaliação consciente e um esforço deliberado para usar valores culturais, crenças, modo de vida de um indivíduo, família ou grupo comunitário, para fornecer auxílio significativo para estas necessidades de cuidado nos serviços de saúde.

Assim como enfermeiro especialista era da minha responsabilidade entender os meus doentes como grupo cultural e respeitá-los nas suas crenças. Durante o cuidar destes doentes surgiram algumas situações que demonstraram como devemos estar conscientes de diferenças culturais, como o facto de a família vir ter comigo e pedir-me para não darmos banho ao seu familiar porque assim *“nunca mais se ia curar”*. Como esta surgiram muitas outras situações. Aprendi durante o cuidar destes doentes que antes de nos deixarmos levar por mitos, devemos conhecê-los e assim poder procurar formas de cuidar deles sem alterar muito as suas crenças, guiá-los pela compreensão para levar a cabo acções e decisões de cuidados de enfermagem.

Deixei para o fim, e não porque seja menos importante, uma das situações que mais me marcou durante a passagem pela UCI. Recebemos uma puérpera com edema agudo de pulmão. Durante as primeiras horas na UCI esteve instável, tendo ao fim de 5 horas recuperado a estabilidade hemodinâmica. O que mais me emocionou perante esta situação foi a tristeza do marido e recente pai. No dia a seguir a ela ter entrado na UCI, já se encontrava estável. Durante os cuidados de higiene consegui criar empatia com ela uma vez que eu também tinha sido mãe há pouco tempo e consegui entender a sensação de vazio criada pelo nascimento de bebé e não poder estar ao pé dele, conversámos de muitas coisas, da sensação de estar grávida e da ansiedade que cria o momento do parto. Durante a conversa consegui que esboçasse um sorriso só de pensar no bebé. Foi uma situação inesperada para mim, cheia de sentimentos que vão mais além da parte

profissional e académica. Senti que fui útil como mãe no papel de enfermeira. Durante o turno criou-se um ambiente seguro e calmo e propiciou-se um encontro entre a mãe, o pai e o bebé. Foi uma situação que criou bem-estarem todos os membros da equipa.

Neste sentido considero que ao longo do estágio consegui estabelecer um bom relacionamento com todos os familiares e fui elemento facilitador da comunicação entre familiares e doente realçando a importância de família na participação nos cuidados.

Expliquei aos familiares a importância da tecnologia dentro do quarto do doente tentando reduzir a ansiedade e o stress ao que eram submetidos os familiares por se enfrentar a um ambiente desconhecido, fazendo-lhes saber sempre a evolução da doença.

Em relação ao objectivo “Promover acções de formação para a equipa de enfermagem da UCI à formação”, reuni sugestões de temas de interesse para uma acção de formação nas conversas informais com os colegas.

A UCI do Hospital da Luz é uma unidade recente que aposta muito na formação em serviço o que pressupõe que alguns dos temas de interesse para fazer formação já estivessem a ser preparados para apresentação. Durante o estágio surgiu um doente que tinha sido submetido a Cirurgia da Obesidade. Durante a sua estadia na UCI surgiram algumas dúvidas em relação a este tema.

Assim, aproveitando a presença deste doente e utilizando a minha actividade profissional actual decidi propor ao enfermeiro orientador a elaboração de uma formação em serviço baseada na Cirurgia da Obesidade. Foi aceite de bom grado dado que não tinham nenhum tipo de informação sobre este tema. Pude, então, aprofundar conhecimentos em relação à técnica cirúrgica através de pesquisa bibliográfica.

Atingir este objectivo foi facilitado pelo facto de conhecer o cirurgião que realiza a cirurgia a estes doentes, o que me permitiu aprofundar conhecimentos na abordagem ao doente submetido a cirurgia da obesidade de modo adequado. Os artigos que pesquisei foram disponibilizados aos colegas que demonstraram interesse pelo tema.

A parte negativa foi que só tivemos um doente durante o tempo que durou o estágio. Embora a oportunidade de prestar cuidados directos ao doente submetido a cirurgia da obesidade foi só uma, ficou no serviço o meu contributo para os futuros cuidados destes doentes, uma vez que é uma cirurgia que está em grande expansão dentro da instituição. Considero que fui pertinente na formulação deste objectivo.

A acção de formação foi concretizada a dia 16 de Junho de 2010 na sala de enfermagem da UCI às 15h.30. A acção de formação foi divulgada por mim e pelo enfermeiro responsável durante as passagens de turno dos dias anteriores à formação.

A sessão de formação intitulada “Abordagem à pessoa submetida a cirurgia da obesidade” (Anexos IV e V), ocorreu durante a passagem de turno e assistiram um total de nove elementos que demonstraram interesse, sendo que alguns deles não se encontravam a trabalhar nesse dia. O objectivo da formação foi o de “Sensibilizar os enfermeiros da UCI para a importância dos cuidados de Enfermagem aos doentes submetidos a cirurgia da obesidade”.

A apresentação foi realizada utilizando o método expositivo. A sessão foi estruturada fazendo primeiramente uma abordagem aos conceitos, posteriormente abordou-se os tipos de cirurgia da obesidade que existiam, deixando para o fim da apresentação os cuidados de enfermagem para os doentes submetido a cirurgia da obesidade.

Avaliei a formação através de um questionário (Anexo VI) tendo sido este muito favorável. No questionário foram avaliados itens referentes aos conteúdos programáticos, à organização da acção de formação, ao formador e foi dado espaço para uma apreciação global da formação e para sugestões.

A maioria dos formandos respondeu muito adequado e excelente de forma que considero ter atingido este objectivo (Anexo VII).

Durante o tempo de estágio considero que tive ainda a oportunidade de zelar pelos cuidados prestados através da supervisão dos cuidados, partilha de ideias e experiências, tive ainda a oportunidade de colaborar com uma colega ao esclarece-la acerca da preparação do material necessário para a realização de uma broncofibroscopia num doente ventilado uma vez que esta é uma das áreas que fazem parte da minha prática diária.

Realizámos o exame e consegui transmitir à colega de forma adequada a informação pertinente, utilizando linguagem técnica para prestar apoio durante a realização do exame.

Neste instante senti que estava a liderar os cuidados de forma autónoma. A colega ficou devidamente esclarecida.

A formação constitui parte do nosso desenvolvimento pessoal e profissional, e atendendo a que ela deve estar continuamente presente, participei no curso de Via Aérea

Difícil (Anexo VIII) que foi leccionado em Santarém e que se inseriu no âmbito do estágio.

Ainda durante o tempo de estágio participei em dois congressos relacionados com as minhas funções na área da gastroenterologia onde fiz apresentações orais (Anexos IX e X). Este trabalho extra fez com que durante umas semanas do estágio ficasse sobrecarregada e que as horas do dia fossem muito curtas, no entanto fiquei plenamente satisfeita pois consegui organizar-me de forma exemplar conseguindo atingir as metas, nomeadamente as duas comunicações para audiências especializadas sem descurar o meu estágio na UCI.

Assim posso afirmar que este estágio constituiu um momento importante de aprendizagem, permitindo a interiorização dos conhecimentos adquiridos no decurso do ensino teórico nas várias unidades curriculares. Foi sem dúvida um local de estágio onde a riqueza das experiências por que passei, contribuíram para o crescimento enquanto enfermeiro, especialista e principalmente enquanto pessoa.

As actividades desenvolvidas com a equipa multidisciplinar permitiram também verificar as vantagens e os efeitos da cooperação na melhoria da qualidade dos cuidados. A disponibilidade de toda a equipa de enfermagem foi, sem dúvida, a mais-valia deste estágio. Neste contexto, considero que este estágio constituiu um momento privilegiado de aquisição de capacidades e competências, tendo em conta as várias actividades em que participei e desenvolvi no âmbito da formação, na prestação dos cuidados ao doente crítico de médio/alto risco e na segurança do doente.

Considero que este estágio me permitiu adquirir essencialmente as seguintes competências:

- ✓ Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada;
- ✓ Manter de forma contínua e autónoma o meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- ✓ Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o doente e a família na minha área de especialização;
- ✓ Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionados com o doente e família;
- ✓ Reflectir na e sobre a prática de forma crítica;

- ✓ Demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- ✓ Realizar a gestão dos cuidados prestados na área da especialidade;
- ✓ Identificar necessidades formativas e promover formação em serviço na área da especialização;
- ✓ Zelar pela qualidade dos cuidados na área de especialização;
- ✓ Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família e relacionarse e forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

1.2 MÓDULO III- ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA - HOSPITAL DA LUZ

O Módulo III decorreu durante o período de 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010 no Hospital de dia Cirúrgico (HDC) do Hospital da Luz, sendo concomitantemente o meu local de trabalho, onde exerço funções desde Fevereiro de 2007 (Anexo XI).

Desde Fevereiro de 2010 desempenho funções de 2º elemento do serviço substituindo a Enfermeira responsável na sua ausência.

Por estar envolvida na estruturação do serviço desde a sua génese, pude definir objectivos específicos direccionados a áreas de intervenção com maior necessidade de desenvolvimento, os quais se passam a enumerar e que me serviram de guia para o percurso durante o estágio:

- ✓ Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem através da elaboração de um manual de consulta para o doente/família e equipa multidisciplinar;
- ✓ Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente/família submetido a cirurgia tendo por base a dimensão ética, científica técnica e humana;
- ✓ Promover acções de formação para a equipa multidisciplinar do Hospital de Dia Cirúrgico para a melhoria dos cuidados prestados;
- ✓ Optimizar a comunicação com o doente/família através de técnicas de comunicação adequadas com o fim de estabelecer uma relação terapêutica.

Este estágio permitiu-me desenvolver competências no âmbito da enfermagem Perioperatória o que me serviu para reconhecer as particularidades inerentes aos problemas do doente / família submetido a cirurgia.

Neste sentido procurei prestar cuidados de enfermagem ao doente/família identificando, planeando, executando e avaliando as intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades identificadas em cada momento.

Antes de começar a descrever o meu percurso durante o estágio torna-se fundamental a caracterização do local de estágio para uma melhor compreensão das reflexões feitas ao longo deste documento.

O Hospital de Dia Cirúrgico (HDC) presta cuidados programados a doentes que necessitem de intervenções cirúrgicas de todas as especialidades realizados em ambulatório, ou seja, que não exijam um período de internamento superior a 12 horas. Está constituído por oito quartos individuais de preparação e recobro anestésico. Não apresentando uma sala de cirurgia ambulatória no seu espaço físico, o procedimento cirúrgico é realizado no bloco central. A função do HDC é prestar apoio no pré e pós-operatório até à alta. O intra-operatório é realizado exclusivamente no bloco central.

Ao existir esta divisão no percurso operatório torna-se fundamental a articulação perfeita entre os dois serviços para prestar cuidados de qualidade aos doentes. Revela-se muito importante a informação prestada ao doente, uma vez que muitas vezes não vêm preparados para o percurso definido para a cirurgia.

Antes de descrever as experiências que vivi no tempo de estágio queria fazer uma breve contextualização do que é a Cirurgia Ambulatória e o que ela representa dentro de uma unidade hospitalar.

O conceito de Cirurgia de Ambulatório surgiu no início dos anos 60 nos EUA, com David Cohen e John Dillon, que introduziram um princípio que preside a toda a Cirurgia de Ambulatório, a *Segurança*. A segurança está presente quando é realizada uma boa selecção dos doentes pelo cirurgião, uma cuidadosa avaliação pelo anestesista e uma escolha adequada da técnica anestésica. Se estes parâmetros existem não há razão para esperar mais complicações do que aquelas que surgem no regime de internamento (Direcção Geral da Saúde, 2001).

Quando iniciei o meu percurso profissional não sabia o que esperar. Que tipo de doentes ia encontrar? Que tipo de cirurgias?

Mais tarde vim a descobrir que o tratamento cirúrgico de muitos dos doentes em regime de ambulatório contribui para diminuir os tempos de internamento e as listas de espera, com consequentes benefícios sócio-familiares, económicos e psicológicos para o doente, para além de eventualmente, reduzir os custos.

Este estágio permitiu-me aprofundar, e olhar com outros olhos para o trabalho que realizo diariamente. Como qualquer trabalho, por vezes torna-se rotineiro, mas este tempo de estágio permitiu-me reflectir acerca das nossas práticas diárias e não só sobre os cuidados directos ao doente. Fez com que parasse para observar a relação que

estabelecemos com os doentes e respectiva família. Que informação damos? Como comunicamos? Será suficiente?

Durante o estágio presenciei situações nas quais alguns dos enfermeiros preparavam o doente para o bloco, fazendo as perguntas habituais relacionadas com o acto cirúrgico em si. Mas a abordagem limitava-se a este contacto superficial, não se tentando iniciar outro tipo de relação com o doente.

Questionei directamente os meus parceiros, se tinham perguntado ao doente se tinha dúvidas, ou se queria ver esclarecida alguma questão e as respostas que obtinha refugiavam-se na quantidade de trabalho ou no facto de serem os médicos os profissionais que tinham o dever de esclarecer o doente.

Os enfermeiros desempenham um papel importante na fase pré-operatória, sendo fundamental na transmissão de confiança e segurança ao doente, diminuindo a sua ansiedade e angústia através do relacionamento estabelecido entre ambos.

A prática de enfermagem exige que os profissionais estejam mais preparados, não só em termos técnicos e teóricos, mas também humanísticos. De acordo com esse entendimento, a equipa de enfermagem, no exercício do cuidado, deve como objectivo principal, reconhecer e definir a assistência de enfermagem mais adequada ao doente de unidade cirúrgica no período pré e pós-operatório (Chistóforo; Zagonel; Carvalho, 2006).

Cuidar em enfermagem é ajudar o doente a crescer, a enfrentar momentos difíceis no pré-operatório, mantendo-se sempre disponível, presente e solidário. Essa presença deve ser percebida tanto pelo facto de estar pronto e abertamente, como pela interacção estabelecida através da conversa, do tom da voz, da postura, dos gestos, dos toques ou da própria expressão facial, transmitindo-lhe o calor humano. Atitudes como estas demonstram a sensibilidade do enfermeiro, permitindo com que o doente expresse seus sentimentos, suas angústias, assegurando o conforto da presença humana.

Foi neste sentido que formulei o objectivo de “Optimizar a comunicação com o doente /família através de técnicas de comunicação adequadas com o fim de estabelecer uma relação terapêutica”.

Sabe-se que no pré-operatório os doentes necessitam de um acompanhamento cauteloso e orientações periódicas no que diz respeito ao acto cirúrgico, lembrando que eles

devem ser orientados quanto aos cuidados e procedimentos realizados no período pré-operatório.

Durante o meu estágio, não só mudei a minha postura perante o doente tendo sempre presente que ele está a enfrentar uma situação desconhecida, como senti que influenciei o comportamento dos enfermeiros. De certa maneira esta passagem como estagiária pelo meu local de trabalho serviu para melhorar comportamentos e atitudes.

Entretanto e acima de tudo passei a mensagem de que é indispensável a humanização da assistência de enfermagem no período pré-operatório, pois sabemos que só através da humanização se pode estabelecer um vínculo interactivo com os doentes, com o objectivo de proporcionar mais conforto e segurança.

Assim, uma das situações que me fez reflectir sobre a forma como enfrentámos ao doente cirúrgico no pré-operatório foi o facto de um doente que estava à espera de ir para o bloco, recusou a cirurgia e abandonou o serviço alegando que ninguém o informou do tempo de espera, que só lhe tinham “picado” e tinham feito umas perguntas. Esta situação alertou-me para o facto de como informamos, será que realmente só “picamos”? Fiquei a pensar sobre isto e decidi observar atentamente o comportamento do resto da equipa para perceber qual a nossa actuação.

Segundo Barros et al. (1997) o cuidar só pode ser entendido como um cuidar científico, onde não haja espaço para a rotina irresponsável, o fazer por fazer, a irreflexão, o domínio da técnica sobre outras dimensões da pessoa doente.

Cruz e Varela (2002), Silva (2002) e Bellman (2003) partilham da opinião que o enfermeiro desempenha no período cirúrgico um papel fundamental. Este surge da obrigatoriedade de oferecer ao doente um cuidado autêntico com valorização, particularizada, da sua situação assim como das suas preocupações, medos e necessidades.

O enfermeiro, integrado na equipa multidisciplinar da unidade de cirurgia, desempenha funções específicas e definidas, cujo objectivo comum é cuidar com qualidade, atendendo o doente como um todo, com todas as suas necessidades físicas, psicológicas e espirituais.

Para Chistóforo et al. (2006), os profissionais de enfermagem desempenham um papel importante na fase pré-operatória, sendo fundamental na transmissão de confiança e

segurança ao doente, diminuindo sua ansiedade e angústia através do relacionamento estabelecido entre ambos.

A informação a transmitir deve ser coerente, convergindo com o que os indivíduos desejam e de acordo com as suas características individuais.

Assim no decorrer do estágio senti a necessidade de acrescentar um novo objectivo “Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem através da elaboração de um manual de consulta informatizado para o doente/família e equipa multidisciplinar”, surgiu após sentir que faltava acesso à informação por parte do doente /família e dentro da própria equipa multidisciplinar. A informação existe no sistema do hospital, na intranet, mas dado que no HDC se juntam muitas especialidades, esta informação acaba por ficar muito dispersa..

Assim neste sentido elaborei com a ajuda de toda equipa de enfermagem e administrativa, um sistema que permite a centralização de toda a informação existente não só desde o ponto de vista do profissional senão também para o doente/ família.

A elaboração deste manual permitiu organizar todos os protocolos cirúrgicos e anestésicos, recomendações e cuidados após a alta, de forma a contribuir para a continuidade de cuidados no domicílio. Permitiu também, constatar a falta de informação em algumas especialidades cirúrgicas o que gerou a actualização da documentação.

Para permitir uma melhor compreensão do que se entende por manual de consulta informatizado neste contexto quero explicitar que o manual é um documento criado utilizando a ferramenta MS PowerPoint e que através de uma organização lógica, se estabelecem hiperligações dentro de cada página com o fim de aceder à informação precisa, seja esta protocolos cirúrgicos, anestésicos, recomendações ou cuidados após a alta , sendo o conjunto de informação denominado como Manual do Hospital de Dia Cirúrgico (Anexo XII).

O objectivo é, para além de ter acesso de forma informática e centralizada à toda a informação, poder imprimir o documento na sua totalidade com o fim de que sirva como guia para integração de novos elementos às actividades realizadas no serviço.

Para isso foi preciso realizar algumas reuniões com a Enfermeira orientadora, com a Enfermeira coordenadora e com os médicos responsáveis pela especialidade. De referir que as reuniões foram na sua maioria feitas sem a presença dos médicos responsáveis

pelas especialidades. A documentação, para os cuidados após alta, foi elaborada em conjunto com toda a equipa de enfermagem, que contribuiu de forma exemplar para a elaboração deste manual.

Durante a elaboração deste manual apercebi-me da falta de informação com que os doentes chegavam ao serviço, outros traziam uma ideia completamente distorcida do circuito instituído dentro do hospital para a realização da sua cirurgia, o que era gerador de certa ansiedade.

Por isso propus-me a elaborar um guia de acolhimento para os doentes submetidos a cirurgia ambulatória (Anexo XIII).

O acolhimento como postura e prática nas acções de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipas e os serviços, entendemos assim que “Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito” (Dicionário da Língua Portuguesa, 1985).

O acolhimento como acto ou efeito de acolher expressa, nas suas várias definições, uma acção de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Esta atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exactamente neste sentido, de acção de “estar com” ou “estar perto de”, que quero afirmar o acolhimento como uma das directrizes de maior relevância na elaboração deste guia.

Nalgumas ocasiões assisti a doentes que desistiram da cirurgia porque não vinham preparados para pôr soro porque o cirurgião tinha-lhes dito que era um processo simples. Os doentes ficavam assustados, questionando-me em várias ocasiões qual era a razão de tal “aparato”. Neves (1998) refere que os doentes cirúrgicos na maioria dos casos, e em termos globais, que foram alvo de uma intervenção cirúrgica acham que houve um défice de informação associado a vários procedimentos, dos quais podemos destacar a preparação pré-operatória; o tipo de cirurgia a que iam ser submetidos; possíveis efeitos da anestesia. A autora refere que os doentes mencionavam: “*fazem com simpatia e tratam mas não explicam*”.

O que se verifica é que uma boa percentagem dos doentes chega ao hospital com nenhuma ou pouca informação quer sobre a sua situação concreta quer sobre os acontecimentos que o aguardam (Cerejo, 2000).

Vários estudos realizados sobre doentes submetidos a uma intervenção cirúrgica relatam o impacto positivo da transmissão de informação no pré-operatório. Johnston, citado por Melo (2005), apurou que a informação pode: influenciar a recuperação; reduzir o internamento, a ansiedade, os níveis de dor e, conseqüentemente, a ingestão de analgésicos.

