



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE  
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PORTUGUESA

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Carla Maria Nunes Afonso

LISBOA, Maio de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Carla Maria Nunes Afonso

Sob orientação de Prof. Ilda Lourenço

LISBOA, Maio de 2012



## RESUMO

O presente relatório emerge do 4.º Curso de Mestrado de Natureza Profissional, na área de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvido pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, de Lisboa.

A qualidade dos cuidados de enfermagem consagrou-se num imperativo e numa preocupação no agir do enfermeiro, contribuindo para o desenvolvimento da disciplina e profissão de Enfermagem. Esta qualidade traduz-se na disponibilização de cuidados de enfermagem diferenciados e dirigidos às necessidades do doente e família, nos quais os enfermeiros especialistas assumem um papel primordial na garantia dessa mesma qualidade.

Este documento espelha o percurso de aprendizagem desenvolvido ao longo desta formação e que se envolveu em contextos de prestação de cuidados de enfermagem díspares. Nele, encontram-se representados os objetivos inicialmente traçados e que delinearam estratégias de intervenção, as atividades protagonizadas, as dificuldades sentidas, e a descrição das competências adquiridas. A pertinência da sua elaboração reside na promoção de momentos reflexivos em que se procede a uma análise e avaliação minuciosas e críticas sobre o percurso realizado.

O enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica, possui um manancial de conhecimentos e um domínio de habilidades técnico-relacionais que lhe conferem uma exímia capacidade de atuação perante o doente e família que vivencia processos de saúde/doença críticos. Nesse sentido, a minha intervenção desenrolou-se em três contextos específicos, no relatório denominados de módulos, e que representam a componente prática da formação - Estágio. O Módulo I, Serviço de Urgência, no qual obtive creditação por ter exercido funções no serviço de urgência do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE entre 2004 e 2010 e no serviço de urgência do HPP Hospital de Cascais no período compreendido entre 2010 e 2011. O Módulo II, Cuidados Intensivos/Intermédios, desenrolou-se na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios do HPP Hospital de Cascais e por último o Módulo III, que teve como palco de atuação o Bloco Operatório do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

O relatório termina com um capítulo reservado à reflexão final onde exponho os contributos, as fragilidades e limitações sentidas neste período formativo.



## ABSTRACT

The hereby report emerges from the forth Masters Course of Professional Nature, in the area of Medical-Surgical Nursing Specialty, developed by the Portuguese Catholic University's Health Sciences Institute.

The nursing care quality was enshrined in an imperative and concerned act from the nurse, this way giving its contribution to the discipline and whole nursing profession development. This quality is reflected in the nursing care provision, which is differentiated and geared to the patient and his family's needs, and in which the specialist nurse assumes a key role ensuring that same quality.

This document reflects the whole learning process developed during this formation and that involved dissimilar nursing care provision contexts. In it, it's represented the initial established goals, which outlined an intervention strategy, the activities elaborated, the difficulties felt culminating in the description of the skills acquired along this path. The relevance on establishing this report is also the promotion of reflective moments in which we may proceed to a thorough and critical analysis and evaluation on the course held.

The medical-surgical field specialist nurse displays of a very rich source of knowledge and technical relational skills mastery and domain that grant him an outstanding acting capability to the patient and his family since they're experiencing critical health/illness procedures. Accordingly, my intervention took place in three distinct and specific contexts, in the report denominated as modules, which represent the formation's practical component. The Module I, Emergency Service (ER), in which I obtained accreditation for having served in the EPE Prof. Dr. Fernando Fonseca Hospital's ER, between 2004 and 2010, and in the HPP Cascais Hospital's ER in the period between 2010 and 2011. The Module II, Intensive/Intermediate Care, took place in the HPP Cascais Hospital's Intensive and Intermediate Care Unit. Finally, we have the Module III, which had as actuation stage the EPE Prof. Dr. Fernando Fonseca Hospital's Operating Room.

The report concludes with a chapter reserved for the "final reflection", where I expose the contributes, the weaknesses and the limitations by me experienced during this formative cycle.



## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

1º - primeiro

2.ª - segunda

Dr. – doutor

Dr.ª – doutora

Ed. – edição

Enf.ª – enfermeira

n.º - número

p. – página

Prof. – professor

Sr. - senhor

Sr.ª – senhora

Vol. – volume

AO – Assistentes Operacionais

BO – Bloco Operatório

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

DGS – Direcção-Geral de Saúde

EPE – Entidade Pública Empresarial

ER – Emergency Room (Sala de Emergência)

ESPS – Escola Superior Politécnica de Saúde

GPT – Grupo Português de Triagem

HPP – Hospitais Privados Portugueses

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

ISBN – Internacional Standard Book Number

ISSN – Internacional Standard Serie Number

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SU – Serviço de Urgência

UCP – Universidade Católica Portuguesa

AESOP – Associação de Enfermeiros de Salas Operatórias Portuguesa

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>1. UM OLHAR SOBRE OS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA</b>	<b>16</b>
1.1. MÓDULO III: Bloco Operatório	18
1.2. MÓDULO II: Cuidados Intensivos/Intermédios	30
1.3. MÓDULO I: Serviço de Urgência	42
<b>2. REFLEXÃO FINAL</b>	<b>52</b>
<b>3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>61</b>
APÊNDICE I: “Manual de Suturas – Fios e Agulhas”	63
APÊNDICE II: Poster – “Fios de Sutura”	137
APÊNDICE III: “Preparação de Mesas Operatórias - Manual Orientador”	141
APÊNDICE IV: Poster – “Via Aérea Difícil – Que Cuidados de Enfermagem?”	213
APÊNDICE V: Pedido de autorização para realização de projeto de investigação na UCI	217
APÊNDICE VI: Questionário “Cuidados desenvolvidos pelos Enfermeiros para promoverem o melhor Conforto do Doente Internado na UCI”	221



---

APÊNDICE VII: Apresentação e Discussão de Dados do Questionário “Cuidados desenvolvidos pelos Enfermeiros para promoverem o melhor Conforto do Doente Internado na UCI”	229
APÊNDICE VIII: Humanização da Sala de Espera - Citação de Ghandi	257
APÊNDICE IX: Poster – “Unidade de Cuidados Intensivos”	261
APÊNDICE X: Plano da Sessão de Formação – “O Conforto do Doente na UCI”	265
APÊNDICE XI: Sessão de Formação – “O Conforto do Doente na UCI”	269
APÊNDICE XII: Questionário de Avaliação da Sessão de Formação “O Conforto do Doente na UCI”	303



## INTRODUÇÃO

Enquadrado no 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvido pelo Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), emerge este relatório inscrito na Unidade Curricular - Relatório. Este sintetiza as aprendizagens alcançadas, as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas no decurso desta formação. Concomitantemente são apresentadas as análises, reflexões e avaliações em torno das aprendizagens alcançadas, das atividades realizadas e das competências que estiveram presentes ao longo deste caminho.

A escolha por esta área de especialidade, enfermagem médico-cirúrgica, teve como pontos principais a minha constante preocupação pela prestação de cuidados de enfermagem de elevada qualidade, a atenção contínua a pessoas em estado crítico, muitas vezes em situações de instabilidade hemodinâmica que exigem resposta rápida, eficaz e proficiente, bem como, o aperfeiçoamento quer do plano de cuidados de enfermagem, quer da tomada de decisão que promova a melhor autonomia profissional e que valorize o doente enquanto pessoa biopsicossocial e espiritual. Recordando o pensamento de COLLIÈRE (2003, p.431), *“apenas uma dinâmica do encontro dos saberes empíricos e universitários e a sua circulação a partir do campo do exercício profissional deixa augurar uma influência benéfica (...), para dar uma mais valia aos cuidados e, por consequência, valorizar quem os presta”*.

A par da vertente teórica foi preponderante a vertente prática do curso dado que permitiu dinamizar conhecimentos teórico-científicos, bem como, habilidades técnicas e relacionais. De acordo com BENNER (2005, p. 59), *“com a experiência e o domínio, a competência transforma-se”*.

A componente prática, com a duração de 540 horas envolveu três módulos distintos, cada um com duração de 180 horas. Teve início pelo Módulo III, Opcional, tendo sido realizado no Bloco Operatório (BO) do Hospital Professor (Prof.) Doutor Fernando Fonseca, Entidade Pública Empresarial (EPE) durante o período de 27 de Abril a 24 de Junho de 2011. A escolha por este campo de estágio teve como fundamento a minha necessidade de adquirir e aperfeiçoar competências cognitivas, técnicas e relacionais em ambiente perioperatório. Após a sua realização, percebi um melhor desempenho profissional na prestação de cuidados específicos ao doente cujo plano terapêutico incluía a intervenção cirúrgica de urgência. Permitiu-me também desenvolver competências da área cirúrgica inerentes ao quadro conceptual da especialidade em apreço. A escolha institucional consagrou-se pelo facto de ser o hospital onde iniciei e exerci a minha atividade profissional durante seis anos, o que me fez pressupor ser facilitador ao nível do conhecimento da estrutura física e dinâmica de



funcionamento institucional, bem como, ao nível da integração e adaptação à equipa integrante do BO.

A segunda parte da componente prática teve como contexto o Módulo II, Cuidados Intensivos/Intermédios, tendo este decorrido na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) Polivalente e Cuidados Intermédios dos Hospitais Privados Portugueses (HPP) - Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, no período compreendido entre 26 de Setembro e 18 de Novembro de 2011. Sendo uma unidade recente, que promove o ensino de estudantes e o desenvolvimento de profissionais e, tendo em conta a variedade de patologias e gravidade clínica que apresentavam os doentes internados, permitiu-me a mobilização de conhecimentos científicos, técnicos e relacionais, conducentes do desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados a doentes que se encontram em situação crítica e suas famílias.

Quanto ao estágio referente ao Módulo I, Serviço de Urgência (SU), auferi de dispensa da sua realização por me ter sido concedida creditação ao abrigo do artigo 45º do Decreto-Lei 74/2006, dado que, no decurso do meu exercício profissional prestei cuidados de enfermagem à pessoa e família em situação urgente e emergente, que recorria ao SU do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, (desde Julho de 2004 até Outubro de 2010) e, ao SU do HPP Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, (no período compreendido entre Fevereiro de 2010 e Junho de 2011).

A elaboração deste relatório tem como principais objetivos, proporcionar mais um momento de análise e reflexão sobre o caminho percorrido; avaliar os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas, assim como, aduzir as fragilidades e dificuldades encontradas para a consecução dos objetivos previamente definidos em Projeto de Estágio.

Este documento encontra-se estruturado em três partes. A primeira apresenta um enquadramento de competências, onde explano as competências inerentes à área de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Apresento, também, os objetivos que inicialmente delinee no Projeto de Estágio e, evidencio o foco de atenção principal que sustentou as minhas intervenções e cuidados de enfermagem que, de modo aprofundado foi genésico ao processo da aquisição e desenvolvimento de competências. A segunda parte pretende salientar o meu desempenho durante os dois períodos de estágio que realizei e, nos quais identifico as competências desenvolvidas e as dificuldades encontradas. Descrevo, também, as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas no contexto do meu exercício profissional e que permitiram a creditação ao Módulo I, Serviço de Urgência.

O módulo creditado será abordado por último por ser o que me permite justificar a aquisição de competências que não puderam ser desenvolvidas nos estágios anteriores. Para o fim, remeto o capítulo no qual sumariamente aprecio o meu desempenho e identifico as fragilidades que serão passíveis de desenvolvimento dentro do meu contexto profissional, bem



como as aprendizagens que posso transpor para outras áreas de intervenção permitindo o meu crescimento enquanto enfermeira especialista. As páginas finais deste documento reportam-se aos anexos e apêndices que julgo serem importantes e que ilustram concretamente as principais atividades por mim realizadas.

Justifico a apresentação dos estágios pela ordem cronológica como foram realizados por considerar esta ordem mais facilitadora e, para melhor conseguir retratar a evolução no aprofundar do tema que suportou o meu desempenho - o Conforto.

A metodologia utilizada neste trabalho, centrou-se na pesquisa bibliográfica e na análise crítica e reflexiva, na e sobre a prática, desenvolvida do decurso de todo o meu estágio.

As citações e referências apresentadas ao longo deste trabalho respeitam os princípios orientadores da Norma Portuguesa 405.



## 1. UM OLHAR SOBRE OS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica de Natureza Profissional, ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, tem como alvo 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”*, segundo o Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional (2007, p. 8).

Reconhecendo que o Cuidar é a pedra basilar da atuação de qualquer enfermeiro, não pude deixar de interrogar a essência do papel do enfermeiro especialista. Qual seria o meu desafio após a conclusão deste curso? O que poderão esperar de mim todas as pessoas a quem prestarei cuidados? Recordando as palavras de LEITE (2006, p.4), *“é essencial que o Enfermeiro Especialista, qualquer que seja a sua área de actuação, contribua através do seu “olhar mais profundo” sobre a Pessoa numa situação específica...”*. Mais adiante, a mesma autora afirma que o que se espera de um Enfermeiro Especialista é que *“seja, cada vez mais um profissional reflexivo, e capaz de mobilizar todo um manancial de informação científica, técnica, tecnológica, e relacional, alicerçado nos saberes providos da experiência em situação...”*. Já COLLIÈRE (2003, p.415) reforçava que *“a formação profissional só tem significado se permitir às enfermeiras adquirir uma melhor compreensão das dificuldades ligadas aos problemas físicos, psico-afectivos, sociais e económicos encontrados pelas pessoas no seu quotidiano e que afectam a sua saúde”*.

As competências adquiridas neste curso permitem então, ao enfermeiro de cuidados gerais adquirir o título de enfermeiro especialista, tal como se encontra definido pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, que advoga que, enfermeiro especialista *“é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”*. Já em 2007, a Ordem dos Enfermeiros (OE), definiu o enfermeiro especialista como sendo *“o enfermeiro com 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”* (2007, p.17).

Estas competências clínicas derivam do contínuo desenvolvimento e aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais, sendo denominadas de competências



comuns e competências específicas. Por competências comuns entendem-se todas as competências que o enfermeiro especialista tem que adquirir e/ou desenvolver independentemente da sua área de especialização e que o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros define no seu artigo 9º, número 6, como sendo as que “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem, (...)” (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro). Competências específicas são todas as que resultam de cada área específica de intervenção e que são decorrentes de cada área de especialidade (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

Apoiando-me nas competências propostas pela Universidade Católica Portuguesa (Regulamento Geral do Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional 2007, p. 4) propus-me, no decurso dos meus estágios, a integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem e, a comunicar as conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Tentando defini-los através de uma perspetiva pessoal, propus-me a desenvolver uma prática de cuidados ao doente e família que vivencia processos complexos de doença grave, especialmente em estado crítico, bem como a promover um ambiente terapêutico e seguro, colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade em cuidados de saúde.

A elaboração do Projeto de Estágio, permitiu-me delinear o percurso de formação a desenvolver, promovendo a confrontação com as minhas necessidades concretas e reais. No entanto, sendo características de um projeto o dinamismo, a flexibilidade e a versatilidade, senti necessidade de reformular alguns objetivos, atividades e intervenções adequando-os às realidades encontradas no contexto específico de cada campo de estágio a cumprir. A vivência de experiências e de situações novas conduziram-me a reflexões constantes e que se evidenciaram na reformulação dos objetivos. Foi comum a todos os módulos de estágio, a minha preocupação com a qualidade de cuidados de enfermagem prestados, convergindo para o pensamento de HESBEEN (2001, p.52) “*uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde*”. Também FRAGATA (2008, p.129) afirma que, a qualidade “*tem a ver com o providenciar de cuidados adequados, tecnicamente perfeitos e, naturalmente, com a satisfação dos doentes pelos resultados alcançados*”.

Outro foco central do meu cuidar foi o Conforto. Esta temática surgiu no decorrer do primeiro estágio, de uma forma inesperada, merecendo de imediato a minha total atenção mas, tomou maior dinamismo e relevância durante o segundo estágio. O Conforto da pessoa doente



terá de ser, cada vez mais, um dos principais focos de atenção nos cuidados de cada enfermeiro. Tal como nos diz APÓSTOLO (2009, p.62), *“a literatura deixa transparecer que o conforto é um conceito que tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem; está vinculado com a sua origem e tem vindo a assumir, ao longo da história, diferentes significados...”*. Tendo sido vários os autores que dedicaram a sua atenção ao conforto, foi em Kolcaba que sustentei a minha atuação por ter considerado que a sua teoria era a mais orientadora e facilitadora para a definição de estratégias de intervenção, sendo paralelamente a teoria com a qual me identifiquei em termos ideológicos. Para KOLCABA (1994, p.1179), o conforto consiste em três estados designados de alívio, tranquilidade e transcendência e estes estados são contínuos, interdependentes e sobrepostos. Também COLLIÈRE (2003, p.182) considerava os cuidados de conforção como *“os cuidados que encorajam, que permitem adquirir segurança, que favorecem a renovação e a integração da experiência, para que haja aquisição”*.

Nas páginas seguintes, explano a minha prestação em ambiente de estágio, identificando os objetivos traçados, as atividades realizadas, as dificuldades e fragilidades sentidas, bem como, as competências alcançadas.

## 1.1 MÓDULO III – BLOCO OPERATÓRIO

O Bloco Operatório onde tive a oportunidade de realizar estágio é constituído por onze salas de operações, onde são praticados os atos anestésicos e as intervenções cirúrgicas nas especialidades de Cirurgia Geral, Ortopedia, Traumatologia, Ginecologia, Urologia, Cirurgia Pediátrica, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Cirurgia Plástica e Reconstructiva e, Cirurgia Maxilo-Facial. Tem por missão, segundo o Regulamento do Bloco Operatório (2008, p.7):

*“a disponibilização de áreas, equipamentos, procedimentos e recursos humanos, que permitam a realização de intervenções cirúrgicas ou pontualmente, procedimentos médicos invasivos, oferecendo todas as condições que possam permitir o tratamento correto, seguro e atempado dos doentes cirúrgicos, durante o período pré-operatório imediato, no acto anestésico-cirúrgico e na recuperação imediata da anestesia.”*

A minha integração no serviço foi um processo linear e sereno. O conhecimento prévio de alguns dos elementos pertencentes à equipa de saúde, bem como, o estabelecimento de relações interpessoais decorrentes da minha atividade profissional no mesmo hospital, foram aspetos facilitadores da integração no serviço e contribuíram para uma melhor adaptação à



equipa. A minha dificuldade inicial consistiu na aprendizagem de novos procedimentos tais como, o conhecimento profundo das diversas técnicas anestésicas e as suas indicações; o cumprimento criterioso dos circuitos dos materiais, respeitando os circuitos do material considerado limpo e do material considerado sujo, atendendo às normas instituídas no serviço; a adequada escolha dos campos cirúrgicos de acordo com o procedimento para o qual iriam ser utilizados; a verificação cuidadosa de todas as embalagens consideradas estéreis; a exata preparação das mesas cirúrgicas de acordo com o procedimento cirúrgico associado; a eficiente colocação de campos cirúrgicos esterilizados respeitando a técnica asséptica cirúrgica; a correta desinfecção cirúrgica das mãos e por último, a adoção de posturas e comportamentos apropriados, respeitando a fronteira entre os elementos da equipa que se encontravam sob condições de esterilidade e os elementos que não se encontravam nessas condições e que, espelham as boas práticas no interior da sala operatória que proporcionam um ambiente cirúrgico seguro. Paralelamente, a aprendizagem de novos e diferentes recursos materiais e equipamentos, o conhecimento de circuitos distintos (área de acolhimento, área clínica/técnica de cirurgia, área clínica/técnica de recuperação, área de pessoal e área logística) e a prestação de cuidados de enfermagem perioperatória, tendo em conta as funções específicas do enfermeiro circulante, enfermeiro de anestesia e enfermeiro instrumentista, constituíram outra dificuldade vivenciada no momento inicial. Sob a orientação e a supervisão da enfermeira orientadora deste estágio, tive a oportunidade de desenvolver as minhas capacidades cognitivas, técnicas e relacionais, mobilizar saberes e desenvolver a consciência crítica para a prática de cuidados, por forma a aprimorar o meu desempenho progressivamente.

Tendo como pilar do meu desenvolvimento o foco de intervenção do enfermeiro especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica delineei três objetivos específicos, para este módulo que, seguidamente apresento:

- I - Prestar cuidados de enfermagem especializados, que requerem um grau de conhecimentos e capacidades técnicas mais específicas ao doente que necessite de intervenção cirúrgica de urgência;*
- II - Desenvolver uma relação terapêutica com o doente e sua família através da utilização de comunicação apropriada e da promoção de conforto;*
- III - Contribuir para a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde prestados no Bloco Operatório.*

Num plano global considero que os objetivos foram substancialmente atingidos, revelando-se congruentes e apropriados no contexto em apreciação.

Para fundamentar a aquisição e desenvolvimento das competências enquanto enfermeira especialista na área de enfermagem médico-cirúrgica, apresento, de novo, cada



objetivo e, de seguida, as atividades mais relevantes que foram desenvolvidas, algumas dificuldades com que me deparei e as experiências vivenciadas promotoras de desenvolvimento pessoal e profissional.

**Objetivo I -** *Prestar cuidados de enfermagem especializados, que requerem um grau de conhecimentos e capacidades técnicas mais específicas ao doente que necessite de intervenção cirúrgica de urgência.*

A prestação de cuidados de enfermagem ao doente em estado crítico e sua família, constituiu uma preocupação permanente na minha prática diária. O facto de ter sido bem recebida por toda a equipa de enfermagem e, pela equipa cirúrgica, permitiu-me rápida integração na sala cirúrgica, o que possibilitou a prestação de cuidados de enfermagem ao doente cirúrgico ainda numa fase inicial de estágio. Consciente que o enfermeiro perioperatório é *“responsável pelos cuidados individualizados que presta em unidades de serviço onde se encontram doentes agudos ou em estado crítico, submetidos a exames ou intervenções cirúrgicas, de forma a responder efetivamente às necessidades de cada doente, e às suas expectativas relacionadas com as suas convicções e experiências cirúrgicas anteriores”*, de acordo com a Associação de Enfermeiros de Salas Operatórias Portuguesa (AESOP) (2006, p.7), e tendo presente que o nível de exigência que se espera de um enfermeiro perioperatório numa sala de operações é bastante elevado, torna-se essencial que este enfermeiro desenvolva uma prática baseada na atualização teórica e prática contínuas.

Neste enquadramento, tive necessidade de aprofundar conhecimentos em áreas temáticas específicas, tais como, anatomo-fisiopatologia, princípios gerais de anestesia, cuidados de enfermagem aos doentes nas fases de indução anestésica, manutenção anestésica e recuperação pós anestésica, prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde e, esterilização. Para tal, não só procedi à revisão da literatura em torno dos temas enunciados, como, consultei os vários protocolos, normas de procedimento e manuais em vigor no BO. Tornei a aprendizagem proativa através do esclarecimento de dúvidas e levantamento de questões quer à enfermeira orientadora que me acompanhou neste estágio, quer a outros profissionais da equipa multidisciplinar.

A contínua prestação de cuidados permitiu-me desenvolver competências próprias da enfermagem perioperatória. O modelo conceptual de enfermagem perioperatória é constituído por *“um conjunto de ações de enfermagem no âmbito da circulação, anestesia, instrumentação e da Unidade de Cuidados Pós Anestésicos”*, ainda que distintas, estas funções são complementares e, cada enfermeiro deve adquirir as competências específicas para o desempenho de cada função, tal como define a AESOP (2006, p.109).

Assim sendo, num período inicial de estágio, integrei a equipa de enfermagem desempenhando as funções de enfermeira circulante, de seguida, as funções de enfermeira



anestesista e, já numa fase final do estágio, tive a oportunidade de praticar as funções de enfermeira instrumentista, chegando mesmo a assumir essa função na sua plenitude, integrando a equipa de cirurgia numa intervenção cirúrgica, (apendicectomia de urgência). Quanto às funções inerentes à unidade de cuidados pós anestésicos, apenas se resumiram a um dia em que procedi à observação dos cuidados ali desenvolvidos - monitorização, vigilância contínua e estabilização hemodinâmica das pessoas em pós-operatório imediato. Acrescento que este é o local onde os elementos mais inexperientes da equipa de enfermagem iniciam as suas funções, não existindo um elemento de referência, ou perito na área de enfermagem médico-cirúrgica. A minha curta passagem nesta unidade de cuidados pós-cirúrgicos permitiu-me identificar a importância do enfermeiro proficiente ou mesmo perito num ambiente em que se encontram predominantemente enfermeiros iniciados avançados ou competentes. Suportada por ROTHROCK que afirma que, "*a complexidade do controle anestésico exige enfermeiros especialmente treinados, com experiência em reconhecer e controlar imediatamente complicações pós operatórias*", vincula-se a presença de um enfermeiro experiente neste ambiente pós-operatório, (2008, p.246). Estas unidades têm como objetivos "*proporcionar uma avaliação crítica permanente do pós-operatório dos doentes; antecipar e prevenir as possíveis complicações anestésicas e cirúrgicas e possibilitar a atuação imediata e de elevada competência se estas complicações surgirem*", segundo a AESOP (2006, p.156). A ocorrência de focos de instabilidade nestes doentes pós-cirúrgicos que conjugam riscos relacionados com a administração de anestésicos associados à própria intervenção cirúrgica, e agravados pela dor pós-operatória, é elevada. Segundo a AESOP (2006) cerca de 50% dos acidentes anestésicos ou de complicação ocorre na primeira hora pós-operatória. Sendo que a permanência dos doentes nesta unidade é justificada até à recuperação completa de consciência ou ao nível pré-operatório, até à estabilização das funções vitais, até à reversão dos bloqueios regionais ou até ao nível de cooperação semelhante ao que o doente apresentava previamente à cirurgia e, convergindo de novo para a AESOP (2006), é de extrema importância que os enfermeiros sejam exímios na monitorização, vigilância e deteção de sinais de instabilidade atuando em conformidade na presença destes. Também, BENNER (2005) integra na enfermagem o "*Modelo de Dreyfus*" que padroniza a aquisição e desenvolvimento de competências em cinco níveis sucessivos de competências: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. A passagem para os diferentes níveis baseia-se no conhecimento teórico e na experiência prática que cada enfermeiro possui. Pela minha perspectiva, ainda que a equipa de unidade de cuidados pós-anestésicos seja maioritariamente constituída por enfermeiros de nível iniciado (avançado ou competente), a verdade é que é de vital importância a existência de proficientes e/ou peritos nestas unidades para a deteção rápida e intervenção eficaz perante sinais de instabilidade. De acordo com BENNER (2005, p.56) "*uma capacidade muito desenvolvida de analisar os acontecimentos é necessária em situações onde a enfermeira não tem nenhuma experiência prévia*".



O modelo conceptual de enfermagem perioperatória exige um “saber ser” que implica uma *“consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, rapidez, facilidade de adaptação, espírito crítico, facilidade de concentração, resposta rápida a emergências, controlo de stress”*, segundo o que preconiza a AESOP (2006, p.8). Como tal, o enfermeiro perioperatório desenvolve a sua praxis nos três momentos cirúrgicos (antes, durante e após a cirurgia) realizando as funções de prestador de cuidados, de advogado do doente, de líder, de investigador, de educador e de gestor (AESOP 2006, p.8). Sem dúvida que o desempenho excelente destas funções se enquadra no conceito de especialista definido pelo Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro quando refere que, especialista é *“o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”*.

Articulando as atividades de pesquisa bibliográfica, de consulta de normas e protocolos, do conhecimento da dinâmica de funcionamento do serviço e do circuito do doente, da integração na equipa (onde fui considerada elemento integrante da mesma), de prestação direta de cuidados (tal como referi desempenhei as diversas funções do enfermeiro perioperatório), procedi à elaboração de incidentes críticos e à análise reflexiva e sistemática em torno das práticas observadas ou protagonizadas e das aprendizagens alcançadas que, muitas vezes, partilhei (em momentos formais e em momentos informais) com a enfermeira e, com a professora orientadora deste campo de estágio. Desta forma assumo que consegui:

*“Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente; demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos nesta área de intervenção; manter, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional; avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas e relativamente ao doente, segundo a perspetiva académica avançada; refletir, na e sobre a prática, de forma crítica; realizar a gestão de cuidados; demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito desta área de especialização”, (UCP-ICS/ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICA DE SAÚDE (ESPS), 2007, p.4/5).*

**Objetivo II -** *Desenvolver uma relação terapêutica com o doente e família através da utilização de comunicação apropriada e da promoção de conforto.*



Este objetivo foi parcialmente atingido pois a família não tinha permissão para acompanhar ou visitar o seu familiar no circuito de cuidados em BO. No entanto, devo referir que quando delinee este objetivo em Projeto de Estágio, imaginava que a realidade seria diferente e que iria ter um contacto mais próximo com a família do doente. Na verdade, analisei que são esporádicas as vezes em que é permitida à família do doente a sua entrada no BO. Esta situação deve-se à restrição *“a qualquer visitante durante os períodos de atividade do BO, no sentido de proteger a privacidade dos doentes, garantir a apropriação da segurança e o desempenho dos procedimentos cirúrgicos”*, tal como está definido no Regulamento do Bloco Operatório (2008, p.8). Assim, não foi possível estabelecer qualquer contato com a família.

Outra dificuldade que encontrei prendeu-se com a inexistência da visita pré-operatória. A visita pré-operatória é definida, por PRÁ e PICOLLI (2004, p.9) como sendo *“a parte fundamental do processo de enfermagem, pois é através dos dados colectados, da avaliação física, e das percepções não verbais, verificadas neste momento, que o enfermeiro possui subsídios para o desenvolvimento da assistência sistematizada contribuindo com os aspectos emocionais do paciente, esclarecendo as dúvidas”*. Esta função do enfermeiro anestesta é sem dúvida uma função na qual a capacidade de comunicação e de estabelecimento da relação terapêutica é vinculada e aprimorada.

Assim sendo, este objetivo foi alcançado apenas ao nível da relação com o doente. Neste contexto, desenvolvi uma relação terapêutica e uma comunicação apropriada com cada pessoa, desde o momento da sua admissão no bloco operatório, onde fiz questão de proceder ao seu acolhimento e acompanhamento até ao momento em que era submetido a anestesia, como durante o seu acordar (reversão anestésica) e no seu acompanhamento até à Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. A relação que estabeleci com cada pessoa teve como fundamento a *“Teoria de Ida Orlando”* que, segundo TOMEY e ALLIGOOD (2004, p.446) *“salienta a relação recíproca entre doente e enfermeira. Aquilo que o outro diz e faz afecta tanto a enfermeira como o doente”*. ROSENTHAL citada pelos mesmos autores (2004, p. 452) defende que *“a disciplina do processo de enfermagem de Orlando reflete os elementos da relação terapêutica, que inclui a expressão da empatia, cordialidade e genuinidade”* e recomenda que esta teoria seja a base da enfermagem perioperatória pela importância extrema de uma rápida e precisa avaliação do doente num tão curto espaço de tempo que corresponde ao tempo no qual o doente passa pela sala operatória.

Neste processo de enfermagem de Orlando, a comunicação é a ferramenta utilizada para identificar a ajuda que o doente carece e para colmatar as suas necessidades. Esta comunicação engloba o comportamento verbal e não-verbal do doente e da enfermeira. Também para TOMEY e ALLIGOOD (*In Orlando* 2004, p.451) *“o facto de questionar o doente sobre a percepção que tem do seu comportamento (...) é mais eficaz”*. Os mesmos autores adicionam a importância de *“compreender o significado, para o doente, do comportamento que*



*ela observou e aquilo que ele precisa da parte dela para ser ajudado” (2004, p.451). Na sua atenção, a enfermeira estabelece uma comparação entre o comportamento verbal e não-verbal apresentado pelo doente, prévia e posteriormente à interação entre ambos. Aliado ao objetivo de satisfazer as necessidades do doente, encontra-se o objetivo de diminuir a angústia do doente. Este é avaliado pelo comportamento observável do doente. Acrescentam ainda que, o doente carece de cuidados de enfermagem quando não é capaz por si só de satisfazer as suas necessidades devido a limitações sendo estas, por exemplo, “limitações físicas, uma reação negativa a um ambiente ou uma experiência que impede o doente de comunicar as suas necessidades” (TOMEY e ALLIGOOD In Orlando 2004, p.450).*

O doente entra no bloco operatório por uma de 2 áreas de *transfer* distintas – zona de transfer para doentes vindos do serviço de urgência e sala de transfer para os doentes que vão ser sujeitos a cirurgia programada. Neste BO, o enfermeiro apenas estabelece o primeiro contato com o doente na designada “sala de indução”, que se refere a uma sala que antecede a sala operatória e, na qual, o enfermeiro anestesista acolhe o doente, avalia o seu estado emocional e o prepara para a intervenção cirúrgica. Foram nestes momentos que tive a oportunidade de desenvolver a relação terapêutica nunca esquecendo a unicidade de cada pessoa e recorrendo a várias estratégias - empatia, respeito, compreensão, escuta ativa, silêncio, assertividade, motivação e estímulo. Tive sempre presente a situação que cada doente vivenciava, tentando contribuir para o minimizar de medos e de receios, para a sua melhor informação e esclarecimento e, para o seu melhor (*re*)conforto e satisfação. Para tal, atendi não só à comunicação verbal mas, essencialmente, à comunicação não-verbal revelada pelo doente e, que na maioria das vezes, me transmitiu mais dados que os breves diálogos estabelecidos. Ao atender à comunicação não-verbal observava a postura, o olhar, o tom de voz, os gestos, as mãos (muitas vezes, suadas e frias), na tentativa de identificar sinais e sintomas de sofrimento e de ansiedade. Recordando HESBEEN (2000, p. 48) “*os cuidados de enfermagem são, assim, mais marcados pela subtileza, pela espontaneidade, pela criatividade e pela intuição do que pela ciência e pela técnica*”, como tal, enquanto enfermeira especialista é fundamental a promoção de uma relação terapêutica sem deixar de se ser “*especialista das pequenas coisas*”, HESBEEN (2001, p.35).

Ainda enquadrado neste objetivo e, refletindo em torno da prática perioperatória, considere que, enquanto futura enfermeira especialista poderia intervir ao nível da melhoria de cuidados, na promoção do conforto. Assim, pensei que poderia contribuir para a humanização do ambiente físico da “sala de indução”, antecâmara da “sala operatória” onde cada doente aguarda, vulnerável, pelo momento da sua cirurgia. A elaboração de um incidente crítico, baseado neste facto permitiu-me adquirir conhecimentos relativos à importância do conforto e ao seu benefício no processo de recuperação do doente. Foi nesse momento que despertei para um cuidar mais aprimorado e aprofundado - o Conforto. Como tal, aprofundei os meus conhecimentos em torno desta área temática e, depois de consultar vários autores convergi



para a “Teoria do Conforto de Kolcaba”. Esta teoria preconiza o conforto como estado resultante da satisfação das necessidades básicas relativas aos estados de alívio, de tranquilidade ou calma e de transcendência, tal como explica a autora no seu livro *“Comfort Theory and Practice”* (2003, p.9). Concomitantemente a esta definição, a autora explora ainda o conceito de conforto e afirma que este é vivenciado em quatro contextos distintos mas complementares. São estes, o contexto físico, o contexto sociocultural, o contexto psicoespiritual e o contexto ambiental (2003, p.14). A multidimensionalidade desta teoria coadunando com a visão holística de conforto da mesma tornaram-se fatores preponderantes na escolha desta teoria para orientar e dirigir o meu pensamento e o meu agir, enquanto enfermeira especialista, por forma a proporcionar o melhor conforto nos cuidados prestados. O ponto fulcral desta teoria, e que mereceu a minha preferência, fixou-se com o seu objetivo principal. Para Kolcaba a intervenção de enfermagem deve ter como suporte o alcance do nível máximo de conforto, tal como nos explica APÓSTOLO, *“o aumento do conforto é o resultado desejado que decorre do processo de conforto (...). O processo fica completo até que o produto, conforto aumentado, ocorre e este pode ser alojado dentro de um processo contínuo”*, (2009, p.66).

Depois de bem fundamentada, em vários momentos informais, partilhei conhecimentos e o meu empenho com a equipa de enfermagem, tendo como principal propósito promover a mudança de comportamentos que pudessem melhorar o conforto do doente e, conseqüentemente dessem melhor qualidade aos cuidados realizados. Relembrando o pensamento da AESOP (2006, p.8), enquanto advogado do doente, o enfermeiro perioperatório, tem como função cuidar do doente e incluir nesse cuidar *“a segurança, o conforto e um profundo conhecimento do meio envolvente”*. Assim, identifiquei este foco de cuidado, onde a minha atuação poderia conduzir a uma sensibilização de toda a equipa de enfermagem para a melhoria da prestação de cuidados.

No meu desempenho diário e, enquanto promotora da proteção dos Direitos Humanos, fometei o respeito pelo direito dos doentes ao acesso à sua informação clínica, dentro da equipa de enfermagem, esclarecendo todas as suas dúvidas. Paralelamente promovi a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral enquanto profissional, realizando registos objetivos e concisos, assegurando a transmissão de informação apenas aos profissionais de saúde que prestavam diretamente cuidados ao doente. Também a confirmação da existência de “Consentimento Informado” assinado e veridicamente esclarecido, foi uma prática por mim cumprida, permitindo o esclarecimento de algumas dúvidas ou questões que ainda estivessem presentes.

As atividades acima relatadas, permitem-me acautelar que,

*“Produzi um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que me deparo; demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o doente e família; abordei questões*



*complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família; comuniquei aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto a público em geral; tomei decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas; demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família e relacionei-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”, (UCP-ICS/ESPS, 2007, p.4/5).*

**Objetivo III - Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados no Bloco Operatório.**

Este objetivo foi claramente atingido, na medida em que a minha intervenção traduziu-se em atividades que permitiram não só desenvolver as minhas competências de enfermeira especialista como também contribuíram para o desenvolvimento profissional dos elementos pertencentes à equipa de enfermagem.

Uma das primeiras dificuldades que reconheci consistiu na identificação dos diversos tipos de sutura bem como nas suas corretas aplicações. Paralelamente à pesquisa bibliográfica sobre a temática, abordei alguns elementos da equipa de enfermagem com a finalidade de me serem esclarecidas as dúvidas que ia sentindo. No seguimento dessas abordagens constatei que a minha dificuldade era partilhada por outros elementos, principalmente pelos elementos mais novos da equipa. Perante este fato, e motivada para a promoção do meu desenvolvimento pessoal e profissional, mas também para o desenvolvimento profissional dos elementos constituintes da equipa de enfermagem elaborei um “Manual de Suturas” – documento escrito que ficou disponível para consulta no BO e, que teve como principais objetivos: identificar os diferentes tipos de suturas, esclarecer as suas aplicações e constituir um guia orientador de estudo como ferramenta de consulta e aprendizagem para os profissionais do BO (APÊNDICE I). Com a elaboração deste manual pretendi também melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem e colaborar na integração de novos elementos na sala operatória (local de manuseamento das suturas). Recordo ROTHROCK (2008, p. 165), que defende que, uma das competências dos enfermeiros perioperatórios consiste em “*avaliar as características da sutura, à medida que elas se relacionam com o que seria ideal no cuidado do doente cirúrgico*”.

Numa tentativa de elaborar um documento de consulta rápida que reunisse a informação mais importante sobre suturas, realizei também um Poster intitulado “Fios de Sutura” que se fundamenta no “Manual de Suturas – Fios e Agulhas” e que, identifica os vários tipos de suturas existentes no serviço, bem como, as suas principais características e indicações (APÊNDICE II).



No desenvolvimento deste objetivo e tendo como premissa a definição do papel do enfermeiro perioperatório da AESOP que consiste em *“garantir a segurança do doente e salvaguardar as condições ideais do ambiente cirúrgico”* (2006, p.196), propus-me a construir um manual no qual descrevo as linhas orientadoras para a preparação de uma mesa cirúrgica – *“Preparação de Mesas Operatórias – Manual Orientador”* (APÊNDICE III). Pretendi uniformizar procedimentos tendo por pensamento a referência da OE (2002, p.10) que, defende que a produção de *“guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”*.

Com o intuito de introduzir uma componente proativa e de dinâmica de envolvimento dos enfermeiros neste projeto profissional, o *“Manual de Preparação de Mesas Operatórias – Manual Orientador”* constitui um documento criativo que permite o seu desenvolvimento e melhoria através da inclusão de outros trabalhos, achados de investigação ou artigos científicos a realizar pelos elementos da equipa de enfermagem. Concretamente, o que fiz foi aportar as três cirurgias de urgência que com maior frequência são realizadas na sala de urgência do bloco operatório (tendo por base os registos do ano de 2010 facultados pela enfermeira responsável) e deixar que os outros profissionais completem este manual introduzindo gradualmente as outras cirurgias que se realizam no bloco operatório.

Não posso, contudo, deixar de recordar algumas dificuldades que senti para a elaboração deste manual, uma vez que não encontrei muita bibliografia nesta área temática nem grande conformidade da prática profissional observada e defendida. Como tal, preferi dar primazia ao que bibliograficamente se encontra definido vinculando a ideia que *“a teoria emana da prática e, uma vez validada pela investigação, ela retorna à prática e orienta-a”*, segundo FORTIN (1999, p.23). A elaboração do manual tornou-se essencial no sentido em que passaria a existir um documento de fácil acesso e que apoiaria o processo de integração dos enfermeiros perioperatórios iniciados, nas funções de enfermeiro circulante e de enfermeiro instrumentista.

Outra das atividades que desenvolvi e a que atribuo grande importância por permitir a aquisição, aprofundamento e mobilização de conhecimentos na área da segurança do doente foi a minha participação no 1º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente. Saliento o painel III intitulado *“Projectos de Avaliação e Melhoria da Qualidade e da Segurança do Doente”*, onde me foram apresentados os projetos desenvolvidos por instituições hospitalares nacionais distintas e que se coadunam no mesmo alvo, a segurança do doente. Sem sombra de dúvidas constituiu um despertar para um leque de atividades e uma diversidade de projetos que enquanto futura enfermeira especialista, dinamizadora de investigação, não pude ficar indiferente. Em primeiro lugar saliento a apresentação do projeto de notificação dos erros de medicação, pela Dr.<sup>a</sup> Fátima Pinheiro – *“Erros de Medicação: uma experiência do Hospital Fernando Fonseca, EPE”* e, que me permitiu consciencializar sobre a



importância da notificação do erro terapêutico como medida promotora da mudança de comportamentos e da adoção de boas práticas durante o processo de prescrição, preparação e administração de terapêutica, como também no armazenamento, identificação e sinalização dessa terapêutica. Este projeto solidifica-se nas palavras de FRAGATA (2008, p.85) que afirma que *“para além do número de efeitos adversos relacionados com medicação ser bem maior do que se conhece, é sobretudo importante considerar que em mais de 42% dos casos o evento adverso poderia ter sido evitado, o que coloca bem em ênfase a necessidade de profilaxia dos erros potenciais, também nesta área”*. Permanecendo na temática da medicação, outro projeto que considerei original e reproduzível, reportou-se à palestra da Dr.<sup>a</sup> Rita Palmeira de Oliveira – “Reconciliação de Medicação: Implementação no Centro Hospitalar Cova da Beira”, na qual foi apresentado um projeto criativo que consiste na criação de um cartão, que é entregue aos doentes e família no momento da alta e no qual se encontrava representado o esquema terapêutico a cumprir no domicílio, com recurso a imagens e cores dos respetivos comprimidos, com o objetivo de otimizar o cumprimento do esquema terapêutico. Por último, a apresentação da Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Lurdes Trindade – “Prevenção de Quedas de doentes em ambiente hospitalar”, consolidou os meus conhecimentos nesta matéria e convidou-me a equacionar se os equipamentos técnicos (nomeadamente as grades das camas), existentes na instituição hospitalar onde exerço funções, potenciam ou não a ocorrência de quedas. Ainda neste congresso, a conferência da Dra. Itziar Larizgoitia, que se intitulava “Challenges and Projects of World Health Organization Patient Safety”, permitiu claramente perceber quais as metas e os desafios lançados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) relativamente à segurança do doente, permitindo incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes nesta área de especialidade. Atualmente decorrem dois desafios lançados pela OMS para a segurança do doente e que consistem na campanha de higienização das mãos intitulada “Uma Assistência Limpa é Uma Assistência mais Segura” e na campanha denominada “Cirurgia Segura Salva Vidas”, que tem como esfera de atuação a segurança em torno das intervenções cirúrgicas. Concomitantemente a estas campanhas, a OMS definiu outros desafios que contribuem, igualmente, para a segurança do doente. Destaco o projeto de “Redução das Infecções causadas pelo Cateter Venoso Central”, em que o seu foco de atenção consiste na redução de bacteriemias associadas à inserção e manutenção dos cateteres venosos centrais nas unidades de cuidados intensivos. Os dados estatísticos nacionais apontam para uma taxa de prevalência de 11,7% de infeções nosocomiais em 9,8% de doentes internados<sup>1</sup>. As unidades de cuidados intensivos constituem os serviços onde a taxa de prevalência é mais elevada e os fatores extrínsecos com maior contribuição para a ocorrência de infeções nosocomiais relacionam-se com os dispositivos invasivos, nomeadamente os cateteres vasculares centrais. Na continuação de desafios, a OMS (2012) preconiza o uso de

<sup>1</sup> Dados retirados do “Relatório de Inquérito de Prevalência de Infeção 2010”, enquadrado no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, realizado pelas enfermeiras Elaine Pina, Goreti Silva e Etelvina Ferreira.



“checklist’s”, à semelhança da checklist cirúrgica, nas várias áreas materno-infantis, principalmente nos blocos de partos, cuja sua implementação contribui para a diminuição da taxa de mortalidade infantil. A elaboração de relatórios meticolosos acerca dos eventos adversos ocorridos nas instituições hospitalares traduzem outra medida que a OMS pretende implementar e vincular na prática dos profissionais de todas as organizações de saúde, de modo a identificar os agentes causais desses eventos adversos e definir medidas e estratégias que disseminem esses agentes. Por fim, a OMS (2012) pretende, ainda, introduzir um protocolo de atuação, semelhante a um algoritmo, como matriz de atuação transversal a todos os profissionais de saúde e que, ateste a segurança do doente, independentemente do nível de cuidados que este venha a carecer.

Particpei também, nas I Jornadas Internacionais de Enfermagem da Universidade de Évora, com a elaboração e apresentação de um Poster intitulado “Via Área Difícil – Que Cuidados de Enfermagem?” constituiu outra atividade que contribuiu para o alcance deste objetivo (APÊNDICE IV). Para além de permitir atualizar e mobilizar conhecimentos em torno desta área temática, foi apresentado esse mesmo poster à equipa de enfermagem do bloco operatório, dado que frequentemente prestam cuidados a doentes em situação crítica que apresentam uma via aérea que integram critérios de via aérea difícil. A apresentação deste poster promoveu um momento de análise e de reflexão em torno das práticas - foram partilhadas experiências e debatidos conceitos sobre a avaliação de um doente com via aérea difícil e os equipamentos adequados a serem utilizados nessas situações. Este debate contribuiu para reforçar a segurança do doente através da transmissão de conhecimentos fundamentados na investigação científica. Assim sendo a participação nestas Jornadas contribuiu para conhecer dados recentes da investigação, atendendo ao enunciado no Regulamento 122/2011 que adverte que o enfermeiro especialista tem como competência “basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”.

O alcance deste objetivo permitiu-me

*“Formular e analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida e da minha formação pós-graduada; comunicar os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas; tomar iniciativas e ser criativa na interpretação e resolução de problemas; avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao doente, segundo uma perspetiva profissional avançada; demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência; incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização; participar e promover a investigação*



*em serviço; zelar pela qualidade dos cuidados prestados; promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; identificar as necessidades formativas; promover a formação em serviço; colaborar no processo de integração de novos profissionais”, (UCP-ICS/ESPS, 2007, p. 4/5).*

Para terminar este módulo, pronuncio-me sobre as competências que por inaplicabilidade neste período de estágio não tive oportunidade de desenvolver, sendo estas: *“liderar equipas, exercer supervisão do exercício profissional e colaborar na integração de novos profissionais”, (UCP-ICS/ESPS, 2007).*

## 1.2 MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMÉDIOS

O estágio em contexto de cuidados intensivos gerou, ainda numa fase inicial desta formação, um sentimento de ansiedade e inquietude pessoal, pelo envolvimento tecnológico e diversidade de equipamentos que singularizam estes serviços, convertendo-se numa das minhas dificuldades iniciais. A vivência destes sentimentos influenciou a minha escolha pela unidade de cuidados intensivos e intermédios do HPP Hospital de Cascais. A escolha por este campo de estágio teve como alicerce principal o facto de exercer funções nesta instituição hospitalar, o que facilitou a minha adaptação à realidade da unidade, pelas relações interpessoais estabelecidas com alguns elementos constituintes da equipa multidisciplinar, decorrentes da minha prática profissional, como também, pelo domínio de algumas normas, procedimentos e protocolos instituídos no serviço e que pela sua transversalidade de implementação na instituição hospitalar, são amplamente conhecidos e aplicados na minha prática diária. Tratando-se de uma unidade recente, com cerca de dois anos de existência, aliado ao pormenor da equipa de enfermagem ser constituída na sua maioria por elementos com menos de cinco anos de experiência em unidade de cuidados intensivos,<sup>2</sup> tornou-se evidente a disponibilidade para a mobilização de conhecimentos. Estes fundamentos agilizaram a minha integração no ambiente de UCI e reduziram no *continuum* do tempo de estágio, a minha ansiedade e inquietude iniciais.

A UCI *“dedica-se à prestação de cuidados a pessoas em situação crítica, com risco ou falência das funções vitais”,* pelo que exige *“uma capacidade de resposta imediata e rigorosa”,*

---

<sup>2</sup> Dados resultantes do meu projeto de investigação realizado no decurso deste estágio e que se encontra apresentado em Apêndice VII.



in HPP HOSPITAL DE CASCAIS (2012). A par desta exigência são prestados cuidados aos doentes que apresentam as mais variadas patologias. Os doentes admitidos nesta UCI têm como proveniência os diversos serviços que integram a instituição hospitalar onde a unidade se insere, nomeadamente o serviço de urgência geral, o bloco operatório, o serviço de ginecologia/obstetrícia, o serviço de medicina e o serviço de cirurgia, o que caracteriza esta unidade de polivalente. Para além da prestação de cuidados denominados intensivos, a unidade apresenta, também, uma área em que predomina a prestação de cuidados considerados intermédios, sendo que existe uma única equipa de enfermagem, transversal às duas áreas de prestação de cuidados. O serviço encontra-se organizado em oito unidades direccionadas à prestação de cuidados intensivos, das quais três em quarto individual e que permitem a prestação de cuidados a doentes que carecem de medidas de isolamento e, dez unidades onde prevalecem a prestação de cuidados intermédios que apresentam a versatilidade de serem transformadas em unidades de prestação de cuidados intensivos, se necessário. Paralelamente à imagem tecnológica que ressalta quando se entra na UCI, a característica que mais me surpreendeu positivamente e que evidenciei, no momento inicial de estágio consistiu, na ampla iluminação natural existente nesta unidade, o que atenuou a imagem agressiva e fria resultante do aglomerado de equipamentos técnicos. Esta característica potencia a promoção de conforto a todos os elementos que se encontram na UCI, doentes e família, como simultaneamente contribui para a otimização e manutenção do ritmo circadiano do doente, potenciando o plano de atuação do enfermeiro e contribuindo para a melhor qualidade dos cuidados prestados. Consciente dos sentimentos experimentados na fase inicial deste módulo e, tendo como suporte o âmago de intervenção do enfermeiro especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica delineei três objetivos específicos que constituíram a linha orientadora da minha atuação, e que seguidamente apresento:

*I - Prestar cuidados especializados de enfermagem, que requerem um elevado grau de conhecimentos, de capacidades técnicas e, de habilidades comunicacionais, ao doente em situação crítica internado na UCI;*

*II - Promover cuidados de enfermagem que atendam ao melhor conforto do doente internado na UCI;*

*III - Contribuir para o desenvolvimento dos elementos da equipa de enfermagem da UCI, através de momentos formativos e reflexivos em torno do agir profissional.*

Numa apreciação geral, considero ter atingido os três objetivos com sucesso, revelando-se adequados, pertinentes, coerentes e facilitadores do desenvolvimento de estratégias pessoais que me permitiram superar as minhas dificuldades e inquietudes iniciais. Com o propósito de fundamentar a aquisição e desenvolvimento das minhas competências enquanto enfermeira especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, enuncio, de novo, cada objetivo, explanando as atividades que se evidenciaram na minha intervenção, as dificuldades



encontradas e, as experiências vivenciadas que consolidaram o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

**Objetivo I** - *Prestar cuidados especializados de enfermagem, que requerem um elevado grau de conhecimentos, de capacidades técnicas e, de habilidades comunicacionais, ao doente em situação crítica internado na UCI.*

Uma limitação que enfrentei na fase inicial de estágio reportou-se à dificuldade em conciliar a minha disponibilidade profissional com o horário preconizado na UCI, que adotou a realização de turnos com a duração de doze horas. Esta dupla de condicionantes determinou o meu estágio a dois dias fixos da semana, tendo como orientador o Sr. Enfermeiro Coordenador, elemento mais experiente da equipa. Otimizando esta limitação acompanhei vários elementos da equipa de enfermagem da UCI o que se traduziu numa vantagem dado que, facultou a minha integração na equipa e permitiu a reflexão individual sobre as diversas práticas aferidas.