Com o guia de acolhimento queria por ponto final ao stress gerado pelo desconhecido, tendo assim por objectivo criar um documento que fosse facilitador e que respondesse logo algumas questões como: Ao chegar ao Hospital de Dia Cirúrgico, a quem ou para onde se dirige o doente? Quem o recebe? De que modo? Qual o caminho que o doente faz até ser atendido? Que profissionais participam no processo?

Com a elaboração do guia considero que melhorei os cuidados prestados, uma vez que o guia de acolhimento já se encontra a ser utilizado e observei durante estes meses, após ter acabado o estágio, que o número de questões em relação à organização foi consideravelmente reduzido.

Na elaboração deste guia participaram quase toda a equipa de enfermagem e administrativa com a finalidade que o documento tivesse as informações que iam de encontro às perguntas mais frequentes, sendo importante o contributo da parte administrativa com o fim de enriquecer o documento.

Durante o estágio ainda analisei a atitude que habitualmente adoptamos perante o doente e a sua família no momento da alta hospitalar.

Entendemos por alta hospitalar a condição que permite a saída do Hospital, esta saída é um procedimento que engloba várias situações. A alta hospitalar é decidida pelo médico assistente e pode depender da vontade do próprio doente.

O momento da alta costuma trazer ao doente sentimentos ambíguos de satisfação e/ou medo. Satisfação por estar recuperado, por voltar a casa, e medo por sentir-se inseguro sem a presença da equipa de enfermagem.

A continuidade do tratamento no domicílio e a redução de ansiedade e insegurança do doente dependem em grande parte da orientação que recebe na altura da alta.

Considero que todos os doentes ao receber a alta hospitalar devem ter uma orientação para manter a continuidade no seu tratamento. Estas orientações devem ser perceptíveis

pelo doente e pela família, e encarando-se a família como figura importante nos cuidados no domicílio.

A alta é considerada como uma ordem médica onde os enfermeiros se posicionam como meros observadores, deixando que seja o cirurgião a dar todas as indicações.

Observei durante o estágio que as orientações dadas ao doente para a alta hospitalar são realizadas pelos médicos, não havendo na maioria dos casos participação do enfermeiro no processo de orientação para a alta. As orientações dadas ao doente são fornecidas de forma individual pelo médico não havendo assim orientações em equipa.

Pude observar que os doentes expressavam dúvidas após a explicação médica, mas estas dúvidas eram colocadas ao enfermeiro, “Será que eu posso ir de muletas sem forçar a perna; será que posso pisar o chão; posso dobrar a perna?”. Por vezes acontecia que o doente nem sempre compreendia o que lhe era dito. Outras vezes os doentes ficavam com medo de ter dúvidas em casa e não conseguir esclarecê-las.

Senti que às vezes os enfermeiros do serviço não conseguiam esclarecer devidamente os doentes mas não porque não tivessem conhecimentos teóricos, o que acontecia na maioria dos casos era que o médico já tinha dado as orientações junto do doente e os enfermeiros não queriam dar outras informações que fossem diferentes, de forma que ou diziam aos doentes para ligar ao médico quando chegassem a casa que ele com certeza esclareceria as dúvidas, ou bem deixavam por um momento o trabalho que estavam a realizar e iniciavam uma série de chamadas telefónicas para descobrir o cirurgião e fazer as questões que os doentes levantavam. Esta situação as vezes tornava-se pouco oportuna já que o volume de trabalho não permitia parar para “localizar” o médico.

Neste sentido elaborei um panfleto com orientações para a alta para os doentes submetidos a artroscopia do joelho (Anexo XIV). Escolhi esta cirurgia de entre outras porque é uma das cirurgias mais realizadas no serviço e geralmente os doentes/família tinham muitas dúvidas em relação aos pensos, ou sobre quando podem andar.

Assim desta maneira e após conversar com o médico responsável pela especialidade foi aceite de bom grado a elaboração deste documento com o fim de uniformizar as informações dadas aos doentes.

Após a criação do documento tive uma série de conversas informais com os meus colegas enfermeiros com o fim de dialogar sobre a entrega das recomendações. Não podemos simplesmente entregar o “papel”. Devemos utilizar este momento para

transmitir ao doente as informações que o documento contém avaliando a compreensão das informações e esclarecer as dúvidas ainda existentes.

Considero que a elaboração deste documento permitiu criar um momento de interação com o doente que antes não existia. Considero que este documento para a alta constituiu mais um meio para que o enfermeiro aplique os seus conhecimentos técnico-científicos nos cuidados ao doente /família. Alguns autores consideram que os enfermeiros têm um papel fundamental no processo de alta pois são considerados os profissionais mais próximos dos doentes e o elo de ligação entre os outros membros da equipa multidisciplinar.

Este documento foi inserido no manual do serviço, sendo que se reduziu consideravelmente o número de questões. Após a elaboração deste documento surgiram muitos outros já fora do tempo de estágio.

Este estágio foi um desafio para mim uma vez que se tornou muito difícil ser aluna e profissional no mesmo local, mas ao mesmo tempo foi aliciante ver como a equipa de enfermagem se posicionava em torno de mim, ser aluna permitiu-me fazê-los ver algumas situações que estavam menos bem, permitiu-me ter conversas com eles do ponto de vista da formação que nunca antes tinha tido. Adorei a experiência e fez-me compreender que às vezes devemos parar na nossa rotina e tentar ver as coisas desde outro ponto de vista, parar para reflectir, ouvir as reclamações de forma construtiva e não tentar escusar-nos no excesso de trabalho e na falta de tempo. Senti que despertei nos meus colegas o “*bichinho*” da pesquisa científica favorecendo de certa maneira o seu desenvolvimento profissional

No decorrer do estágio considero que desenvolvi o objectivo de “Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente/família submetido a cirurgia”.

O enfermeiro especialista na área Perioperatória, no exercício da sua actividade profissional, munido de um corpo de conhecimentos científicos, tem o dever de desenvolver competências que lhe permitem assistir e cuidar do doente de forma holística e personalizada, quando este é ameaçado na sua integridade nomeadamente na experiência cirúrgica.

Este acontecimento, na vida do homem, traduz uma alteração do seu curso normal, sendo fundamental que o enfermeiro coloque em prática os seus saberes com o

objectivo de assegurar a satisfação das necessidades das pessoas, contribuindo assim para a excelência dos cuidados, tornando-os personalizados e humanizados.

O cuidar, em contexto perioperatório, engloba uma área de conhecimento científico muito abrangente, mas com especificidades próprias que merecem a nossa atenção.

O doente cirúrgico, no período pré-operatório vive a incerteza, a angústia, a ansiedade que é provocada pelo aproximar da intervenção cirúrgica. O enfermeiro pode contribuir no apaziguar destes sentimentos, se tiver conhecimento das necessidades do doente, nomeadamente as necessidades de informação. Segundo Watson (2002, p.55) “o cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro (...), pois o cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana”

O medo do desconhecido, os sentimentos de insegurança, a dependência, entre outros, é causa de ansiedade para o doente, sendo essencial que o enfermeiro estabeleça uma relação de proximidade, tentando colmatar as necessidades de cuidados que o doente expresse, nomeadamente as de informação.

Temos consciência que a hospitalização e particularmente uma intervenção cirúrgica constituem uma ameaça à pessoa na sua identidade. Fernandes e Venâncio (2004) afirmam que a hospitalização e nomeadamente a experiência cirúrgica surgem na vida do homem como um factor adverso.

De acordo com Melo (2005) compreender a perspectiva do doente torna-se um pré-requisito indispensável para uma boa prática profissional. Nesta linha de ideias Silva (2002) alude que o doente deve ter a oportunidade e o direito de ser esclarecido sobre vários aspectos que o preocupam, de acordo com as suas necessidades e não apenas naqueles aspectos que o enfermeiro julga serem importantes. Parse citado por Silva (2002) refere que é o doente e não o enfermeiro, a figura autoritária e o principal decisor no relacionamento.

Assim, atendendo ao descrito anteriormente além de prestar cuidados técnicos aos doentes decidi investir também na área do relacionamento, posicionando-me de outra forma perante a prestação de cuidados, atendendo sempre à disponibilidade do doente para este tipo de relação. Existem doentes no serviço que chegam para ser submetidos a intervenções cirúrgicas muito simples com a excisão de um sinal (nevus), que desde o ponto de vista técnico é uma cirurgia de minutos sem grandes implicações.

Durante o estágio preparei para o bloco uma doente que ia ser submetida à excisão de um nevus expliquei-lhe de forma simples em que ia consistir o percurso da cirurgia e ela começou a chorar de forma angustiante. Fiquei parada a olhar para ela e apercebi-me que o choro não se relacionava com o acto cirúrgico em si, senão que ia mais além. Disponibilizei-me para falar, sentei-me ao pé dela dando-lhe espaço para falar. Quando se acalmou explicou-me que a mãe morrera recentemente por causa de um melanoma. A situação foi muito difícil de contornar. Só falou da, eu fiquei calada só a ouvir.

Esta situação fez-me reflectir nas minhas primeiras palavras “ *não se preocupe é uma cirurgia simples*”. Prestar cuidados diferenciados além de técnicos também devem passar pela gestão dos sentimentos, pelo saber estar e saber ouvir. Senti que prestei cuidados diferenciados não técnicos mas sim soube ouvi-la. Compreender os nossos doentes nos seus medos também é uma função requerida aos enfermeiros e como enfermeira aspirante a especialista é um dever que tem que estar presente nos cuidados que presto.

Phipps et al, (2003, p.526) referem que ao longo dos tempos, a enfermagem perioperatória tem evoluído, vindo a dar, progressivamente, maior ênfase ao atendimento holístico do indivíduo para a satisfação das suas necessidades em substituição de uma intervenção exclusivamente técnica.

As informações sobre a preparação pré-operatória mais relevantes para a maioria dos doentes referem-se a exames e actividades, situações relacionadas com a cirurgia, e expectativas sobre o que vai acontecer no pós-operatório. Nesta linha de pensamento, Cerejo (2000) alude que o doente cirúrgico na fase pré-operatória requer informações fundamentalmente sobre a sua situação após o acto cirúrgico, ou seja, sobre o pós-operatório. Esta autora ressalta que as principais preocupações dos doentes prendem-se com o despertar da anestesia, saber se conseguirá respirar normalmente e que dor poderá sentir.

Durante o estágio deparei-me com uma situação que me fez perceber o quão importante é a informação no período pré-operatório e como esta pode influenciar o pós-operatório. Chegou ao HDC uma doente que se encontrava muito ansiosa para colocar uma câmara subcutânea (Implantofix) para iniciar os ciclos de quimioterapia.

A doente ia ser submetida a esta cirurgia sob anestesia local, como é prática corrente no serviço. Quando ela me perguntou se era anestesia geral eu respondi que o mais comum

era fazer com anestesia local. Ela de imediato pediu para falar com o médico porque não queria sentir dor, não queria sentir nada. A possibilidade de realizar anestesia geral tinha ficado para trás já que a doente não cumprira jejum. A colocação não podia ser adiada uma vez que tinha marcadas as sessões para quimioterapia.

Após avaliar todas as possibilidades, a que restava era a doente ser submetida a cirurgia com anestesia local. De forma autónoma sentei-me ao pé da doente que se encontrava acompanhada pelo filho e perguntei-lhe de que tinha medo? Qual era a razão da angústia de ir ao bloco? Ela respondeu-me que não queria sofrer, que sabia que o futuro que lhe esperava ia ser de sofrimento e com a colocação deste “aparelho” dava início de forma oficial. Apercebi-me que até agora o diagnóstico de cancro da mama tinha sido um diagnóstico em papel mas que agora se tornava real.

De forma simples e ordenada expliquei qual ia ser o circuito a seguir, o que iria sentir, que na maioria dos casos não havia dor associada ao procedimento. Para além da conversa ter sido um mecanismo redutor da tensão e da ansiedade que sentia, também o pós-operatório tornou-se mais curto. A doente e o filho referiram mais tarde que se não tivesse sido a conversa que tivemos, a clareza dos termos usados e a serenidade com que os abordei, teriam tido vontade de desistir.

Já tinha tido outras situações parecidas mas nunca me tinha posicionado e contactava o médico para que resolvesse a situação, e por ter sido a primeira em que não o fiz, esta experiência foi-me muito gratificante. Sei que esta actuação foi movida pela reflexão contínua nas práticas, pelo aprendido no contexto da UCI quando se falava com os doentes e família, senti que mobilizei um saber apreendido noutra situação e que consegui adaptá-lo para a prática do meu cuidar diário.

Durante o estágio e atendendo às necessidades de formação detectadas no serviço não só na equipa de enfermagem senão também na equipa de auxiliares elaborei duas acções de formação, dando assim seguimento ao objectivo definido “Promover acções de formação para a equipa multidisciplinar do Hospital de dia Cirúrgico”

As acções de formação tiveram dois alvos: os profissionais de enfermagem e a equipa de auxiliares de acção médica.

O HDC além de prestar cuidados a doentes submetido a cirurgia de ambulatório presta também apoio às técnicas na área da gastroenterologia. Estas técnicas são realizadas no 97% dos doentes com apoio anestésico, ou seja são submetidos a sedação com propofol.

Assim atendendo a estas duas vertentes no HDC elaborei uma formação para abranger dois conceitos muito importantes dentro do serviço como são a analgesia nos doentes submetidos a cirurgia e a anestesia nos doentes submetidos a técnica endoscópica. Esta formação foi também uma mais-valia para o serviço uma vez que estão a entrar novos elementos para a equipa, servindo esta formação como base teórica para o desempenho das suas funções.

A formação “ Analgesia e Anestesia no Hospital de Dia Cirúrgico” (Anexos XV e XVI) foi divulgada junto dos enfermeiros via correio electrónico. A formação foi agendada para dia 16 de Novembro de 2010 na sala de enfermagem do HDC às 13 h.30. Esta hora foi escolhida pela chefia por ser a hora que menos influenciaria o funcionamento do serviço. A formação deverá ser repetida em mais uma ocasião, mas já fora do tempo de estágio.

Os objectivos da sessão foram os de alertar os enfermeiros do HDC sob os tipos de anestesia e riscos associados e alertá-los para o tratamento da dor no pós-operatório imediato e às 24 horas.

A formação foi através do método expositivo utilizando a ferramenta de produtividade MS PowerPoint. A sessão tornou-se muito pertinente e houve muita participação por parte dos formandos. De referir que à formação também assistiu a enfermeira responsável e a enfermeira coordenadora do serviço.

Ainda no fim da sessão elaborei um questionário (Anexo XVII) com o fim de avaliar vários itens da sessão tais como os conteúdos programáticos, a organização da acção de formação, e o formador e ainda foi dado espaço para uma apreciação global da formação e para sugestões.

Foi muito gratificante ver os resultados (Anexo XVIII) uma vez que os sete formandos que frequentaram a formação reponderam de forma muito positiva. Deixaram como sugestões a elaboração de novas acções de formação com esta.

Após esta formação e ainda em tempo de estágio fui convidada pela enfermeira responsável do serviço e pela coordenadora para ser a responsável pela formação em serviço (Anexo XI), o que faz com que seja eu a elaborar os planos de formação para o ano 2011. Fiquei muito grata pelo convite e espero estar à altura das expectativas criadas.

Sendo assim considero que atingi competências na área da formação ao promover a formação e identificar correctamente às necessidades formativas no HDC.

Ainda durante este tempo de estágio elaborei outra formação, esta vez foi direccionada para as auxiliares de acção médica, uma vez que observei que não estavam a utilizar de forma adequada os meios de protecção individual. Observei comportamentos poucos seguros na forma de proceder a limpeza e desinfeção de endoscópios na área da gastroenterologia, assim como a não utilização de meios adequados quando requeridas para a área da broncoscopia.

Após algumas conversas informais com os enfermeiros do serviço em relação aos comportamentos das auxiliares apercebi-me que existiam alguns elementos que tinham dúvidas em relação aos meios de protecção universal em algumas técnicas, pelo que decidi alongar a formação inicialmente pensada para as auxiliares de acção médica também aos enfermeiros.

A formação foi comunicada através de um papel afixado na sala de passagem de turno, onde têm acesso enfermeiros e auxiliares. Teve como data marcada dia 18 de Novembro de 2011. Nesta formação participaram quatro das cinco auxiliares de acção médica. A formação para os enfermeiros decorreu noutra dia fora do tempo de estágio, a data combinada para a realização da formação foi dia 30 de Novembro. O título da formação foi: Equipamentos de protecção individual - Como usá-los? (Anexos XIX e XX) e o objectivo da sessão foi o de sensibilizar os profissionais do HDC para a importância da utilização dos equipamentos de protecção individual. No final da sessão foi entregue um questionário (Anexo XXI) com o fim de avaliar vários itens da sessão tais como os conteúdos programáticos, a organização da acção de formação, o formador e foi dado espaço para uma apreciação global da formação e para sugestões.

Em todas as sessões de formação elaboradas durante os estágios criei sempre um questionário de avaliação já que considero que a formação deve ser sempre avaliada. Avaliar é um processo dinâmico, sistemático e rigoroso que acompanha o acto formativo. Constitui um instrumento fundamental de acompanhamento e aferição de resultados, dos objectivos atingidos. Permite um conhecimento real da qualidade do desempenho dos agentes envolvidos, assim como avaliar e identificar pontos fracos no desempenho da formação (Luckesi, 2002).

Os resultados (Anexo XXII) foram positivos, levando às auxiliares a sentirem-se membros activos da equipa multidisciplinar, referiam nas sugestões que se sentiam gratas por nos termos lembrados delas para dar formação em serviço, já que as vezes sentiam que ninguém as formava e que aprendiam umas das outras sem saber se estava bem ou não. Após ver os resultados e como responsável da formação prometi-me a mim mesma que no plano anual da formação haverá espaço para elaborar formação atendendo às necessidades sentidas pelo grupo profissional das auxiliares.

Também de referir que durante o tempo de estágio participei no I Curso Teórico-Prático de Gastrenterologia realizado no Hospital da Luz nos dias 8 e 9 de Outubro de 2010, onde além de colaborar activamente na realização das técnicas, demonstradas ao vivo para uma audiência especializada, também colaborei na organização e coordenação do curso, juntamente com o director do serviço e enfermeira responsável (Anexo XXIII).

Ainda de referir que durante este período do estágio fui convidada pela Enf.^a Coordenadora e pela Enf.^a Directora para participar no curso de Formação Pedagógica Inicial de Formadores fornecido pelo Hospital da Luz sendo a empresa formadora a Learn4U, que decorreu de 19/10/2010 a 9/12/2010 tendo obtido a classificação final de Bom (Anexo XXIV).

Certamente que muito mais haveria para dizer, contudo, resta-me referir que este estágio possibilitou-me uma aprendizagem e enriquecimento pessoal e profissional, através de experiências de interacção, desenvolvimento de competências de intervenção especializada em doentes de médio e alto risco, e permitiu-me adequar as minhas intervenções, reflectir acerca da minha prática e que decerto se foi aperfeiçoando.

Considero assim que os objectivos a que me propus foram globalmente atingidos, revelando-se adequados e pertinentes.

Ainda de referir que neste estágio considero ter atingido competências tais como:

- ✓ Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada;
- ✓ Manter de forma contínua e autónoma o meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;

- ✓ Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o doente e a família na minha área de especialização;
- ✓ Reflectir na e sobre a prática de forma crítica;
- ✓ Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente;
- ✓ Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- ✓ Realizar a gestão dos cuidados na área da especialização;
- ✓ Identificar necessidades formativas e promover formação em serviço na área da especialização;
- ✓ Zelar pela qualidade dos cuidados na área de especialização;
- ✓ Promover formação em serviço na área da especialização;
- ✓ Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área da especialização;
- ✓ Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização;
- ✓ Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- ✓ Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização.

Esta última competência foi atingida já no fim do estágio e não fiz referência a ela uma vez que foi uma proposta de investigação no serviço feita por mim à direcção clínica e enfermeira responsável. A investigação proposta tem a ver com a elaboração de um trabalho que permita conhecer a satisfação dos doentes submetidos a cirurgia no ambulatório. A proposta está a ser avaliada. O objectivo é desenvolver o trabalho durante o ano de 2011 (Anexo XXV).

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

2. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Os estágios têm um papel crucial no desenvolvimento de competências, atendendo a definição dada pelo dicionário da língua portuguesa (1985) entende-se por estágio “*passar algum tempo nalgum lugar para aprender pela prática*”. Assim a componente prática assumiu, ao longo dos estágios, um papel importante na mobilização de conhecimentos adquiridos durante a parte teórica. Os estágios contribuíram para dar-nos visibilidade como enfermeiros especialistas.

Ao Enfermeiro Especialista cabe o aprofundamento de conhecimentos e a aquisição de competências num domínio específico da enfermagem resultando numa profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde/doença, devendo reger-se por intervenções de elevado nível de adequação às necessidades do indivíduo, potenciando ganhos em saúde.