A origem das unidades de cuidados intensivos remanesceu da necessidade sentida de criar um ambiente que focalizasse a sua intervenção nos doentes em estado crítico mas que apresentavam sinais de recuperação. Os autores CASTRO e LIMA citados por VILA e ROSSI (2002, p.138) descrevem que estas unidades *“surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tidos ainda como recuperáveis, e da necessidade de observação constante, assistência médica e de enfermagem contínua, centralizando os pacientes em um núcleo especializado”*. Perante este conhecimento, a prestação de cuidados especializados de enfermagem converteu-se numa constante preocupação da minha atuação, a par do domínio cognitivo e técnico, associado ao desenvolvimento de habilidades comunicacionais eficazes. Como afirma HUDAK e GALLO *apud* PONTES *et al.* (2008, 315), *“os enfermeiros intensivistas, além da experiência no uso de tecnologias, e do suporte psicossocial, devem estar atentos ao processo de comunicação para que o paciente possa suportar os efeitos da hospitalização, manter a percepção de si próprio e da sua realidade”*. Para a aquisição e desenvolvimento de competências nesta área de especialização, responsabilizei-me em todos os turnos que realizei por um doente e sua família, sendo dirigidas a estes as minhas intervenções, elaborando e atualizando permanentemente o seu plano de cuidados. Como atividades iniciais, que se traduziram em atividades fundamentais e indispensáveis para uma eficaz integração na equipa e na dinâmica da UCI, efetivei a consulta de normas, procedimentos e protocolos preconizados para a unidade e, procedi a constantes e contínuas pesquisas bibliográficas, que se perpetuaram por todo o período de estágio. Como



complemento destas atividades motivei diversas reflexões junto dos elementos da equipa, na e sobre a prática de enfermagem tendo por base as fundamentações teóricas que pesquisava, promovendo o meu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como, contribuindo para o desenvolvimento profissional dos outros enfermeiros da equipa. Constituindo outra vertente do meu desenvolvimento cognitivo e, simultaneamente uma manifestação da minha perfeita integração na equipa multidisciplinar, fui convidada a assistir a duas sessões de formação promovidas pela equipa médica da UCI e dirigidas a toda a equipa multidisciplinar, intituladas “Critérios de Admissão na UCI” e “Modos Ventilatórios”.

O aperfeiçoamento de capacidades da vertente técnica resultou da prestação de cuidados de enfermagem especializados, a doentes submetidos a técnicas de substituição renal como também a doentes submetidos a ventilação invasiva e não invasiva, convergindo para a realização de procedimentos específicos deste contexto de atuação, nomeadamente a preparação do material e colaboração no cateterismo de uma estrutura arterial (designada linha arterial), a colheita de sangue pela linha arterial, a preparação do material e a colaboração na colocação de cateter de hemodiálise. O contato com procedimentos por mim desconhecidos, tais como a monitorização de doentes com monitor hemodinâmico “VIGILEO®”, a técnica de recrutamento alveolar, a prestação de cuidados de enfermagem especializados a doentes submetidos a técnicas de substituição renal e o manuseio de ventiladores de última geração constituíram outra dificuldade com que me deparei neste estágio, que impôs o incessante aprofundar de conhecimentos e que, promoveu o meu desenvolvimento cognitivo e técnico. Neste seguimento, o domínio de interpretação dos dados revelados nos monitores, a sua relação com o estado clínico do doente e a rápida identificação de sinais indicadores de focos de instabilidade hemodinâmica fomentaram a minha evolução técnica sendo também mobilizadores de um arsenal teórico.

Uma das situações que incitou a um adequado mobilizar de conhecimentos teóricos, a uma ágil destreza técnica e que permitiu ampliar a minha capacidade de reação perante situações imprevistas e complexas, aludiu-se à prestação de cuidados de enfermagem especializados a um doente e família que apresentava como plano terapêutico a administração de sevoflurano em perfusão endovenosa. Esta terapêutica dirigida ao tratamento de doentes com patologia asmática sem outros diagnósticos médicos associados, recrutou os conhecimentos que aprofundei no estágio anterior, onde tive oportunidade de contatar com esta medicação e, permitiu desenvolver uma consciência crítica perante a eficácia desta metodologia terapêutica, efeitos adversos e intervenções de enfermagem adjacentes a esta prática. Outra experiência vivenciada, que identifico como promotora de reflexão e consciência crítica, reporta-se à prestação de cuidados especializados de enfermagem a um doente que desenvolveu um quadro de instabilidade hemodinâmica traduzida no diagnóstico médico de Taquicardia Ventricular por administração da terapêutica - haloperidol. Perante este quadro pude executar cuidados técnicos de alta complexidade, demonstrando conhecimentos e



habilidades em suporte avançado de vida. A causalidade deste quadro implicou a revisão de literatura sobre a referida terapêutica, com os objetivos de melhorar a qualidade de cuidados prestados e identificar rápida e eficazmente outros sinais de instabilidade hemodinâmica que se pudessem manifestar *“a posteriori”*. Esta atividade coaduna com o enunciado da OE (2002, p.12), *“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes”*.

O processo de tomada de decisão consciente e responsável constitui uma intervenção do enfermeiro especialista que, em contexto de UCI, assume crucial importância pela emergência e complexidade de cuidados, associados à introdução de inovadoras tecnologias. Apoiando-me na definição da OE (2002, p.10), *“na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (...). Após efectuada a identificação da problemática (...) as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados”*, alicersei os comportamentos e atitudes que adotei na minha prática enquanto enfermeira especialista consciente que, num contexto de elevada exigência como a UCI, a *“essência de enfermagem (...) não está nos ambientes ou nos equipamentos especiais, mas no processo de tomada de decisões, baseado na sólida compreensão das condições fisiopatológicas e psicológicas do paciente”*, como afirma HUDAK e GALLO *apud* VILA e ROSSI (2002, p.138). Neste âmbito, as decisões assumidas são condicionantes do rumo da intervenção e têm um objetivo criteriosamente delineado, a alcançar. Na sua Teoria de Alcance de Metas, KING citada por MOREIRA e ARAÚJO (2002, p.100), sustenta que *“enfermeira e paciente tomam decisões sobre metas a serem alcançadas”*, sendo para isso preponderante *“a informação compartilhada entre eles, respeitando os aspectos éticos”*. A rapidez exigida na tomada de decisão acompanhada do caráter crítico da situação demanda que este processo se suporte num modelo teórico, tal como afirma THELAN *et al.* (1994, p.33). Para agilizar a tomada de decisão e facilitar a análise clara e consciente dos dilemas éticos, com os quais os enfermeiros são confrontados durante o trajeto deste processo, os autores THELAN *et al.* (1994, p.33), enumeram oito etapas que orientam a intervenção do enfermeiro. Estas oito etapas consistem em: identificar o problema de saúde; definir a questão ética; recolher a informação adicional necessária; determinar o responsável pela tomada de decisão; examinar os princípios éticos e morais adjacentes; explorar as alternativas existentes; implementar as decisões avocadas e avaliar as ações implementadas. Um dos exemplos concretos no qual reconheci a presença do processo de tomada de decisão aludiu-se à adoção, pelos elementos da equipa multidisciplinar, de comportamentos e atitudes, que conduzem à diminuição do risco de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS), no decurso da sua prática profissional. A IACS traduz-se numa infeção *“adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade”*, tal como define a DGS



(2007, p.4). O aumento da ocorrência de IACS nas instituições hospitalares surge como consequência do aumento da esperança de vida e do avanço tecnológico traduzido nos procedimentos cada vez mais invasivos. Perante este dado é facilmente perceptível que as UCI constituem um dos serviços com maior propensão para a ocorrência de IACS. Atendendo à estatística apresentada pela Direcção-Geral de Saúde (DGS) no relatório de 2011, estima-se que a prevalência da taxa de IACS nas UCI seja de 39,7%<sup>3</sup>. Das diversas medidas preventivas de IACS, saliento a promoção da correta higienização das mãos, a observação cumprimento rigoroso de técnica asséptica nos procedimentos considerados invasivos e a divulgação da informação de simples medidas preventivas de IACS aos doentes e familiares, como medidas submetidas a um maior foco de atenção no meu plano de atuação e que convergiram na esfera de cuidados do enfermeiro especialista enquanto responsável pela maximização do controlo e da prevenção de infeção.

Dando seguimento à reflexão em torno das atividades realizadas, que se enquadram no âmbito deste objetivo, centro a minha atenção na vertente das habilidades comunicacionais que desenvolvi. A comunicação constitui um dos principais elementos do cuidado de enfermagem e está presente *“em todas as ações realizadas com o paciente, sejam para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender”* as suas necessidades básicas, citando PONTES *et al.* (2008, p.313). A comunicação entre enfermeiros e doentes pode ser considerada, no ponto de vista de PONTES *et al.* (2008, p.316), como uma *“comunicação terapêutica que permite a interação entre enfermeira e paciente e proporciona a oportunidade de se conseguir um relacionamento humano que atinja os objetivos da assistência”*. Ao reconhecer que o ambiente da UCI é agressivo, frio e transmissor de práticas maioritariamente mecanicistas, considerei primordial a promoção de uma relação interpessoal, recorrendo a uma comunicação (verbal e não verbal) eficaz. Tal como preconiza SALOMÉ *et al.* (2008, p.295), *“para que essa assistência de enfermagem seja de qualidade e humanizada, torna-se necessária uma relação interpessoal (...), em que a comunicação verbal, não verbal e toque sejam utilizados como instrumentos do cuidar”*. Perante este conhecimento fundamentei as minhas capacidades comunicacionais na Teoria das Relações Interpessoais de Peplau. Para a téorica, a relação interpessoal consiste na realização de ações que requerem a interação entre duas ou mais pessoas e da qual emergem benefícios (1991, p.5). A enfermeira, na perspetiva de PEPLAU (1991, p. 17), tem como função incentivar o doente a desenvolver estratégias pessoais para resolver os seus problemas e, esta função pode assumir um carácter educativo ou terapêutico. Convergindo para SALOMÉ *et al.* (2008, p.295), *“o ato de cuidar na enfermagem estabelece uma relação muito próxima, íntima muitas vezes, de contato físico intenso e permeado por várias sensações e sentimentos”*. Esta comunicação podendo-se designar de interpessoal resulta de um processo de interação pela *“criação de relações sociais*

<sup>3</sup>Dados apresentados, pela DGS, no “Relatório de Inquérito de Prevalência de Infeção 2010”.



entre pelo menos duas pessoas”, citando FONTES e FERREIRA (2009, p.35). O desenvolvimento de relações interpessoais com os doentes e famílias a quem prestei cuidados especializados de enfermagem, permitiu o aperfeiçoamento de uma comunicação terapêutica e que se traduziu numa melhoria da qualidade de cuidados. Ilustro esta afirmação com um exemplo concreto, vivenciado no decurso do meu estágio, que se reporta ao conhecimento da origem de determinadas lesões que um doente a quem prestei cuidados apresentou, tendo obtido essa informação pelo recurso a técnicas de comunicação eficazes e que me permitiram adequar o plano de cuidados e o tratamento das lesões em causa de modo proficiente. Continuando com as ilustrações, recordo outros doentes a quem prestei cuidados especializados de enfermagem e com quem desenvolvi uma comunicação terapêutica e, com quem a mantive no serviço onde exerço funções, para o qual os mesmos foram transferidos e, com quem diariamente interagi partilhando experiências e sentimentos. Uma atitude dos enfermeiros da unidade que apreciei e valorizei consistiu na sua apresentação pessoal a cada doente por quem seriam responsáveis durante o seu turno. Este cuidado contribuiu para a promoção de confiança e segurança necessárias à relação terapêutica e para o desenvolvimento de uma comunicação eficaz. A relação terapêutica deve ser ampliada aos familiares dos doentes internados na UCI. Apoiando-me nas palavras de FONTES e FERREIRA (2009, p.37), *“é importante que os enfermeiros tenham noção do processo que a família vive, quando é confrontada com uma situação de doença inesperada do paciente (...) para facilitar a comunicação”*. Tendo presente que o cuidado ao doente envolve o cuidado à família, desenvolvi com os familiares dos doentes, por quem fiquei responsável durante os vários turnos que realizei, uma relação terapêutica tendo como estratégia fulcral uma comunicação ativa, eficaz e segura. Como resultado dessa comunicação, recordo os diversos momentos de apoio e conforto que proporcionei às famílias dos doentes, através de simples conversas, silêncios partilhados e de um sorriso confortador. Aqui, não posso deixar de referir, o reconhecimento que senti quando uma pessoa me agradeceu o cuidado prestado ao seu familiar e a ele próprio e que manifestou em sentidas palavras registadas num postal, que guardo com especial carinho e que certificam a essência de enfermagem, vinculando a importância da nossa intervenção, enquanto enfermeiros especialistas no cuidar. Através do olhar de futura enfermeira especialista pude constatar que os enfermeiros com maior domínio cognitivo e técnico apresentavam uma exímia habilidade comunicacional, tanto com os doentes como com as suas famílias. Esta afirmação é suportada por FONTES e FERREIRA (2009, p.37), que consideram que *“a experiência profissional vai facilitar a comunicação uma vez que vai favorecer a percepção das reacções dos familiares mediante o que é falado”*.



O alcance deste objetivo permitiu-me:

“Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da minha formação pós-graduada; demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos nesta área de especialização; desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente; demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; zelar pela qualidade dos cuidados prestados; realizar a gestão dos cuidados; demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas; tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas; tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de especialização; abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família; demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o doente e família, (UCP-ICS/ESPS, 2007).

**Objetivo II - Promover cuidados de enfermagem que atendam ao melhor conforto do doente internado na UCI.**

Este segundo objetivo, com especial enfoque à promoção do conforto, foi, quanto a mim, abraçado com êxito. Em concreto, este objetivo emerge do interesse, sobre a temática do conforto e que teve início no decurso do primeiro estágio. Na continuidade da pesquisa bibliográfica realizada sobre o tema, fundamentei-me nas palavras de FONTES e FERREIRA (2009, p.34), “o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros numa UCI tem como finalidade prestar cuidados de enfermagem de qualidade, adequados às necessidades de cada pessoa que de si depende, onde se inclui apoio, conforto e informações (...)”. Como tal, a prestação de cuidados especializados de enfermagem que maximizassem a promoção de conforto constituiu uma sólida preocupação pessoal no decurso deste estágio. A sofisticação e complexidade dos cuidados prestados nas UCI podem ser entendidas, pelos doentes e famílias, como distantes e desumanas e, complementando com as palavras de VILA e ROSSI (2002, p.138) “a rotina diária e complexa que envolve o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva faz com que os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente”. O Conforto, elemento dos cuidados de enfermagem, está vinculado à origem e desenvolvimento destes cuidados. FLORENCE NIGHTINGALE, no seu livro “Notes on Nursing: what it is, and what it is not” demonstra uma permanente atenção a este cuidado e que exemplifico nas seguintes ilustrações, “este ou aquele desconforto [...] para conforto do doente [...] o alívio e o conforto” (2005, p.21, p.117, p.132). O desenvolvimento desta temática, que se demonstra pelos inúmeros estudos desenvolvidos por diversos autores desde a obra de Nightingale, traduz a premissa que “o conforto é uma forma de concretizar o cuidado” (OLIVEIRA e LOPES 2010, p.70). A minha atuação fundamentou-se na teoria de KOLCABA, que preconiza que o conforto consiste num processo de cuidados que visam contribuir para o conforto holístico (1994, p.1178), o que determinou a minha escolha por este



modelo teórico, tal como justifiquei no módulo III. Como atividades centrais a este objetivo saliento a prestação de cuidados especializados de enfermagem impulsionadores de conforto, a atenção a cada pessoa segundo a visão holística do doente e, teve como esfera metodológica central os quatro contextos de conforto preconizados por Kolcaba - o contexto físico, que abarca as sensações corporais; o contexto sociocultural, que envolve as relações interpessoais dentro da família e na sociedade; o contexto psicoespiritual, que concerne o respeito por si, o auto-conceito, a auto-estima e compreende as práticas religiosas e, por último, o contexto ambiental, que se focaliza nos aspetos do ambiente que envolve o doente (KOLCABA, 2003). Neste sentido, e como exemplos concretos da minha atuação, atendi ao alívio da dor monitorizando de modo contínuo e avaliando de modo sistemático a dor, recorrendo à administração de terapêutica prescrita e à aplicação de técnicas não terapêuticas (nomeadamente à identificação dos estímulos que provocassem dor; ao esclarecimento das intervenções adotadas para evitar ou diminuir a dor a fim de reduzir a ansiedade; ao ensino de estratégias para alívio de dor como o posicionamento; à diminuição do ruído ou da luminosidade e à disponibilidade para a escuta e diálogo da expressão de sentimentos pelo doente); tive em atenção à imagem do doente, através da prestação de cuidados de higiene global, do pentear o doente segundo o seu hábito e gosto, do desfazer a barba, sempre que necessário; ao correto posicionamento, assegurando a alternância de decúbitos, a preferência do doente nas posições adotadas e pela colocação correta de almofadas; à manutenção da temperatura corporal, através da avaliação de temperatura corporal e da implementação de medidas para arrefecimento ou para aquecimento corporal; promovendo a diminuição do ruído através do ajuste de limites de alarme a cada situação específica, e, sempre que possível, silenciando os alarmes, evitando conversas paralelas próximas da unidade do doente; respeitando a promoção do ciclo dia/noite e de períodos de sono/repouso, através do recurso à luz natural e restringindo a luz artificial ao período noturno; à garantindo a privacidade do doente; ao toque terapêutico; à execução de técnicas de relaxamento (das quais destaco as técnicas de relaxamento muscular, as técnicas de respiração e as técnicas de controle de stress); bem como, à fomentação de visitas familiares, alargando o período de visitas sempre que possível.

A observação contínua sobre as intervenções implementadas pelos enfermeiros para a promoção de conforto aos doentes e famílias internados, associado ao meu desejo de aprimorar o meu plano de cuidados nesta área específica, despertou a reflexão em torno das medidas consideradas de maior relevância para a promoção do conforto na UCI. Aliado a este pensamento e, atendendo à competência de investigação intrínseca ao desempenho do enfermeiro especialista, ressaltou a necessidade pessoal de desenvolver esta competência de investigação, promovendo o meu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista na vertente de investigadora. Para tal, e partindo de uma reunião formal com o enfermeiro chefe da UCI, afigurou-se de maior interesse, o desenvolvimento de um estudo que pudesse dar



resposta à seguinte questão: - Quais as medidas que os enfermeiros da UCI consideravam de maior relevância na promoção do conforto ao doente internado na UCI? As medidas apresentadas, fundamentaram-se na Teoria de Conforto de Kolcaba. Para este estudo e, após a devida autorização para a sua realização (APÊNDICE V), recorri a um questionário onde apresentei doze afirmações que derivam da teoria de Kolcaba e deveriam ser ordenadas por ordem decrescente de relevância, pelos enfermeiros que participaram no estudo (APÊNDICE VI). A apresentação dos resultados foi divulgada aos enfermeiros durante a sessão de formação relativa à temática, em apreço, que suscitou um momento muito interessante de análise crítica das práticas de cuidados desenvolvidos e a reflexão em torno de linhas de orientação para mais e melhores intervenções de enfermagem, conducentes do melhor bem-estar de cada doente/família, internado no UCI (APÊNDICE VII).

Reconhecendo que a família dos doentes também é alvo de atenção no agir dos enfermeiros, os cuidados de conforto devem envolvê-la. As famílias ao serem confrontadas com o conhecimento do internamento do seu doente na UCI sofrem alterações do ponto de vista emocional, traduzidas em sensações de ansiedade, medo e receio e, *“para seu conforto e estabilidade emocional, necessitam de um atendimento específico, onde a comunicação possa ser clara e segura o que vai exigir [...] disponibilidade, que passa pela postura de atenção por parte do enfermeiro assim como por um ambiente tranquilo e reservado”*, de acordo com FONTES e FERREIRA (2009, p.34). Com esta premissa e reconhecendo que a sala de espera da UCI se caracterizava por paredes cinzentas que se traduziam num ambiente físico frio, austero e imponente, com cadeiras desconfortáveis, prontifiquei-me a humanizar a sala de espera recorrendo a objetos decorativos coloridos e que concordam com as palavras de FONTES e FERREIRA (2009, p.36), quando referem que, *“humanizar as UCI significa cuidar do paciente como um todo, englobando (...) o contexto familiar e social”*. Esta atividade traduziu-se na aquisição de objetos decorativos (mesa de apoio colorida, flores e quadros), que transmitissem esperança (justificando a cor verde), confiança (traduzida num quadro que expressa uma citação de Gandhi), harmonia e tranquilidade (pretendidas através das imagens espelhadas em quadros), que foram colocados nas paredes da sala de espera da UCI (APÊNDICE VIII). Identificando que a escassez de informação sobre a UCI e portanto, o desconhecimento sobre a mesma, agravam os sentimentos de ansiedade e inquietude da família, propus-me a elaborar um Poster intitulado “Unidade de Cuidados Intensivos” que teve como objetivos apresentar os equipamentos existentes na unidade de cada doente, envolver a família em boas práticas de cuidados e, contribuir para o melhor acolhimento, humanização e bem-estar dos familiares dos doentes internados nesta unidade (APÊNDICE IX). De acordo com FONTES e FERREIRA (2009, p.38) *“o uso de um folheto informativo sobre o processo de cuidados e estrutura organizacional do serviço pode reduzir a ansiedade de informações complementares”*. Também, VILA e ROSSI (2009, p.138) afirmam que *“a humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos*



são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana”. As atividades acima narradas tiveram uma excelente receptividade pelos elementos da equipa multidisciplinar, o que me permitiu concluir que promovi, também, o conforto destes profissionais.

No âmbito deste objetivo pude:

*“Desenvolver as competências de zelar pela qualidade dos cuidados prestados; manter, de forma contínua e autónoma, o próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional; participar e promover a investigação em serviço e demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência; incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização”, (UCP-ICS/ESPS, 2007).*

**Objetivo III** - Contribuir para o desenvolvimento dos elementos da equipa de enfermagem da UCI, através de momentos formativos e reflexivos em torno do agir profissional.

Ao refletir neste objetivo acredito que o mesmo foi atingido com sucesso. As constantes reflexões na *praxis* de enfermagem e concretamente nas intervenções que promoviam o conforto ao doente internado na UCI foram uma constante neste estágio. Como uma atividade inicial relembro a participação nas formações apresentadas pela equipa médica (já referidas no objetivo I) e, que geraram dois momentos de reflexão na e sobre a prática. A oportunidade que acalentei de interagir com os vários elementos da equipa de enfermagem da UCI também ocasionou a realização de diversos momentos informais de comunicação em torno do agir profissional, o que proporcionou quer o meu desenvolvimento pessoal e profissional quer o dos elementos da equipa de enfermagem. Um dos temas que serviu de pilar a um dos momentos de análise e reflexão em torno das práticas, reportou-se à transversalidade de atitudes e comportamentos dos profissionais - com agrado, aferi que as atitudes e comportamentos assumidos pelos vários elementos da equipa tinham como padrão orientador as medidas que contribuem para a prevenção das IACS. Contudo, o tema que proporcionou repetidos momentos de reflexão foi sem dúvida, o Conforto. Uma das questões tidas em consideração nessas reflexões enquadrou-se na dicotomia dos contextos físico/ambiental versus psicoespiritual/sociocultural. Esta alcançou maior projeção quando, no período do meu estágio, se encontrou um doente internado cujo familiar em todas as visitas que lhe realizava, lhe levava música para ele escutar, lhe lia um livro, ou colaborava em determinados cuidados – cortava-lhe as unhas; aparava-lhe o cabelo; fazia-lhe massagens nos pés (como técnica de relaxamento); acomodava-lhe as almofadas; auxiliava-lhe nos posicionamentos atendendo à posição de melhor conforto para o doente; levava-lhe o computador pessoal (para o doente poder comunicar; trocavam olhares cúmplices, silêncios e sorrisos que, em tudo se enquadravam nos cuidados de enfermagem. Estes momentos ganharam maior relevo com a



realização das sessões de formação: “O Conforto do Doente na UCI” (APÊNDICES X e XI). Nas referidas formações, explorei a evolução do conforto recorrendo às teóricas que estudaram a temática, dando maior ênfase à teoria de Kolcaba. Pude explicar as intervenções que, ao serem adotadas promovem o máximo conforto ao doente e sua família. Assim, a sensibilização dos enfermeiros para todos os contextos onde o conforto pode ser impulsionado e, portanto, a abordagem de todas as vertentes nas quais a ação do enfermeiro deve versar, figurou-se num alvo específico deste meu terceiro objetivo. As formações foram alvo de apreciação, através do recurso a um questionário de avaliação no qual os elementos que assistiram puderam expressar a sua opinião acerca da relevância e pertinência dos conteúdos ministrados nas sessões (APÊNDICE XII). A avaliação foi bastante positiva na medida em que os participantes as consideraram “de elevado interesse e pertinência” o que também se revelou na sua participação ativa e nos contributos que acrescentaram. Como alguns profissionais não puderam assistir à formação, demonstrei disponibilidade para a repetir sempre que necessário, (mesmo após o término do período de estágio). Atribuindo a maior importância ao tema – conforto no cuidado de enfermagem, constitui um objetivo pessoal a sua apresentação no contexto da prática onde exerço a minha profissão. As reflexões diárias em torno das intervenções adotadas na prestação de cuidados especializados de enfermagem conjuntamente com a realização de um incidente crítico – “Enfermagem Avançada ou Prática Avançada – Que Futuro na Prática?”, ocasionaram momentos de análise e partilha de saberes, através de conversas informais, com outros enfermeiros da equipa. O incidente teve como objetivos refletir em torno do agir profissional e (re)descobrir a essência de enfermagem. Baseado em dois postulados, a enfermagem avançada e a prática avançada, incidi a minha reflexão na dualidade da prática versus enfermagem avançada. Tendo presente que “a observação do contexto real da terapia intensiva faz-nos constatar a dicotomia existente entre teoria e prática” e que em ambiente de UCI, “o objeto da enfermagem está centrado mais na tarefa a ser executada do que no paciente”, segundo VILA e ROSSI (2002, p.141), tentei explicar, como futura enfermeira especialista, as práticas profissionais preconizadas atendendo ao sentido da profissão e disciplina de enfermagem. Os factos relatados permitem-me afirmar que desenvolvi as competências de:

*“Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico; formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionadas com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara; avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada; refletir na e sobre a prática; avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao doente, segundo uma perspetiva profissional avançada; promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; identificar as necessidades formativas e promover formação em serviço”, (UCP-ICS/ESPS, 2007).*



Para terminar, registo as competências que por não se aplicarem neste período de estágio, não tive oportunidade de desenvolver e que no capítulo seguinte passo a apresentar *“liderar equipas, exercer supervisão do exercício profissional e colaborar na integração de novos profissionais”*, (UCP-ICS/ESPS, 2007).

### 1.3 MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

A área de intervenção de urgência e emergência constituiu o contexto, onde, desde sempre desenvolvi a minha prática profissional e onde pude adquirir e desenvolver competências que serviram de suporte à minha atuação nos estágios anteriormente descritos. Reconhecendo o meu desenvolvimento no término desta formação, estou convicta que foi nesta área de atuação que aprimorei as competências de enfermeiro especialista adquiridas. Neste módulo descrevo as atividades desenvolvidas no decurso do meu exercício profissional, dado que obtive dispensa da realização de estágio como referi anteriormente e, que se coadunam com o perfil de competências do Enfermeiro Especialista na Área de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A minha experiência profissional patenteou-se no serviço de urgência do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, no período de tempo compreendido entre Julho de 2004 e Outubro de 2010, tendo acumulado funções no serviço de urgência do HPP Hospital de Cascais, entre Fevereiro de 2010 e Junho de 2011.

Estes serviços de urgência enquadram-se no nível de serviço de urgência médico-cirúrgica. Conforme o regulamentado no Despacho nº 18 459/2006 estes, correspondem ao *“segundo nível de acolhimento das situações de urgência”* tendo como recursos humanos, *“profissionais das áreas de medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, imuno-hemoterapia, anestesiologia, bloco operatório, imagiologia e patologia”*. Tendo em conta estas características é rapidamente perceptível que os doentes que recorrem a estas urgências sofrem das mais variadas patologias contribuindo para a diversidade de situações com as quais fui sendo confrontada ao longo do meu percurso profissional. No contexto de um serviço de urgência, a prática de enfermagem é abrangente, diversificada e muito exigente, como nos afirmam SHEEHY (In MACPHAIL 2001, p.3) o *“âmbito da prática de enfermagem é caracterizado pela diversidade de conhecimentos, de doentes e de processos de doença”*. As mesmas autoras acrescentaram ainda que a *“enfermagem de urgência é pluridimensional”*.

Os dois serviços de urgência são muito semelhantes na sua constituição e organização, pelo que a integração e adaptação ao SU do HPP Hospital de Cascais se traduziu num processo linear e muito facilitado. Em traços gerais, estes serviços são constituídos por cinco



áreas de atuação principais sendo estas, a Sala de Triagem, na qual se preconiza a triagem segundo o Protocolo de Triagem de Manchester; a Área de Atendimento Médico, onde se prestam cuidados multidisciplinares ao doente que apresente uma patologia aguda ou uma agudização da sua doença crónica, da especialidade médica e, que não apresente sinais de instabilidade ou risco de vida; a Área de Atendimento Cirúrgico e Ortopédico, na qual predomina a prestação de cuidados ao doente com sinais e sintomas sugestivos de doença da especialidade cirúrgica e/ou ortopédica e, que não apresente sinais de instabilidade; a Sala de Reanimação, onde são atendidos os doentes em evidente risco de vida ou nos quais se identifiquem focos de instabilidade hemodinâmica e, a Unidade de Internamento de Curta Duração/Sala de Observação que tem como principal objetivo estabilizar clinicamente os doentes provenientes das Áreas de Atendimento (Médica, Cirúrgica e Ortopédica) e da Sala de Reanimação sendo posteriormente transferidos para os serviços de internamento da especialidade respetiva ou para a Unidade de Cuidados Intensivos.

Atendendo ao fato de ter iniciado o meu percurso profissional no SU do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE e por ter sido neste cenário que desenvolvi a minha *práxis* ao longo de seis anos, irei incidir a minha reflexão na descrição das atividades por mim protagonizadas nesse hospital, deixando para o final as atividades desenvolvidas no SU do HPP Hospital de Cascais.

Da premissa da pluridimensionalidade da enfermagem de urgência ressaltou a necessidade, numa fase inicial e que persistiu em toda a minha atuação, de proceder a sistemáticas pesquisas bibliográficas de modo a colmatar as minhas dúvidas e dificuldades e, a promover e desenvolver reflexões na e sobre a prática junto dos elementos da equipa de enfermagem. A par do aprofundamento científico desenvolvi um manancial de atividades que me permitem afirmar, terem contribuído para o meu processo de aquisição de competências enquanto enfermeira especialista. Destaco assim, a prestação de cuidados de enfermagem autónomos e/ou interdependentes ao doente e família, tendo presente o seu contexto de vida em todo o processo biopsicossocial, cultural e espiritual. Esta prestação de cuidados teve por suporte o modelo de enfermagem defendido pela instituição hospitalar, o Modelo de Vida de Nancy Roper. A escolha deste modelo segundo o Manual de Enfermagem (2007, p.9) justificou-se por ser o que *“ajuda os enfermeiros na reflexão, dando sentido aos actos que têm por fim assistir os utentes nas suas actividades. Ainda encoraja os enfermeiros a clarificar os seus papéis e reduzir o fosso entre a teoria e a prática”*. O aperfeiçoamento do modelo de vida de Roper deu origem ao Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney que se centra *“no cliente como sendo um individuo ocupado em viver toda a sua vida, transitando da dependência para a independência, de acordo com a idade, as circunstâncias e o ambiente”*, conforme descrevem PEARSON E VAUGHAN (1992, p.57). O postulado que subsiste neste modelo de enfermagem assume como conceito que *“a individualidade da existência é o*



*produto de interação constante dos outros quatro principais conceitos do modelo: (1) as AVs [atividades de vida], (2) o ciclo vital, (3) o continuum dependência/independência e (4) os cinco grupos de factores que influenciam todos estes”, de acordo com TOMEY e ALLIGOOD (2004, p.415). Este modelo preconiza que a função específica de enfermagem consiste em “ajudar o indivíduo a evitar, aliviar, resolver, ou lidar positivamente com os problemas (reais ou potenciais) relacionados com as actividades de vida”, ROPER et al. (2001, p.88).*

O método de trabalho no qual sustentei a minha atuação aludiu-se ao método individual com tendência para o método de enfermeiro responsável, por ser o método defendido pela instituição hospitalar. O método individual tem como pressupostos a prestação de cuidados globais ao doente e, a responsabilização de cada enfermeiro pela prestação de cuidados a um ou mais doentes, citando COSTA “a totalidade dos cuidados é prestada pela enfermeira afecta ao doente” (2004, p.237). O método de enfermeiro responsável tem como principal objetivo a “humanização dos cuidados e a principal característica distinta face a todas as outras, é a descentralização das tomadas de decisão”, segundo COSTA (2004, p.239).

Tendo este modelo e este método como guias orientadores na elaboração do processo de enfermagem efetuei, de forma sistematizada, as colheitas de dados relevantes para a conceção da prática de cuidados sem descurar os respetivos registos. Com base nos registos de enfermagem desses procedimentos, analisei, interpretei e avaliei os cuidados prestados ao doente e família. Utilizei os dados dessa análise, interpretação e avaliação para atualizar e/ou modificar o plano de cuidados. Interpretei, de forma adequada, os dados objetivos e subjetivos, bem como os seus significados. Tendo em vista uma prestação de cuidados segura, planeei, executei e avaliei os cuidados de enfermagem diretos e globais aos doentes e famílias que me foram atribuídos, e que resultaram de um clima de respeito e confiança suscitando a participação do doente e família nesses cuidados. A confiança sentida pelos doentes e famílias foi sem dúvida um fator que evidenciei ser preponderante para o sucesso da relação de cuidar. O sentimento de confiança vivenciado pelos doentes e famílias é “em si mesmo terapêutico pois só o facto de saber que pode contar com a ajuda da enfermeira, mesmo que não fisicamente presente, é em si mesmo um instrumento confortador, na medida em que propicia tranquilidade e segurança”, segundo OLIVEIRA e LOPES (2010, p.71). Atestando a integração do doente no seu processo de recuperação promovi a participação do doente e família no seu processo de saúde/doença, assegurando o planeamento de alta e a continuidade dos cuidados. Furneci informação de saúde relevante, de forma a ajudar os doentes e famílias a atingirem os níveis ótimos de saúde e reabilitação.

As relações, interpessoal e de ajuda, tornaram-se desde cedo uma constante preocupação na minha atuação. Para o seu alcance promovi, desenvolvi e estabeleci relações terapêuticas com o doente e família recorrendo a uma comunicação apropriada e a um conjunto de capacidades interpessoais, como a empatia, a assertividade, a escuta ativa, o



respeito e a adoção de gestos confortadores como o sorriso, o toque e o silêncio. Consciente que *“a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades”*, envolvi e integrei o doente e família no seu tratamento e processo de recuperação, respeitando os seus limites e ajudando-os a ultrapassarem as dificuldades sentidas, de acordo com OE (2004, p.4). Esta relação terapêutica teve como fundamento o modelo de enfermagem de PEPLAU, em que a autora assume que a enfermagem consiste na relação interpessoal entre um indivíduo doente, ou que carece de cuidados de saúde, e a enfermeira com formação especializada para reconhecer e responder às necessidades afetadas (1991, p.6). Na sua Teoria das Relações Interpessoais, Peplau citada por ALMEIDA *et al.* preconiza como sentido de enfermagem a dinâmica e a interação entre a enfermeira e o doente, e como consequência dessa relação se faz *“do adoecer uma oportunidade para o crescimento e o amadurecimento”* tanto da enfermeira como do doente (2005, p.209). Esse fim é alcançado porque a enfermeira assume diversos papéis (pessoa estranha, pessoa recurso, educadora e líder) que auxiliam o doente *“no desenvolvimento das suas necessidades, até que esse [o doente] esteja pronto a assumir uma actuação independente da enfermeira”*, tal como nos explica ALMEIDA *et al.* (2005, p.209). Ao promover a relação de ajuda tive como objetivos - contribuir para a tranquilidade do doente, para a diminuição da sua ansiedade e para a sua adesão ao processo de tratamento e recuperação. A enfermagem enquanto relação de ajuda ultrapassa a excelência de execução de técnicas e centra-se na visão holística do doente. Para LAZURE, esta abordagem permite ao doente *“enfrentar os seus problemas ou a sua situação de crise, com todos os recursos que possuem”* (1994, p.98). A relação de ajuda foi, sempre, construída com base em importantes alicerces como o toque, o olhar atento, o sorriso confortador, a edificação de confiança, a transmissão de segurança, a explicação dos sintomas, a oferta de disponibilidade e a promoção de esperança. Fundamentei as minhas intervenções no construto de relação enfermeira-doente de LOPES (2005, p.227) em que o autor atesta a relação enfermeira-doente suportada por um *“espaço de proximidade, confiança, disponibilidade e continuidade, que permite ao doente reorganizar-se de modo a ultrapassar a crise ou a completar o processo de transição”*. Privilegiando a humanização de cuidados, atendi ao respeito pela privacidade dos doentes, promovi cuidados de higiene e conforto atendendo às suas necessidades e vontades recorrendo a gestos transmissores de confiança e permiti, sempre que possível, a visita de familiares para além do horário estabelecido pela instituição. Mesmo nos casos de doentes com doença em fase terminal permiti, sempre que possível, a presença de um familiar. Concomitantemente assegurei que a informação transmitida ao doente e família era realizada de forma clara e adequada a cada doente/família.

Como atividade específica na área de urgência saliento a realização do Curso de Triagem de Manchester, que me permitiu a integração no posto de triagem e que claramente



contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, não apenas em termos teóricos, mas por uma conduta responsável na gestão clínica de doentes, como também por um maduro crescimento em termos de tomada de decisão. A triagem nos serviços de urgência tem “*como objectivo único priorizar os doentes consoante a gravidade clínica com que se apresentam no serviço*”, segundo o GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM (GPT) (In FREITAS 1997, p.VII). A criação e existência deste sistema teve como fator principal o volume de doentes que ocorre aos serviços de urgência, tal como nos diz KMJ no Manual de Triagem onde refere que pelas variações da sobrecarga de trabalho “*é absolutamente essencial que exista um sistema de triagem implementado para assegurar que estes doentes sejam observados por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada*” (GPT 1997, p.IX). Neste posto de trabalho o enfermeiro tem o seu papel definido, e que se encontra bem delineado pelo GPT (1997, p.32), “*o principal papel do enfermeiro é a atribuição da prioridade exacta aos doentes*”. No entanto, este é um local privilegiado onde um enfermeiro pode desenvolver outras competências e funções, nomeadamente, a identificação das necessidades em cuidados de enfermagem, o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, a constante promoção da educação para a saúde, a correta gestão de doentes, a orientação para redes de suporte social, a eficiente gestão de conflitos e a responsável tomada de decisão.

No seguimento do meu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista e incidindo no desempenho de funções no posto de triagem, frequentei o curso de Auditoria de Triagem. A frequência neste curso permitiu-me iniciar o processo de auditoria interna aos inúmeros episódios de triagem realizados nesta instituição hospitalar, desde que foi implementado o Sistema de Triagem de Manchester, o que contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados neste posto de trabalho.

A integração na sala de reanimação constituiu outra atividade que promoveu o meu desenvolvimento profissional e permitiu, paralelamente, o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista. Como competência basilar realço a prestação de cuidados específicos aos doentes e famílias em situação emergente, atuando na correção e na antecipação da instabilidade hemodinâmica e do risco de falência orgânica. Para o desenvolvimento desta competência saliento a imediata identificação de focos de instabilidade, a rápida e eficaz resposta permitindo antecipar a ocorrência desses focos, a execução de cuidados técnicos de alta complexidade, dos quais destaco a correta execução dos algoritmos de suporte básico e avançado de vida, a rigorosa aplicação de choques nas situações preconizadas para a desfibrilhação cardíaca e a administração de terapêutica complexa como por exemplo trombolíticos, que fui desenvolvendo principalmente após a frequência no Curso de Suporte Avançado de Vida.



Outra atividade que realço no decurso do meu desenvolvimento profissional reporta-se à integração de novos elementos, enfermeiros e auxiliares de ação médica/assistentes operacionais, dentro da equipa de enfermagem, tendo sido também, responsável pela orientação de alunos do curso de licenciatura em enfermagem em estágio no SU.

Analisando e refletindo sobre o desempenho que evidenciei no SU, reconheço e identifico o modelo defendido por BENNER (2005). A evolução de um profissional em contexto de urgência enquadra-se, nos cinco níveis de evolução de competências de um enfermeiro: *“iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito”*, (p.39). Segundo a autora a diferença dos níveis reside na mudança baseada em três aspetos gerais. O primeiro aspeto consiste na *“passagem de uma confiança em princípios abstractos à utilização, a título de paradigma, de uma experiência passada concreta; o segundo é a modificação da maneira como o formando se apercebe de uma situação (...); o terceiro aspecto é a passagem de observador desligado a executante envolvido”* (2004, p.39). Sabendo que os serviços de urgência de qualquer hospital são confrontados com um grande número de doentes (em 2009 foram observados cerca de 2 400 000 doentes, na área de Lisboa e Vale do Tejo)<sup>4</sup>, é fundamental que os enfermeiros sejam capazes de manter a dinâmica e a organização do SU de forma a rapidamente identificarem os doentes cujo estado de saúde possa sofrer alterações súbitas, através da eficaz e eficiente deteção de sinais e sintomas sugestivos de instabilidade hemodinâmica. É neste ponto que se evidencia a enfermeira perita. Tal como preceitua BENNER (2005, p.122), *“as enfermeiras peritas possuem um vasto leque de experiências que lhes permite estabelecer a ordem no meio do caos. Dispõem de uma variedade de escolhas e sentem uma certa familiaridade com a situação”*. A integração do enfermeiro nas diversas áreas do serviço de urgência é por si só indicador do grau de desenvolvimento desse profissional. Na instituição hospitalar onde iniciei a minha atividade profissional só se desempenham funções na área de triagem, seis meses após a chegada do profissional ao serviço (no mínimo) e depois de frequentar o respetivo curso. Igualmente, a integração na sala de reanimação só acontece quando o enfermeiro apresenta um grau de desenvolvimento de competências elevado e que lhe permite a permanência nesta área prestando cuidados com qualidade e segurança.

O modelo defendido por Benner é igualmente demonstrado pelo Grupo Português de Triagem, na medida em que este grupo defende, analogamente, o desenvolvimento de perícia em cinco estádios. Segundo o que se encontra definido no Manual de Triagem de Manchester existe para os elementos deste grupo *“uma relação entre a experiência e a aquisição de competência, na qual existem os cinco estádios de desenvolvimento (...): principiante, principiante avançado, competente, extremamente competente e perito”*, (GPT 1997, p.9). O grupo refere ainda que *“à medida que os profissionais se vão desenvolvendo continuamente*

<sup>4</sup> De acordo com os dados estatísticos da DGS publicados em Junho de 2011



*vão adquirindo competências e aprendendo com as suas experiências na prática. Sobre tudo altera-se e melhora-se a sua capacidade de tomada de decisões” (1997, p.10).*

A procura incessante por uma exímia postura profissional traduziu-se numa valorização enquanto enfermeira e, culminou num convite para desempenhar funções de chefe de equipa, em 2005. Foi pelo desempenho destas funções que pude desenvolver as competências enquadradas no âmbito da atuação do Enfermeiro Especialista e que se reportam a *“liderar equipas de prestação de cuidados e exercer supervisão do exercício profissional”*, (UCP-ICS/ESPS 2007, p.4/5), competências essas que não tive oportunidade de desenvolver nos estágios anteriores. Como atividades para o alcance destas competências realço a orientação e supervisão dos cuidados de enfermagem a doentes e famílias internados na Unidade de Internamento de Curta Duração, garantindo a globalidade do atendimento, a continuidade e humanização dos cuidados de enfermagem oferecidos; a prestação de cuidados de enfermagem com maior grau de diferenciação, tendo em vista a formação da equipa; a supervisão do cumprimento do plano de trabalho dos enfermeiros e auxiliares de ação médica; a deteção de necessidades de formação em serviço e a colaboração na execução do plano de formação. Impulsionando a existência de uma equipa multidisciplinar fomentei, realizando curtas reuniões com os vários elementos integrantes da equipa que tinham como objetivo principal a definição do plano terapêutico dos doentes e, promovi práticas de relacionamento saudável entre todos os membros da equipa multidisciplinar. Na continuidade do desenvolvimento das competências da esfera do Enfermeiro Especialista na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica coordenei a atuação da equipa de enfermagem em situações de emergência; orientei e supervisionei a equipa de enfermagem e de auxiliares de ação médica, apoiando-a e incentivando-a na prestação de cuidados de saúde individualizados e humanizados aos doentes e famílias e no cumprimento das normas e critérios adotados pelo serviço; realizei reuniões periódicas com a respetiva equipa para avaliação dos cuidados, discussão de problemas surgidos, dúvidas e necessidades sentidas, bem como, transmiti informações e indicações da área de gestão (provenientes da chefia do serviço) e participei em reuniões mensais com o enfermeiro chefe e enfermeiros responsáveis de outras equipas para análise e resolução de problemas, análise da qualidade de cuidados prestados e partilha de informação. Na continuidade das minhas funções enquanto enfermeira chefe de equipa coadunando com o papel de futura enfermeira especialista, compreendi e atuei de acordo com os planos de emergência em situações de catástrofe, frequentando as diversas formações existentes no serviço enquadradas nesse âmbito e participando nos vários momentos práticos (simulações) organizados pela equipa multidisciplinar do SU.

Admitindo a minha preocupação pela segurança do doente como cuidado primordial, tal como se encontra definido pela OMS (2012) que espargue a segurança do doente como sendo a



ausência de dano evitável a um doente durante o processo de cuidados de saúde, assegurei a criação e manutenção de um ambiente seguro, de acordo com as orientações estratégicas definidas pela Comissão de Controlo de Infecção (CCI) Hospitalar e pela Comissão de Risco Clínico e Não Clínico. Para tal, assegurei o cumprimento das normas de higiene hospitalar por parte de toda a equipa e participei na implementação das medidas da CCI, nomeadamente na prática de higienização das mãos. Outra atividade a referir prendeu-se com a persistente preocupação pela manutenção do bom funcionamento do carro de urgência, tendo colaborado no projeto de revisão, planificação e avaliação dos carros de urgência na sala de reanimação.

Sendo uma das competências do enfermeiro especialista a demonstração de *“níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão”*, segundo a OE (2007, p.17), assegurei que as normas de atuação implementadas permitissem a uniformização, individualização e humanização dos cuidados de enfermagem. Para tal, adotei uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legais do doente e família. A tomada de decisão, intrínseca a qualquer intervenção do enfermeiro, é construída *“no sentido de um agir que responda às necessidades das pessoas”* sendo que *“a tomada de decisão não se dispensa, nem a ela não se renuncia”*, tal como afirma NUNES (2006). Neste sentido, toda e qualquer intervenção implementada pelo enfermeiro é precedida de um processo de tomada de decisão, que *“pode ser definido como sendo a escolha entre duas ou mais alternativas de acção que possibilitem atingir um determinado resultado esperado”*, (NUNES 2007). Para este autor o processo de tomada de decisão responsável deve assentar em diversos fatores que são *“colheita de dados, elaboração de um diagnóstico, selecção da intervenção, prognóstico da acção ou intervenção”* (2007). As decisões avocadas têm como pilares a experiência, o saber cognitivo, os dados e informações recolhidos, o pensamento criativo, a educação, o domínio do exercício, o autoconceito, o ambiente e o stress emocional.

Uma atividade que me consentiu explorar a vertente de investigação arrolou-se com a minha participação no estudo que decorreu no SU entre Março e Novembro de 2008, intitulado *“Detecção Precoce de Lesão Renal Aguda na Urgência Hospitalar”* e que teve como principal fundamento o diagnóstico precoce da lesão renal aguda. Primeiramente este estudo promoveu um contato com um projeto de investigação, conduzindo a um conhecimento metodológico mais aprofundado. Depois, fomentou o aprofundamento de conhecimentos sobre a temática da lesão renal e, por fim, gerou a sensibilização (a nível pessoal) para a importância da investigação. A investigação tem como esfera basal *“reforçar as bases científicas e contribuir para o desenvolvimento contínuo das profissões”*, conduzindo à credibilidade das profissões pela garantia da qualidade de serviços prestados, tal como declara FORTIN (1999, p.18). A mesma autora refere ainda que, a investigação permite a cada profissão ter o seu campo de conhecimentos teóricos na qual a prática se apoiará.



Integrando outro projeto desta instituição hospitalar, colaborei no planeamento e organização do novo serviço de urgência básica que abriu em Agosto de 2009. Esta participação contribuiu para o desenvolvimento de competências na área de gestão, bem como, para o desenvolvimento do meu conhecimento (ao nível dos equipamentos e recursos materiais atuais e inovadores). Esta atividade converge para o que a OE preconiza como esfera de atuação dos enfermeiros, *“os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão (...), para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: (...) dando parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem”* (2004, p. 8).

O meu desenvolvimento pessoal e profissional nesta instituição traduziu-se no convite para integrar a equipa de enfermagem do SU do HPP Hospital de Cascais em Fevereiro de 2010. No seguimento deste convite, colaborei na organização do serviço, mais concretamente, na planificação do circuito do doente no SU neste novo hospital. Já neste, desempenhei funções de enfermeira responsável de serviço, o que possibilitou a identificação, ainda numa fase inicial, das necessidades de formação dos enfermeiros e dos assistentes operacionais (AO) que integravam a equipa de enfermagem do SU.

Tive assim a oportunidade de planear e organizar o plano de formação para assistentes operacionais de todo o hospital. Os cursos tiveram a duração de 21 horas, e convergiram para as temáticas consideradas essenciais e pertinentes para melhorar o desempenho desses AO na instituição, nomeadamente princípios de controlo de infeção, principais atividades dos AO, habilidades relacionais e comunicacionais dos AO, colaboração dos AO nos cuidados ao doente e colaboração em técnicas específicas nomeadamente nos exames complementares de diagnóstico. Esta formação intitulada “Formação Inicial para Assistentes Operacionais”, teve como objetivos sensibilizar os assistentes operacionais para a importância da humanização na prática dos cuidados; adquirir e desenvolver competências técnico-científicas; adquirir e desenvolver competências socioculturais e; desenvolver a colaboração com outros profissionais. Dos módulos que foram ministrados fui responsável pela apresentação de alguns módulos dos quais relevo: “Competência Relacional no Hospital”, no qual foram apresentadas e explicadas as atitudes e comportamentos a serem assumidos pelos assistentes operacionais no decurso das suas funções e que promovem a qualidade dos cuidados; “A Unidade do Utente” e “Higienização e utilização correcta do equipamento”, onde salientei a importância da correta limpeza, desinfeção e manutenção do material e equipamentos, bem como, a importância da minuciosa preparação de cada unidade em termos de higiene, limpeza e arrumação, atendendo sempre ao preconizado nas normas, procedimentos e protocolos emanados pela CCI; “Óbito” e “Espólio”, onde apresentei os cuidados específicos a serem prestados nas situações de falecimento de doentes. A diversidade e pertinência das temáticas abordadas no curso de formação em apreço conduziram a um interesse geral por parte dos assistentes operacionais o que impulsionou a sua reprodução em quatro edições. A avaliação



realizada pelos assistentes operacionais que frequentaram a formação foi muito positiva e para além de transmitirem a necessidade e importância da frequência por todos os assistentes operacionais do SU ainda, sugeriram que pudesse ser continuada com conteúdos de nível mais avançado e que complementasse a formação inicial. No seguimento desta avaliação e não tendo sido possível envolver todos os assistentes operacionais que exercem funções nesta instituição foi decidido pela Direção de Enfermagem a sua continuação no Plano de Formação agendado para o ano de 2012 com o objetivo de abranger todos os assistentes operacionais, com vínculo contratual a esta instituição.

Enquanto enfermeira responsável de serviço pude aprimorar as competências de “*exercer supervisão do exercício profissional*” e de “*liderar equipas de prestação de cuidados especializados*”, UCP-ICS/ESPS (2007, p.4/5). Estas competências foram boleadas pelo permanente zelo da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no serviço de urgência, através do contínuo acompanhamento dos profissionais e pelo constante incentivo ao seu desenvolvimento pessoal e profissional, na procura da prestação de cuidados de enfermagem de excelência que dignifiquem e prestigiem a imagem da profissão de enfermagem. Aliada a esta função, aperfeiçoei estratégias na área da liderança, dado que substituí o chefe de serviço nas suas ausências e impedimentos, o que se traduziu num aprofundamento de habilidades cognitivas, bem como, no desenvolvimento de capacidades técnicas e relacionais, tendo sempre como focos de atenção - manter o bom funcionamento do serviço e promover as melhores relações interdisciplinares.



## 2. REFLEXÃO FINAL

A componente teórica que integra o Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica ministrado pela Universidade Católica Portuguesa, assume um carácter fundamental para o aprofundamento e mobilização de conhecimentos. No entanto, é predominantemente pela componente prática deste curso que o futuro enfermeiro especialista desenvolve habilidades cognitivas, técnicas e relacionais que lhe permitem bolear a sua prestação de cuidados, desenvolvendo competências na abordagem ao doente adulto e idoso com doença grave e sua família, com especial atenção à assistência ao doente em estado crítico. Tal como nos refere BENNER (2005, p.15), *“as enfermeiras na prática desenvolvem tanto o conhecimento clínico como uma estrutura moral, pois elas aprendem com os seus pacientes e as suas famílias. A aprendizagem experiencial em situações de alto risco requer coragem e ambientes que apoiem a aprendizagem”*. Convicta que só se aprende a fazer fazendo, defendo a relevância da componente prática deste curso. Concomitantemente, a diversidade de experiências vivenciadas promove um crescente desenvolvimento do enfermeiro especialista e, que se traduz numa maior eficácia na resposta a situações inesperadas e complexas, pelo que defendo a permanência de três contextos de estágio distintos. Enquanto futura enfermeira especialista reconheço que a minha passagem pelos dois contextos de estágio, BO e UCI, ampliou a minha esfera de cuidados, a minha capacidade de atuação e de resposta às necessidades afetadas apresentadas pelos doentes e família a quem presto cuidados. A par desse desenvolvimento contribui, ainda, para aprofundar conhecimentos científicos e técnicos em áreas de intervenção complementares ao meu contexto profissional. Também, a variedade de contextos conduziu ao desenvolvimento das minhas capacidades relacionais e comunicacionais, ampliando habilidades aprendidas e otimizando as habilidades já adquiridas.