Citando Collière (1999,p.290) “*os conhecimentos não podem ser utilizáveis e constituir fontes de desenvolvimento se não forem o ponto de encontro da experiência vivida*”. A natureza subjectiva com que cada indivíduo vivencia os seus processos de saúde/doença confere a cada situação uma marca de singularidade. É essencial que o Enfermeiro Especialista, contribua através do seu “olhar mais profundo”, na implementação de intervenções de Enfermagem especializadas que promovam, estimulem e facilitem o suporte aos projectos de saúde dos indivíduos e à sua qualidade de vida.

Admito que exercer funções como enfermeiro especialista foi um desafio constante, uma vez que as competências de enfermeiro especialista passam por funções difíceis de atingir quando pensamos no curto tempo de estágio. Reconheço que algumas competências como liderar equipas, realizar gestão dos cuidados de saúde, promover e participar em investigação foram facilitados pelo facto de ser segundo elemento no segundo campo de estágio.

Considero que de uma forma geral e tendo em conta as competências e objectivos definidos aquando do início do estágio, os atingi de forma bastante gratificante, mantendo sempre presente a preocupação com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, rigor, eficiência e eficácia das intervenções de enfermagem, assim como a

formação e desenvolvimento pessoal e profissional, uma vez que são estas componentes de maior preocupação que pautam o meu desempenho profissional.

Gostava também de referir o bom relacionamento criado com os enfermeiros dos serviços pelos que passei, sendo que todos se mostraram abertos em relação às sugestões e mudanças de atitudes propostas. As conversas que surgiam de forma informal e mudanças propostas foram baseadas em pesquisas reais e pertinentes.

Senti ter contribuído de forma directa e indirecta para a melhoria dos cuidados prestados, nos locais por onde passei, uma vez que enquanto no papel de aluna tive sempre a destreza de aproveitar para mover e despertar interesse dos colegas para a pesquisa bibliográfica, procura da informação, partilha e reflexão, levando-me a alicerçar um novo saber, mais aprofundado e sobretudo direccionado para as necessidades do doente e família.

Neste contexto, e através deste crescimento não só prático mas também reflexivo, fui capaz de mobilizar todo um manancial de informação científica, técnica, tecnológica e relacional, alicerçado nos saberes providos da experiência em diversas situações, de outro modo, a intervenção desenvolver-se-ia de forma fragmentada, descontextualizada e com baixo nível de qualidade.

Considero que ambos locais de estágio constituem campos de estágio bastante enriquecedores pela variedade de situações que podem promover na formação pessoal e profissional.

Considero que o meu estágio foi de alto nível reconhecido apesar de terem existido algumas limitações como o facto de não ter conseguido desenvolver na sua totalidade o manual de informação para o serviço, uma vez que ficou à espera de validação pela parte informática para poder inclui-lo no sitio do Hospital na intranet. Sei que poderia ter desenvolvido mais algumas áreas no que diz respeito à musicoterapia e preparação para a alta, mas como já disse não consegui em tempo útil de estágio, não obstante fica para desenvolver no meu local de trabalho.

Saliento como aspectos facilitadores da minha aprendizagem, a disponibilidade e atenção demonstrada por todos os elementos das equipas, os Enfermeiros que

orientaram o meu estágio e a Professora pelo seu contributo pessoal e profissional que me foi proporcionando ao longo desta aprendizagem.

Para acabar este capítulo de considerações gerais não podia deixar de referir algumas sugestões como:

Ao nível da *prática de enfermagem*, sugiro que se realizem mais formações em serviço e que se promovam encontros de reflexão sobre temas de interesse da equipa de saúde, podendo estes encontros reunir os diferentes grupos profissionais (médicos, auxiliares, administrativos) com o fim de encontrar estratégias para a melhoria dos cuidados ao doente / família. Este aspecto serviria para fomentar a autoformação dos enfermeiros em áreas desconhecidas.

Outro aspecto é a implementação de uma consulta de enfermagem pré-operatória / pré-técnica à semelhança da consulta de anestesia. Relativamente a este facto sei que temos um caminho longo para percorrer pois, não depende dos enfermeiros a concretização da mesma. Espero que este seja um dos sonhos que virei a concretizar como enfermeira especialista. Também sei que só vai ser conseguido através da comunicação dos trabalhos de investigação a audiências especializadas onde se poderá demonstrar que esta consulta poderia ser uma mais-valia para o processo de integração do doente ao acto cirúrgico. Esta sugestão surge da importância que devemos dar continuidade na melhoria da qualidade dos cuidados prestados e que com a implementação desta consulta estaríamos a contribuir para essa melhoria.

Ao nível da *investigação em enfermagem*, devemos apostar em áreas que os enfermeiros possam actuar de forma autónoma, devemos fazê-lo de forma metódica e apresentá-los sempre a audiências especializadas, entendendo que devemos divulgar os nossos resultados em congressos, jornadas de enfermagem e formações internas. Todos sabemos que trabalhamos muito, mas nada se faz visível. Devemos dar a conhecer o nosso trabalho com o fim de favorecer a melhoria dos cuidados e com a finalidade de ser reconhecidos perante os nossos parceiros.

Termino, consciente de que o caminho percorrido não constitui o fim de um processo, mas sim o princípio de um novo.

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

3. BIBLIOGRAFIA

- BACKES, D. S. [et al] – Música : terapia complementar no processo de humanização de uma CTI. Nursing. 66:6 (2003) 37-42.
- BARROS, M. [et al] – O cuidar de ontem e de hoje. Nursing, 111 (1997) 8-13.
- BELLMAN, L. – O enfermeiro de cirurgia como profissional independente e colaborante. In “Enfermagem cirúrgica: Prática Avançada”. Loures : L. Bellman & Kin Manley, Lusociência, 2003.
- BERGOLD,L.B; ALVIM,N.A.T.; CABRAL,I.E – O lugar da música no espaço do cuidado terapeutico: sensibilizando enfermeiros com a dinâmica musical. Texto e Contexto em Enfermagem. 15:2 (2006) 262-269.
- CANÁRIO, R. – **Educação de Adultos: Um campo e uma problemática**. 1ª Ed. Lisboa: Educa, 1999.
- CEREJO, M. – Impacto de um Programa de Informação Estruturada na Recuperação Pós-operatória. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2000. Tese de Mestrado.
- CHISTÓFORO, B. E. B.; ZAGONEL, I. P. S.; CARVALHO, D. S. – Relacionamento enfermeiro-doente no pré-operatório: Uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. Revista Eletrônica de Enfermagem Cogitare Enferm, 11:1 (2006).
- COLLIÉRE, M. F. – **Promover a Vida: da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem**. 3ª Ed. Lisboa: Lidel, 1999. 290 p. ISBN 972-757-109-3.
- CRUZ, E.; VARELA, Z. – Admissão em centro cirúrgico como espaço de cuidado. Revista Eletrônica de Enfermagem, 4:1 (2002) 51-58.
- DECRETO-LEI Nº 74/2006 D.R. I Série-A. 60 (24/03/2006) 2242-2257.
- DECRETO-LEI Nº104/98 D.R. I Série-A. 93 (21/04/1998) 1739-1757.
- DECRETO-LEI Nº162/96 D.R. I Série-A. 205 (4/09/1996) 2962-2970.
- DECRETO-LEI Nº437/91 D.R. I Série-A. 257 (8/11/1991) 5723-5741.

- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE. – Direcção de Serviços de Planeamento: “Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu Desenvolvimento.” Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, 2003.
- FERNANDES, J.; VENÂNCIO, D. – Um olhar sobre o cuidar em contexto cirúrgico. Informar. 32 (2004) 4-9.
- FILHO, M. A. L [et al] – **É preciso cantar: musicoterapia, cantos e canções**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.
- HOSPITAL DA LUZ – Hospital da Luz [on-line]. Lisboa. [consult. 20 Mai. 2010]. Disponível na Internet. <URL <http://www.hospitaldaluz.pt/index.aspx?showArtigoId=25>>.
- HOSPITAL DA LUZ – Hospital da Luz [on-line]. Lisboa. [consult. 13 Out. 2010]. Disponível na Internet. <URL <http://www.hospitaldaluz.pt/index.aspx?showArtigoId=64>>.
- LEÃO, E. R.; SILVA, M. J. P. – A música como intervenção de enfermagem no controle da dor. In LEÃO, E. R.; CHAVES, L. D. Dor - 5º Sinal Vital: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba, 2004. cap 11.
- LEININGER, M. – **Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade** In SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM. Florianópolis: 1985 .
- LEITE, L. – O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento Profissional: II Congresso da Ordem dos Enfermeiros Lisboa, 2006.
- LUCKESI, C. C. – **Avaliação da aprendizagem na escola: reelaborando conceitos e criando a prática**. 2ª ed. Malabares, 2005. 115 p.
- MELO, M. – **Comunicação com o doente: certezas e incógnitas**. Lisboa: Lusociência, 2005.
- Moderno dicionário da língua portuguesa**. 1110ª ed. Círculo de Leitores, 1985. Depósito legal nº 6872/84. Tomo I.
- NEVES, L. – Práticas Cuidativas numa Unidade de Cirurgia: Significado Contextual para os Doentes. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 1998. Dissertação de Mestrado.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Divulgar. Lisboa (2003).

ORDEM DOS ENFERMEIROS – ORDEM DOS ENFERMEIROS [on-line]. [consult. 10 Mar. 2009]. Individualização das Especialidades em Enfermagem – Fundamentos e Proposta de Sistema. Disponível na Internet. <URL http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/91_IndividuaEspecialidades_site.pdf>.

PHIPPS; SANDS; MAREK. – **Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica**. Lisboa: Lusodidacta, 2003. vol. 1.

SAUDINHA.COM, RECURSOS DE SAÚDE – Saudinha.com [on-line]. [consult. 13 Out. 2010]. Disponível na Internet. <URL [http://www.saudinha.com/parcerias/publicacoes/referenciacao_hospitalar/cirurgia_ambulatorio.pdf](http://www.saudinha.com/parcerias/publicacoes/referenciacao_hospitalar/cirurgiaambulatorio.pdf)>.

SILVA, M. – Vivências do Doente Cirúrgico no Perioperatório da Cirurgia Programada. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2002. Dissertação de Mestrado.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. Instituto de Ciências da Saúde. Escola Superior Politécnica de Saúde. Mestrado em enfermagem de natureza profissional: regulamento geral. 2009. 14 p.

WATSON, J. – **Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem**. Lisboa: Lusociência, 2002.

ANEXOS

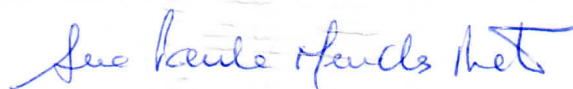
**ANEXO I: CERTIFICADO DE TEMPO TRABALHADO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL.
FUNÇÕES DESEMPENHADAS.**

DECLARAÇÃO

ANA PAULA MENDES PRATES, Directora de Desenvolvimento Organizacional e Formação do Hospital Fernando Fonseca (H.F.F.), declara para os devidos efeitos, que a Enfermeira **PATRICIA RODRIGUEZ ALVAREZ**, exerceu funções no Serviço de Urgência Geral deste Hospital, em regime de Contrato de Trabalho por Tempo Indeterminado, de 16-10-01 até 26-07-06.

Amadora e Hospital Fernando Fonseca, 31 de Agosto de 2006

A DIRECTORA DE DESENVOLVIMENTO
ORGANIZACIONAL E FORMAÇÃO



(Paula Prates)

GRH/CC

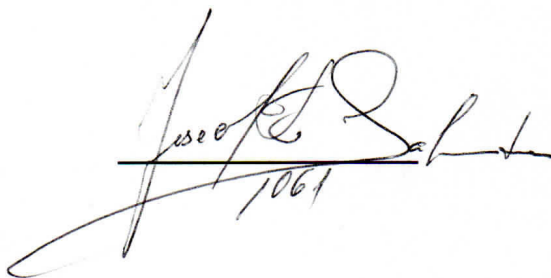
Declaração

Declaro, para os devidos efeitos e a pedido da interessada, que a Senhora Enfermeira Patrícia Rodriguez Alvarez:

1. Exerce funções no Serviço de Urgência Geral do Hospital Fernando Fonseca desde 16/10/2001, até à presente data.
2. Por proposta do Enfermeiro Chefe de Serviço, desde Janeiro de 2003 assumiu as funções de 2º Elemento da equipa com funções de substituição do Enfermeiro Chefe de equipa nas suas ausências e impedimentos, tendo revelado sentido de responsabilidade e bom espírito de liderança na coordenação da equipa de Enfermeiros e Auxiliares de Acção Médica.
3. Exerce funções como Enfermeiro Chefe de Equipa desde 1 de Janeiro de 2006.
4. Colabora na integração de novos profissionais ao Serviço de Urgência Geral e respectivos postos de trabalho.

Amadora, 24 de Maio de 2006

O Enfermeiro Chefe



Handwritten signature of the Head Nurse, with the date 2006 written below it.

A Enfermeira Supervisora



Handwritten signature of the Supervisor Nurse in blue ink.

Manual do Serviço de Urgência Geral

FICHA DE DESCRIÇÃO DA FUNÇÃO

1. DESIGNAÇÃO DA FUNÇÃO:

Enfermeiro 2º Elemento de Equipa

2. NOME DO SERVIÇO:

Serviço de Urgência Geral

3. CATEGORIA PROFISSIONAL:

Enfermeiro

4. REPORTA A:

Enfermeiro Chefe de Serviço

5. QUALIFICAÇÃO:

Curso de Enfermagem; Protocolo de Triagem de *Manchester*; Suporte Básico de Vida.

6. DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES:

Comuns a todos os postos de trabalho:

- 6.1 Presta Cuidados de Enfermagem autónomos e/ou dependentes da prescrição de outros membros da Equipa de Saúde, visando a satisfação das necessidades humanas básicas dos Doentes.
- 6.2 Executa registos de Enfermagem de todos os procedimentos executados e reacções do Doente.
- 6.3 Avalia e monitoriza sinais vitais, de acordo com prescrições e/ou sempre que a situação do Doente o justifique.
- 6.4 Observa a evolução do estado clínico do Doente e informa o Médico sempre que necessário.
- 6.5 Informa os Familiares e/ou Acompanhantes da situação do Doente.
- 6.6 Faz Educação para a Saúde, sempre que a situação do Doente o justifique.
- 6.7 Acompanha os Doentes para as UCIs, UICD, MCDTs e outros Hospitais, sempre que designado para tal pelo Chefe de Equipa.
- 6.8 Encaminha o Doente para os MCDTs.

Versão	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Direcção de Qualidade, 2004/01/21	Drª. Rosário Frias Ver Cópia "Master", 2004/01/22	2005/8/2

Manual do Serviço de Urgência Geral

6. DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES:

- 6.9 Colabora nas manobras de reanimação cardiorespiratória.
- 6.10 Realiza colheitas de espécimes para análises, sempre que solicitado e certifica-se do seu encaminhamento para o Laboratório.
- 6.11 Efectua, de acordo com a Norma do SUG, o internamento de Doentes.
- 6.12 Efectua a passagem de Doentes no início e final de cada turno.
- 6.13 Encaminha o Doente para o Serviço Social, sempre que necessário, e de acordo com Norma do SUG.
- 6.14 Executa pensos segundo indicação médica e da Comissão de Feridas do HFF.
- 6.15 Administra as terapêuticas prescritas e regista as alterações ou anomalias observadas, despistando os efeitos secundários.
- 6.16 Transfere telefonicamente o Doente para as unidades de internamento hospitalar.
- 6.17 Repõe materiais consumidos e verifica prazos de validade dos mesmos.
- 6.18 Participa e colabora activamente nas acções de formação organizadas pelo Serviço e/ou Centro de Formação.
- 6.19 Colabora em actos médicos.
- 6.20 Colabora na integração de novos elementos.
- 6.21 Assegura cuidados a cadáveres, de acordo com a Norma da Instituição.
- 6.22 Informa o Enfermeiro Chefe de Equipa de materiais e/ou equipamento danificado.
- 6.23 Supervisiona a actividade dos AAMs.

Triagem - o profissional que assegura este posto:

- 6.24 Acolhe o Doente e o Acompanhante e determina a necessidade de utilização de maca ou cadeira de rodas.
- 6.25 Supervisiona a identificação de Doentes pelo AAM.
- 6.26 Efectua a Triagem do Doente de acordo com o Protocolo de Triagem de *Manchester*.
- 6.27 Define a Prioridade no atendimento do Doente e informa-o.
- 6.28 Solicita MCDTs:
 - a) ECGs: no caso de dor precordial e/ou alteração de pulso.
 - b) RX: situações traumáticas agudas.
- 6.29 Define a necessidade de acompanhamento do Doente.
- 6.30 Recebe os Doentes nassados pelos trinulantes das Ambulâncias.

Versão	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Direcção de Qualidade, 2004/01/21	Dr ^a . Rosário Frias Ver Cópia "Master", 2004/01/22	2005/8/2

Manual do Serviço de Urgência Geral

6. DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES:

6.31 Executa pensos compressivos a Doentes com feridas, antes de os encaminhar.

Reanimação - o profissional que assegura este posto:

6.32 Assegura Suporte Básico de Vida e participa nas manobras de Suporte Avançado de Vida.

6.33 Verifica, no início de cada turno, a operacionalidade da Sala de Reanimação e a reposição adequada dos materiais e equipamentos necessários.

6.34 Monitoriza sinais vitais.

6.35 Testa o funcionamento do equipamento e informa as anomalias ao enfermeiro Chefe de Equipa ou ao Enfermeiro Chefe do Serviço.

UICD - o profissional que assegura este posto:

6.36 Acolhe os Doentes vindos das Áreas de Atendimento do SUG.

6.37 Planeia, presta e avalia cuidados de enfermagem aos Doentes de acordo com as Actividades de Vida afectadas.

6.38 Transfere telefonicamente os Doentes para os Serviços e informa os AAMs para realizarem as transferências.

6.39 Prepara os Doentes para alta.

Área de Atendimento 1 e 2 - o profissional que assegura este posto:

6.40 Presta Cuidados de Enfermagem autónomos e/ou dependentes de prescrição.

6.41 Mantém actualizado o Plano de Doentes em espera nas áreas de macas, 1 vez por turno.

6.42 Dá continuidade ao processo de internamento do Doente:

- a) Prepara a transferência dos Doentes para a UICD e/ou unidades de internamento;
- b) Informa o Doente/Acompanhante do seu internamento;
- c) Certifica-se de que fazem parte do processo de internamento do Doente todos os RXs, ECGs e outros exames realizados;
- d) Inicia os Registos de Enfermagem e a avaliação de sinais vitais.

6.43 Acompanha o Doente à UICD e passa-o ao Enfermeiro deste posto de trabalho.

6.44 No caso de transferência para as unidades de internamento, transfere o Doente telefonicamente e o AAM acompanha o Doente. Nestes casos, o Doente não necessita ir espoliado.

Versão	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Direcção de Qualidade, 2004/01/21	Dr ^a . Rosário Frias Ver Cópia "Master", 2004/01/22	2005/8/2

Manual do Serviço de Urgência Geral

6. DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES:

6.45 Na transferência para as UCIs, para além dos requisitos anteriores, o Enfermeiro acompanha o Doente com o Médico.

Recobro - o profissional que assegura este posto:

6.46 Efectua a preparação pré-operatório de Doentes:

- a) Informação;
- b) Tricotomias.

6.47 Acompanha os Doentes ao Bloco Operatório.

6.48 Executa tracções cutâneas a Doentes do foro ortopédico quando prescrito.

6.49 Colabora na realização de Pequenas Cirurgias.

6.50 Efectua a conferência dos conjuntos de sutura em livro próprio.

2º Elemento de Equipa - o profissional que assegura este posto:

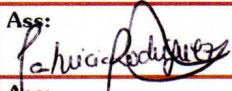

6.51 Substitui o Enfermeiro Chefe de Equipa nas ausências e impedimentos.

6.52 Coordena, sob orientação do Chefe de Equipa, a equipa de AAMs, nomeadamente:

- a) Distribuição/rotação pelos postos de trabalho;
- b) Distribuição para refeições, respeitando as orientações dadas;
- c) Supervisionar e orientar o cumprimento dos planos de trabalho dos AAMs;
- d) Informar o Chefe de equipa das situações de conflito na Equipa.

RESPONSABILIDADES-CHAVE DAS FUNÇÕES

1. Substituir o Enfermeiro Chefe de Equipa nas suas ausências e impedimentos.
2. Acolher e definir a prioridade de atendimento do Doente, de acordo com o Protocolo de Triagem de Manchester, e encaminhar para a Área de Atendimento adequada.
3. Prestar Cuidados de Enfermagem autónomos e/ou dependentes da prescrição de outros membros da Equipa de Saúde, efectuando os respectivos Registos de Enfermagem.