Atendendo às competências adjacentes ao enfermeiro especialista nesta área de intervenção, considero que, de uma forma geral atingi com sucesso os objetivos definidos inicialmente e que se revelaram congruentes, oportunos e pertinentes ao meu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista. Chegada a este patamar, não posso deixar de evocar as questões que inicialmente me interpelaram. Que desafios se afiguram a partir daqui? O que muda na minha prestação? O que deverão esperar os doentes e famílias a quem prestarei cuidados? Enquanto futura enfermeira especialista, a mudança, reside no meu crescimento pessoal e profissional, na minha afinçada e contínua preocupação pela qualidade e segurança dos cuidados prestados e na minha exigência pelo rigor, eficácia e eficiência das intervenções de enfermagem resultado das constantes reflexões que protagonizei no decurso destes estágios e que tiveram como suporte o agir profissional dirigido a doentes adultos com doença grave, especialmente em situação crítica. Essencialmente, o que muda na minha prestação de



cuidados reside no saber ser e no saber pensar, que cada intervenção protagonizada acalantar, e que conduzirá ao holismo e humanismo do Cuidar.

Como pilares principais da minha atuação enquanto enfermeira especialista distingo a qualidade e segurança dos cuidados e a promoção de uma relação terapêutica suportada num cuidado confortador. Neste trajeto, aprofundei conhecimentos num cuidar alicerçado no conforto, que conduz a uma humanização de cuidados, atendendo a uma visão holística do doente e família proporcionando um aumento de qualidade dos cuidados prestados. O Conforto enquanto elemento do cuidar surgiu espontaneamente, no decurso do primeiro estágio (BO), e afigurou-se na minha esfera principal de atuação no segundo estágio (UCI). Este acontecimento foi resultado do meu progresso enquanto enfermeira especialista, na medida em que delineou a minha intervenção atendendo ao holismo de cuidados. A minha identificação com a Teoria de Kolcaba ganhou maior destaque com a realização de um projeto de investigação e permitiu definir intervenções mais adaptadas à promoção do conforto do doente e família. Dado que *“o conforto é um dos principais critérios que o doente tem em conta na avaliação da qualidade de um bom enfermeiro”* (MUSSI 2005, p.79), emerge o pensamento sobre as características do cuidar que o doente e família evidenciam e consideram de maior relevância na sua definição de qualidade de cuidados. A elaboração deste projeto constituiu uma sugestão pessoal para mais estudos posteriores, nomeadamente, o que o doente considera como qualidade de cuidados, que medidas promovem o conforto dos familiares ou quais as medidas que promovem o conforto do enfermeiro.

Sem dúvida, que este fervilhar de conhecimentos, pensamentos e sentimentos são resultantes de um desenvolvimento pessoal e profissional enquanto enfermeira especialista. Paralelamente a este desenvolvimento também o aprofundamento das competências de “gerir e interpretar, de forma adequada informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada”, “demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos”, “reflectir na e sobre a prática”, “demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas”, “desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz”, “tomar decisões fundamentadas”, “demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”, “zelar pela qualidade dos cuidados”, “exercer supervisão do exercício profissional” e “liderar equipas de prestação de cuidados” (UCP-ICS/ESPS, 2007, p.4/5), se salientou o que se evidenciou no convite para desempenhar funções de coordenadora do serviço de Medicina em Julho de 2011.

Neste contexto, penso ter contribuído para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, de forma direta e indireta, através da sensibilização dos vários elementos das equipas de enfermagem para a importância de constantes atualizações de conhecimentos através de pesquisas bibliográficas, da partilha de informação, do desenvolvimento de



habilidades relacionais, da promoção de conforto nos cuidados prestados, da reflexão contínua e sistemática das práticas diárias, que convergem na definição de qualidade defendida pela OE (2002, p.5), *“a qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir -, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para reflectir nos cuidados prestados”*.

As dificuldades e limitações sentidas no decurso destes estágios, e identificadas nos respetivos módulos, foram dissolvidas e convertidas em benefícios pelo que não me alongo neste ponto. Reforço apenas, o sentimento, que um enfermeiro especialista tem como competência a *“capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas”*, como tal saberá otimizá-la nas suas dificuldades pessoais (UCP-ICS/ESPS 2007, p.4/5).

Para terminar e, porque nelas me identifico, deixo as palavras de LEITE, que ao se pronunciar sobre a importância do enfermeiro especialista defende, *“porque a sua existência favorece o desenvolvimento profissional dos Enfermeiros e facilita a Investigação de novas dimensões do cuidar”* (2006, p.4).



### 3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Vitória de Cássia; LOPES, Marcos Venícios; Damasceno, Marta Maria – Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. Revista da Escola de Enfermagem da USP. [Em linha]. São Paulo. Vol 39, n.º2 (2005), p. 202-210 [Consultado em 2012-02-12] Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/11.pdf>>. ISSN 0080-6234

APÓSTOLO, João Luís Alves – O Conforto nas Teorias de Enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. Revista Referência. [Em linha]. Coimbra. II Série, nº 9 (Março 2009). [Consultado em 2011-06-05] Disponível em WWW:<URL:[www.esenfc.pt](http://www.esenfc.pt)>. ISSN 0874-0283.

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

BENNER, Patricia – De Iniciado a Perito. 2ª ed. Coimbra: Quarteto, 2005. 262p. ISBN 989-558-052-5

COLLIÈRE, Marie-Françoise – Cuidar... A primeira arte da vida. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2003. 440p. ISBN 972-8383-53-3

COSTA, José dos Santos – Métodos de Prestação de Cuidados. [Em linha]. Viseu: Escola Superior de Enfermagem de Viseu, 2004. 18p. [Consultado em 2012-02-20] Disponível em WWW:<URL:<http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>>.

DESPACHO Nº 18 458/2006. [Em linha]. [Consultado em 2012-01-07] Disponível em WWW:<URL:<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/9EE5ADDF-4CC1-41B9-BC00D368FA074329/0/RecomendacoesOrgEspUrgencia.pdf>>.

DECRETO-LEI Nº 74/2006. [Em linha]. [Consultado em: 2012-02-15] Disponível em WWW:<URL:<http://www.dre.pt/pdf1s/2006/03/060A00/22422257.pdf>>.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Centros de Saúde e Unidades Hospitalares: Recursos e produção do SNS: Ano 2009. [Em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2011. 122p. ISSN 1645-8893 [Consultado em 2012-02-12] Disponível em WWW:<URL:<http://www.dgs.pt/>>.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. [Em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2007. 20p. [Consultado em 2012-02-12] Disponível em WWW:<URL:<http://www.dgs.pt/>>.



DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção 2010 - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. [Em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2010. 16p. [Consultado em 2012-02-12] Disponível em WWW:<URL:<http://www.dgs.pt/>>.

FONTES, Ana Isabel Costa; FERREIRA, Andreia Cristina Oliveira Santos – Do outro lado da porta...falar com a família numa unidade de cuidados intensivos. Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. 85 (Julho 2009), p. 33-38.

FORTIN, Marie-Fabienne – O Processo de Investigação – Da concepção à realização. Loures: Lusociência, 1999. 388p. ISBN: 972-8383-10-X

FRAGATA, José; MARTINS, Luís – O Erro em Medicina: Perspectivas do Individuo, da Organização e da Sociedade. Coimbra: Edições Almedina, 2008. 327p. ISBN: 978-972-40-2347-2

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM – Triagem no Serviço de Urgência. Lisboa: Grupo Português Triagem, 1997. 149p.

HESBEEN, Walter – Cuidar no Hospital – Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência, 2000. 201p. ISBN 972-8383-11-8

HESBEEN, Walter - Qualidade em Enfermagem - Pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência, 2001. 220p. ISBN 972-8383-20-7

HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA, EPE – Manual da Direcção de Enfermagem – Quadro Conceptual de Enfermagem. Amadora: Hospital Fernando Fonseca, EPE, 2007. 13p.

HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA, EPE – Regulamento do Bloco Operatório. Amadora: Hospital Fernando Fonseca, EPE, 2008. 42p.

HPPCASCAIS [Em linha]. 15 Fevereiro. 2012.[Consultado em 2012-02-15] Disponível em WWW:<URL:<http://www.hppcascais.pt/pt/Cuidamos/Paginas/cuidadosIntensivos.aspx>>.

KOLCABA, Katharine – A Theory of Holistic Comfort for Nursing. Journal of Advanced Nursing. [Em linha]. 1994. Vol 19. 1178-1184 [Consultado em: 2012-01-07] Disponível em WWW:<URL:<http://thecomfortline.com/files/pdfs/1994%20-%20Holistic%20Comfort%20for%20Nursing.pdf>>.

KOLCABA, Katharine – Comfort Theory and Practice. [Em linha]. New York: Springer, 2003. 050607/654 [Consultado em: 2012-01-07] Disponível em



WWW:<URL: [http://books.google.pt/books?id=tCKJbUrMjscC&printsec=frontcover&dq=theory+kolcaba&hl=pt-PT&ei=BowIT4jpF5SZhQeQg6yUCQ&sa=X&oi=book\\_result&ct=book-thumbnail&resnum=1&ved=0CDAQ6wEwAA#v=onepage&q=theory%20kolcaba&f=false](http://books.google.pt/books?id=tCKJbUrMjscC&printsec=frontcover&dq=theory+kolcaba&hl=pt-PT&ei=BowIT4jpF5SZhQeQg6yUCQ&sa=X&oi=book_result&ct=book-thumbnail&resnum=1&ved=0CDAQ6wEwAA#v=onepage&q=theory%20kolcaba&f=false)>.

LAZURE, Hélène – Viver a Relação de Ajuda – uma abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. Lisboa: Lusodidacta, 1994. 205p. ISBN 972-95399-5-2

LEITE, Lúcia – O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento Profissional. In CONGRESSO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2, Lisboa, 2006 - O Enfermeiro e o Cidadão: compromisso (d)e proximidade. [Em linha]. [Consultado em 2012-01-06] Disponível em WWW:<URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/II\\_Cong\\_ComLL.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/II_Cong_ComLL.pdf)>.

LOPES, Manuel José – Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. Revista da Escola de Enfermagem. [Em linha]. São Paulo. Vol 39, n.º 2 (2005), p. 220-228. [Consultado em 2011-07-13] Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/13.pdf>>.

MOREIRA, Thereza Maria, ARAÚJO, Thelma Leite. O Modelo Conceitual de sistemas abertos Interatuantes e a Teoria de Alcance de Metas de Imogene King. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Em linha]. São Paulo. Vol. 10, n.º 1 (Janeiro-Fevereiro 2002), p. 97-103. [Consultado em 2012-01-07] Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n1/7778.pdf>>. ISSN 0104-1169.

MUSSI, Fernanda Carneiro – Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. Acta Paul. Enferm. [Em linha]. 2005, p. 72-81 [Consultado em 2011-10-06] Disponível em WWW:<URL: [www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a10v18n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a10v18n1.pdf)>.

NIGHTINGALE, Florence – Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-92-4. 201p.

NUNES, Fernando Manuel – Tomada de Decisão de Enfermagem em Emergência. Revista Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. 17, n.º 219 (Março 2007). P. 6-11

NUNES, Lucília – Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. In CONGRESSO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2, Lisboa, 2006 – O Enfermeiro e o Cidadão: compromisso de proximidade. [Em linha]. [Consultado em 2011-10-25] Disponível em WWW:<URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/II\\_Cong\\_ComLN.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/II_Cong_ComLN.pdf)>.



OLIVEIRA, Célia; LOPES, Manuel – Construir Laços de confiança e Promover o Conforto. Pensar Enfermagem. [Em linha]. Lisboa. Vol.14, nº1 (1º Semestre 2010), p.67-74. [Consultado em 2012-01-07] Disponível em WWW:<URL: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010\\_14\\_1\\_67-74\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_67-74(1).pdf)>. ISSN 0873-8904.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Divulgar – Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2004. 24p.

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

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Modelo de Desenvolvimento Profissional. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. 45p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Um novo modelo de desenvolvimento profissional. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISSN 1646-2629. Nº26 (Junho 2007),

PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara – Modelos para o Exercício de Enfermagem. Lisboa: ACEPS, 1992. 178p. ISBN 0-433-24902-1

PEPLAU, Hildegard – Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing. [Em linha]. New York: Springer, 1991. ISBN 978-0-8261-7911-1 [Consultado em 2012-02-12] Disponível em WWW:<URL:[http://books.google.pt/books?id=ck8-E6FL-1UC&printsec=frontcover&dq=peplau&hl=pt-PT&ei=Zeg3T9WvMnKd8gO9yai2Ag&sa=X&oi=book\\_result&ct=book\\_thumbnail&resnum=1&ved=0CDEQ6wEwAA#v=onepage&q=peplau&f=false](http://books.google.pt/books?id=ck8-E6FL-1UC&printsec=frontcover&dq=peplau&hl=pt-PT&ei=Zeg3T9WvMnKd8gO9yai2Ag&sa=X&oi=book_result&ct=book_thumbnail&resnum=1&ved=0CDEQ6wEwAA#v=onepage&q=peplau&f=false)>.

PONTES, Alexandra Carvalho; LEITÃO, Ilse Maria; RAMOS, Islane Costa – Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. Revista Brasileira de Enfermagem. [Em linha]. Brasília. Vol. 61, n.º3 (Maio-Junho 2008), p.312-318 [Consultado em 2012-01-07] Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>>. ISSN 0034-7167.

PRÁ, Luciana Aparecida; PICOLLI, Marister – Enfermagem Perioperatória: Diagnósticos de Enfermagem Fundamentados na Teoria de Ida Jean Orlando. Revista Electrónica de Enfermagem. [Em linha]. Goiânia. Vol 06, nº 02 (Maio/Agosto 2004). [Consultado em 2011-06-11] Disponível em WWW:<URL:<http://pt.scribd.com/doc/2360765/Enfermagem-perioperatoria>>. ISSN 1518-1944.



REGULAMENTO nº 122/2011 de 18 de Fevereiro, que se pronuncia sobre as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

ROPER, Nancy; LOGAN, Winifred; TIERNEY, Alison – O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney. Lisboa: Climepsi EDITORES, 2001. 198p. ISBN 972-796-013-8

ROTHROCK, Jane – Alexander – Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. Loures: Lusodidacta, 2008. 1247p. ISBN 978-989-8075-07-9

SALOMÉ, Geraldo Magela; ESPÓSITO, Vitória Helena; SILVA, Gilberto Tadeu - O ser profissional de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Acta Paul Enferm. [Em linha]. São Paulo. Vol. 21, n.º 2 (2008), p.294-299 [Consultado em 2012-01-07] Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt\_a10v21n2.pdf>. ISSN 0103-2100.

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

THELAN, Lynne [et al.] – Enfermagem em Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção. 2.ª ed. Lisboa: Lusodidacta, 1994. 1050p. ISBN 972-96610-2-2

TOMEY, Anne Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ª ed. Loures: Lusodidacta, 2004. ISBN 972-8383-74-6. 750p.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – Regulamento Geral - Mestrado em Enfermagem, Natureza Profissional. Lisboa: UCP- ICS/ESPS, 2007. 14p.

VILA, Vanessa; ROSSI Lúcia - O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Em linha]. São Paulo. Vol 10, n.º2 (Março-Abril 2002), p. 137-144. [Consultado em 2012-01-07] Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10506.pdf>. ISSN 0104-1169.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Patient Safety – Programms and Projects. [Em linha]. 2012. [Consultado em 2012-02-12] Disponível em WWW:<URL:http://www.who.int/patientsafety/en/>.



# APÊNDICES



## **Apêndice I – Manual de Suturas**

### **- Fios e Agulhas**

# Manual de Suturas

## Fios e Agulhas

Elaborado por Carla Afonso

LISBOA  
Junho de 2011

# Manual de Suturas

## Fios e Agulhas

Elaborado por Carla Afonso  
Sob orientação da Enfermeira Rosário Récio e,  
Prof. Ilda Lourenço

LISBOA  
Junho de 2011

## Índice

<b>0- Introdução</b>	<b>4</b>
<b>1- História e Evolução das Suturas</b>	<b>5</b>
<b>2- Suturas</b>	<b>7</b>
2.1- Definição	7
2.2 – Características do Material de Sutura	7
2.3 – Categorias das Suturas	8
2.3.1 Sutura Tradicional	9
2.3.2 Sutura Mecânica ou Automática	9
2.3.3 Sutura de Adesivo de Tecido	10
2.3.4 Sutura de Adesivo Cutâneo	10
2.4 – Classificação das Suturas	11
2.4.1 Relativamente à constituição do fio	11
2.4.2 Relativamente à origem	12
2.4.3 Relativamente à qualidade	12
a) Suturas Absorvíveis	12
b) Suturas Não Absorvíveis	16
2.5 – Apresentação das Suturas	20
<b>3- Agulhas Cirúrgicas</b>	<b>21</b>
3.1- Classificação das Agulhas	22
3.1.1 Formato do corpo da agulha	22
3.1.2 Formato do orifício da agulha	23
3.1.3 Formato da ponta da agulha	24
<b>4- Considerações de Enfermagem</b>	<b>26</b>
<b>5- Conclusão</b>	<b>29</b>
<b>6– Bibliografia</b>	<b>30</b>
<b>Anexos</b>	<b>33</b>
Anexo I – Tabela esquemática relativa aos diferentes tipos de Fios de Sutura	34

## Índice de Figuras

	<b>Página</b>
Figura 1- Fios de Suturas Tradicionais	9
Figura 2- Diversidade de Suturas Tradicionais	9
Figura 3- Máquina de agrafos	10
Figura 4- <i>Dermabond</i> <sup>®</sup>	10
Figura 5- Tipos de <i>Steri-Strip</i> <sup>®</sup>	11
Figura 6- Constituição de Fio de Sutura	11
Figura 7- Exemplos de Suturas de Ácido Poliglicólico	13
Figura 8- Exemplos de Suturas de Poliglactina	14
Figura 9- Exemplos de Suturas de Polidioxanona	15
Figura 10- Exemplos de Suturas de Poliglicaprona 25	15
Figura 11- Exemplo de Sutura de Gliconato	16
Figura 12- Exemplo de Sutura <i>Silkam</i> <sup>®</sup>	17
Figura 13- Exemplo de Sutura <i>Sof silk</i> <sup>®</sup>	17
Figura 14- Exemplo de Sutura <i>Ethilon</i> <sup>®</sup> e <i>Monosof</i> <sup>®</sup>	18
Figura 15- Exemplo de Sutura <i>Dafilon</i> <sup>®</sup>	18
Figura 16- Exemplo de Suturas <i>Prolene</i> <sup>®</sup> e <i>Premilene</i> <sup>®</sup>	18
Figura 17- Exemplo de Suturas <i>Surgilene</i> <sup>®</sup> e <i>Surgipro II</i> <sup>®</sup>	19
Figura 18- Exemplo de Suturas de Poliéster	19
Figura 19- Exemplo de Sutura de Aço	20
Figura 20- Anatomia de uma Agulha Cirúrgica	21
Figura 21- Tipos de Agulhas	22
Figura 22- Agulha em Anzol	23
Figura 23- Tipos de Orifícios das Agulhas	23
Figura 24- Tipos de Pontas de Agulhas	25

## 0. Introdução

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular - Estágio de Bloco Operatório, inserido no 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, de Lisboa.

O meu interesse por este tema teve origem em algumas dificuldades e dúvidas que foram surgindo ao longo do estágio em curso. Objectivamente, os vários tipos de suturas existentes, fios e agulhas e, ainda, a necessidade de aumentar conhecimentos sobre as suas aplicações na prática clínica desenvolvida na sala de operações.

Após debate com vários elementos da equipa de enfermagem, percepcionei que esta era uma temática vacilante para muitos. Este facto, despertou em mim a necessidade de pesquisa sobre o tema em apreço e a partilha das evidências encontradas com os restantes elementos da equipa, através da elaboração de um documento de fácil consulta que reunisse os vários tipos de sutura utilizados na prática diária. Os objectivos finais deste manual consistem em distinguir os vários tipos de suturas e suas aplicações, facilitar a integração de novos elementos dentro da sala operatória e melhor fundamentar os cuidados de enfermagem, pois segundo ROTHROCK (2008, p.158), “uma compreensão das características dos fios de sutura, o conhecimento dos factores de risco da cicatrização da ferida, a interacção entre os tecidos e os fios de sutura são essenciais para a enfermeira perioperatória e para a cicatrização adequada da ferida”.

Do ponto de vista estrutural, após uma breve resenha histórica sobre a origem das suturas, apresento a classificação e aplicação das suturas e fios de sutura. De seguida, faço referência ao tema das agulhas. Sucede-se o capítulo das considerações de enfermagem, que pondero essenciais para permitir um melhor desempenho profissional na sala operatória e por último, termino com a conclusão. Reservo para anexo um quadro que apresenta, de modo sumário, as características dos fios de sutura, citadas ao longo deste manual.

A metodologia utilizada neste trabalho, centrou-se na pesquisa bibliográfica e na análise crítica e reflexiva em torno da partilha das experiências vividas pelos elementos de referência da equipa de enfermagem.

Para a realização deste trabalho recorri à Norma Portuguesa 405.

## 1. História e Evolução das Suturas:

Actualmente existe uma grande variedade de materiais disponíveis para a realização de sutura e encerramento de feridas cirúrgicas e, de acordo com a literatura, o seu aperfeiçoamento encontra-se intimamente ligado ao desenvolvimento da arte cirúrgica.

Os primeiros registos sobre suturas datam de 2000 a.C., das antigas culturas egípcias e assírias. Em 30 d.C. surgem escritos vários materiais utilizados para cumprir as funções de encerrar os ferimentos e acelerar a cicatrização, destacando-se a fibra de linho, o filamento de seda, tiras da serosa de intestino de herbívoros, tendões de animais, fio do pêlo da extremidade da cauda de bovinos e cabelo de camelo, tal como nos diz SILVA (2009).

Mais tarde, em 900 d.C. Rhazes, médico e filósofo persa, “realizou ligaduras de vasos e suturas de feridas com cordas extraídas de um alaúde”. Foi assim realizado o primeiro *catgut* cirúrgico para suturar feridas abdominais. Acredita-se que a origem da palavra *catgut* derive da palavra árabe *kitgut* que foi introduzida por Rhazes e que designava fios confeccionados com tiras de intestino de animais herbívoros, que até então eram utilizados como cordas de instrumentos musicais. Também Hipócrates, pai da Medicina, nos seus escritos faz referência aos conceitos de “sutura” e de “ligação”. SILVA (2009, p. 2).

De acordo com o autor supracitado, a partir do século XIII surge a preocupação, por parte dos cirurgiões, relativamente à assepsia do material utilizado como fio de sutura. Sabe-se que Joseph Lister, professor de cirurgia, foi pioneiro a utilizar o ácido carbólico e o fenol para combater os germes nas mãos, nos instrumentos, no material cirúrgico, nas suturas e em feridas. Após este período, a prática da esterilização do material usado nas cirurgias foi largamente desenvolvida, assistindo-se a uma produção em escala industrial dos filamentos usados na sua síntese.

Já no século XIX, Philipe Physick, médico americano, admitiu a possibilidade de que um fio cumprisse as suas funções e depois desaparecesse dos tecidos circundantes por processos de absorção.

Até 1930 as matérias de sutura mais usadas eram o *catgut* e a seda.

As fibras sintéticas foram introduzidas em larga escala durante e após a Segunda Grande Guerra Mundial, principiando em 1941 com o *Poliéster* e a *Poliamida* e, em

1961 introduziu-se também o *Polipropileno*. A partir de 1970 surgiu a comercialização dos primeiros fios absorvíveis de origem sintética, sendo a *Ethicon* a primeira empresa a introduzir o primeiro fio absorvível sintético, a *Poliglactina 910* actualmente conhecida por *Vycril*®.

Gradualmente e, numa procura constante “da sutura ideal”, (que ainda hoje não existe), foram sendo apresentados e desenvolvidos inúmeros materiais de sutura, com complexas propriedades físicas e biológicas, o que se compreende na existência de um imenso leque de materiais disponíveis no mercado das suturas.

## 2. Suturas

### 2.1 - Definição:

Sutura é, de acordo com ROTHROCK (2008, p. 158), “todo o material usado para manter a união do tecido corporal seccionado e para manter estes tecidos na sua posição normal até que ocorra a cicatrização”.

### 2.2 - Características do material de sutura:

Dado que um fio de sutura age como um corpo estranho quando aplicado no corpo humano, torna-se fundamental que o fio reúna as características que o tornem mais inócuo e adequado ao fim que se destina, tal como estipula a AESOP (2006).

Na verdade, a escolha da sutura deverá ter em consideração inúmeras características, de entre as quais, a absorção ou não do fio, a sua tensão, a sua constituição (mono ou multifilamentos), a facilidade de apertar o nó e a sua reacção tecidular.

Desta forma, qualquer fio de sutura deve reunir as seguintes características:

- Ser maleável e flexível, facilitando o seu manuseio.
- Ser utilizável em qualquer intervenção.
- Reduzir ao mínimo a reacção tecidular.
- Favorecer nós seguros.
- Não ser neoplásico.

Assim, o fio de sutura ideal “é aquele que provoca inflamação e reacção tecidular mínimas, enquanto propicia a força máxima durante a fase de hiato da cicatrização da ferida”, tal como nos diz ROTHROCK (2008, p. 158).

As três características essenciais a avaliar num fio de sutura são as físicas, as de manuseio e as de reacção tecidular, que seguidamente passarei a apresentar.

#### a) Características Físicas

Que, incluem as seguintes propriedades:

- *Configuração física* - constituídas por um filamento único (monofilamentar) ou por múltiplos filamentos (multifilamentar).
- *Capilaridade* - a capacidade de difundir o líquido ao longo do filamento.
- *Diâmetro* - sendo determinado em milímetros e, o seu tamanho indicado em número de zeros. Quanto maior o número de zeros menor o diâmetro transversal do fio de sutura. Os tamanhos variam entre 0, o de maior diâmetro, até o nº 11/0, o de menor diâmetro.
- *Resistência à tracção* - a quantidade de carga necessária para romper uma sutura. Varia consoante o tipo de fio utilizado.
- *Força do nó* - traduzida na força necessária para fazer com que um determinado tipo de nó cirúrgico deslize.
- *Elasticidade* – a capacidade de recuperar a forma e o comprimento originais depois de ter sido esticado.
- *Memória* – a capacidade do fio retomar a sua forma anterior após ter sido remodelado.

#### b) Características de Manuseio

Relacionam-se com a facilidade com que o material se curva (maleabilidade) e com a facilidade de deslize do fio através do tecido (coeficiente de atrito). De acordo com ROTHROCK (2008, p. 158), “um fio de sutura com um elevado coeficiente de atrito tende a arrastar-se através do tecido” e, para o mesmo autor, o coeficiente de atrito não deverá ser muito baixo, uma vez que os nós se desfazem com maior facilidade.

#### c) Características da Reacção Tecidual

A reacção tecidual inicia-se quando o fio de sutura entra em contacto com o tecido cutâneo e, imediatamente, o mesmo, reage à inserção do fio. Esta reacção persiste até que a sutura seja encapsulada (quando se trata de material não-absorvível) ou até ser absorvida pelo organismo (se o material utilizado for reabsorvível).

### 2.3 - Categorias de Suturas

Tal como nos diz ROTHROCK (2008, p. 165) “a escolha do material, tamanho e tipo do fio de sutura depende do procedimento, do tecido a ser suturado e do tipo de reaproximação necessário, da condição geral do paciente e das preferências do cirurgião”.

Em termos gerais os diversos materiais de sutura actualmente existentes podem-se classificar em 4 grandes categorias:

### 2.3.1. Sutura Tradicional:

Constituída por:

- Um fio fabricado a partir de um determinado tipo de material (sintético),
- Com calibre e comprimento variados e,
- Que pode ser fornecido só o fio, ou o fio montado com uma ou duas agulhas.

**Figura 1:** Fios de Suturas Tradicionais



**Fonte:** Sutura em emergência. Técnica de sutura básica. [Consultado em 2011-05-25] Disponível em <http://www.zombies.com.br/?p=151>

**Figura 2:** Diversidade de Suturas Tradicionais



**Fonte:** [Consultado em 2011-05-25] Disponível em <http://portuguese.alibaba.com/product-gs/surgical-sutures-with-without-needle-suture-needle>

### 2.3.2. Suturas mecânicas ou automáticas:

#### **- Agrafador**

Dispositivo, normalmente descartável que através de processos mecânicos aplica pontos metálicos, quer na pele, quer nas estruturas internas.

Estes, permitem uma redução do tempo operatório e do trauma tecidual através de uma tensão uniforme aplicada ao longo da linha de sutura. Os agrafos, deverão ser removidos depois de 5 a 7 dias após a sua inserção, com recurso a um extractor específico, o tira-agrafos.

**Figura 3:** Máquina de agrafos



Fonte: [Consultado em 2011-05-25] Disponível em:  
<http://www.medicalplus.pt/conteudo/uploaded/produtos/leukoclip.jpg>

### 2.3.3. Suturas de adesivo de tecidos:

Constituídas por substâncias que em contacto com a humidade e o ar polimerizam, isto é “colam”, mantendo assim unidos os bordos de uma ferida. Estes são aplicados topicamente na pele, no entanto é necessário atender às características da ferida aberta, uma vez que o adesivo, na ferida, cria uma barreira à cicatrização desta.

Um exemplo deste tipo de suturas é o *Dermabond*<sup>®</sup>. Este, caracteriza-se por um tubo que contém no seu interior um líquido com propriedades aderentes e, que incorpora numa das suas extremidades, uma esponja esterilizada, para facilitar a precisão na sua aplicação. Comprimindo o tubo, a cola biológica flui e, permite a melhor união dos bordos da ferida operatória.

**Figura 4:** *Dermabond*<sup>®</sup>



Fonte: *Dermabond*<sup>®</sup> [Consultado em 2011-05-25] Disponível em:  
[http://www.chinookmed.com/cgi-bin/item/01819/s-wound\\_management/-Dermabond](http://www.chinookmed.com/cgi-bin/item/01819/s-wound_management/-Dermabond)

### 2.3.4. Suturas de adesivo cutâneo:

São constituídas por tiras têxteis, adesivas numa das faces e, indicadas para a adesão dos bordos de pequenas feridas cutâneas. Aplicam-se em feridas cuja tensão estática e dinâmica são mínimas. Segundo ROTHROCK (2008, p. 166), devem “proporcionar uma firme ligação entre a fita e a pele, visando manter as bordas da ferida intimamente aderidas”.

Como exemplo deste tipo de suturas temos o *Steri-Strip*<sup>®</sup>, exposto na figura 5 que, de seguida, se apresenta.

**Figura 5:** Tipos de Steri-Strip<sup>®</sup>



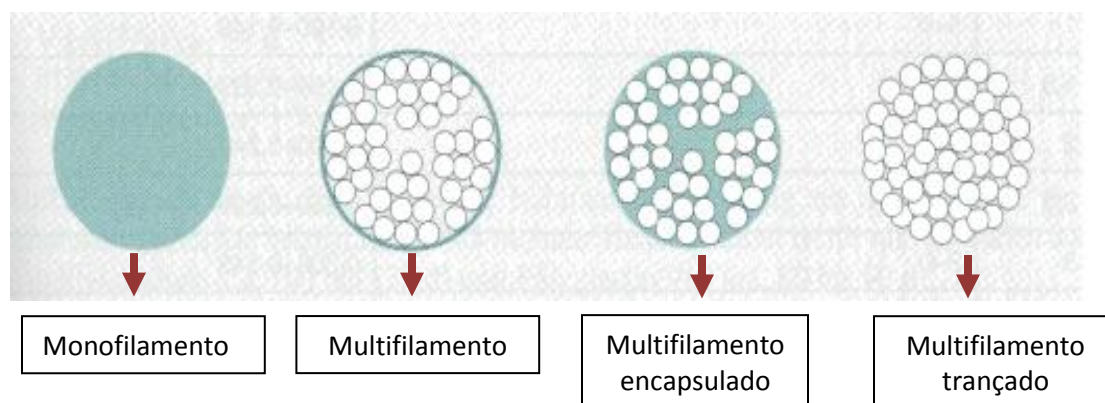
Fonte: Steri-Strip<sup>®</sup> [Consultado em 2011-05-25] Disponível em: <http://www.hospwork.pt/contents/pt/d493.html>

## 2.4 – Classificação das Suturas

### 2.4.1. Relativamente à constituição do fio:

- Monofilamentares - se constituídas apenas por um só fio.
- Multifilamentares - se constituídas por mais que um fio, podendo esses mesmos fios serem torcidos ou entrançados. São considerados torcidos, se os fios forem agregados uns aos outros através de movimentos de torção até se alcançar o calibre desejado. Denominam-se entrançados, quando o fio de sutura é conseguido através da junção de vários fios, em forma de trança, até se atingir o calibre desejado.

**Figura 6:** Constituição de fio de sutura



Fonte: Desconhecida

Ao comparar os fios monofilamentares com os multifilamentares é comum verificar-se uma epiteliação tecidual mais favorável nos monofilamentares devido à sua menor possibilidade de retenção bacteriana. Nos multifilamentares está presente a possibilidade da penetração das bactérias entre os filamentos e a sua proliferação. (CASTRO *et al* cit por SILVA, 2009, p. 8).

#### 2.4.2. Origem das Suturas

As suturas podem ser:

- a) Naturais - se derivarem de produtos naturais;
- b) Sintéticas - se derivarem de produtos não naturais.

#### 2.4.3. Qualidade das Suturas

As suturas classificam-se em absorvíveis e, não absorvíveis.

##### a) Suturas Absorvíveis

Consideram-se suturas absorvíveis todas as que vão sendo absorvidas pelo organismo, (umas mais lentamente que outras). As suturas absorvíveis podem ser apreendidas por processos enzimáticos ou, hidrolisadas através de reacções com água e, são assimiladas pelos tecidos durante o processo de cicatrização. Podem ser coloridas e estar impregnadas por um emoliente ou por um agente antimicrobiano.

O tempo da sua absorção varia entre 42 dias e 6 meses.

##### ❖ *Suturas Absorvíveis Naturais*

O *Catgut* simples e o *Catgut* cromado são dois modelos de suturas absorvíveis naturais.

Na data actual, estes fios já não são utilizados cirurgicamente, uma vez que eram obtidos a partir da submucosa do intestino de animais, (carneiro e boi), coexistindo a possibilidade de infecção com a doença de *Creutzfeld-Jakob*.

### ❖ *Suturas Absorvíveis Sintéticas*

O material para o fio de sutura absorvível sintético consiste numa combinação de polímeros de ácido láctico e glicólico. Estes são absorvidos por hidrólise lenta na presença de líquidos orgânicos. A sua estrutura molecular apresenta uma força tênsil suficiente para aproximar tecidos, nomeadamente o *Vicryl*<sup>®</sup>, o *Dexon*<sup>®</sup> e o *Polysorb*<sup>®</sup>. Por seu lado, as suturas mais recentes como o *PDS*<sup>®</sup>, o *Maxon*<sup>®</sup> e o *Monocryl*<sup>®</sup>, oferecem apoio à ferida operatória por períodos maiores de tempo, (até cerca de 3 meses).

#### a) **Ácido Poliglicólico (Dexon<sup>®</sup>, Safil<sup>®</sup>, SafilQuick<sup>®</sup>, Novosyn<sup>®</sup>)**

Fio de sutura sintético, absorvível e multifilamentar. É formado por filamentos de polímero do ácido glicólico. Este apresenta boa resistência, bom manuseamento na confecção dos nós e boa fixação. A absorção é lenta e dura sensivelmente 120 dias, no entanto a velocidade de absorção encontra-se directamente relacionada com a vascularização do tecido onde é aplicado.

Dentro deste tipo de suturas, existe o fio de sutura para laqueação, que tal como o nome indica tem como função a laqueação de vasos, não sendo constituído por agulha, mas mantendo as restantes características já enunciadas.

Tem indicação para as cirurgias gerais de tecidos moles, especificamente, nas cirurgias plásticas, urológicas, cardiovasculares, oftalmológicas, ginecológicas, obstétricas e ortopédicas.

**Figura 7:** Exemplos de Suturas de Ácido Poliglicólico



Fonte: [Consultado em 2011-05-25] Disponível em: <http://www.factormed.pt>

### b) Poliglactina (Vicryl®, VicrylRápide®)

Este fio resulta da união do polímero de ácido glicólico com o ácido láctico. Fio de sutura de fácil manuseamento, com boa resistência à tracção. Não favorece aderências pelo que não desencadeia uma reacção inflamatória significativa. Assim, é considerado um excelente fio para qualquer tipo e plano de sutura, podendo ser inclusivamente aplicado nas suturas mais delicadas ou que requerem maior tempo de permanência. É um fio de sutura multifilamentar com uma absorção de cerca de 63 dias. No caso do VicrylRápide® o tempo de absorção é de cerca de 42 dias.

Tem indicação nas cirurgias gerais de tecidos moles, concretamente nas cirurgias urológicas, plásticas, cardiovasculares, oftalmológicas, ginecológicas, obstétricas e ortopédicas.

**FIGURA 8:** Exemplos de Suturas de Poliglactina



Fonte: [Consultado em 2011-05-25] Disponível em:  
[http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.bmamedicalsuppliesdirect.co.uk/product\\_thumb.php%3Fimg%3Dimages/VICRYL%2520rapide.jpg%26w%3D125%26h%3D75&imgrefurl](http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.bmamedicalsuppliesdirect.co.uk/product_thumb.php%3Fimg%3Dimages/VICRYL%2520rapide.jpg%26w%3D125%26h%3D75&imgrefurl)

### c) Polidioxanona (PDS II, Monoplus®)

Fio de sutura monofilamentar, formado a partir de um polímero hidrofóbico de dioxanona, poliéster. Apresenta um tempo de absorção de 180 dias.

Promove a aproximação de tecidos moles, em cirurgias cardiovasculares, oftalmológicas (com excepção da córnea e da esclerótica). É particularmente útil na combinação de uma sutura absorvível com resistência prolongada.

**Figura 9:** Exemplos de Suturas de Polidioxanona



Fonte: [Consultado em 2011-05-25] Disponível em : <http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.bbraun-veterinaria.es/products/images>

#### d) Poliglicaprona 25 (Monocryl®)

Fio de sutura sintético, absorvível e monofilamentar, formado pela união de ácido glicólico e ácido capolactónico. A sua absorção completa ocorre ao fim de 90 dias.

Indicado para a sutura de tecidos moles em geral, exceptuando o tecido neurológico e cardiovascular, nas cirurgias oftalmológicas e microcirurgias e nas odontológicas. Este fio pode ser utilizado nas suturas internas mas também nos tecidos superficiais da mucosa e superfícies externas cutâneas.

Nota: Tanto o PSD II® e o Monocryl® são indicados nos doentes idosos e oncológicos bem como para encerramento fascial.

**Figura 10:** Exemplo de Sutura de Poliglicaprona 25



Fonte: Monocryl® [Consultado em 2011-05-25] Disponível em: [http://csimg.leguide.com/process\\_image.php?req=FR/2800987028815/T/140x140/C/FFFFFF/url/ethicon-ligatures-monocryl-r-fs2.jpg](http://csimg.leguide.com/process_image.php?req=FR/2800987028815/T/140x140/C/FFFFFF/url/ethicon-ligatures-monocryl-r-fs2.jpg)

### e) Gliconato (Monosyn®)

Trata-se de um fio de sutura monofilamentar, constituído por um composto de glicólídeo, dioxanona e carbonato de trimetileno. Oferece boa maleabilidade e segurança nos nós das suturas. É totalmente absorvido ao fim de 90 dias.

Indicado nas suturas mais delicadas e nas cirurgias gastrointestinais, ginecológicas, obstétricas, urológicas, assim como, nas suturas de pele e de vasos.

**Figura 11:** Exemplo de Sutura de Gliconato



Fonte: Monosyn® [Consultado em 2011-05-25] Disponível em:  
<http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.solostocks.com.br/img/monosyn-monocryl-b-braun-806278z0.jpg&imgrefurl>

### b) Suturas Não Absorvíveis

Suturas constituídas por filamentos que resistem à absorção enzimática no tecido animal vivo. O filamento do fio de sutura pode ser revestido ou não com uma substância para reduzir a capilaridade e atrito quando atravessar o tecido orgânico. Podem ser incolores ou coloridas.

Dividem-se em:

#### ❖ *Naturais:*

#### a) **Seda (Silkam®, Silk®, Mersilk®, Sofsil®)**

Fio de sutura, fabricado com filamentos proteicos, produzidos pelo bicho de seda. Estes filamentos são reunidos em fibras e cobertos com cera de abelha pura ou cera de parafina refinada. São fios torcidos ou entrançados em feixes até atingir o calibre desejado. A seda é bem manuseada, macia e forma nós seguros.

De acordo com AESOP (2006, p. 96) a “seda cirúrgica é tratada de forma (...) a ser capaz de resistir à absorção de líquidos do corpo e à humidade. Por este motivo, deve ser mantida seca, uma vez que húmida, perde cerca de 20 % da sua força”.

Neste grupo, existe também, o fio de sutura para laqueação. A sua única diferença consiste na não incorporação da agulha cirúrgica.

Tem indicação para cirurgias do aparelho digestivo, cirurgias oftalmológicas, odontológicas e laparorráfias.

**Figura 12:** Exemplo de Sutura *Silkam*®



Fonte: [Consultado em 2011-05-25] Disponível em :  
<http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.braun-veterinaria.es/products/images>

**Figura 13:** Exemplo de Sutura *Sofsilk*®



Fonte: Sofsilk® [Consultado em 2011-05-26] Disponível em:  
<http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.threefarm-chirurgie.ro/images/sofsilk.gif&imgrefurl>

❖ *Sintéticas:*

**a) Polamida - Nylon (*Ethilon*®, *Dafilon*®, *Monosof*®)**

Fio de sutura sintético de poliamida, que pode ser produzido quer como monofilamento quer como multifilamento. Contem elevada elasticidade, superfície lisa e uniforme, boa flexibilidade e baixo coeficiente de fricção.

Por se apresentar em tamanhos muito finos (até 11/0), tem indicação para a aproximação de tecidos moles e ligadura, nomeadamente em tecidos cardiovasculares, neurológicos, oftalmológicos e na microcirurgia.

Está contra-indicado nos procedimentos onde ocorra o contacto com soluções salinas (fluidos ao nível do sistema biliar e urinário), podendo resultar na formação de cálculos. (RAHAL *cit por* SILVA, 2009, p.24).

Este fio provoca uma reacção inflamatória de pequena extensão, por período de tempo limitado e, em planos de sutura mais profundos poderá provocar reacções exacerbadas, como se se tratasse da presença de um corpo estranho no organismo.

**Figura 14:** Exemplo de Sutura *Ethilon*<sup>®</sup> e *Monosof*<sup>®</sup>



Fonte: [Consultado em 2011-05-26] Disponível em:  
<http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://enfermeradequirofano.iespana.es/equivalencias/surgilene.jpg&imgrefurl>

**Figura 15:** Exemplo de Sutura *Dafilon*<sup>®</sup>



Fonte: [Consultado em 2011-05-25] Disponível em:  
<http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.bbraun-veterinaria.es/products/images>

### b) Polipropileno (*Prolene*<sup>®</sup>, *Premilene*<sup>®</sup>, *Surgilene*<sup>®</sup>, *Surgipro II*<sup>®</sup>)

Fio de sutura sintético, monofilamentar e de cor azul, produzido a partir do polímero do propileno. É um fio de excepcional flexibilidade e de superfície suave o que diminui o traumatismo a nível dos tecidos.

Pelas suas características tromboembólicas, é muito usado na cirurgia cardiovascular, (na implantação de válvulas cardíacas, anastomoses vasculares e em procedimentos de revascularização). Também, na cirurgia geral e na cirurgia plástica, ao nível dos tecidos cutâneos e fasciculares.

**Figura 16:** Exemplo de Sutura *Prolene*<sup>®</sup> e *Premilene*<sup>®</sup>



Fonte: [Consultado em 2011-05-25] Disponível em :  
<http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.bbraun-veterinaria.es/products/images>

**Figura 17:** Exemplo de Sutura *Surgilene*<sup>®</sup> e *Surgipro*<sup>®</sup>



Fonte: [Consultado em 2011-05-26] Disponível em:  
<http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://enfermequirofano.iespana.es/equivalencias/surgilene.jpg&imgrefurl>

### c) Poliéster (*Dacron*<sup>®</sup>, *Ti.Cron*<sup>®</sup>, *Ethibond*<sup>®</sup>)

Fio de sutura de maior resistência, estando à sua frente apenas o fio de aço. Trata-se de um fio entrançado produzido a partir de um polímero de tereftalato de etileno, que apresenta pouca reacção tecidual, não absorvendo líquidos teciduais, sendo de máxima visibilidade e apresentando um nível elevado de segurança no nó. Indicado para tecidos de lenta cicatrização.

**Figura 18:** Exemplo de Sutura de Poliéster<sup>®</sup>



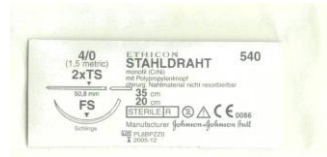
Fonte: [Consultado em 2011-05-26] Disponível em:  
<http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://enfermequirofano.iespana.es/equivalencias/surgilene.jpg&imgrefurl>

### d) Fios de Aço (*Stahldraht*<sup>®</sup>)

A liga de aço usada nos fios cirúrgicos é constituída por crómio, níquel, ferro, carbono, manganês e enxofre, sendo compatível com implantes. Os fios feitos com esta liga apresentam grande força tênsil e são muito flexíveis. Apresentam-se sob a forma monofilamentar e multifilamentar. Tem como desvantagens “o manuseamento difícil, a facilidade de ocorrências de acidentes por picada, a possibilidade de fragmentação e a sua aplicação em indivíduos emagrecidos provoca uma desagradável sensação na pele”, AESOP (2006, p. 97).

Indicados para implantes e próteses de aço inoxidável, especialmente em ortopedia, mas também está indicado no encerramento de feridas abdominais, na reparação de hérnias e na sutura do esterno.

**Figura 19:** Exemplo de Sutura de Aço



Fonte: [Consultado em 2011-05-26] Disponível em:  
[http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.gestgado.pt/images/magenscliente/instrumentos\\_vet/cirurgia/agulha\\_sut/7125.jpeg&imgref url](http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.gestgado.pt/images/magenscliente/instrumentos_vet/cirurgia/agulha_sut/7125.jpeg&imgref url)

## 2.5- Apresentação dos Fios de Suturas

Os fios de sutura variam na sua apresentação em termos de comprimento e de diâmetro.

Em termos de comprimento, variam entre os 8 e os 90 cm. Para além do comprimento, é necessário ter em conta o seu calibre e a sua força tênsil e que vem apresentada sob a forma de zeros inscritos na embalagem das suturas. Relembro, então, de uma forma esquemática:

↑ N<sup>o</sup> de zeros = ↓ calibre e ↓ força tênsil

### 3. Agulhas Cirúrgicas

As agulhas podem ser definidas como sendo “os veículos que conduzem os fios de sutura através dos tecidos”, AESOP (2006, p. 97). Os materiais utilizados no fabrico das agulhas tornam-nas resistentes, inertes, dúcteis e capazes de suportar a tracção.

As agulhas dividem-se estruturalmente em ponta, corpo e orifício. O seu tamanho varia entre uns poucos milímetros e os dez centímetros.

**Figura 20:** Anatomia de uma Agulha Cirúrgica



**Fonte:** Sistema Nervoso – Princípios da Técnica Operatória [Consultado em 2011-05-25]  
Disponível em:  
[http://www.sistemanervoso.com/pagina.php?secao=13&materia\\_id=554&materiaver=1](http://www.sistemanervoso.com/pagina.php?secao=13&materia_id=554&materiaver=1)

As agulhas cirúrgicas variam quanto à forma, ao tamanho, ao tipo de ponta, ao corpo e como o fio de sutura é conectado. A selecção da agulha depende do tipo e localização do tecido a ser suturado.

### 3.1 - Classificação das Agulhas

#### 3.1.1. Formato do corpo da agulha:

A curvatura aumenta na proporção directa do tamanho da agulha.

a) Agulhas rectas:

Estas agulhas são usadas para suturar a pele, dispensando a pinça porta-agulhas.

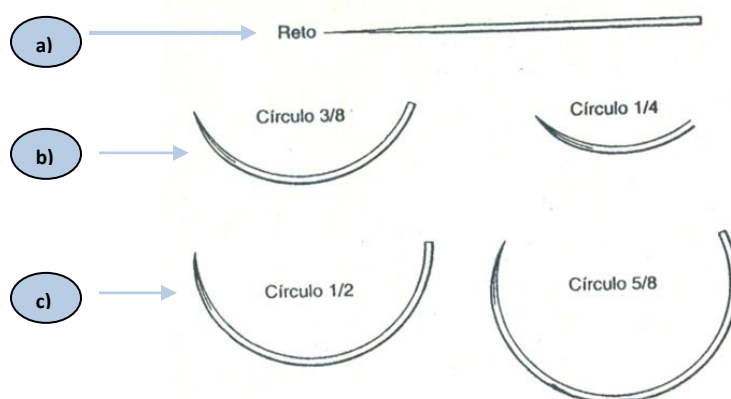
b) Agulhas semi-rectas (1/4 e 3/8 de círculo):

Apresentam uma curvatura pouco acentuada.  
São usada para a sutura de superfície, geralmente a pele.

c) Agulhas curvas (1/2 e 5/8 de círculo):

São utilizadas em tecidos profundos, dado que a sua curvatura mais acentuada permite uma rotação mais fácil da pinça porta-agulhas.

**Figura 21:** Tipos de Agulhas



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

d) Agulhas em Anzol

São agulhas que se utilizam em situações específicas devido à sua curvatura, nomeadamente nas suturas de aponevroses por laparoscopia e em herniorrafias umbilicais.

**Figura 22:** Agulha em Anzol



Fonte: Digitalização de agulha

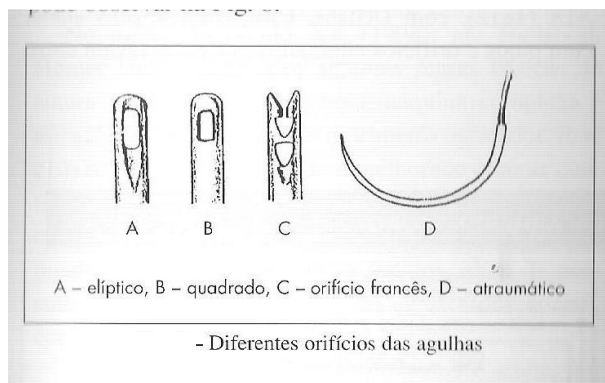
**3.1.2 – Formato do orifício da agulha:**

Orifício é o ponto de fixação do fio de sutura à agulha.

Varia consoante a agulha é reutilizável ou descartável. As agulhas reutilizáveis são traumáticas, pois o tecido é atravessado por dois fios. Estas agulhas apresentam três tipos de orifícios que são - elíptico, quadrado e, o orifício francês.

Nos nossos dias, as agulhas descartáveis são as mais utilizadas. São agulhas atraumáticas uma vez que contêm o fio de sutura perfeitamente agregado ao corpo da agulha.

**Figura 23:** Tipos de Orifícios das Agulha



Fonte: AESOP. Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Loures: Lusodidacta, 2006. 356p. ISBN 972-8930-16-X

A escolha da agulha deve ter em conta:

- O mínimo trauma tecidual;
- Uma suficiente penetração para ultrapassar a resistência tecidual;
- Uma suficiente resistência para não dobrar;
- Uma adequada flexibilidade para dobrar antes de quebrar;
- Qualidade anti-corrosiva.

### 3.1.3 - Formato da ponta da agulha:

A escolha da ponta da agulha, relaciona-se com a densidade do tecido a ser penetrado. De acordo com ROTHROCK (2008, p.168), “o tecido delicado, como o intestino ou o rim, requer uma ponta com afilamento progressivo ou cega, enquanto que a pele, que exhibe estrutura mais densa, requer uma borda cortante”.

Encontram-se divididas em:

#### a) Ponta cilíndrica cónica

Estas agulhas são atraumáticas podendo ser usadas em suturas delicadas, como por exemplo, tubo digestivo, cirurgia vascular e cardíaca.

#### b) Ponta lanceolada

Ponta que apresenta arestas cortantes, o que provoca secção das fibras quando penetra nos tecidos. É usada em estruturas mais duras, tais como, a aponevrose e a pele.

#### c) Ponta de Diamante

Trata-se de uma ponta lapidada tal como o diamante, o que a torna mais perfurante, sendo preferencialmente utilizada em tecidos muito duros.

#### d) Ponta *Tapercut*

Agulha cilíndrica que apresenta uma ponta lanceolada. É considerada uma agulha atraumática.