O Profissional	Nome: Patricia Rodriguez Alvarez	Nº Mec.: 23487	Ass: 	Data: 11/02/2004
A Chefia	Nome: João Luís Perestrelo Vieira	Nº Mec.: 20121	Ass: 	Data: 11/2/2004

Versão	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
2	Direcção de Qualidade, 2004/01/21	Drª. Rosário Frias Ver Cópia "Master", 2004/01/22	2005/8/2

ANEXO II: INSTRUMENTO DE REGISTO: UCI DO HOSPITAL DA LUZ

Registos de Enfermagem (6-16h)		Registos de Enfermagem (16-23h)		Registos de Enfermagem (23-08h)	
Respiração	Tegumentos	Respiração	Tegumentos	Respiração	Tegumentos
Circulação/Temperatura	Actividade motora	Circulação/Temperatura	Actividade motora	Circulação/Temperatura	Actividade motora
Nutrição/Digestão	Sensação/Repouso	Nutrição/Digestão	Sensação/Repouso	Nutrição/Digestão	Sensação/Repouso
Volume de Líquidos	Avaliação da Pessoa	Volume de Líquidos	Avaliação da Pessoa	Volume de Líquidos	Avaliação da Pessoa
Eliminação	Reprodução/ Outras Observações	Eliminação	Reprodução/ Outras Observações	Eliminação	Reprodução/ Outras Observações
Assinatura		Assinatura		Assinatura	
Escalas		Diário Clínico		Terapêutica	
<p>ESCALAS</p> <p>Escala de Braden</p> <p>1 - Consciência Inteira 2 - Muito Inteira 3 - Inteira 4 - Quase Inteira 5 - Inteira com alguma limitação 6 - Muito limitada 7 - Moderadamente limitada 8 - Muito limitada 9 - Muito limitada 10 - Muito limitada 11 - Muito limitada 12 - Muito limitada 13 - Muito limitada 14 - Muito limitada 15 - Muito limitada 16 - Muito limitada 17 - Muito limitada 18 - Muito limitada 19 - Muito limitada 20 - Muito limitada 21 - Muito limitada 22 - Muito limitada 23 - Muito limitada 24 - Muito limitada 25 - Muito limitada 26 - Muito limitada 27 - Muito limitada 28 - Muito limitada 29 - Muito limitada 30 - Muito limitada 31 - Muito limitada 32 - Muito limitada 33 - Muito limitada 34 - Muito limitada 35 - Muito limitada 36 - Muito limitada 37 - Muito limitada 38 - Muito limitada 39 - Muito limitada 40 - Muito limitada 41 - Muito limitada 42 - Muito limitada 43 - Muito limitada 44 - Muito limitada 45 - Muito limitada 46 - Muito limitada 47 - Muito limitada 48 - Muito limitada 49 - Muito limitada 50 - Muito limitada 51 - Muito limitada 52 - Muito limitada 53 - Muito limitada 54 - Muito limitada 55 - Muito limitada 56 - Muito limitada 57 - Muito limitada 58 - Muito limitada 59 - Muito limitada 60 - Muito limitada 61 - Muito limitada 62 - Muito limitada 63 - Muito limitada 64 - Muito limitada 65 - Muito limitada 66 - Muito limitada 67 - Muito limitada 68 - Muito limitada 69 - Muito limitada 70 - Muito limitada 71 - Muito limitada 72 - Muito limitada 73 - Muito limitada 74 - Muito limitada 75 - Muito limitada 76 - Muito limitada 77 - Muito limitada 78 - Muito limitada 79 - Muito limitada 80 - Muito limitada 81 - Muito limitada 82 - Muito limitada 83 - Muito limitada 84 - Muito limitada 85 - Muito limitada 86 - Muito limitada 87 - Muito limitada 88 - Muito limitada 89 - Muito limitada 90 - Muito limitada 91 - Muito limitada 92 - Muito limitada 93 - Muito limitada 94 - Muito limitada 95 - Muito limitada 96 - Muito limitada 97 - Muito limitada 98 - Muito limitada 99 - Muito limitada 100 - Muito limitada</p> <p>Escala de Coma de Glasgow</p> <p>1 - Abertura dos olhos 2 - Abertura dos olhos 3 - Abertura dos olhos 4 - Abertura dos olhos 5 - Abertura dos olhos 6 - Abertura dos olhos 7 - Abertura dos olhos 8 - Abertura dos olhos 9 - Abertura dos olhos 10 - Abertura dos olhos 11 - Abertura dos olhos 12 - Abertura dos olhos 13 - Abertura dos olhos 14 - Abertura dos olhos 15 - Abertura dos olhos 16 - Abertura dos olhos 17 - Abertura dos olhos 18 - Abertura dos olhos 19 - Abertura dos olhos 20 - Abertura dos olhos 21 - Abertura dos olhos 22 - Abertura dos olhos 23 - Abertura dos olhos 24 - Abertura dos olhos 25 - Abertura dos olhos 26 - Abertura dos olhos 27 - Abertura dos olhos 28 - Abertura dos olhos 29 - Abertura dos olhos 30 - Abertura dos olhos 31 - Abertura dos olhos 32 - Abertura dos olhos 33 - Abertura dos olhos 34 - Abertura dos olhos 35 - Abertura dos olhos 36 - Abertura dos olhos 37 - Abertura dos olhos 38 - Abertura dos olhos 39 - Abertura dos olhos 40 - Abertura dos olhos 41 - Abertura dos olhos 42 - Abertura dos olhos 43 - Abertura dos olhos 44 - Abertura dos olhos 45 - Abertura dos olhos 46 - Abertura dos olhos 47 - Abertura dos olhos 48 - Abertura dos olhos 49 - Abertura dos olhos 50 - Abertura dos olhos 51 - Abertura dos olhos 52 - Abertura dos olhos 53 - Abertura dos olhos 54 - Abertura dos olhos 55 - Abertura dos olhos 56 - Abertura dos olhos 57 - Abertura dos olhos 58 - Abertura dos olhos 59 - Abertura dos olhos 60 - Abertura dos olhos 61 - Abertura dos olhos 62 - Abertura dos olhos 63 - Abertura dos olhos 64 - Abertura dos olhos 65 - Abertura dos olhos 66 - Abertura dos olhos 67 - Abertura dos olhos 68 - Abertura dos olhos 69 - Abertura dos olhos 70 - Abertura dos olhos 71 - Abertura dos olhos 72 - Abertura dos olhos 73 - Abertura dos olhos 74 - Abertura dos olhos 75 - Abertura dos olhos 76 - Abertura dos olhos 77 - Abertura dos olhos 78 - Abertura dos olhos 79 - Abertura dos olhos 80 - Abertura dos olhos 81 - Abertura dos olhos 82 - Abertura dos olhos 83 - Abertura dos olhos 84 - Abertura dos olhos 85 - Abertura dos olhos 86 - Abertura dos olhos 87 - Abertura dos olhos 88 - Abertura dos olhos 89 - Abertura dos olhos 90 - Abertura dos olhos 91 - Abertura dos olhos 92 - Abertura dos olhos 93 - Abertura dos olhos 94 - Abertura dos olhos 95 - Abertura dos olhos 96 - Abertura dos olhos 97 - Abertura dos olhos 98 - Abertura dos olhos 99 - Abertura dos olhos 100 - Abertura dos olhos</p>		<p>ESCALAS</p> <p>Escala de Ramsey</p> <p>1 - Paciente acordado e agitado, amigável e cooperante 2 - Paciente acordado, orientado e colaborante 3 - Paciente desperto com estímulo verbal responde a ordens 4 - Paciente desperto com estímulo verbal vigoroso ou leve toque na região glabular 5 - Paciente desperto com estímulo físico (leve compressão glabular) 6 - Paciente sem resposta a compressão glabular</p>			
Assinatura		Assinatura		Assinatura	
Hora: Médico:		Hora: Médico:		Hora: Médico:	
Enfermeiro		Médico		Médico	

**ANEXO III: ESTUDO ELECTROFISIOLÓGICO E ABLAÇÃO POR CATÉTER: O QUE
PRECISA DE SABER PARA A ALTA**

Dependendo do tipo de arritmia e do local tratado, em 2% a 5% dos casos, a arritmia poderá voltar após a ablação. Nestes casos, frequentemente uma aplicação complementar de radiofrequência resolve definitivamente o problema. Sempre que possível é fundamental que se realize um electrocardiograma durante a arritmia. Isto é importante, pois eventualmente outras arritmias podem ser as responsáveis pela suspeita de recorrência.

Em casos de dúvidas, não hesite em falar connosco para abordar o assunto que o preocupa

Hospital da Luz

Unidade de Cuidados Intensivos

Hospital da Luz

Avenida Lusíada, 100,
1500-650, Lisboa.

Telefone: 217104400

Fax: 217104409

www.hospitaldaluz.pt

Estudo Electrofisiológico e Ablação por Catéter:

O que precisa de saber para a alta

Realizado por: Patrícia Rodriguez Alvarez, aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Universidade Católica Portuguesa, Junho 2010

Em que consiste o Estudo Electrofisiológico?

O objectivo do estudo Electrofisiológico é perceber o tipo da arritmia cardíaca do paciente e facilitar a escolha terapêutica para tratar essas arritmias.

Em que consiste a Ablação?

A **Ablação por cateter com radiofrequência** é usada para tratar o problema de arritmia cardíaca. A Ablação por radiofrequência é o procedimento mais eficiente para o tratamento definitivo das arritmias cardíacas. É realizada através de eléctrodos sem a necessidade de abertura do tórax. Dessa forma a recuperação é muito rápida e o paciente pode sair do hospital no dia seguinte. O procedimento é realizado com sedação e analgesia. Em alguns casos a Ablação é precedida do estudo Electrofisiológico e pelo mapeamento dos focos de arritmias, realizados no mesmo procedimento

A **Ablação por Navegação Magnética**, trata-se de uma microcoagulação feita com energia de radiofrequência aplicada com eléctrodos especiais nos focos das arritmias mapeados pelo estudo Electrofisiológico. Um computador faz o ajuste permanente da quantidade de energia que o

aparelho aplica no coração, para que a temperatura na ponta do cateter seja constante e para que não ultrapasse os limites de segurança. A Ablação Termocontrolada é o método mais seguro de tratar as arritmias cardíacas, de forma definitiva.

Orientações após o procedimento

As punções não requerem pontos, apenas um penso compressivo no local é suficiente. Na maioria dos casos regressará para o quarto acordado permanecendo em repouso absoluto com a perna imobilizada por 4 a 6 horas. A alimentação é retomada após algumas horas da realização do procedimento. A Tensão arterial, o pulso e o local do penso são examinados atentamente pela equipa de enfermagem.

Alta Hospitalar

Após um dia de internamento e sempre que o cardiologista o considere poderá ter alta hospitalar.

Os cuidados a ter são:

- Evitar esforços com a perna durante 7 dias;
- Não deverá conduzir nos 3 primeiros dias;
- Não necessita de realizar novo penso;
- A região da punção deverá ser lavada com água e sabão e deverá ser mantida seca e limpa;

- Poderão ser receitados medicamentos antiarrítmicos;
- O retorno ao trabalho poderá acontecer nos 3 dias a uma semana após o procedimento;
- Poderá sentir ameaças de taquicardias até o segundo ou terceiro mês após a ablação (é o chamado "síndrome pós-ablação"). Isto não é preocupante devendo desaparecer naturalmente.

Riscos associados: O estudo Electrofisiológico e a Ablação por radiofrequência são considerados métodos seguros, mas, como todo procedimento médico, eventualmente podem ocorrer algumas complicações. Apesar de se utilizar uma quantidade reduzida de raios X não se recomenda a realização durante a gravidez.

Hematoma: Pode aparecer no local onde foram feitas as punções. Normalmente são facilmente resolvidos. Para o evitar não deve fazer esforços.

Trombose (coágulo de sangue): Na veia ou artéria onde foram feitas as punções Rotineiramente, durante e após os procedimentos, são tomadas medidas para evitar este problema.

Infecção: Pelo fato de ser procedimento realizado sem a abertura do tórax, o risco de infecção é muito baixo.

**ANEXO IV: PLANEAMENTO DA SESSÃO “ABORDAGEM À PESSOA SUBMETIDA A
CIRURGIA DA OBESIDADE”**

Planeamento da Sessão de Formação:

Tema: Cirurgia da Obesidade - Cuidados de Enfermagem ; **Lugar:** Sala de Enfermagem da UCI do Hospital da Luz; **Data:** 16/06/2010; **Hora:** 15.30

Objectivo da Sessão: Sensibilizar os enfermeiros da UCI para a importância dos cuidados de Enfermagem aos clientes submetidos a cirurgia da obesidade.

	Conteúdos	Tempo	Metodologia	Recursos	
				Humanos	Materiais
INTRODUÇÃO	Apresentação do formador	2m	Expositiva	Formador Formandos	Computador Power Point
	Justificação e pertinência do tema				
	Apresentar objectivos da acção de formação				
DESENVOLVIMENTO	Definição Cirurgia da Obesidade	6m	Expositiva	Formador Formandos	Computador Power Point
	Indicações				
	Descrição dos tipos de cirurgia				
	Riscos				
	Cuidados de Enfermagem				
CONCLUSÃO	Conclusão	2m	Expositiva Escrita	Formador Formandos	Computador Power point Questionários
	Avaliação da sessão				
	Encerramento				

ANEXO V: “ABORDAGEM À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA DA OBESIDADE”.

HOSPITAL DA LUZ

Abordagem à pessoa submetida à Cirurgia da Obesidade

Formando: Enf. Patricia Alvarez
Orientador: Enf. Arnaldo Conceição

Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica, UCP, Junho 2010

HOSPITAL DA LUZ

Objectivos

- ✓ Sensibilizar os enfermeiros da UCI para a importância dos cuidados de Enfermagem aos clientes submetidos a cirurgia da obesidade.

HOSPITAL DA LUZ

Definição

Tratamento cirúrgico destinado a pessoas com excesso de peso, com obesidade mórbida e em alguns casos associado a diabetes descompensada.

HOSPITAL DA LUZ

Indicações

- ✓ Pacientes com obesidade mórbida IMC > 35 que tenham co-morbidades como apneia do sono, hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia, artropatias;
- ✓ Pacientes com IMC > 40 independente de haver co-morbidades.

HOSPITAL DA LUZ

Cirurgia da Obesidade

As intervenções cirúrgicas são divididas em:

- Intervenções Restritivas;
- Intervenções Indutoras de Malabsorção;
- Intervenções Mistas;

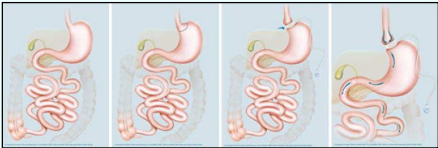
HOSPITAL DA LUZ

Intervenções Restritivas

Nestas intervenções é reduzida a capacidade de ingestão de alimentos. Actualmente, destacam-se como mais importantes neste grupo a **Banda Gástrica Ajustável** e a **Gastrectomia em Sleeve**.

Intervenções Restritivas

➤ Banda Gástrica Ajustável



O estômago é dividido em duas partes através de uma banda ou anel ajustável. Fica com a forma de uma ampulheta assimétrica, em que a parte de cima tem um volume muito reduzido (30-50 ml) em relação à parte de baixo.

A redução da quantidade de alimento ingerida obtém-se por dois mecanismos: um mecanismo de **obstrução** e um **mecanismo de indução da saciedade**.

O dispositivo necessário para o ajustamento da banda é colocado sob a pele na parede abdominal. O ajustamento da banda realiza-se através da injeção de soro fisiológico neste dispositivo.

Intervenções Restritivas

➤ Gastrectomia em Sleeve



A região esquerda do estômago é removida sendo esta a que tem maior capacidade de dilatação e é responsável pela secreção de substâncias relacionadas com a estimulação do apetite e com a obesidade. Nos casos de obesidade muito grave é usada com frequência com a intenção de reduzir o peso até um grau que permita mais facilmente, numa segunda intervenção, associar um procedimento indutor de malabsorção.

Pode também ser uma boa indicação nos indivíduos preocupados com a presença de um corpo estranho na cavidade abdominal.

Intervenções Indutoras de Malabsorção

Nestas intervenções é induzida uma alteração do processo de digestão/absorção. Envolvem também algum grau de restrição da capacidade de ingestão de alimentos. As mais importantes são **Derivação Biliopancreática por Operação de Scopinaro e Derivação Biliopancreática por Switch Duodenal**

Intervenções Indutoras de Malabsorção

➤ Derivação Biliopancreática por Operação de Scopinaro



Redução do volume gástrico (com remoção da região inferior do estômago), e a ligação da bolsa gástrica remanescente ao segmento final do intestino delgado, o ileon.

Na Derivação Biliopancreática por Operação de Scopinaro o duodeno e o jejuno, locais onde ocorre uma parte importante do processo de digestão/absorção, ficam afastados deste processo, limitando-se a transportar as secreções biliares e pancreáticas, que só libertam no ileon.

Também nesta intervenção, o facto do píloro ser removido interfere com a velocidade de esvaziamento gástrico, tornando-a mais rápida.



Intervenções Indutoras de Malabsorção

➤ Derivação Biliopancreática por Switch Duodenal



A Derivação Biliopancreática por Switch Duodenal envolve uma gastrectomia limitada, dando ao estômago uma forma tubular por remoção da sua região esquerda. A parte do estômago que não é removida é separada do duodeno e ligada ao segmento final do intestino delgado, o ileon e mantém a região inferior do estômago bem como o píloro. O segmento que recebe as secreções biliar e pancreática (duodeno e jejuno) é ligado ao segmento terminal do ileon, pelo que é impedido de contactar com os alimentos, conduzindo a malabsorção.

A Derivação Biliopancreática por Switch Duodenal tem as desvantagens de ser tecnicamente complexa e, como tal, comportar maior risco cirúrgico, de poder cursar com efeitos indesejáveis como diarreia, flatulência e fezes com cheiro fétido e de poder conduzir a carências nutricionais graves.



Intervenções Mistas

Nestas intervenções é simultaneamente reduzida a capacidade de ingestão e alterado o processo de digestão/absorção. Actualmente, destaca-se como mais importante neste grupo o **Bypass Gástrico em Y de Roux**.

HOSPITAL DA LUZ

Intervenções Mistas

> Bypass Gástrico em Y de Roux.

No Bypass Gástrico em Y de Roux é criada uma pequena bolsa gástrica na região superior do estômago, com 15 a 30 ml de capacidade, que tem como objectivo limitar de uma forma importante a capacidade de ingestão. Esta bolsa é ligada ao intestino delgado na região do jejuno, ultrapassando assim apenas o duodeno, pelo que a acção das secreções pancreática e biliar é impedida, embora a extensão de intestino delgado afastado do processo de digestão/absorção seja substancialmente inferior à das técnicas indutoras de malabsorção. Nesta intervenção é simultaneamente reduzida a capacidade de ingestão e alterado o processo de digestão/absorção.



Riscos

- ✓ Hemorragia;
- ✓ Deiscência da sutura (fístula);
- ✓ Estenose;
- ✓ Síndrome de Dumping

HOSPITAL DA LUZ

Cuidados de Enfermagem

- ✓ Avaliar sinais vitais;
- ✓ Avaliar permeabilidade dos cateteres/sondas/drenos;
- ✓ Monitorizar presença de náuseas e vômitos;
- ✓ Avaliar sinais de TVP e instituir medidas de prevenção;
- ✓ Introduzir a dieta e monitorizar desconforto ou intercorrência com a introdução da dieta;
- ✓ Verificar presença, aspecto, características e frequência de eliminações intestinais;
- ✓ Monitorizar sinais de íleo paralítico, na ausência de ruídos hidroaéreos (deverão retornar em média de 6 a 12 horas após a cirurgia), flatulência, distensão abdominal;
- ✓ Realizar os pensos segundo a prescrição e monitorizar sinais e sintomas de infecção;
- ✓ Vigiar sinais de alterações psicológicas;
- ✓ Orientar o paciente/família em relação aos cuidados após alta.

HOSPITAL DA LUZ

CONCLUSÕES

A cirurgia bariátrica tornou-se um dos principais tratamentos para a obesidade. As técnicas cirúrgicas utilizadas mostram-se eficazes e seguras, demonstrando um bom resultado na perda de peso e aumento da qualidade de vida do paciente.

A evolução técnica e operacional na realização das cirurgias, e em especial da cirurgia bariátrica, demanda não somente um esforço e investimento do paciente e seus familiares, mas um suporte de qualidade e efectivo da equipa multidisciplinar.