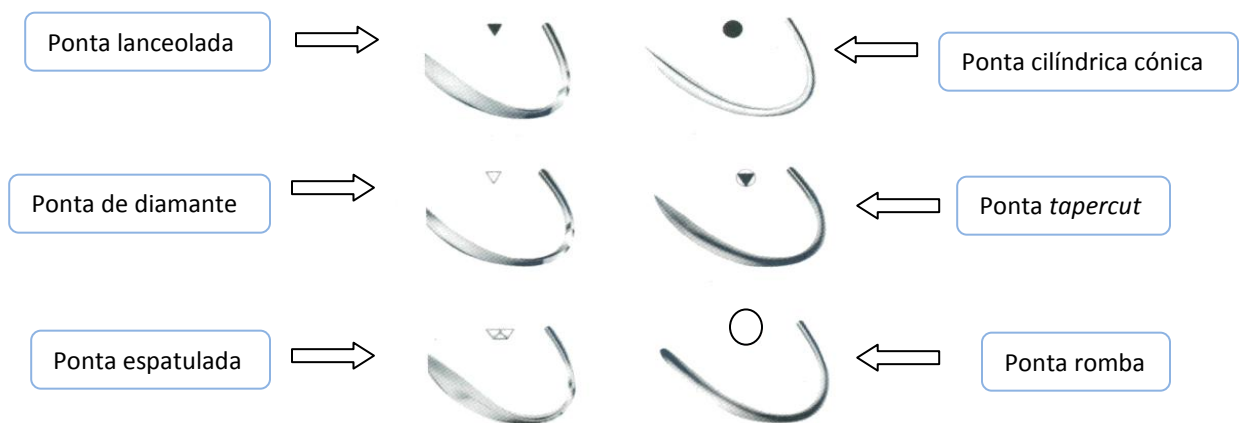
e) **Ponta espatulada** 

Agulha muito fina e com bordos cortantes. Usadas na cirurgia oftalmológica, plástica e microcirurgia.

f) **Ponta romba** 

Agulhas cilíndricas que apresentam uma ponta arredondada. Indicadas na dissecação e na sutura de tecidos friáveis, tais como anastomoses intestinais, hepáticas, renais e na dura mater.

**Figura 24:** Tipos de Pontas de Agulhas



Fonte: Desconhecida

## 4. Considerações de Enfermagem

Associado ao conhecimento que a enfermeira deve ter relativamente aos diversos tipos de sutura, no momento da cirurgia, torna-se importante saber os cuidados a respeitar na preparação e uso das suturas.

Das competências da enfermeira perioperatória relevam-se a gestão de risco eficaz, a promoção da segurança do doente e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Neste enquadramento, passo a referir os cuidados que a enfermeira deverá atender para uma correcta utilização das suturas na prática cirúrgica.

Nos cuidados iniciais surge a protecção da esterilização das suturas, evitando a sua exposição em períodos de tempo alargados, assim como, o seu desnecessário manuseamento. A **técnica asséptica cirúrgica** é fundamental para prevenir a contaminação do material a ser usado.

Com o intuito de evitar desperdícios impensados de material, a enfermeira instrumentista deve colocar, apenas duas suturas na preparação inicial da mesa cirúrgica. No entanto, a enfermeira circulante deve prover-se do número adequado de suturas a fornecer rapidamente e, sempre que necessário, à enfermeira instrumentista.

A abertura das embalagens deverá ser feita através da incisão próxima da sua extremidade (hermeticamente fechada). Posteriormente proceder-se-á à remoção da agulha com auxílio da pinça porta-agulhas. Esta manobra evita a contaminação do material e paralelamente previne a ocorrência de lesões, como picadas ou feridas, da enfermeira. ROTHROCK (2008).

O **manuseamento dos fios de sutura**, constitui um outro aspecto que merece todo o cuidado da enfermeira. As dobras do fio não devem ser removidas pelas mãos enluvadas uma vez que esta acção conduz ao desgaste do fio e, como sabemos, para o desempenho eficaz da sua função é importante que o fio possua as suas características iniciais intactas. Ao remover o fio de sutura da embalagem, a enfermeira deverá recorrer ao uso da pinça porta-agulhas. Esta deve prender a agulha aproximadamente a um terço da distância do orifício da agulha, (reduz o risco de lesão para a profissional).

Relativamente ao comprimento do fio, este, não deverá ser nem muito longo nem muito curto. Se for muito longo torna difícil o seu manuseamento e propicia a sua contaminação (podendo tocar acidentalmente em campos não esterilizados). Quando o fio é muito curto, dificulta a realização do nó cirúrgico.

A **contagem das agulhas**, assume-se também como um cuidado fundamental que a enfermeira não poderá nunca negligenciar. No início de cada cirurgia deve ser feita a contagem das primeiras suturas preparadas e a partir dessa contagem, manter sempre a mesma prática, (todos os fios que forem sendo adicionados deverão ser contados e registados). A contagem deve ser realizada em voz alta e cada objecto deve ser visualizado quer pela enfermeira instrumentista, quer pela enfermeira circulante. Enquanto se realiza este procedimento, a enfermeira instrumentista deve ter sempre presente a localização exacta de todos os objectos cortantes e pontiagudos que se encontram no campo estéril. Desta forma, mantém sob contacto visual todos os corto-perfurantes para melhor otimizar a sua gestão e, ao mesmo tempo, prevenir a ocorrência de incidentes.

A contagem, realizada sempre por duas pessoas, deve desenrolar-se em momentos chave que são: previamente ao encerramento da cavidade cirúrgica; depois do encerramento de uma cavidade corporal; quando existe troca/substituição de profissionais e, imediatamente antes do término da intervenção cirúrgica. Para agilizar a fácil detecção de agulhas na mesa cirúrgica, estas deverão ser colocadas numa “almofada de agulhas” ou num “contador de cortantes” que se deverá encontrar na mesa da instrumentista.

O desaparecimento ou quebra de uma agulha, deve ser imediatamente comunicado ao cirurgião e, de seguida, dar-se-á início a uma procura pormenorizada do objecto em falta (envolvendo todos os profissionais da equipa cirúrgica presentes na sala, com excepção do anestesista e da enfermeira anestesista). Quando o objecto não é encontrado, o doente deverá ser submetido a exame radiológico para seu despiste e agir em conformidade com a política de gestão de erro, instituída no hospital.

O **registo da contagem** é da responsabilidade da enfermeira circulante, bem como, o anexar da “folha de registos de contagem”, no processo do doente.

Dos acidentes mais frequentes que se apuram na sala operatória, são os **acidentes com agulhas e objectos pontiagudos**. Neste contexto, surgiram recomendações para eliminar a passagem de objectos de uma mão para a outra. Uma das recomendações, consiste em definir uma área neutra, que pode ser um tabuleiro ou uma caixa de cortantes, na qual os objectos são colocados. É através dessa área que se procede à troca de objectos, evitando assim que dois profissionais toquem em

simultâneo no mesmo objecto, para prevenir a ocorrência de cortes e picadas acidentais.

A contagem dos cortantes está relacionada com a questão dos acidentes dos profissionais. Outra técnica, centra-se na correcta remoção dos objectos cortoperfurantes da sala, antes que esta seja preparada para nova intervenção cirúrgica.

É pela conjugação destes cuidados que se promove a segurança do doente, a gestão eficaz do risco e, se melhora a qualidade na prestação de cuidados de enfermagem.

## Conclusão

Dado que recai sobre a enfermeira instrumentista a colocação das suturas na mesa operatória, não é demais recordar que “o fio de sutura ideal a ser escolhido é aquele decorrente do bom planeamento cirúrgico e das características específicas do paciente. (...) Independentemente do material de sutura a ser usado; a técnica cirúrgica, a habilidade do cirurgião e os cuidados pós-operatórios, são factores que sempre favorecerão uma boa recuperação e a uma boa reparação tecidual”, tal como nos afirma SILVA (2009, p. 31).

Neste mesmo sentido, é fundamental que as enfermeiras conheçam as diversas suturas que existem, saibam a sua constituição e aplicabilidade. Este conhecimento trará indiscutivelmente benefícios na melhoria da prática de cuidados. Como nos refere ROTHROCK (2008, p. 165), é da “competência das enfermeiras perioperatórias avaliar as características da sutura, à medida que elas se relacionam com o que seria ideal no cuidado do doente cirúrgico”.

Paralelamente à melhoria da prática dos cuidados torna-se cada vez mais peremptório, a gestão de risco adequada que, conduza à melhor segurança para o doente e para o profissional. Sendo que, e segundo FRAGATA (2008, p.72) um dos comportamentos de risco num bloco operatório é o “desconhecimento da técnica e das alternativas”, torna-se fundamental o conhecimento por parte dos enfermeiros de todo o material necessário a uma intervenção cirúrgica, do qual fazem parte os fios de suturas.

Enquanto futura enfermeira especialista e, tendo presente o Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro, motiva-me o desenvolvimento da competência de “Conceber, gerar e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade”, através da promoção de boas práticas, que concretizo sob a forma deste Manual de Suturas.

Neste documento, espero ter contribuído para a desmistificação da complexidade que são os fios e agulhas de suturas e, simultaneamente, ter promovido a aquisição de competências por parte da enfermeira perioperatória que lhe permitam ampliar uma prestação de cuidados de melhor qualidade que, dia a dia, se traduzam na garantia da segurança do doente e na gestão de risco eficaz.

## 5. Bibliografia

- ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS – Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Loures: Lusodidacta, 2006. 356p. ISBN 972-8930-16-X
- Cuffari, Linneu; Siqueira, José T. T. – Suturas em Cirurgia Oral e Implantodontia. [Consultado em 2011-05-25] Disponível em: <http://www.ibi.org.br/Artigos/Suturas%20em%20cirurgia%20oral%20e%20implantodontia.htm>
- Dermabond® [Consultado em 2011-05-25] Disponível em: [http://www.chinookmed.com/cgi-bin/item/01819/s-wound\\_management/-Dermabond](http://www.chinookmed.com/cgi-bin/item/01819/s-wound_management/-Dermabond)
- Fio Aço – [Consultado em 2011-05-26] Disponível em: [http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.gestgado.pt/images/imagenscliente/instrumentos\\_vet/cirurgia/agulha\\_sut/7125.jpeg&imgrefurl](http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.gestgado.pt/images/imagenscliente/instrumentos_vet/cirurgia/agulha_sut/7125.jpeg&imgrefurl)
- FRAGATA, José; MARTINS, Luís – O Erro em Medicina. Coimbra: Almedina, 2008. 327p. ISBN 978-972-40-2347-2
- FULLER – Instrumentación Quirúrgica – Teoría, técnicas y procedimientos. Espanha: Editorial Medica Panamericana, 2008. 1082p. ISBN 978-968-7988-88-7
- Máquina de Agrafos - [Consultado em 2011-05-25] Disponível em: <http://www.medicalplus.pt/conteudo/uploaded/produtos/leukoclip.jpg>
- Monocryl® [Consultado em 2011-05-25] Disponível em: [http://csimg.leguide.com/process\\_image.php?req=FR/2800987028815/T/140x140/C/FFFFFF/url/ethicon-ligatures-monocryl-r-fs2.jpg](http://csimg.leguide.com/process_image.php?req=FR/2800987028815/T/140x140/C/FFFFFF/url/ethicon-ligatures-monocryl-r-fs2.jpg)
- Monosyn® [Consultado em 2011-05-25] Disponível em: <http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.solostocks.com.br/img/monosyn-monocryl-b-braun-806278z0.jpg&imgrefurl>
- REGULAMENTO nº 122/2011 de 18 de Fevereiro, que se pronuncia sobre as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

- ROTHROCK, Jane – Alexander – Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. Loures: Lusodidacta, 2008. 1247p. ISBN 978-989-8075-07-9
  
- SILVA, Luciano Schneider – Aplicabilidade e Reacção Tecidual dos Fios de Sutura. Goiânia: [s.n.], 2009. 43 f. Seminário de Pós-Graduação em Ciência Animal apresentado à Escola de Veterinária da Universidade Federal de Goiás. [Consultado em 2011-05-19] Disponível em: [http://www.ufg.br/this2/uploads/files/66/Luciano\\_Schneider\\_1c.pdf](http://www.ufg.br/this2/uploads/files/66/Luciano_Schneider_1c.pdf)
  
- Sistema Nervoso – Princípios da Técnica Operatória [Consultado em 2011-05-25] Disponível em: [http://www.sistemanervoso.com/pagina.php?secao=13&materia\\_id=554&materiaver=1](http://www.sistemanervoso.com/pagina.php?secao=13&materia_id=554&materiaver=1)
  
- Sof silk® [Consultado em 2011-05-26] Disponível em: <http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.threefarm-chirurgie.ro/images/sofsilk.gif&imgrefurl>
  
- Steri-Strip® [Consultado em 2011-05-25] Disponível em: <http://www.hospwork.pt/contents/pt/d493.html>
  
- Surgilene® [Consultado em 2011-05-26] Disponível em: [http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://enfermeradequirofano.iespana.es/equi\\_valencias/surgilene.jpg&imgrefurl](http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://enfermeradequirofano.iespana.es/equi_valencias/surgilene.jpg&imgrefurl)
  
- Sutura em emergência, Técnica de sutura básica. [Consultado em 2011-05-25] Disponível em <http://www.zombies.com.br/?p=151>
  
- Suturas- [Consultado em 2011-05-25] Disponível em: <http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.bbraun-veterinaria.es/products/images>
  
- Suturas - [Consultado em 2011-05-25] Disponível em: <http://www.factormed.pt>
  
- Suturas- [Consultado em 2011-05-25] Disponível em <http://portuguese.alibaba.com/product-gs/surgical-sutures-with-without-needle-suture-needle>

- Vicryl® [Consultado em 2011-05-25] Disponível em:  
[http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.bmamedicalsuppliesdirect.co.uk/product\\_thumb.php%3Fimg%3Dimages/VICRYL%2520rapide.jpg%26w%3D125%26h%3D75&imgrefurl=http://www.bmamedicalsuppliesdirect.co.uk/sutures-c-860.html&usg](http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.bmamedicalsuppliesdirect.co.uk/product_thumb.php%3Fimg%3Dimages/VICRYL%2520rapide.jpg%26w%3D125%26h%3D75&imgrefurl=http://www.bmamedicalsuppliesdirect.co.uk/sutures-c-860.html&usg)

# ANEXOS

## **Anexo I:**

Tabela esquemática relativa aos diferentes tipos de fios de sutura

# Fios de Sutura

**Sutura** é “todo o material utilizado para manter a união do tecido corporal sectionado e para manter estes tecidos na sua posição normal até que ocorra a cicatrização”<sup>1</sup>. Actualmente, existe uma diversidade de fios de sutura com especificidades que o enfermeiro de perioperatório deve conhecer. Como tal este trabalho visa identificar os vários tipos de fios existentes bem como permitir ao enfermeiro uma rápida consulta sobre as suas aplicações. A pesquisa bibliográfica e a observação da prática permitiram a realização deste poster.



Qualidade	Tipos de Fio	Nome Comercial	Cor	Indicações	Observações	
<b>Absorvíveis</b>	<b>Sintéticos</b>	Ácido Poliglicólico	Dexon® Safil® SafilQuick® Novosyn®	Violeta	Tecido mole, Urologia, Cardiovascular, Cirurgia Geral, Oftalmologia, Ginecologia, Obstetrícia e Ortopedia	A velocidade de absorção está relacionada com a vascularização do tecido. Sendo sem agulha este fio tem função de <b>laqueação</b> de vasos.
		Poliglactina	Vicryl® VicrylRápide®	Violeta	Abdominal, Vesical e Uretral	Absorção entre 60 a 80 dias, excepto VicrylRápide® que necessita apenas de 42 dias.
		Poliglicaprona 25	Monocryl®	Rosa	Tecidos moles, Oftalmologia e Microcirurgia	Absorção entre 90 a 120 dias.
		Polidioxanona	PDS II® Monoplus®	Cinza	Tecidos Moles, Cardiovascular e Oftalmologia (excepto na córnea e na esclerótica)	O fio PDS II tem mais vantagens nas cirurgias abdominais que outros fios absorvíveis. Absorção entre 180 a 240 dias.
		Gliconato	Monosyn®	Rosa	Abdominal (GI), Ginecologia, Obstetrícia, Urologia Suturas delicadas (pele e vasos)	Absorção entre 14 a 90 dias.
<b>Não-Absorvíveis</b>	<b>Naturais</b>	Seda	Silkam® Silk® Mersilk® Sofsilk®	Azul médio	Abdominal (aparelho digestivo), Oftalmologia, Odontologia e em laparorráfias	Apresenta potencial inflamatório baixo. Sendo sem agulha este fio tem função de <b>laqueação</b> de vasos.
		Poliamida (Nylon)	Ethilon® Dafilon® Monosof®	Verde claro	Tecidos moles (aproximação), Cardiovasculares, Oftalmologia e Neurologia	Contra indicado em procedimentos onde haja contacto com soluções salinas por formação de cálculos.
	<b>Sintéticos</b>	Polipropileno	Prolene® Premilene® Surgilene® Surgipro II®	Azul Royal	Vascular, Muscular e Pele	É o menos tromboembólico e tem grande elasticidade.
		Poliéster	Dacron® Ti.Cron® Ethibond®	Laranja	Tecidos de longa cicatrização.	Mais forte da actualidade.
		Aço Inoxidável	Stahldraht®	Branco	Ortopedia, encerramento de feridas abdominais, reparação hérnias, sutura do esterno.	Pode ser usado em tecidos contaminados.

Os fios de sutura apresentam diferentes calibres, designados por zeros, e aos quais correspondem forças de tensão distintas. Assim, quanto maior o número de zeros de um fio, menor o seu calibre e a sua força tênsil. O calibre mais fino permite melhor qualidade de manuseio e nós mais pequenos.



↑ Nº de Zeros = ↓ Calibre → ↓ Tensão

Uma das competências da enfermeira de perioperatório consiste em “avaliar as características da sutura, à medida que elas se relacionam com o que seria ideal no cuidado do doente cirúrgico”<sup>1</sup>. Este conhecimento resultará numa melhoria da qualidade dos cuidados e na promoção da segurança do doente cirúrgico.



**Apêndice II – Poster**  
**“Fios de Sutura”**

# Fios de Sutura

**Sutura** é “todo o material utilizado para manter a união do tecido corporal sectionado e para manter estes tecidos na sua posição normal até que ocorra a cicatrização”<sup>1</sup>. Actualmente, existe uma diversidade de fios de sutura com especificidades que o enfermeiro de perioperatório deve conhecer. Como tal este trabalho visa identificar os vários tipos de fios existentes bem como permitir ao enfermeiro uma rápida consulta sobre as suas aplicações. A pesquisa bibliográfica e a observação da prática permitiram a realização deste poster.



Qualidade	Tipos de Fio	Nome Comercial	Cor	Indicações	Observações	
<b>Absorvíveis</b>	<b>Sintéticos</b>	Ácido Poliglicólico	Dexon® Safil® SafilQuick® Novosyn®	Violeta	Tecido mole, Urologia, Cardiovascular, Cirurgia Geral, Oftalmologia, Ginecologia, Obstetrícia e Ortopedia	A velocidade de absorção está relacionada com a vascularização do tecido. Sendo sem agulha este fio tem função de <b>laqueação</b> de vasos.
		Poliglactina	Vicryl® VicrylRápide®	Violeta	Abdominal, Vesical e Uretral	Absorção entre 60 a 80 dias, excepto VicrylRápide® que necessita apenas de 42 dias.
		Poliglicaprona 25	Monocryl®	Rosa	Tecidos moles, Oftalmologia e Microcirurgia	Absorção entre 90 a 120 dias.
		Polidioxanona	PDS II® Monoplus®	Cinza	Tecidos Moles, Cardiovascular e Oftalmologia (excepto na córnea e na esclerótica)	O fio PDS II tem mais vantagens nas cirurgias abdominais que outros fios absorvíveis. Absorção entre 180 a 240 dias.
		Gliconato	Monosyn®	Rosa	Abdominal (GI), Ginecologia, Obstetrícia, Urologia Suturas delicadas (pele e vasos)	Absorção entre 14 a 90 dias.
<b>Não-Absorvíveis</b>	<b>Naturais</b>	Seda	Silkam® Silk® Mersilk® Sofsilk®	Azul médio	Abdominal (aparelho digestivo), Oftalmologia, Odontologia e em laparorráfias	Apresenta potencial inflamatório baixo. Sendo sem agulha este fio tem função de <b>laqueação</b> de vasos.
		Poliamida (Nylon)	Ethilon® Dafilon® Monosof®	Verde claro	Tecidos moles (aproximação), Cardiovasculares, Oftalmologia e Neurologia	Contra indicado em procedimentos onde haja contacto com soluções salinas por formação de cálculos.
	<b>Sintéticos</b>	Polipropileno	Prolene® Premilene® Surgilene® Surgipro II®	Azul Royal	Vascular, Muscular e Pele	É o menos tromboembólico e tem grande elasticidade.
		Poliéster	Dacron® Ti.Cron® Ethibond®	Laranja	Tecidos de longa cicatrização.	Mais forte da actualidade.
		Aço Inoxidável	Stahldraht®	Branco	Ortopedia, encerramento de feridas abdominais, reparação hérnias, sutura do esterno.	Pode ser usado em tecidos contaminados.

Os fios de sutura apresentam diferentes calibres, designados por zeros, e aos quais correspondem forças de tensão distintas. Assim, quanto maior o número de zeros de um fio, menor o seu calibre e a sua força tênsil. O calibre mais fino permite melhor qualidade de manuseio e nós mais pequenos.



↑ Nº de Zeros = ↓ Calibre → ↓ Tensão

Uma das competências da enfermeira de perioperatório consiste em “avaliar as características da sutura, à medida que elas se relacionam com o que seria ideal no cuidado do doente cirúrgico”<sup>1</sup>. Este conhecimento resultará numa melhoria da qualidade dos cuidados e na promoção da segurança do doente cirúrgico.



**Apêndice III – Manual Orientador**  
**“Preparação de Mesas Operatórias”**

# Preparação de Mesas Operatórias

Manual Orientador

Elaborado por Carla Afonso

# Preparação de Mesas Operatórias

Manual Orientador

Elaborado por Carla Afonso

Sob orientação da Enfermeira Rosário Récio e,

Prof. Ilda Lourenço

## Índice

<b>0- Introdução</b>	<b>4</b>
<b>1- Preparação de Mesas Cirúrgicas</b>	<b>5</b>
1.1- Princípios Basilares de Preparação de Mesas Cirúrgicas	6
1.2- Esquemas de preparação de Mesas Cirúrgicas	8
1.2.1- Segundo a prática observada	8
1.2.2- Segundo a literatura	8
<b>2. Procedimento Cirúrgico em Cirurgia de Urgência</b>	<b>9</b>
A) Apendicectomia	9
B) Laparotomia Exploratória	13
C) Colectomia por Via Laparoscópica	17
<b>3- Cuidados de Enfermagem específicos a ter com o doente no Pós-Operatório imediato</b>	<b>20</b>
<b>4- Conclusões</b>	<b>23</b>
<b>5- Bibliografia</b>	<b>24</b>
<b>Anexos</b>	<b>26</b>
Anexo I – Modelo do Manual Orientador de Mesas Cirúrgicas	27
Anexo II – Composição da “Caixa de Base Pequena”	29
Anexo III - Composição da “Caixa de Base Grande”	31
Anexo IV - Composição da “Caixa de Colectomia por Via Laparoscópica”	33

## Índice de Figuras

	Página
<b>Figura 1:</b> Apendicectomia	9
<b>Figura 2:</b> Decúbito Dorsal	10
<b>Figura 3:</b> Desinfecção da Pele	10
<b>Figura 4:</b> Decúbito Dorsal	13
<b>Figura 5:</b> Desinfecção da Pele	14
<b>Figura 6:</b> Pinça de <i>Gosset</i>	14
<b>Figura 7:</b> Posição de Proclive	17
<b>Figura 8:</b> Desinfecção da Pele	17

## 0- Introdução

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica de Lisboa e, no decurso da Unidade Curricular – Estágio, o qual se desenvolve no serviço de Bloco Operatório do Hospital Fernando da Fonseca, EPE e que se enquadra no Módulo III da referida unidade curricular surge o presente trabalho. Este trabalho pretende conciliar a aplicação de conhecimentos teóricos sobre a preparação de uma mesa operatória e a sua aplicação na prática clínica de enfermagem perioperatória.

Sendo conhecido e bem definido que, o “papel do enfermeiro operatório consiste em garantir a segurança do doente e salvaguardar as condições ideais do ambiente cirúrgico”, AESOP (2006: p. 196), o objectivo principal deste trabalho consiste em fornecer as linhas orientadoras para a preparação segura de uma mesa operatória. Como objectivos específicos, assume os seguintes: facilitar a integração de novos enfermeiros nas funções específicas de “enfermeiro circulante e de enfermeiro instrumentista”; contribuir para uma gestão de risco eficaz; promover a qualidade dos cuidados de enfermagem e, permitir o desenvolvimento formativo dos elementos da equipa de enfermagem.

Primeiramente apresento a melhor organização de uma mesa cirúrgica. De seguida, particularizo o material necessário a cada cirurgia, bem como, o posicionamento adequado do doente. Depois, uma reflexão em torno dos melhores cuidados de enfermagem a realizar ao doente no pós-operatório imediato. Por último, reporto-me à conclusão e às referências bibliográficas.

Para a elaboração deste trabalho recorri à pesquisa bibliográfica bem como à reflexão, na e sobre a prática, desenvolvida no serviço do bloco operatório, onde decorreu o meu estágio.

As citações e referências apresentadas ao longo deste trabalho respeitam os princípios orientadores da Norma Portuguesa 405.

## 1- Preparação de Mesas Cirúrgicas

A organização do instrumental cirúrgico nas mesas operatórias deve ser planeada, padronizada, organizada e funcional, de forma a manter a continuidade sempre que haja necessidade de substituição do enfermeiro instrumentista, ROTHROCK (2008).

A correcta preparação da mesa operatória demanda a presença de uma mesa de apoio na qual são colocados todos os materiais que irão ser utilizados durante a realização do procedimento cirúrgico. No momento inicial, o enfermeiro instrumentista arruma todo o material necessário nas mesas de apoio e na mesa de *Mayo*.

A existência de uma norma de preparação e disposição dos materiais numa mesa cirúrgica evita a desordem e previne o dano dos instrumentos. Acima de tudo, permite uniformizar procedimentos, implementar boas práticas, minimizar a probabilidade de ocorrência do erro, contribuindo assim para a melhor segurança dos doentes e dos profissionais.

A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), com o objectivo de garantir a segurança do doente e salvaguardar as condições ideais do ambiente cirúrgico, elaborou Práticas Recomendadas que se traduzem em “recomendações realizáveis, baseadas em evidências de eficácia, obtidas através de literatura publicada, investigação e opiniões de peritos”, (2008, p.196).

Será na **Prática Recomendada 13 – Tratamento de Instrumentos Cirúrgicos**, que irei incidir a minha atenção, por ser a que se reporta à preparação das mesas cirúrgicas. Importa salientar que, na literatura consultada, nomeadamente na referenciada pela *Association of periOperative Registered Nurses* e pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, não existe consenso sobre a arte de melhor dispor e organizar o instrumental cirúrgico nas mesas cirúrgicas. Assim sendo, irei apenas enunciar os princípios básicos comuns que, em rigor, pretendem garantir a assepsia / prevenir a infecção associada aos cuidados de saúde e minimizar o dano ao nível do instrumental cirúrgico.

De acordo com a prática acima referida, “*os instrumentos cirúrgicos devem ser correctamente utilizados durante o procedimento cirúrgico*”. A melhor organização dos instrumentos na mesa cirúrgica, proporciona a rápida localização do instrumento que se pretende utilizar naquele momento específico, garantindo eficácia na gestão do tempo e rigor na técnica asséptica cirúrgica. Também, a arrumação de instrumentos cirúrgicos na mesa operatória deve obedecer a rigorosa inspecção de cada um e sua contagem. Com esta inspecção pretende-se diminuir a ocorrência de incidentes críticos, quer por quebras da técnica asséptica (instrumental mal processado), quer por mau funcionamento dos instrumentos. O conhecimento do número exacto de instrumentos colocados nas mesas operatórias é basilar para a confirmação do número de instrumentos existentes no final da cirurgia. Assumem máxima importância os cuidados a preservar com os instrumentos contaminados no decurso do acto cirúrgico – obriga

a sua colocação em zonas distintas da mesa que certifique o circuito não cruzado do material e que evite a contaminação dos restantes instrumentos. AESOP (2008).