Obrigada

**ANEXO VI: QUESTIONÁRIO SOBRE A FORMAÇÃO “ABORDAGEM À PESSOA SUBMETIDA
A CIRURGIA DA OBESIDADE”.**

Avaliação da Acção de Formação: Cirurgia da Obesidade – Cuidados de Enfermagem
Hospital da Luz, UCI, 16/06/2010

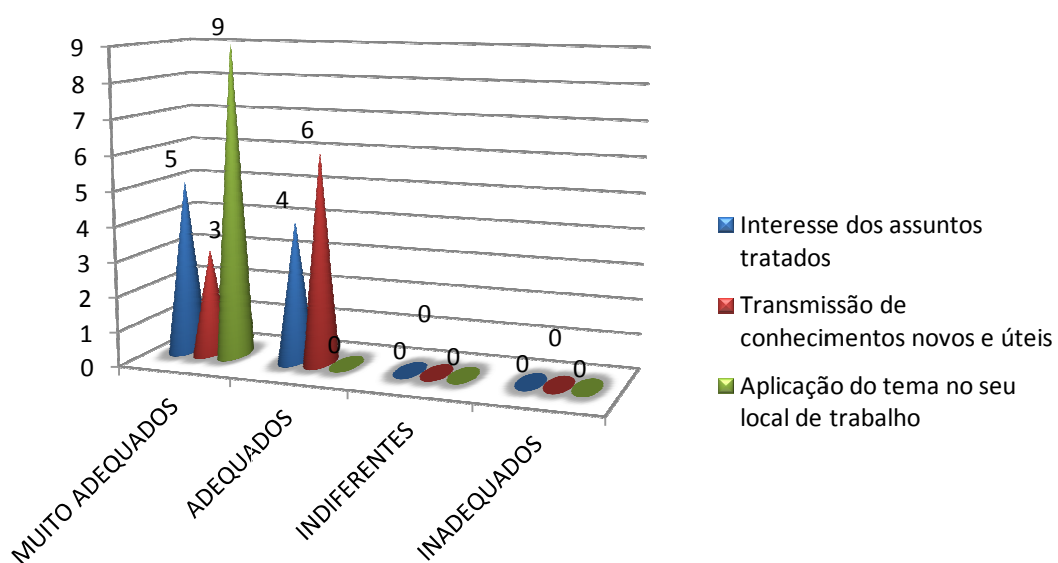
Conteúdos programáticos	MUITO ADEQUADOS	ADEQUADOS	INDIFERENTES	INADEQUADOS
Interesse dos assuntos tratado:				
Transmissão de conhecimentos novos e úteis				
Aplicação do tema no seu local de trabalho				
Organização da Acção de Formação	EXCELENTE	BOA	INDIFERENTE	INSUFICIENTE
Medios Audiovisuais utilizados				
Duração da apresentação				
Formador	EXCELENTE	BOM	INDIFERENTE	INSUFICIENTE
Conhecimentos demonstrados				
Clareza na exposição				
Esclarecimento das dúvidas				
Facilidade de comunicação				
Apreciação Global	EXCELENTE	BOM	INDIFERENTE	INSUFICIENTE
Classificação				

Sugestões /Comentários:

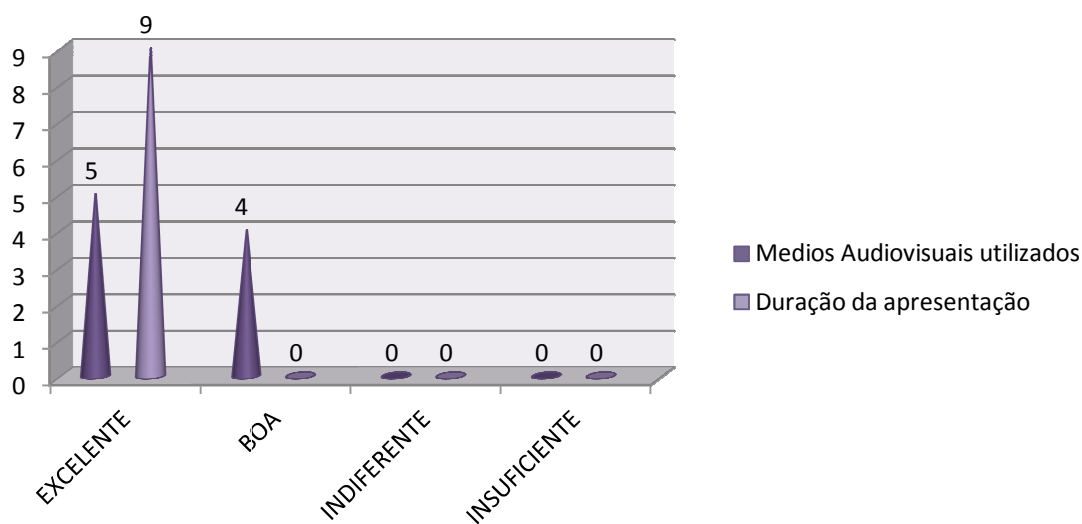
Obrigada pelo tempo dispensado

**ANEXO VII: RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO SOBRE A FORMAÇÃO “ABORDAGEM À
PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA DA OBESIDADE”**

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS



ORGANIZAÇÃO DA ACCÃO DE FORMAÇÃO



ANEXO VIII: CERTIFICADO DA PARTICIPAÇÃO NO CURSO DE VIA AÉREA DIFÍCIL.

Certificado

Certifica-se que a

Enf.ª Patricia Rodriguez Alvarez

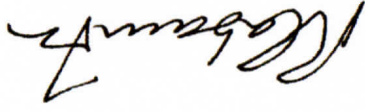
participou no "4º Curso Teórico-Prático de Manuseamento da Via

Aérea para Enfermeiros", de 9 horas lectivas, no qual teve

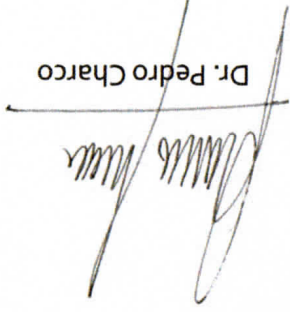
aproveitamento na avaliação final.

Santarém, 27 de Maio de 2010
Os directores do curso:

Dr. Reinaldo Cabanita



Dr. Pedro Charco



AEMAS
Associação para o Estudo da
Via Aérea de Santarém

SERVÍÇO DE ANESTESIOLOGIA
E REANIMAÇÃO
SANTARÉM

FUNDAÇÃO INTERNACIONAL DE
DOCÊNCIA E INVESTIGAÇÃO EN VIA AEREA
FIDIVA

**ANEXO IX: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO E COMO PALESTRANTE NO XXX
CONGRESSO NACIONAL DE GASTROENTEROLOGIA, ENDOSCOPIA DIGESTIVA E
HEPATOLOGIA – VILAMOURA – 9 A 12 DE JUNHO.**

XXX congresso nacional de Gastrenterologia, Endoscopia Digestiva e Hepatologia

Certificado

Certifica-se que o(a) Senhor(a) Dr.(a)

PATRICIA ALVAREZ

participou no "XXX Congresso Nacional de Gastrenterologia, Endoscopia Digestiva e Hepatologia", realizado nos dias 09, 10, 11 e 12 de Junho de 2010, no Centro de Congressos do Tivoli Marinhel, Vilamoura.

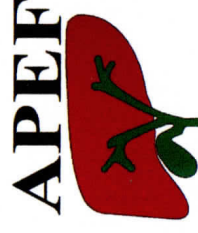


Dr. Hermano Gouveia
(O Presidente do Congresso)





Sociedade Portuguesa
de Gastroenterologia



XXX Congresso Nacional de Gastroenterologia, Endoscopia Digestiva e Hepatologia

9 - 12 de Junho, 2010 Centro de Congressos de Vilamoura - Marina Hotel

SPG – SPED – APEF - Secretariado

congressos.gastro@mail.telepac.pt

Tel: +351 217 995 530

Móvel: +351 937 995 530

Fax: +351 217 995 538

Av. António José de Almeida,

N.º 5 F – 8.º andar

1000-042 Lisboa

www.spg.pt

www.sped.pt

www.apef.com.pt

Enviar até 30 de Março de 2010

O Resumo das Comunicações

deve conter:

1. Objectivos do estudo
2. Métodos utilizados
3. Sumário dos resultados
4. Conclusões

Tipo de Apresentação

- Comunicação Oral
 Poster
 Instantâneo Endoscópico
 Caso Clínico

Assunto

- Tubo digestivo
 Fígado
 Pâncreas e Vias Biliares
 Técnicas

Correspondência

Nome e morada do Autor

Nome **David Serra**

Morada **Rua Cabo Espichel, N 17, Verdizela**

Título

**AVALIAÇÃO DE QUALIDADE EM COLONOSCOPIA-
EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO**

Autor(es)

Alvarez P., Pinto M.J., Cannas P., Bismark J., Serra D.

Resumo

Objectivos: Avaliação da prestação de cuidados, segurança e satisfação dos doentes, na realização de colonoscopias numa unidade de endoscopia.

Material e métodos: Durante 2 meses não consecutivos avaliamos 9 parâmetros de qualidade na realização de colonoscopias: indicação dos exames, consentimento informado, percentagem exames com anestesia e classificação ASA, qualidade preparação, taxa de intubação cecal, tempo de retirada do aparelho, taxa de detecção de pólipos, complicações e índice satisfação dos doentes (segundo questionário aprovado pela ASGE).

Resultados: foram realizados 686 colonoscopias no período do estudo. A idade média foi de 53 anos, as principais indicações dos exames foram rastreio de cancro colo-rectal, hematoquezias e anemia. 99,9% dos doentes assinaram o consentimento informado sem informação adicional, 96% realizaram exame sob sedação com apoio anestésico, sendo 71% dos doentes ASA II.

A maior parte dos doentes apresentou boa preparação intestinal (63%) e 21% uma preparação excelente.

A taxa de entubação cecal foi de 97%, o tempo médio de retirada do aparelho foi de 6 minutos e 20 segundos.

A taxa de detecção de pólipos foi de 29%. Durante o estudo não ocorreram perfurações, a taxa de hemorragia pós-polipectomia foi de 3%, tendo todas as situações sido resolvidas endoscopicamente. O índice de satisfação dos doentes, avaliado segundo o questionário da sociedade americana de endoscopia (ASGE) revelou elevados índices de satisfação dos doentes, com mais de 80% dos doentes a classificarem com muito bom e excelente.

Conclusões: Este estudo permitiu aferir que a nossa unidade de endoscopia apresenta excelentes índices de qualidade na realização de colonoscopias, com elevado grau de satisfação dos doentes.

Local de trabalho

Hospital da Luz

E-mail dserra@hospitaldalu.pt

Telef. 962433379

C.P. 2855-618 Corroios

**ANEXO X: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO E COMO PALESTRANTE NO DIA DO
ENFERMEIRO CELEBRADO NO HOSPITAL DA LUZ**

ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO
DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA



Certificado de Palestrante

Certifica-se que Patricia Alvarez participou no Workshop Dia Internacional do Enfermeiro que se realizou em 12 de Maio de 2010 no Hospital da Luz, como Palestrante, apresentando o seguinte tema:

Qualidade em Gastroenterologia- indicadores

Lisboa, 12 de Maio de 2010

O Responsável da Entidade Formadora



ADVITA - ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA

Rua Prof. Carlos Alberto da Mota Pinto nº 17-9º 1070-313 • Lisboa Tel.: 00 351 21 316 32 75Fax: 00 351 21 353 02 92 • Site: www.advita.pt • Email: info@advita.pt • Instituição Particular de Solidariedade Social, inscrição nº 42412a fts. 69 do Livro nº 9 das Associações de Solidariedade Social

Modalidade de formação: Formação contínua/aperfeiçoamento

Área de formação: 720- Saúde

Competências adquiridas: conhecimento de trabalhos de investigação científica de enfermagem desenvolvidos no Hospital da Luz na área do ambulatório; conhecimentos de ferramentas para reflexão de prática clínica e do desenvolvimento profissional em enfermagem

Conteúdo programático		duração do curso
10 min	Abertura	
10 min	Conferência: Revisitar o CUIDAR à Luz da inteligência	
35 min	emocional	
35 min	Desafios, valores e compromissos em enfermagem	
30 min	oncológica	
	Consulta em Enfermagem - o conhecimento e a sensibilidade	
	A qualidade de vida durante a quimioterapia	
15 min	Estruturantes da qualidade	
15 min	Técnicas de alívio da dor no teste de diagnóstico precoce-	
15 min	estudo de investigação	
15 min	Intervenção de Enfermagem em novos tratamentos de	
25 min	radiologia intervêntiva	
45 min	A prática profissional da Enfermagem de urgência- envolvimento e competência	
	Satisfação dos clientes face aos cuidados de enfermagem em internamento de curta duração	
	Curso para a validação do protocolo de triagem	
	Como se afirmam e desenvolvem as competências dos Enfermeiros em contexto de urgência	
60 min	A Enfermagem na actualidade	
	Fazer "das tripas coração"	
	Modelo de desenvolvimento profissional	
60 min	Um olhar sobre a enfermagem na diabetes - uma oportunidade de intervenção multidisciplinar	
	Implementação da consulta de enfermagem no HL	
	Prevenção e controlo da Diabetes	
	O Enfermeiro, a criança e a família perante o episódio inaugural de diabetes	
30 min	Qualidade em Gastrenterologia-indicadores	
5 min	Mensagem para casa e encerramento	
		5,5 horas

**ANEXO XI: CERTIFICADO DE TEMPO DE TRABALHO NO HOSPITAL DE DIA CIRÚRGICO.
FUNÇÕES DESEMPENHADAS.**



DECLARAÇÃO

Lisboa, 16 de Fevereiro de 2011

Para os devidos efeitos, declaro que a **Ex.ma Sr.ª. Patrícia Rodriguez Alvarez**, moradora na Rua José Cardoso Pires, Lt. B – 4º D, Stº. António dos Cavaleiros, portadora do Bilhete de Identidade n.º 76710532-N, emitido a 11/06/2001 no arquivo de Ourense e NIF n.º 238725944 exerce funções nesta Instituição desde 04 de Setembro de 2006.

Francisco Costa Macedo
Director de Recursos Humanos

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que a Enfermeira Patricia Rodriguez Alvarez integrou a equipa que colaborou no Projecto de Inicio de Actividade do Serviço, Hospital de Dia Cirúrgico (HDC), que engloba Cirurgia do Ambulatório, Exames especiais (Endoscopia Digestiva e Brônquica) e Cirurgia Oftalmológica por Laser (Lasik).

1. Colaborou na Elaboração do Manual de Normas e Procedimentos do HDC tendo feito vários Procedimentos na Área da:

- a. Prestação de Cuidados
- b. Gestão, organização e Funcionamento do Serviço
- c. Garantia da Qualidade e Segurança
- d. Formação

2. Elaborou documentação para informação aos clientes que são submetidos às diversas técnicas de Gastrenterologia.

3. Exerce funções como Enfermeira responsável pela Formação em Serviço. Realizou várias formações em Serviço sobre as Técnicas em Gastrenterologia (Cuidados ao doente submetido a colocação de próteses – esofágica, colónica, duodenal e biliar; Cuidados ao doente na Videoenteroscopia por cápsula; Limpeza e Desinfecção de Endoscópios.

4. Apresentou o trabalho sobre “ Os circuitos na Área da Endoscopia Digestiva no HDC” no Congresso do Dia do Enfermeiro, realizado no Hospital da Luz.

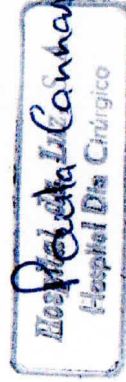
5. Iniciou um trabalho de Investigação não académico, elaborando um instrumento (Enquadramento Teórico e Questionário) sobre Indicadores de Qualidade que está para aprovação na Comissão da Qualidade do Hospital da Luz.



ESPIRITO SANTO **Fazer** a integração no Serviço de novos profissionais de Enfermagem.

7. Orientou e colaborou na Avaliação de estudantes de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no Ensino Clínico II do 2º Ano do 8º Curso de Licenciatura de Enfermagem.
8. Colabora na gestão de materiais nas diferentes áreas do Serviço, com especial incidência no material específico das técnicas de Gastroenterologia.
9. Colabora na gestão do Serviço na ausência da Enfermeira Chefe.

Lisboa, 16 de Fevereiro de 2011



Paula Cannas da Silva

Enfermeira Responsável HDC e Centro Cardiovascular

ANEXO XII: MANUAL DO HDC

ESC = SAIR

Hospital de Dia Cirúrgico

Hospital Da Luz

[Descrição](#) [Áreas de Actuação](#) [Contactos](#)

O HDC presta cuidados programados a pacientes que necessitem de intervenções cirúrgicas de todas as especialidades, bem como de exames/técnicas especiais de gastroenterologia, pneumologia, urologia e oftalmologia, realizados em ambulatório, ou seja, que não exijam um período de internamento superior a 12 horas.

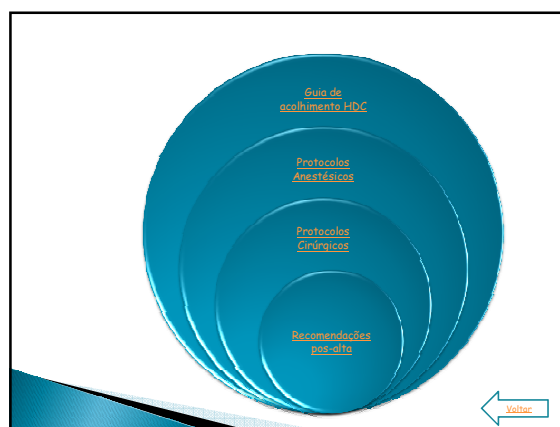
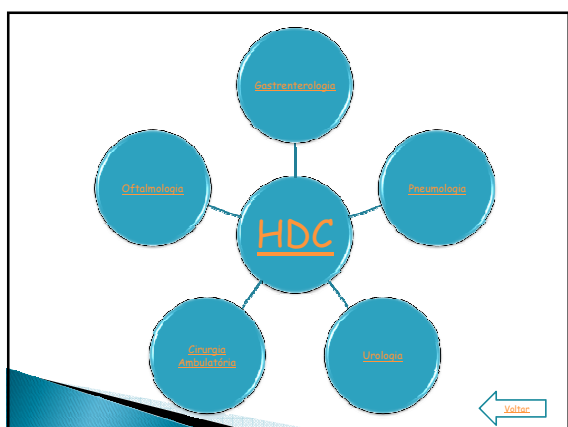
O HDC está assim organizado em função da sua vocação para realizar intervenções cirúrgicas menos complexas e exames/técnicas especiais que carecem de períodos de internamento hospitalar curtos, mas dando sempre prioridade à qualidade dos seus serviços e à segurança dos pacientes.

Os recursos do HDC incluem oito quartos individuais e três camas numa área denominada adaptação ao meio. Os clientes são preparados nestas áreas e após a cirurgia realizam o recobro anestésico.

Encontram-se equipados com monitorização cardiorespiratória, onde os clientes submetidos a intervenções cirúrgicas ou a exames realizados sob anestesia encontram as melhores condições de segurança, conforto.

O Hospital de Dia Cirúrgico está localizado no Piso 1, com acesso a partir da entrada principal e do estacionamento através do núcleo de elevadores A ou de escadas rolantes.

[Voltar](#)



▶ [Guia de acolhimento para o cliente: Adulto](#)

▶ [Guia de acolhimento para o cliente: Criança](#)


[Voltar](#)

- ▶ [Jejum pré-operatório](#)
- ▶ [Terapêutica a suspender](#)
- ▶ [Avaliação pré-anestésica](#)
- ▶ [Medicação pre-anestésica em crianças](#)
- ▶ [Perioperatório em cliente diabético](#)
- ▶ [Náuseas e vômitos](#)
- ▶ [Dor](#)

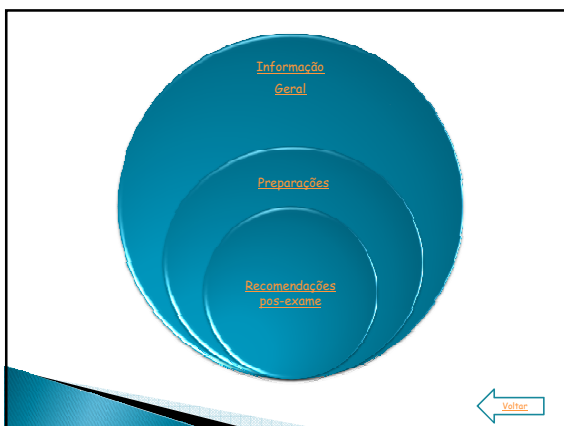
[Voltar](#)

- ▶ Cirurgia Geral
 - ▶ Oftalmologia
 - ▶ Ortopedia
 - ▶ Ginecologia
 - ▶ Cirurgia Plástica
 - ▶ Urologia
 - ▶ Otorrinolaringologia
 - ▶ Cirurgia Pediátrica
 - ▶ Cirurgia Maxilo-Facial
 - ▶ Cirurgia Vascular
 - ▶ Neurocirurgia
- 

- ▶ Cirurgia Geral
 - ▶ Oftalmologia
 - ▶ Ortopedia
 - ▶ Ginecologia
 - ▶ Cirurgia Plástica
 - ▶ Urologia
 - ▶ Otorrinolaringologia
 - ▶ Cirurgia Pediátrica
 - ▶ Cirurgia Maxilo-Facial
 - ▶ Cirurgia Vascular
 - ▶ Neurocirurgia
- 

- ▶ Cirurgia por via vaginal:
 - ▶ Histeroscopia.
- 

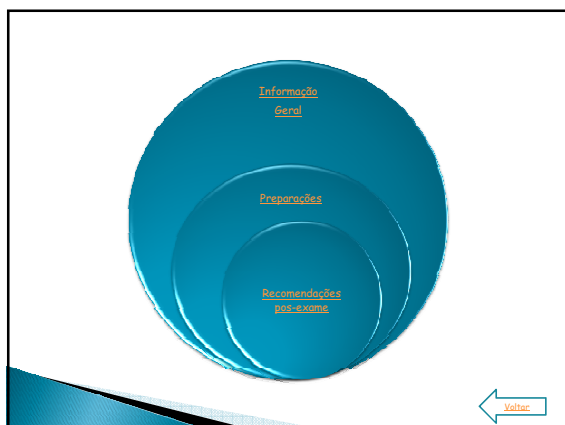
- ▶ Adenoamigdalectomia:
 - ▶ Adenoidectomia:
 - ▶ Amigdalectomia:
 - ▶ Tubos de ventilação timpânicos.
- 



- ▶ Endoscopia Digestiva Alta
 - ▶ Colonoscopia total
 - ▶ Colonoscopia esquerda
 - ▶ Rectosigmoidoscopia
 - ▶ Eco-Endoscopia Alta
 - ▶ CPRE
 - ▶ Enteroscopia de Duplo Balão Alta
 - ▶ Endoscopia Alta por cápsula
 - ▶ Colonoscopia por cápsula
 - ▶ Ph-Metria
 - ▶ Biópsia Hepática
 - ▶ Balão Intra-ovárico
 - ▶ Exames com Sedação
- 

- ▶ Endoscopia Digestiva Alta
 - ▶ Colonoscopia total
 - ▶ Colonoscopia esquerda
 - ▶ Rectosigmoidoscopia
 - ▶ Eco-Endoscopia Alta
 - ▶ Eco-Endoscopia Baixa
 - ▶ CPRE
 - ▶ Enteroscopia de Duplo Balão Alta
 - ▶ Enteroscopia de Duplo Balão Baixa
- 

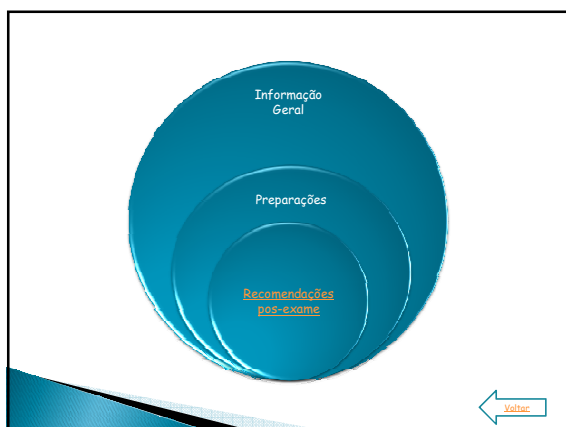
- ▶ Colocação de Prótese Esofágica
 - ▶ Colocação de BIF
 - ▶ Árson
 - ▶ Polinectomia
 - ▶ Punção Ecoaulada
 - ▶ CPRE
 - ▶ Biópsia Hepática
 - ▶ Dilatação Esofágica
 - ▶ Laqueação de varizes esofágicas
 - ▶ PEG
- 



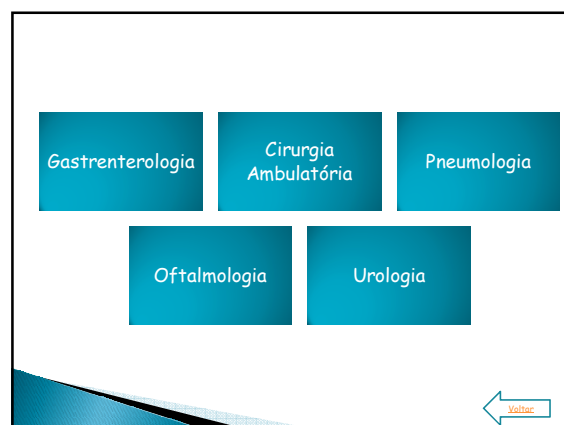
- ▶ Endoscopia Respiratória
 - ▶ Toracocentese
 - ▶ Biópsia Pleural
- 

- ▶ Endoscopia Respiratória
 - ▶ Toracocentese
- 

- ▶ Endoscopia Respiratória
- 



- ▶ **CONTABILIZAÇÃO**
 - ▶ Gestão Farmácia
 - ▶ Gestão Material Clínico
- [Voltar](#)



Telefone Geral : 21710400

Extensões Hospital de Dia Cirúrgico : 11128/11168

E-mail enfermeiros: enfermeiroshdc@hospitaldaluz.pt

[Voltar](#)

**ANEXO XIII: GUIA DE ACOLHIMENTO AO DOENTE SUBMETIDO A CIRURGIA DE
AMBULATÓRIO.**

HOSPITAL DE DIA CIRÚRGICO

GUIA DE ACOLHIMENTO

O QUE É O HOSPITAL DE DIA CIRÚRGICO?

O Hospital de Dia Cirúrgico (HDC) é uma unidade do Hospital da Luz dotada de um espaço físico próprio e de todos os meios tecnológicos e humanos necessários para disponibilizar os melhores cuidados de saúde na sua área de actividade. O HDC presta cuidados programados a pacientes que necessitem de intervenções cirúrgicas de todas as especialidades, bem como de exames/técnicas especiais de gastroenterologia, pneumologia, urologia e oftalmologia, realizados em ambulatório, ou seja, que não exijam um período de internamento superior a 12 horas.

O HDC está assim organizado em função da sua vocação para realizar intervenções cirúrgicas menos complexas e exames/técnicas especiais que carecem de períodos de internamento hospitalar curtos, mas dando sempre prioridade à qualidade dos seus serviços e à segurança dos pacientes.

O Hospital de Dia Cirúrgico está localizado no Piso 1, com acesso a partir da entrada principal e do estacionamento através do núcleo de elevadores A ou de escadas rolantes.

RECURSOS DO HOSPITAL DE DIA CIRÚRGICO

Na área de exames/técnicas especiais, o Hospital de Dia Cirúrgico inclui salas com equipamento de diagnóstico e tratamento de última geração, permitindo realizar todas as técnicas de gastroenterologia e pneumologia aconselhadas actualmente. Possui também uma sala dedicada especialmente à oftalmologia, para tratamento cirúrgico da miopia por laser, hipermetropia e astigmatismo (LASIK), e uma sala para litotriacia.

Os recursos do HDC incluem ainda oito quartos individuais de preparação e recobro anestésico, equipados com monitorização cardiorespiratória, onde os pacientes submetidos a intervenções cirúrgicas ou a exames realizados sob anestesia encontram as melhores condições de segurança, conforto e privacidade. Para os pacientes submetidos a intervenções que não necessitam de anestesia está disponível uma sala de adaptação ao meio com quatro lugares. Uma das salas de exame do HDC está também equipada com um sistema de vídeo que permite gravar as intervenções realizadas e que tem possibilidade de ligação ao auditório, representando assim um recurso valioso em termos de formação.

GUIA DE ACOLHIMENTO DO HOSPITAL DE DIA CIRÚRGICO

As informações constantes neste Guia de Acolhimento destinam-se especificamente aos doentes submetidos a intervenções cirúrgicas realizadas em ambulatório. Por favor leia atentamente todas as indicações e, em caso de dúvida, contacte o HDC através do número de telefone 217 104 400.

Hospital da Luz, SA

Avenida Lusitã, 100, 1500-650, Portugal
T (marcações) 1808 204 400 T +351 217 104 400 F +351 217 104 409
geral@hospitaldaluza.pt www.hospitaldaluza.pt
Capital Social: 1.000.000 Euros Registo da C.R.C. de Lisboa e Contribuinte n.º 507 485 637

INFORMAÇÕES GERAIS

- É de toda a conveniência que possa ser acompanhado por um familiar ou por alguém da sua confiança, que lhe possa prestar o apoio necessário no dia da intervenção, nomeadamente no regresso a casa, bem como ao longo das 24 horas seguintes.
- Evite trazer para o Hospital valores ou objectos pessoais. Caso tenha que o fazer, entregue-os ao seu acompanhante ou contacte o secretariado para que sejam guardados em local seguro.
- Recomenda-se a utilização de peças de vestuário confortáveis e pouco justas.
- Caso tenha algum impedimento à realização da intervenção na data programada, ou se nos dias que a antecederem estiver com tosse, constipado ou com febre, por favor avise de imediato o HDC para que se proceda ao adiamento para outra ocasião.
- Se é fumador, evite fumar na semana que antecede a intervenção.

NO DIA ANTERIOR À INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

- Salvo indicação médica contrária deverá manter a sua medicação habitual.
- Procure repousar.
- Faça uma refeição leve no máximo seis horas antes da hora prevista para a intervenção e depois desta não volte a ingerir sólidos ou líquidos, incluindo água.

NO DIA DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

- Tome banho ou duche e não use qualquer maquilhagem ou verniz.
- Caso habitualmente use lentes de contacto, não as coloque e use óculos.
- À chegada ao Hospital da Luz deverá dirigir-se à recepção do Hospital de Dia Cirúrgico no Piso 1.
- Depois de cumpridos os procedimentos administrativos necessários, será conduzido à área reservada do HDC por uma auxiliar de acção médica.
- Dependendo da intervenção a que vai ser submetido, será conduzido a um quarto de preparação e recobro ou à sala de adaptação ao meio. Nesta altura ser-lhe-á pedido que troque o seu vestuário por uma bata.
- As suas roupas serão guardadas num cacifo, cuja chave poderá ficar à guarda do seu acompanhante ou da equipa de enfermagem.
- Ser-lhe-á então colocado um soro intravenoso através do qual serão administrados os medicamentos que forem necessários.
- Durante o período de permanência no HDC poderá sempre estar acompanhado.

A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

- A intervenção cirúrgica é realizada no Bloco Operatório onde será recebido por um enfermeiro.
- Depois da intervenção será conduzido ao seu quarto ou à sala de adaptação ao meio, onde permanecerá durante o período necessário para recuperar da anestesia. A partir desta altura poderá ficar novamente com o seu acompanhante. Durante este período os seus sinais serão monitorizados; só terá alta quando se encontrar em perfeitas condições para regressar a casa.

A ALTA E AS 24 HORAS SEGUINTE

- Na altura da alta ser-lhe-ão fornecidas todas as recomendações pós-operatórias relativas à intervenção cirúrgica a que foi submetido. Estas indicações devem ser rigorosamente cumpridas.
- O momento da alta é o adequado para esclarecer junto do médico e/ou do enfermeiro todas as dúvidas que tenha.
- No regresso a casa e durante as 24 horas seguintes poderá sentir náuseas ou tonturas, especialmente quando se deslocar de carro, situação que é normal e temporária.
- Se a sua intervenção tiver sido realizada sob anestesia geral, durante as 24 horas seguintes não deve conduzir, beber bebidas alcoólicas ou tomar decisões importantes.
- Caso a sua intervenção tenha sido realizada sob anestesia geral, no dia seguinte poderá ser contactado por um elemento da equipa clínica do Hospital de Dia Cirúrgico para avaliar a evolução pós-operatória.

SITUAÇÕES EM QUE DEVE CONTACTAR O HOSPITAL DE DIA CIRÚRGICO

- Se sentir dor no peito ou falta de ar.
- Se tiver vómitos persistentes.
- Se notar alguma aumento de volume no local da operação ou tiver alguma hemorragia.
- Se tiver alguma dúvida que queira esclarecer.

ANEXO XIV: ARTROSCOPIA DO JOELHO: O QUE PRECISA DE SABER PARA A ALTA.

***Em casos de dúvidas, não hesite
em falar connosco para abordar
o assunto que o preocupa***

Hospital da Luz

Avenida Lusíada, 100,
1500-650, Liboa.
Telefone: 217104400
Fax: 217104409

www.hospitaldaluz.pt

Realizado por: Patricia Rodriguez Alvarez, aluna do Mestrado em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, Universidade Católica Portuguesa

Hospital da Luz

Hospital de Dia Cirúrgico

Artroscopia do joelho:

O que precisa de saber para a alta

O que é uma Artroscopia?

A Artroscopia é uma técnica minimamente invasiva que permite aceder a uma articulação através de pequenas incisões na pele.

Numa dessas incisões, ou portas, é inserido um artroscópio, instrumento que possui na sua extremidade uma câmara de vídeo que irá transmitir imagens ampliadas e de elevada definição para um monitor presente na sala onde a intervenção é realizada.

As imagens do artroscópio e a introdução de outros instrumentos nas pequenas incisões tornam possível inspeccionar toda a articulação e realizar diversos gestos cirúrgicos.

Assim, a Artroscopia é usada tanto no diagnóstico como no tratamento cirúrgico de problemas articulares.

Fazendo uma comparação à abordagem aberta, na cirurgia artroscópica o doente tem uma recuperação mais rápida e menos dor no pós-operatório, devido à dimensão reduzida das incisões.

Cuidados no pós-operatório

- ✓ Nos primeiros dias manter o membro operado elevado e aplicar gelo sobre o joelho, para prevenir o edema (inchaço);
- ✓ Manter o penso/ligadura limpo e seco. O cirurgião irá reavaliá-lo na consulta após a cirurgia;
- ✓ Pode apoiar o membro sem grandes restrições. No entanto, poderá ser necessário o uso de canadianas para proceder ao apoio gradual do membro operado;
- ✓ Fazer exercícios de contração e relaxamento da coxa, para reforço dos músculos. Posteriormente, será prescrito um programa de reabilitação.

Se foi submetido a anestesia loco-regional poderá surgir

- ✓ Cefaleias (dores de cabeça) intensas
- ✓ Náuseas/Vómitos
- ✓ Dores na região cervical (pescoço)

Contacte-nos sempre que surgir:

- ✓ Febre;
- ✓ Calor ou vermelhidão intensos do joelho;
- ✓ Dor intensa no joelho;
- ✓ Dificuldade respiratória ou dor torácica;
- ✓ Cefaleias (dores de cabeça) intensas;
- ✓ Náuseas/Vómitos;
- ✓ Dores na região cervical (pescoço).

**ANEXO XV: PLANEAMENTO DA SESSÃO “ANESTESIA E ANALGESIA NO HOSPITAL DE
DIA CIRÚRGICO”.**

Planeamento da Sessão de Formação:

Tema: Anestesia e Analgesia no HDC **Lugar:** Sala de exames do HDC do Hospital da Luz; **Data:** 16- 11-2010; **Hora:** 13.30

Objectivos da Sessão: Alertar os enfermeiros do HDC sob os tipos de anestesia e riscos associados;
Alertar os enfermeiros do HDC para o tratamento da dor no pós-operatório imediato e às 24 horas.

	Conteúdos	Tempo	Metodologia	Recursos	
				Humanos	Materiais
INTRODUÇÃO	Apresentação do formador	2m	Expositiva	Formador Formandos	Computador Power Point
	Justificação e pertinência do tema				
	Apresentar objectivos da acção de formação				
DESENVOLVIMENTO	Tipos de anestesia;	6m	Expositiva	Formador Formandos	Computador Power Point
	Riscos associados;				
	Dor;				
	Protocolos de actuação.				
CONCLUSÃO	Conclusão	2m	Expositiva Escrita	Formador Formandos	Computador Power point Questionários
	Avaliação da sessão				
	Encerramento				

ANEXO XVI: “ANESTESIA E ANALGESIA NO HOSPITAL DE DIA CIRÚRGICO”.

ANESTESIA E ANALGESIA NO HOSPITAL DE DIA CIRÚRGICO

Formando: Enf. Patrícia Alvarez
Orientador: Enf. Maria José Pinto

Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica, UCP, Novembro 2010

HOSPITAL DA LUZ

PLANO DA SESSÃO

Contextualização	3m
Desenvolvimento	10m
Conclusões	2m

Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica, UCP, Novembro 2010

OBJECTIVOS

Alertar os enfermeiros do HDC sob os tipos de técnicas anestésicas e efeitos colaterais;

Alertar os enfermeiros do HDC para o tratamento da dor no pós-operatório imediato e nas primeiras 24 horas.

Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica, UCP, Novembro 2010

ANESTESIA NA CIRURGIA AMBULATÓRIA

Anestesia ambulatoria pode ser definida como o atendimento a pacientes sob anestesia geral, regional, local para cirurgias, exames diagnósticos, ou procedimentos terapêuticos, que permanecem sob controle médico até a plena recuperação das funções físicas e psíquicas, tendo alta para casa sem pernoitar no hospital.

Actualmente, mais de 70% de todas as cirurgias electivas são realizadas em regime ambulatorio, o que representa uma diminuição importante do custo hospitalar.

Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica,
UCP, Novembro 2010

VANTAGENS DA ANESTESIA EM AMBULATÓRIO

- ✓ Oferece maior conforto ao cliente e ao acompanhante;
- ✓ Retorno precoce do próprio cliente ao trabalho;
- ✓ Menor risco de infecção hospitalar;
- ✓ Diminui o custo para o hospital e para o cliente;
- ✓ Melhora a relação médico/cliente;
- ✓ Redução nas listas de espera;
- ✓ Taxa de ocupação de camas no internamento é menor.

Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica,
UCP, Novembro 2010

PREPARAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

- **Não farmacologia:** Comunicar ao cliente os acontecimentos perioperatórios reduz o nível de stress e consequentemente diminui as necessidades anestésicas. Os clientes bem informados recuperam mais rapidamente e referem menos dor.

Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica,
UCP, Novembro 2010

PREPARAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Farmacológica: A pré-medicação adequada facilita a alta do cliente ao diminuir as necessidades anestésicas.

- ✓ Sedantes/ hipnóticos : O mais utilizado Midazolam (amnésia).
- ✓ Analgésicos opiáceos: Fentanilo; Sufentanilo... reduzem as necessidades anestésicas mas aumentam a existência de vômitos/ náuseas
- ✓ Prevenção de náuseas e vômitos: Protocolo específico no Hospital da Luz.

Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica,
UCP, Novembro 2010

A pré-medicação idónea será a combinação da comunicação verbal e a administração de uma medicação leve.

Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica,
UCP, Novembro 2010

TÉCNICAS ANESTÉSICAS

- ✓ Anestesia Geral;
- ✓ Anestesia Regional:
 - Epidural,
 - Endovenosa;
 - Bloqueio Periférico;
- ✓ Anestesia Local.

Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica,
UCP, Novembro 2010

ANESTESIA GERAL : VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

- **Inalatória** : Anestésico inalatório. O *sevoflurano* é o mais usado;
- **Endovenosa**: Anestésico por via endovenosa . O *propofol* é o mais usado;
- **Balanceada**: Promovida por dois ou mais agentes ou técnicas anestésicas distintas, como por exemplo as anestésias endovenosa e inalatória, utilizadas num mesmo procedimento anestésico, permitindo uma técnica mais segura.

FASES DA ANESTESIA GERAL

- **Indução** compreende todos os procedimentos anestésicos, incluindo a medicação prévia, até que o cliente esteja suficientemente anestesiado para que o cirurgião possa iniciar o seu trabalho. Terá uma duração distinta segundo as drogas empregadas e a intensidade da anestesia requerida para o caso.
- **Manutenção** começa quando a anestesia é bastante profunda para permitir a execução da intervenção, e continua até que seja completada.
- **Recuperação** vai desde a finalização das manobras cirúrgicas até que o paciente volte a encontrar-se em harmonia com o ambiente que o cerca e possa controlar convenientemente as suas faculdades.

Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica,
UCP, Novembro 2010

ALERTAS

Medicação	Efeitos colaterais
Propofol	Hipotensão, apneia transitória, dor no local da injeção
Midazolam	Amnésia
Barbitúricos (Tiopental)	Atraso na recuperação da consciência
Sevoflurano	Bradycardia e hipotensão
Succinilcolina	Mialgia
Rocurónio/ Vecurónio	Taquicardia, arritmias, rush cutâneo
Opiáceos (Alfentanil..)	Prurido, hipotensão, broncoconstricção

ANESTESIA REGIONAL : EPIDURAL

A desvantagem da anestesia regional (epidural) em clientes ambulatoriais é o bloqueio do Sistema Nervoso Simpático que produz hipotensão ortostática, e impede a deambulação pós-operatória numa fase inicial.

A possibilidade de cefaleia após a anestesia epidural questiona o uso desta técnica anestésica em clientes ambulatoriais, embora o material utilizado na actualidade diminuiu a incidência de cefaleias pós-punção.

A anestesia regional pode ser utilizada com resultados satisfatórios em clientes ambulatoriais bem seleccionados.

Mestrado Interdisciplinar Médico-Cirurgião
UCP, Novembro 2010



ANESTESIA REGIONAL : ENDOVENOSA

A anestesia regional endovenosa constitui outro exemplo de anestesia regional e consiste na introdução de um anestésico local na veia de um membro, inferior ou superior, previamente exanguinado e garrotado.

Deste modo, a droga difunde-se por toda a região situada distalmente do garrote, e assim conservando a anestesia pelo tempo que o garrote se mantiver.

Mestrado Interdisciplinar Médico-Cirurgião
UCP, Novembro 2010



ANESTESIA REGIONAL: BLOQUEIO PERIFÉRICO

O anestésico é administrado apenas ao redor dos nervos que enervam o local da cirurgia.

A anestesia por bloqueio de nervos periféricos resulta útil em cirurgia das extremidades.

Há que considerar os fracassos e bloqueios incompletos que precisam de novas tentativas, bloqueios acessórios, medicação complementar ou anestesia de recurso que se repercutirão no tempo de internamento

Mestrado Interdisciplinar Médico-Cirurgião
UCP, Novembro 2010



ALERTAS

Técnica Anestésica	Efeitos colaterais
Epidural	Cefaleias nas 24h pós-punção (informação para a alta adequada) Globo vesical Dificuldade na deambulação Prurido
Regional Endovenosa (Garrote)	Fraqueza muscular, lesões dos vasos sanguíneos e nervos, paralisia da extremidade, aumento da hiperémia, lesão isquémica, equimoses, congestão venosa, necrose da pele.
Bloqueio Periférico	Paralisia do membro; lesão no nervo.



ANESTESIA LOCAL

Realizada com a infiltração do anestésico numa determinada área do corpo, sem que ocorra bloqueio de um nervo específico.

A anestesia limita-se à área infiltrada, por exemplo: cirurgias plásticas e dermatológicas, extracção de corpo estranho superficial, cirurgias odontológicas.

As doses máximas de anestésicos locais devem ser respeitadas durante a sua utilização para evitar eventuais complicações dos mesmos.

Mestrado Interdisciplinar Médico-Cirurgião
UCP, Novembro 2010



ALERTAS

Técnica Anestésica	Efeitos colaterais
Local	Dor, rubor, edema, anestesia prolongada.




DOR NA CIRURGIA AMBULATORIA

A dor é uma sensação subjectiva e complexa que serve como sinal de alarme quando ocorre alguma agressão ao organismo.

Geralmente acompanha os procedimentos cirúrgicos, podendo persistir mesmo após a cirurgia.

Recentemente, têm sido descobertas facetas da modulação da dor pelo sistema nervoso, o que tem permitido a elaboração de novas estratégias para a prevenção e tratamento de sua ocorrência no pós-operatório


Mestrado Interdisciplinar em Medicina Cirúrgica
LICP, Novembro 2010



COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS RELACIONADAS COM A DOR

A incidência da dor após procedimentos cirúrgicos pode retardar a reabilitação do organismo dada a imobilidade que provoca, aumentando o risco (principalmente nos clientes mais idosos), de complicações pós-operatórias, como a trombose, a pneumonia e outras infecções.

Mestrado Interdisciplinar em Medicina Cirúrgica
LICP, Novembro 2010




COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS RELACIONADAS COM A DOR

Com a evolução do conhecimento médico sobre a dor, sabe-se hoje que sensações dolorosas intensas sensibilizam o sistema nervoso, fazendo com que o indivíduo sofra dores maiores posteriormente.

Assim, durante uma cirurgia, se o paciente perceber uma sensação dolorosa, mesmo estando sedado e inconsciente pela utilização de anestesia geral, ocorrerá a sensibilização do seu sistema nervoso central, o que o tornará mais propenso a desenvolver dores mais intensas mesmo após a cicatrização e recuperação da cirurgia.

Mestrado Interdisciplinar em Medicina Cirúrgica
LICP, Novembro 2010




PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DOR APÓS CIRURGIA

As pesquisas que vêm sendo desenvolvidas sobre o tratamento da dor têm revelado que a prevenção da sensação dolorosa durante a cirurgia é um passo importante para evitar a ocorrência de dores fortes pós-operatórias. Tal medida é chamada "analgesia preventiva".

A analgesia preventiva é realizada com a utilização criteriosa de anestésicos locais para abolir a sensação dolorosa na área a ser operada pelo cirurgião, juntamente com o emprego da anestesia geral, e mantendo-se ainda a utilização de analgésicos após a cirurgia. O importante é garantir a analgesia antes, durante e após a cirurgia para se evitar a sensibilização do sistema nervoso.


Mestrado Interdisciplinar em Medicina Cirúrgica
LICP, Novembro 2010



PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DOR APÓS CIRURGIA

Hoje acredita-se que o emprego adequado das técnicas de analgesia preventiva, respeitando as particularidades de cirurgias específicas, pode acelerar a recuperação do paciente, prevenir a ocorrência de complicações pós-operatórias e diminuir a ocorrência e a intensidade da dor após a cirurgia, mesmo após a alta hospitalar.

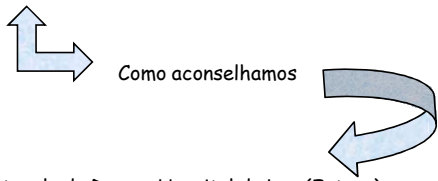
Mestrado Interdisciplinar em Medicina Cirúrgica
LICP, Novembro 2010



FOLLOW-UP E DOR


- ✓ Os clientes estão bem medicados?
- ✓ Tomam adequadamente os analgésicos?
- ✓ Como é a dor?
- ✓ Onde se localiza?
- ✓ Cefaleias pós - punção?

Como aconselhamos



Protocolo da Dor no Hospital da Luz (Futuro)

Mestrado Interdisciplinar em Medicina Cirúrgica
LICP, Novembro 2010



CONCLUSÕES


A recuperação anestésica manifesta-se com a presença de sinais vitais, dentro da normalidade e estáveis, um nível de consciência similar ao pré-operatório, e a capacidade para caminhar sem ajuda.

Na anestesia regional é importante verificar a total recuperação da função motora e sensorial.

Não deve haver náusea, vertigem nem hemorragia, e é essencial que os clientes não tenham dor excessiva.

A dor deve ser um parâmetro importante de avaliação no pós - operatório imediato e as 24 horas.

Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica,
UCP, Novembro 2010




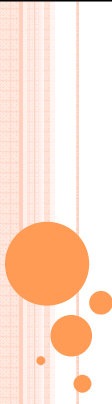
Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica,
UCP, Novembro 2010



**ANESTESIA E ANALGESIA
NO
HOSPITAL DE DIA CIRÚRGICO**

Formando: Enf. Patrícia Alvarez
Orientador: Enf. Maria José Pinto

Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica, UCP, Novembro 2010



**ANEXO XVII: QUESTIONÁRIO SOBRE A FORMAÇÃO “ANESTESIA E ANALGESIA NO
HOSPITAL DE DIA CIRÚRGICO”.**

Avaliação da Acção de Formação: Anestesia e Analgesia no HDC

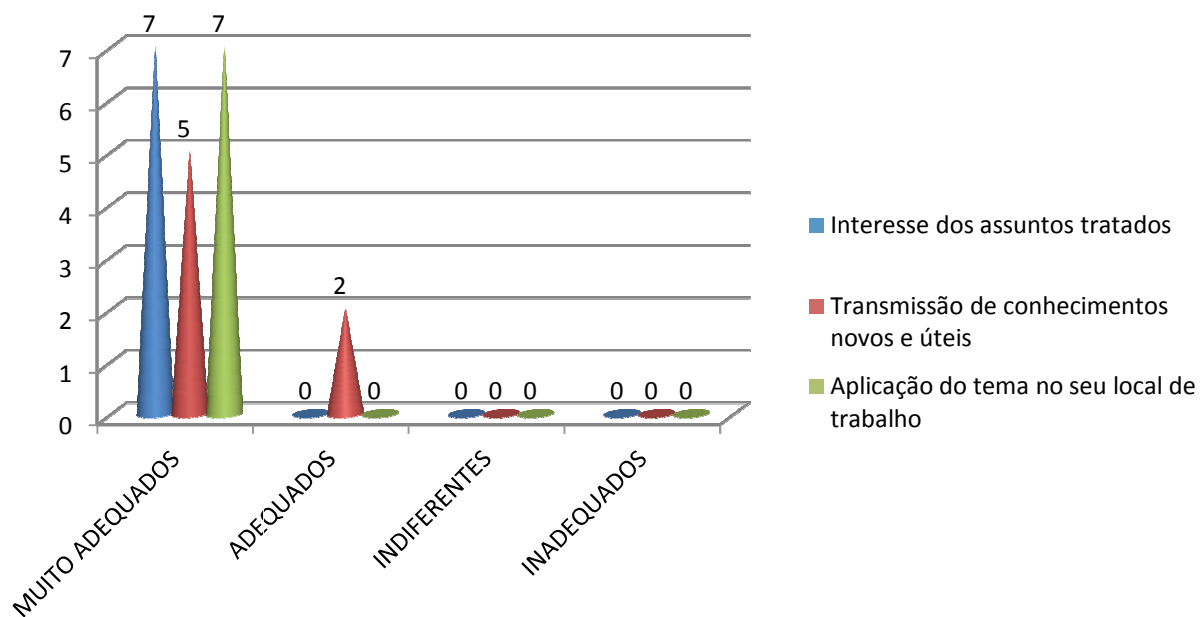
Conteúdos programáticos	MUITO ADEQUADOS	ADEQUADOS	INDIFERENTES	INADEQUADOS
Interesse dos assuntos tratados				
Transmissão de conhecimentos novos e úteis				
Aplicação do tema no seu local de trabalho				
Organização da Acção de Formação	EXCELENTE	BOA	INDIFERENTE	INSUFICIENTE
Medios Audiovisuais utilizados				
Duração da apresentação				
Formador	EXCELENTE	BOM	INDIFERENTE	INSUFICIENTE
Conhecimentos demonstrados				
Clareza na exposição				
Esclarecimento das dúvidas				
Facilidade de comunicação				
Apreciação Global	EXCELENTE	BOM	INDIFERENTE	INSUFICIENTE
Classificação				

Sugestões /Comentários:

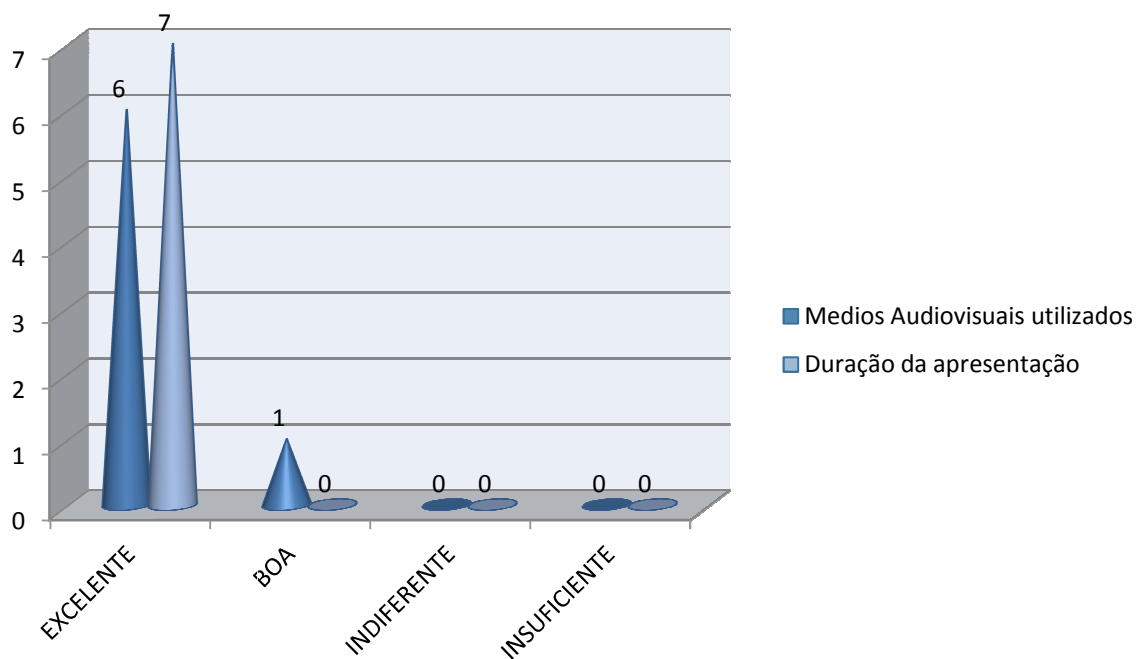
Obrigada pelo tempo dispensado

**ANEXO XVIII: RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO SOBRE A FORMAÇÃO “ANESTESIA E
ANALGESIA NO HOSPITAL DE DIA CIRURGICO”**

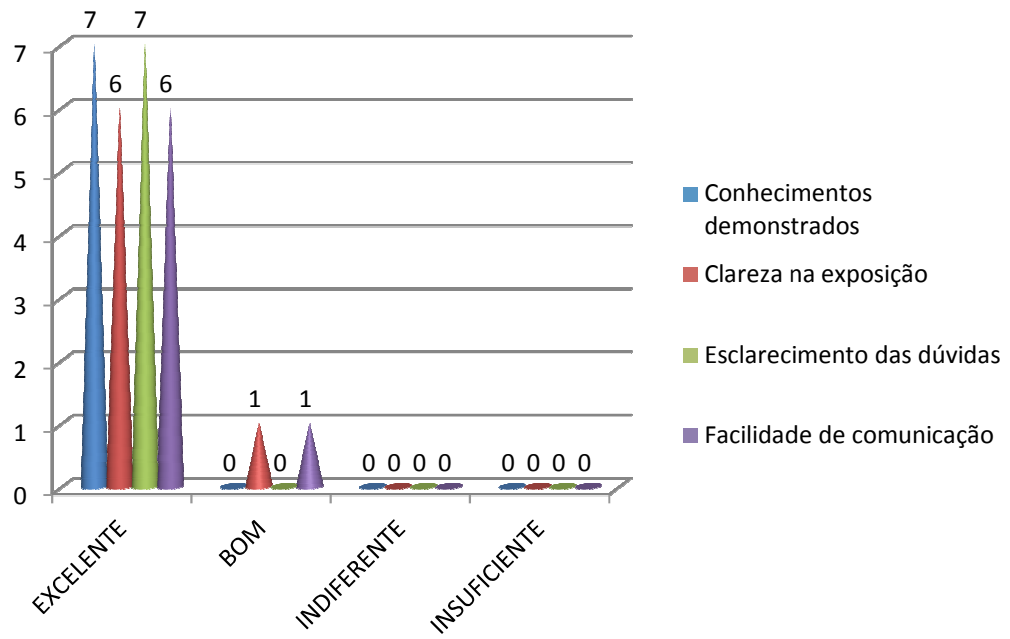
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS



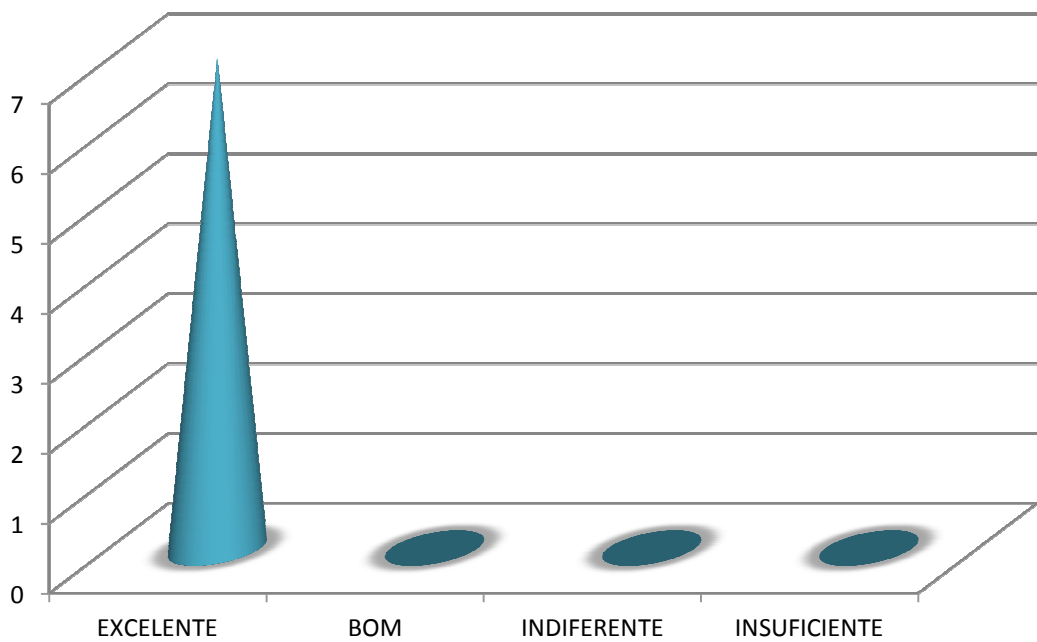
ORGANIZAÇÃO DA ACCÃO DA FORMAÇÃO



FORMADOR



CLASSIFICAÇÃO



**ANEXO XIX: PLANEAMENTO DA SESSÃO “EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO
INDIVIDUAL. COMO USÁ-LOS?”**

Planeamento da Sessão de Formação:

Tema: Equipamentos de protecção individual -Como usá-los?; **Lugar:** Sala de exames do HDC do Hospital da Luz; **Data:** 18- 11-2010; **Hora:** 13.30

Objectivo da Sessão: Sensibilizar os profissionais do HDC para a importância da utilização dos equipamentos de protecção individual.

	Conteúdos	Tempo	Metodologia	Recursos	
				Humanos	Materiais
INTRODUÇÃO	Apresentação do formador Justificação e pertinência do tema Apresentar objectivos da acção de formação	2m	Expositiva	Formador Formandos	Computador Power Point
DESENVOLVIMENTO	Definição Equipamentos de Protecção Individual Descrição dos EPIs : Quando usa-los e como	6m	Expositiva	Formador Formandos	Computador Power Point
CONCLUSÃO	Conclusão Avaliação da sessão Encerramento	2m	Expositiva Escrita	Formador Formandos	Computador Power point Questionários

ANEXO XX: “EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL. COMO USÁ-LOS?”

HOSPITAL DA LUZ

Equipamentos de protecção individual

Como usá-los?

Formando: Enf. Patrícia Alvarez
Orientador: Enf. Maria José Pinto

Mestrado enfermagem Médico Cirúrgica, UCP, Novembro 2010

Contextualização	2m
Desenvolvimento	7m
Conclusões	1m

Plano da Sessão

Mestrado enfermagem Médico Cirúrgica, UCP, Novembro 2010

Objectivo

Sensibilizar os profissionais do HDC para a utilização correcta dos equipamentos de protecção individual

Mestrado enfermagem Médico Cirúrgica, UCP, Novembro 2010

Contextualização

Equipamentos de Protecção Individual (EPIs):

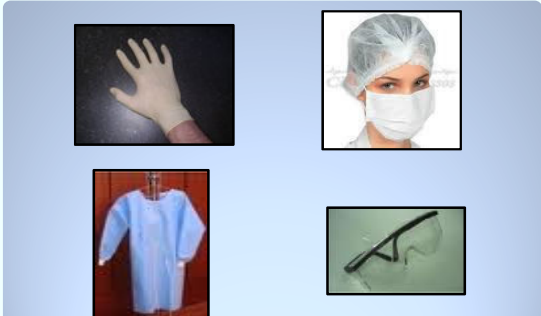
São quaisquer meios ou dispositivos destinados a ser utilizados por uma pessoa contra possíveis riscos ameaçadores da sua saúde ou segurança durante o exercício de uma determinada actividade.

Mestrado enfermagem Médico Cirúrgica, UCP, Novembro 2010

Um equipamento de protecção individual pode ser constituído por vários meios ou dispositivos associados de forma a proteger o seu utilizador contra um ou vários riscos simultâneos.

O uso deste tipo de equipamentos só deverá ser contemplado quando não for possível tomar medidas que permitam eliminar os riscos do ambiente em que se desenvolve a actividade.

Mestrado enfermagem Médico Cirúrgica, UCP, Novembro 2010



Equipamentos de protecção individual

Mestrado enfermagem Médico Cirúrgica, UCP, Novembro 2010

Os EPIs devem ser seleccionados de acordo com a avaliação do risco de transmissão de microrganismos para o cliente e o risco de contaminação da pele, mucosas e vestuário dos profissionais pelo sangue, fluidos corporais, secreções e excreções do cliente.

Mestrado enfermagem Médico
Cirurgia, UC2, Novembro 2010

- ✓ Quando se prevê contacto com sangue, fluidos corporais, secreções, artigos contaminados e no contacto com pele não intacta.
- ✓ Quando manipulamos ou tocamos em equipamentos de cuidados aos clientes e superfícies ambientais visíveis ou potencialmente contaminadas.

Luvas : Quando utilizá-las ?

Mestrado enfermagem Médico
Cirurgia, UC2, Novembro 2010

1. Descontaminar as mãos antes da colocação de luvas e após a sua retirada;
2. Devem ser usadas como artigo de uso único ou seja para uso exclusivo de uma actividade, por isso devem ser colocadas imediatamente antes da actividade específica e removê-las logo que a actividade tenha acabado;
3. Devem ser sempre colocadas em saco branco.

Luvas : Como utilizá-las ?

Mestrado enfermagem Médico
Cirurgia, UC2, Novembro 2010

Durante procedimentos e cuidados aos clientes em que se prevê o contacto com a roupa ou pele exposta com sangue, fluidos corporais, secreções e excreções.

Avental/Bata: Quando utilizá-los ?

Mestrado enfermagem Médico
Cirurgia, UC2, Novembro 2010

- ✓ Sempre que haja risco de salpicos de sangue ou outros fluidos orgânicos para a face e/ou olhos.
- ✓ Sempre para protecção do cliente em procedimentos invasivos.

Máscaras e protectores oculares : Quando utilizá-los ?


Mestrado enfermagem Médico
Cirurgia, UC2, Novembro 2010

Usar na presença de clientes com tuberculose declarada ou suspeita e em procedimentos de elevado risco inalatório como extubação e aspiração endotraqueal, indução de expectoração, tratamentos com aerossóis e Broncoscopias.

Respiradores e protectores oculares : Quando utilizá-los ?

Mestrado enfermagem Médico
Cirurgia, UC2, Novembro 2010

Em procedimentos invasivos, e deverá recolher todo o cabelo.



Touca: Quando utilizá-la ?

Mestrado enfermagem Médico Cirúrgica, UCP, Novembro 2010

- ✓ Manter as mãos afastadas da face;
- ✓ Trabalhar da zona "mais limpa" para a "mais suja";
- ✓ Limitar as superfícies de toque;
- ✓ Mudar os equipamentos quando danificados ou fortemente contaminados;
- ✓ Efectuar a higiene das mãos.

**Conclusões
Práticas de trabalho seguro**

Mestrado enfermagem Médico Cirúrgica, UCP, Novembro 2010

Área de Trabalho	EPIs
Sala da Gastro	Máscara com viseira , luvas , avental
Sala de Desinfecção	Máscara com viseira, luvas, bata
Sala do Lasik	Máscara, luvas estéreis, bata, touca
Sala da Litotricia	Luvas
Sala da Broncoscopia	Respirador, protector ocular, luvas, avental

**Conclusões
Práticas de trabalho seguro**

Mestrado enfermagem Médico Cirúrgica, UCP, Novembro 2010



Mestrado enfermagem Médico Cirúrgica, UCP, Novembro 2010

HOSPITAL DA LUZ

Equipamentos de protecção individual

Como usá-los?

Formando: Enf. Patricia Alvarez
Orientador: Enf. Maria José Pinto

Mestrado enfermagem Médico Cirúrgica, UCP, Novembro 2010

**ANEXO XXI: QUESTIONÁRIO SOBRE A FORMAÇÃO “EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO
INDIVIDUAL. COMO USÁ-LOS?”**

Avaliação da Acção de Formação: Equipamentos de protecção individual - Como usá-los?

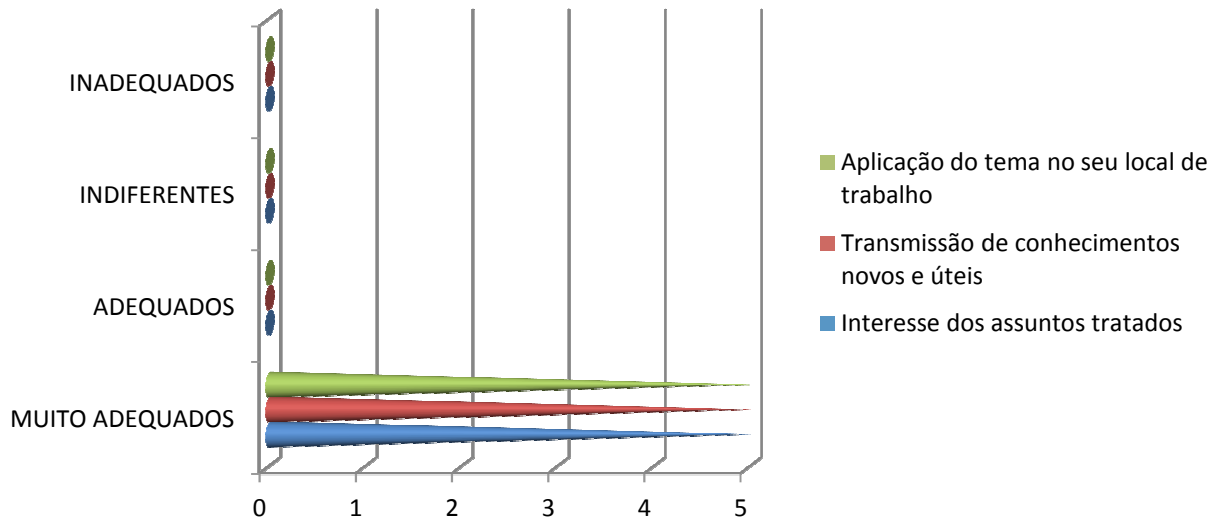
Conteúdos programáticos	MUITO ADEQUADOS	ADEQUADOS	INDIFERENTES	INADEQUADOS
Interesse dos assuntos tratados				
Transmissão de conhecimentos novos e úteis				
Aplicação do tema no seu local de trabalho				
Organização da Acção de Formação	EXCELENTE	BOA	INDIFERENTE	INSUFICIENTE
Medios Audiovisuais utilizados				
Duração da apresentação				
Formador	EXCELENTE	BOM	INDIFERENTE	INSUFICIENTE
Conhecimentos demonstrados				
Clareza na exposição				
Esclarecimento das dúvidas				
Facilidade de comunicação				
Apreciação Global	EXCELENTE	BOM	INDIFERENTE	INSUFICIENTE
Classificação				

Sugestões /Comentários:

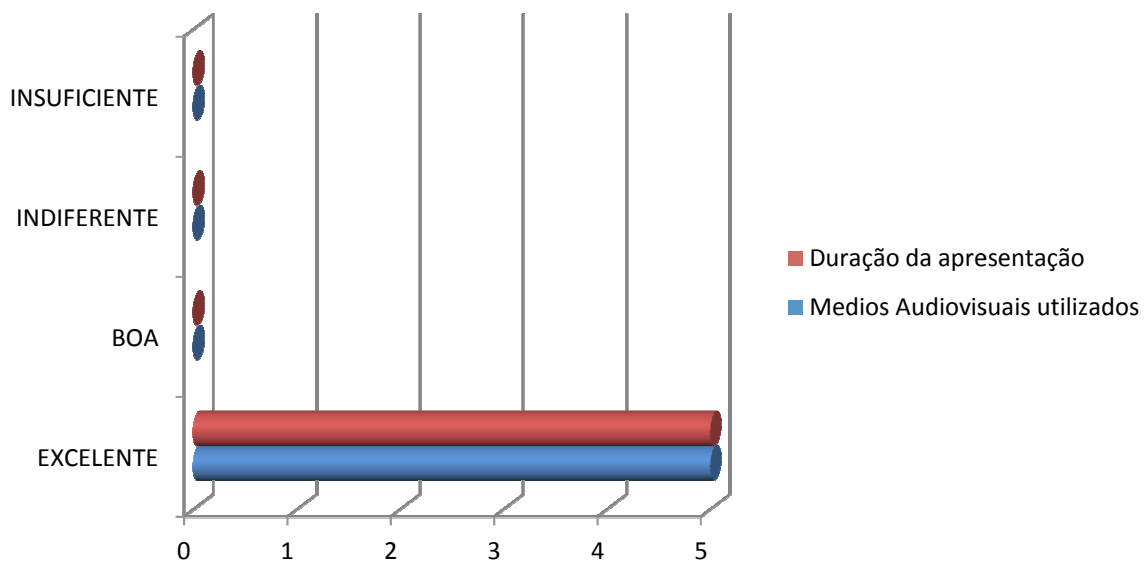
Obrigada pelo tempo dispensado

**ANEXO XXII: RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO SOBRE A FORMAÇÃO “
EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL. COMO USÁ-LOS?”**

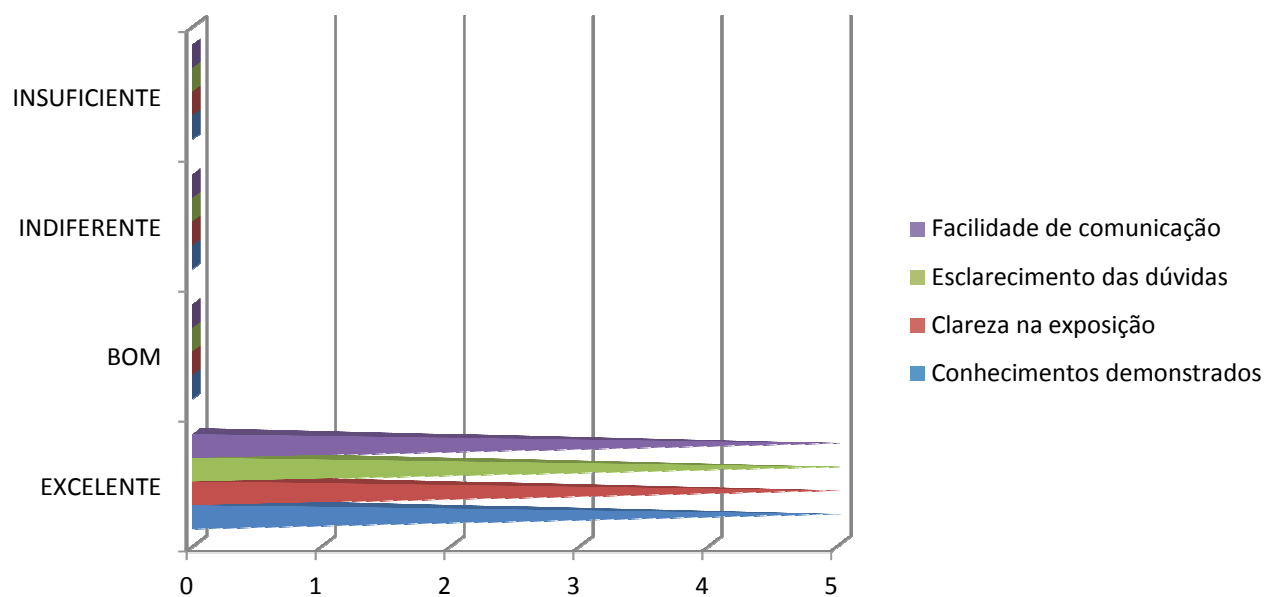
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS



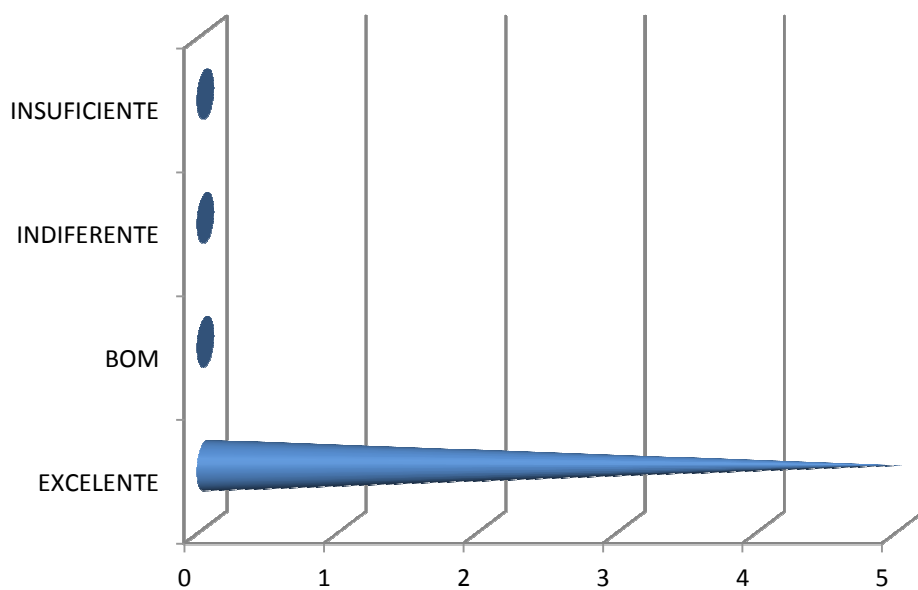
ORGANIZAÇÃO DA ACCÇÃO DA FORMAÇÃO



FORMADOR



CLASSIFICAÇÃO



**ANEXO XXIII: CERTIFICADO DA PARTICIPAÇÃO NO I CURSO TEÓRICO-PRÁTICO DE
GASTROENTEROLOGIA CELEBRADO NO HOSPITAL DA LUZ.**



ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO
DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA

CERTIFICADO DE PARTICIPANTE

Certifica-se que **Patrícia Alvarez**

participou no **1º Curso de Endoscopia Digestiva**, que se realizou nos dias 8 e 9 de Outubro de 2010, no **HOSPITAL DA LUZ**.

Lisboa, 9 Outubro de 2010

 **HOSPITAL DA LUZ**

Coordenação Científica da Comissão de Ensino,
Formação e Investigação do Hospital da Luz

O Responsável da Entidade Formadora



ADVITA – ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA

Rua Prof. Carlos Alberto da Mota Pinto nº 17-9º 1070-313 • Lisboa Tel.: 00 351 21 316 32 75Fax: 00 351
21 353 02 92 • Site: www.advita.pt • Email: info@advita.pt • Instituição Particular de Solidariedade
Social, inscrição nº 42412a fls. 69 do Livro nº 9 das Associações de Solidariedade Social

ANEXO XXIV: CERTIFICADO DA FORMAÇÃO PEDAGÓGICA INICIAL DE FORMADORES.



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Decreto Regulamentar nº 35/2002 de 23 de Abril)

Learn4U – Consultoria, Lda., contribuinte fiscal nº 506 430 847, com sede na Rua da Alfândega, nº 78 - 3º B no Funchal, acreditada pela Direcção Regional de Qualificação Profissional, processo nº 93.

Certifica-se que **Patrícia Rodriguez Alvarez**, nascido(a) a 08/11/1978, natural de Espanha, nacionalidade Espanhola, sexo feminino, portador(a) do Bilhete de Identidade nº 76710532-N, emitido por Arquivo Identificação de Ourense, em 08/08/2008, concluiu com **Aproveitamento**, em 09 de Dezembro de 2010, o Curso de Formação Profissional

“Formação Pedagógica Inicial de Formadores”

que decorreu de 19/10/2010 a 09/12/2010, com a duração de 94 horas, tendo obtido a classificação final de **Bom**, numa escala de Muito Insuficiente a Muito Bom.

Lisboa, 20 de Dezembro de 2010

O Responsável pela
Entidade Formadora

LEARN4U - Consultoria, Lda.
Rua da Alfândega, nº 78-3º
9900-159 Funchal
Contribuinte nº 506 430 847

Filomena Gonçalves

Modalidade de Formação: Presencial

Área de formação: 146- Formação de Professores e Formadores

Competências Adquiridas:

- Situar o papel do formador no sistema onde desenvolve a sua actividade e definir o respectivo perfil de competências desejável
- Preparar, desenvolver e avaliar sessões de formação tendo em conta a facilitação do processo de aprendizagem pela selecção e aplicação dos métodos, técnicas e meios pedagógicos mais adequados e a operacionalização da formação pela definição de objectivos operacionais e pelo controlo dos resultados
- Utilizar as tecnologias de informação como ferramentas cognitivas
- Auto-avaliar o desempenho face ao perfil de competências desejado

Plano Curricular:

Módulos	Horas
Integração. O Formador face aos sistemas e contextos de formação	8
Simulação Pedagógica Inicial	15
Teorias, Factores e Processos de Aprendizagem	4
Avaliação da Aprendizagem e da Formação	6
Relação Pedagógica, Comunicação e Animação de Grupos	8
Métodos e Técnicas Pedagógicas	6
Recursos Didácticos na Formação e as TIC	8
Planificação da Formação	4
Definição e estruturação de Objectivos de Formação	6
Plano de Sessão	5
Simulação Pedagógica Final	15
Proposta de intervenção pedagógica	6
Avaliação Intercalar I e II	3

Observações: nada a assinalar

ANEXO XXV: PROPOSTA DE INVESTIGAÇÃO.

Proposta de Investigação:

*Satisfação nos clientes submetidos a
Cirurgia Ambulatória*

Por Patricia Alvarez

1. Enquadramento

A busca pela qualidade nos serviços de saúde tornou-se um fenómeno mundial. A qualidade é indispensável para a sobrevivência dos serviços de saúde. Além disso, constitui uma responsabilidade ética e social.

O referencial teórico mais utilizado por estudiosos no processo de avaliação em saúde foi estabelecido por Donabedian que aborda estratégias avaliativas nas áreas de estrutura, possibilitando a avaliação do ambiente onde se desenvolve o processo de cuidados, processo que disponibiliza avaliação do ponto de vista técnico e científico, e resultado que evidencia o sucesso e qualidade da assistência oferecida ao cliente, e assim, atingir os objectivos propostos, que seriam os de promoção, protecção e recuperação da saúde.

Em grande parte dos artigos encontrados na literatura, o termo qualidade é relacionado à expressão “orientada para cliente”. O autor Donabedian define qualidade como algo que é bom para o consumidor, e consequentemente definido por ele e pelo prestador de serviços.

A qualidade passou então a ser o objectivo de toda organização, e consequentemente dos clientes que utilizam os serviços.

Uma vez que todo cidadão tem direito à vida, com qualidade e aos serviços de saúde com eficácia, a qualidade da assistência deve ser garantida por todos os profissionais envolvidos.

A conduta do enfermeiro inserido neste processo e direccionado ao atendimento de qualidade objectiva não só a humanização do atendimento, mas também optimização dos recursos. O profissional de enfermagem deve ser preparado para actuar na promoção, prevenção, protecção e reabilitação atingindo os mais elevados níveis de qualidade.

Diante da necessidade de um atendimento de saúde de qualidade e da importância do papel do enfermeiro neste processo. A questão norteadora deste estudo de investigação é avaliar a satisfação do cliente submetido a cirurgia do ambulatório? A partir de um levantamento a cerca deste assunto, pretende-se analisar se através da percepção do cliente e os serviços de saúde prestados.

A satisfação do cliente é um dos elementos fundamentais da qualidade. Inserido no processo de avaliação dos serviços de saúde, o cliente tem papel fundamental no processo de avaliação da assistência. Caracterizando-se como fonte de opiniões e sugestões, que conseqüentemente auxiliam para medir a satisfação e desta forma contribuir no processo de melhoria dos serviços oferecidos.

O cliente/paciente deve sentir-se valorizado e confiante, capaz de manifestar suas próprias críticas e sugestões com clareza e sem medos, transmitindo sua real opinião em relação ao serviço oferecido.

2. Objectivo da Investigação

- ✓ Conhecer qual o grau de satisfação dos clientes submetidos a cirurgia do ambulatório no Hospital de Dia Cirúrgico.
- ✓ Conhecer as percepções dos clientes assim como sugestões para a melhoria dos cuidados prestados.

3. Metodologia

Através de entrevistas telefónicas 24 horas após o seu internamento. Serão realizadas as entrevistas aos clientes que foram submetidos a cirurgia com anestesia geral ou anestesia epidural. A escolha deste grupo prende-se com o facto que são clientes que requerem mais cuidados e que passam mais tempo no Hospital de Dia Cirúrgico, sendo assim capazes de avaliar melhor os cuidados prestados já que o tempo de contacto é maior.

As entrevistas seguirão um guião com perguntas semi-fechadas, mas dando espaço para que os clientes expressem sugestões. Será realizada uma comparação entre os doentes submetidos a cirurgia no ambulatório antes da utilização do Guia de acolhimento e após a sua utilização.