Os princípios que se apresentam de seguida, pretendem contribuir para as boas práticas de cuidados na preparação de mesas cirúrgicas. Ainda que, devidamente sustentados pela evidência científica, aceitam alguns desvios ao nível da prática cirúrgica desde que se garantam o rigor asséptico e a segurança do doente.

### 1.1 - Princípios Basilares de Preparação das Mesas Cirúrgicas

Na preparação de uma mesa cirúrgica, a primeira premissa consiste em assumir que, apenas o **tampo da mesa de Mayo é considerado estéril**. Na realidade, durante a colocação dos materiais na mesa de Mayo, poderá coexistir a circulação de outros elementos na Sala Operatória e poderá, de forma acidental, dar-se a quebra da técnica asséptica, (através do toque inadvertido no campo cirúrgico ou, através do próprio campo que protege a mesa de Mayo que pode ser acidentalmente contaminado pelo contacto com outro material).

Os instrumentos devem ser colocados na mesa, com a **parte funcional virada para o centro da mesa**. A parte funcional, ao ser colocada no centro da mesa, fica melhor protegida pela diminuição do risco de contaminação. Por outro lado, aumenta a segurança dos profissionais, (previne a ocorrência de acidentes dos profissionais que contactam com a mesa).

Os **instrumentos curvos devem ser colocados com a curvatura para cima**, de forma a não perfurarem o campo cirúrgico.

Os **instrumentos pontiagudos devem ser colocados com a ponta virada para cima**. Este procedimento tem o mesmo propósito que o anterior. Como o campo que envolve a mesa cirúrgica é fino e facilmente perfurado, é essencial que existam cuidados acrescidos na colocação dos instrumentos que previnam rupturas do campo e, assim, entrem a quebra da assepsia da técnica cirúrgica.

Os **instrumentos usados para a abertura do tecido cutâneo, devem ser colocados separadamente dos restantes**. Isto é, o material utilizado para a abertura dos tecidos deve localizar-se numa zona distinta da zona onde se encontra o material de encerramento dos tecidos. Este procedimento centra-se na “técnica de circuito não cruzado”. Deste modo, garante-se que o instrumental cirúrgico que foi utilizado na abertura dos tecidos e que, nessa prática foi contaminado, não volte a ser utilizado e, portanto, não seja condutor da contaminação de outros tecidos ou órgãos subjacentes. Este cuidado assume-se de capital importância em doentes sinalizados com infeção ou colonização por microrganismos patogénicos.

O **material de sutura deve ser colocado em campo próprio** e separado dos restantes materiais. O mesmo princípio referido anteriormente aplica-se neste procedimento.

Sendo o enfermeiro perioperatório responsável pela preservação da técnica asséptica cirúrgica e pela segurança do doente, é importante que estes princípios basilares sejam sempre respeitados como garante de qualidade.

Numa tentativa de melhor facilitar a compreensão da organização dos instrumentos numa mesa cirúrgica, passo-a a apresentar sob a forma de dois esquemas distintos. No primeiro, recorri à prática observada no decurso do meu estágio e no segundo baseei-me no que encontrei definido na literatura. Relembro que a disposição das mesas se pode alternar consoante a experiência do enfermeiro instrumentista, no entanto, os princípios básicos anteriormente referidos têm de ser respeitados.

## 1.2 - Esquema de Preparação de Mesas Cirúrgicas

### 1.2.1 - Segundo a prática observada:

Suturas	Compressas pequenas, médias e/ou grandes			Taça com Soro Fisiológico
Porta –Aguilhas	Afastadores			
Caixa Cortantes				Tesouras
Lâminas	Pinças Da Especialidade Cirúrgica			
Bisturis				

### 1.2.2 - Segundo a literatura:

2 Pinças Porta-agulhas	Compressas grandes	Pinças de Prensão "Allis, Babcock" (pelo menos 4)	Pinças "Farababeuf" (pelo menos 2)	
Uso versátil (de acordo com a especialidade)		Suturas	Pinças de Dissecção e Tesouras longas	
Pinças Rectas "Kocker" (pelo menos 4)	Pinças Hemostáticas de tamanho maior	Pinças Hemostáticas tipo "Kelly" (6/8)	Tesouras Curvas	Bisturis e, Pinças de Dissecção

De referir que, a disposição das mesas também varia consoante o enfermeiro instrumentista se coloca do lado direito ou, do lado esquerdo do doente cirúrgico.

A uniformização de práticas na equipe de enfermagem assume-se de capital importância se for necessária a substituição de um enfermeiro instrumentista no decurso de uma intervenção cirúrgica.

## 2- Procedimento Cirúrgico em Cirurgia de Urgência

### A) Apendicectomia

#### 1- Definição

Apendicectomia, segundo ROTHROCK (2008: p.340), é o “seccionamento e remoção do apêndice da sua conexão ao ceco, através de uma incisão separando as fibras musculares no quadrante inferior direito (*McBurney*). Este procedimento é realizado para remover um apêndice agudamente inflamado, controlando, assim, o alastramento de infecção e reduzindo o perigo de peritonite”.

**Figura 1:** Apendicectomia



**Fonte:** Apendicectomia [Consultado em 2011-06-05]

Disponível em:

<http://www.google.com/imgres?imgurl=http://www.umm.edu/graphics/images/es/7032.jpg&imgrefurl>

ADAM.

#### 2- Preparação do doente para a cirurgia

##### 2.1 Na Sala Cirúrgica

Marquesa:

Cirúrgica

Posicionamento:

Decúbito Dorsal

**Figura 2:** Decúbito Dorsal



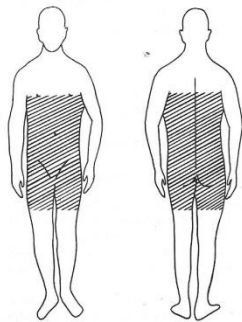
**Fonte:** Aula de Anatomia [Consultado em 2011-06-05] Disponível em:

<http://www.google.com/imgres?imgurl=http://www.auladeanatomia.com/generalidades/dd.jpg&imgrefurl>

Outra:

Desinfecção da pele

**Figura 3:** Desinfecção da Pele



**Fonte:** BROOKS, Shirley M. - Enfermagem na Sala de Cirurgia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Interamericana, 1980. 180p. ISBN 85-201-0106-2

Colocação de campos cirúrgicos  
Colocação do electrodo neutro

## 2.2 Material

Material Cirúrgico:

Tabuleiro de desinfecção

Taça média

Ebonite

Manípulos de *Pantoff*

Instrumental Cirúrgico:

Caixa de base pequena (ver anexo II)

Equipamento:

Aspirador

Electrobisturi

Outros Recursos Materiais:

Conjunto de campos operatórios universais com mesa de *Mayo*

Batas cirúrgicas esterilizadas

Luvas cirúrgicas esterilizadas

Compressas esterilizadas gaze fio - 20x25 cm

Compressas esterilizadas gaze fio - 10x10 cm

Punho electrocoagulação irrecuperável (canivete)

Placa para electrobisturi irrecuperável, adulto

Almofada abrasiva para limpeza (lixa)

Saco para aspiração e punho electrocoagulação

Lâmina para bisturi, esterilizada nº 24

Lâmina para bisturi, esterilizada nº 15


Caixa esterilizada de cortantes


Penso pós-operatório estéril 15cm

Cânula de aspiração *YanKauer*

Recipiente para anatomia patológica

Suturas:

Vicryl® 3/0 

Vicryl® 2/0 

Vicryl® 3/0 laqueação

Máquina de agrafos ou Nylon 2/0

Farmácia:

Cloreto de Sódio 0,9% com cânula

Iodopovidona Solução 10% Dérmico

Iodopovidona Solução Espuma 0,4%

**3. Passos Cirúrgicos<sup>1</sup>:**

a) É realizada uma incisão que separa as fibras dos músculos no quadrante inferior direito (*McBurney*).

b) Os músculos são afastados com afastadores de *Richardson* ou *Parker* para expor o peritoneu.

c) O peritoneu é agarrado com uma pinça de tecido ou pinça de *Allis* e, uma pequena incisão é realizada com recurso a um bisturi com lâmina nº 15.

<sup>1</sup> ROTHROCK, Jane – Alexander – Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. Loures: Lusodidacta, 2008. 1247p. ISBN 978-989-8075-07-9

- d) A incisão é finalizada com tesoura de *Metzenbaum*.
- e) O mesoapêndice é agarrado perto da ponta com uma pinça de *Babcock* ou com recurso a uma pinça hemostática (para tracção delicada).
- f) O mesoapêndice é dissecado da parede apendicular e ligado com fio de sutura não-absorvível 3/0.
- g) O apêndice é elevado quando uma sutura em bolsa de fio de sutura absorvível sintético 2/0 é colocada na parede cecal em torno da base do apêndice.
- h) A base do apêndice é esmagada com uma pinça hemostática recta e um fio de sutura absorvível sintético 2/0 é colocado na parede cecal na base apendicular.
- i) A peça operatória é colocada num recipiente apropriado e, são descartados os instrumentos que foram utilizados até este momento.
- j) Colocam-se compressas protectoras sobre o ceco, em torno da base do apêndice.
- k) O apêndice é amputado entre a pinça e o fio de sutura absorvível sintético com um bisturi. Por vezes, o coto é desinfectado com *Iodopovidona* ou com *Solução de base alcoólica*, para reduzir a flora bacteriana.
- l) O coto apendicular pode ser invertido para dentro da luz do ceco à medida que a sutura em bolsa é apertada e amarrada com recurso a uma pinça hemostática recta fina e uma compressa pequena num porta-agulhas.
- m) O peritoneu é fechado com um fio de sutura contínuo de ácido poliglicólico 3/0.
- n) A bainha anterior do músculo recto abdominal é fechada com pontos separados de ácido poliglicólico 3/0. A ferida é irrigada com *Soro Fisiológico* e, a pele suturada.
- o) Realiza-se penso da ferida operatória.

## B) Laparotomia Exploratória

### 1- Definição

Laparotomia, designa uma abertura realizada na parede abdominal até à cavidade peritoneal. Esta intervenção pode ter como objectivos, reparar ou remover tecidos traumatizados; tratar processos de doença pela remoção de órgãos; visualizar ou examinar por biopsia órgãos internos com fins diagnósticos. A cirurgia pode ser indicada por motivos diagnósticos, terapêuticos, paliativos ou profiláticos.

### 2- Preparação do doente para a cirurgia:

#### 2.1 Na Sala Cirúrgica

Marquesa:

Cirúrgica

Posicionamento:

Decúbito Dorsal

**Figura 4:** Decúbito Dorsal

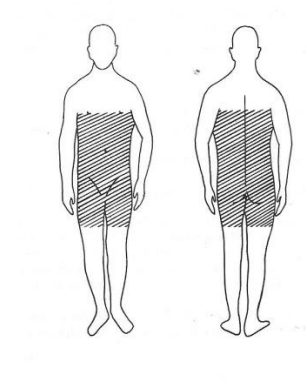


**Fonte:** Aula de Anatomia [Consultado em 2011-06-05] Disponível em:

<http://www.google.com/imgres?imgurl=http://www.auladeanatomia.com/generalidades/dd.jpg&imgrefurl>

Outra:  
Desinfecção da pele

**Figura 5:** Desinfecção da Pele



**Fonte:** BROOKS, Shirley M. - Enfermagem na Sala de Cirurgia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Interamericana, 1980. 180p. ISBN 85-201-0106-2

Colocação de campos cirúrgicos  
Colocação do electrodo neutro

## 2.2 Material

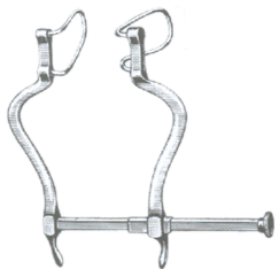
### Material Cirúrgico:

Tabuleiro de desinfecção  
Taça média  
Ebonite  
Manípulos de *Pantoff*

### Instrumental Cirúrgico:

Caixa de base grande (ver anexo III)  
Gosset grande (afastador)

**Figura 6:** Pinça Gosset



**Fonte:** Gosset [Consultado em 2011-06-10] Disponível em: [http://www.google.com/imgres?imgurl=http://4.bp.blogspot.com/\\_XLITMq77RQ4/RkcKrZVJG8I/AAAAAAAAADE/tYmrWLdsHA4/s320/gosset.gif&imgrefurl](http://www.google.com/imgres?imgurl=http://4.bp.blogspot.com/_XLITMq77RQ4/RkcKrZVJG8I/AAAAAAAAADE/tYmrWLdsHA4/s320/gosset.gif&imgrefurl)

Equipamento:

Aspirador  
Electrobisturi

Material do Armazém:

Conjunto de campos operatórios universais com mesa de *Mayo*  
Batas cirúrgicas esterilizadas  
Luvas cirúrgicas esterilizadas  
Compressas esterilizadas gaze fio - 20x25 cm  
Compressas esterilizadas gaze fio - 10x10 cm  
Punho electrocoagulação irrecuperável (canivete)  
Placa para electrobisturi irrecuperável, adulto  
Almofada abrasiva para limpeza (lixa)  
Saco para aspiração e punho electrocoagulação  
Lâmina para bisturi, esterilizada nº 24  
Lâmina para bisturi, esterilizada nº 15  
Caixa de cortantes esterilizada  
Penso pós-operatório estéril 30 cm  
Cânula de aspiração *YanKauer*  
Recipiente para anatomia patológica

Suturas

Vicryl® 3/0   
Vicryl® 2/0   
Vicryl® 3/0 laqueação  
Vicryl® 2/0 laqueação  
Nylon loop 1  
Máquina de agrafos

Farmácia:

Cloreto de Sódio 0,9% com cânula  
Iodopovidona Solução 10% Dérmico  
Iodopovidona Solução Espuma 0,4%

### 3. Passos Cirúrgicos<sup>2</sup>:

- a) Realiza-se uma incisão abdominal mediana na pele, com lâmina nº 15. Para os tecidos mais internos recorre-se a uma lâmina nº 24.
- b) O cirurgião porfia a dissecação através dos planos abdominais, socorrendo-se de separadores com ramos de ângulo recto, para explorar cada plano em separado.
- c) Quando o cirurgião alcança o interior do abdómen, utiliza pinças hemostáticas de *Kelly* e fio de sutura 3/0 para laquear os grandes vasos.
- d) Coagulam-se os vasos sangrantes com o electrobisturi.
- e) O cirurgião mobiliza com delicadeza o intestino, o epiplon e o estômago para explorar o conteúdo da cavidade abdominal.
- f) Se o cirurgião encontrar aderências (bridas) separa-as com auxílio do electrobisturi.
- g) Os bordos da ferida cirúrgica cobrem-se com compressas húmidas e usa-se um separador autoestático para a manter aberta.
- h) Quando for o momento de encerrar o abdómen, o cirurgião retira todas as compressas e instrumentos e, prende os bordos do peritoneu com várias pinças.
- i) Utilizam-se suturas de ácido poliglicólico (2/0) para encerrar o peritoneu.
- j) Como a aponevrose é o plano mais forte da parede abdominal é necessário recorrer a fio de sutura 0, com pontos separados.
- k) O plano subcutâneo é suturado com pontos separados, recorrendo ao fio de ácido poliglicólico (3/0).
- l) Realiza-se penso da ferida operatória.

---

<sup>2</sup> FULLER – Instrumentación Quirúrgica – Teoría, técnicas y procedimientos. Espanha: Editorial Medica Panamericana, 2008. 1082p. ISBN 978-968-7988-88-7

## C) Colectectomia por Via Laparoscópica (CVL)

### 1- Definição

Trata-se da remoção da vesícula biliar, por inflamação aguda ou crónica designada por colecistite ou, para remoção de cálculos denominados colelitíase.

### 2- Preparação do doente para a cirurgia:

#### 2.1 Na Sala Cirúrgica

Marquesa:  
Cirúrgica

Posicionamento:

Decúbito Dorsal com Proclive + Side esq.

**Figura 7:** Posição de Proclive

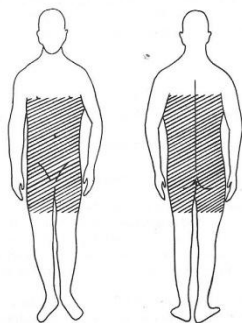


**Fonte:** Proclive [Consultado em 2011-06-10] Disponível em:  
<http://www.google.com/imgres?imgurl=http://www.metahospitala.com.br/images/produtos/proclive.jpg&imgrefurl>

Outra:

Desinfecção da pele

**Figura 8:** Desinfecção da Pele



**Fonte:** BROOKS, Shirley M. - Enfermagem na Sala de Cirurgia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Interamericana, 1980. 180p. ISBN 85-201-0106-2

Colocação de campos cirúrgicos  
Colocação do eléctrodo neutro

## 2.2 Material

### Material Cirúrgico:

Tabuleiro de desinfeção  
Taça média  
Ebonite  
Manípulos de *Pantoff*

### Instrumental Cirúrgico:

Caixa de base laparoscópica  
Caixa de CVL (ver anexo IV)  
Óptica 30°  
Cabo de luz fria  
Cabo de electrocoagulação

### Equipamento:

Aspirador  
Electrobisturi com pedal  
Trolley de Cirurgia Geral

### Material do Armazém:

Conjunto de campos operatórios universais, mesa de *Mayo* e, perneiras  
Batas cirúrgicas esterilizadas  
Luvas cirúrgicas esterilizadas  
Compressas esterilizadas gaze fio 20x25 cm  
Compressas esterilizadas gaze fio 10x10 cm  
Fita de nastro esterilizado  
Placa para electrobisturi irrecuperável, adulto  
Saco para aspiração e punho electrocoagulação  
Lâmina para bisturi, esterilizada nº 24  
Lâmina para bisturi, esterilizada nº 15  
Caixa de cortantes esterilizada  
4 Pensos pós-operatórios estéreis - 10cm  
Recipiente para anatomia patológica  
Caixa de material laparoscópico disposable que inclui:

- 2 Válvulas para *Trocars* 10mm
- 2 Válvulas para *Trocars* 5mm
- Agulha de *Verese*
- Aspirador com irrigação
- Tubo de *pneumo*

- Cargas para aplicador de *clip*

Suturas

Vicryl® 2/0



Máquina de agrafos

Farmácia:

*Cloreto de Sódio 0,9%* com cânula

*Iodopovidona Solução Dérmica 10%*

*Iodopovidona Solução Espuma 0,4%*

**3. Passos Cirúrgicos<sup>3</sup>:**

- a) Define-se o limite do pneumoperitoneu.
- b) De seguida introduzem-se os *trocares* no abdómen.
- c) Tracciona-se a vesícula biliar com recurso a um *Grásper* com dentes.
- d) Expõe-se o conducto cístico, a artéria cística e o colédoco.
- e) O cirurgião mantém uma suave tracção sobre a vesícula.
- f) Identifica-se e expõe-se a artéria cística e o conducto cístico mediante dissecação aguda.
- g) O cirurgião oclusa o conducto cístico e a artéria cística com clips endoscópicos e secciona-os com tesoura ou por electrocoagulação.
- h) No fim o cirurgião realiza uma colangiografia.
- i) Os bordos das feridas encerram-se com recurso a suturas de seda (3/0 ou 4/0).
- j) Realiza-se penso da ferida operatória.

<sup>3</sup> FULLER – Instrumentación Quirúrgica – Teoría, técnicas y procedimientos. Espanha: Editorial Medica Panamericana, 2008. 1082p. ISBN 978-968-7988-88-7

### 3- Cuidados de Enfermagem específicos a ter com o doente no Pós-Operatório

Os cuidados de enfermagem ao doente no pós-operatório, são específicos e contínuos. Exigem vigilância, monitorização e terapêutica que permitam estabilizar ou manter a estabilização hemodinâmica, ventilatória e psicocomportamental; antecipar focos de instabilidade; prevenir complicações, limitações ou risco de vida.

Assim, um dos primeiros cuidados de enfermagem ao doente cirúrgico no período pós-operatório consiste na **observação, monitorização e vigilância contínua de sinais vitais**. É importante manter a estabilidade hemodinâmica e atender a focos de instabilidade que, inicialmente, se traduzam em alterações ventilatórias ou hemodinâmicas. O enfermeiro tem de zelar pela melhor evolução do doente, estando atento a sinais e sintomas que se possam traduzir em focos de instabilidade. É essencial a avaliação e registo da pressão arterial; da frequência cardíaca; da frequência respiratória atendendo às suas características e à saturação de oxigénio periférico; estado de consciência; manutenção da temperatura corporal e, controlo eficaz da dor.

A **avaliação da temperatura** nestes doentes assume capital importância devido ao risco de hipertermia maligna. Hipertermia maligna é definida por ROTHROCK (2008, p.125) como sendo “uma complicação rara e com risco de vida que pode ser deflagrada por medicamentos comumente utilizados em anestesia.”. Esta síndrome pode assumir apresentações clínicas variadas e que se traduzem em sinais e sintomas diversos, nomeadamente em taquicardia, taquipneia, hipóxia, rigidez muscular, hipertensão arterial, arritmias, entre outras. Ainda que esta síndrome possa ocorrer durante a indução ou manutenção da anestesia a verdade é que pode revelar-se no período pós-operatório imediato, sendo fundamental o seu conhecimento, rápida deteção e eficaz tratamento. A hipotermia, por sua vez, é o foco de alteração de temperatura mais verificado no período pós-operatório. Esta, é definida como sendo uma temperatura menor que 36°C e, embora não anunciando risco de vida, provoca sofrimento fisiológico, prolonga o tempo de recuperação e contribui para o aumento da morbidade no pós-operatório, como nos refere ROTHROCK (2008).

Outro cuidado de extrema importância e onde o enfermeiro se pode destacar nas suas intervenções, *Plano de Cuidados* e autonomia, consiste na **monitorização e controlo eficaz da dor**. Um dos focos sensíveis aos cuidados de enfermagem – a dor, exige, a observação atenta da pessoa - padrão psico-comportamental (esgar facial de dor), ventilatório (polipneia) e hemodinâmico (taquicardia / HTA). A atenção do enfermeiro deverá também concentrar-se na verificação e conhecimento da prescrição da terapêutica analgésica que permita, antecipar e controlar focos de dor que se apresentem. Para além das medidas farmacológicas, o enfermeiro deve administrar as medidas não farmacológicas que contribuam para a diminuição da dor e que consistem na promoção e manutenção de um ambiente terapêutico, calmo e tranquilo, com recurso à diminuição da intensidade da luz e dos ruídos.

O proporcionar de uma **posição de conforto** deve merecer igual atenção por parte do enfermeiro. Uma posição confortável permite melhorar o sono e repouso do doente e, em conjunto com o aquecimento, possibilita ao doente menor dor, (em muitas situações o doente refere dor por adoptar posições não anatómicas que se traduzem em desconforto). Ao garantir o bem-estar e o conforto do doente, o enfermeiro contribui para a diminuição de focos de ansiedade do doente, promove a melhor qualidade de recuperação e a melhoria dos cuidados prestados.

Ainda que o nível de ansiedade após a cirurgia possa ser menor que no seu início, a verdade é que muitas vezes se encontra presente - ansiedade relativa ao que aconteceu no desenrolar da intervenção cirúrgica; às expectativas de cura; ao prognóstico para o seu futuro e, em relação à possibilidade ou não de recuperação da cirurgia realizada. Neste sentido, o enfermeiro deve **avaliar a ansiedade** manifestada e/ou apresentada pelo doente. Deve, valorizar os seus medos e receios, esclarecer as suas dúvidas, através de uma relação terapêutica eficaz (recorrendo a uma escuta activa, a uma comunicação assertiva, à empatia e proporcionando um ambiente seguro, tranquilizador e reconfortante).

Por vezes, o conceito de **auto-imagem**, com conseqüente diminuição de auto-conceito / auto-estima do doente também se alteram. A colocação de drenos, a derivação intestinal e o comprimento da sutura, são factores que contribuem para as alterações referidas. O enfermeiro tem aqui um papel de educador, esclarecendo todas as dúvidas que o doente apresente e realizando ensinamentos sobre os cuidados que o doente deve adoptar. É fundamental que o enfermeiro perceba o impacto que esta alteração de imagem representa para o doente e adequar a sua intervenção perante esse facto, escutando-o, acalmando-o, sendo verdadeiro e ajudando-o a descobrir as suas próprias estratégias.

Na esfera dos cuidados pós-operatórios, também a **vigilância do penso**, assume a maior importância. A vigilância do penso permite despistar precocemente a presença de hemorragia e prevenir complicações hemodinâmicas ou outras limitações. O penso deve ser observado de forma repetida e por curtos intervalos de tempo, realizando-se o registo do observado. Sempre que se verificar o seu sombreamento ou repasse, deve ser notificado ao cirurgião. Sempre que o penso seja retirado, deve ser feito tendo em atenção as boas práticas e o respeito das indicações médicas. Obriga ao registo das intervenções desenvolvidas nunca esquecendo as características da ferida operatória. Sempre que se verificar uma hemorragia com percas hemáticas significativas, obriga à sua inspecção imediata (pelo operador) e à tomada de decisão conseqüente (para o médico inspecionar a origem da hemorragia e actuar em conformidade ou, em situação grave, voltar à sala de bloco operatório para identificação e correcção de problema detectado ou, simplesmente, para a realização de penso compressivo).

O enfermeiro é também responsável pela **vigilância de náuseas e vômitos**. A ocorrência de náuseas e vômitos no período pós-operatório estima-se que seja cerca de 30%, segundo ROTHROCK (2008). Como tal, o enfermeiro deve estar atento e actuar em conformidade, quer pela administração de anti-heméticos quer pela colocação do doente numa posição que previna a obstrução da via aérea (por presença e aspiração de vômito, caso este se verifique).

## 4- Conclusões

Ainda que não exista um procedimento universal de preparação de mesas operatórias existem práticas basilares que atendem à evidência recomendada e, como tal, deverão ser eximamente cumpridas com os objectivos de garantir a segurança do doente e salvaguardar as melhores condições do ambiente cirúrgico.

Sabendo que “em matéria de segurança de doentes e profissionais, os procedimentos a que estão sujeitos representam um risco de primeira linha que deve ser minimizado através da implementação de boas práticas inerentes ao desempenho quotidiano de toda a equipa disciplinar”, surgiu a vontade de realizar este manual, tendo como meta, fornecer à equipa de enfermagem linhas de orientação relativas a boas práticas que aprimorem a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados em bloco operatório, AESOP (2006, p. 196).

Convicta de que desenvolvi a competência de “conceber um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados”, através da elaboração deste manual, lanço o desafio a todos os elementos da equipa de enfermagem ou, a outros alunos da especialidade que venham a realizar as suas actividades de estágio clínico neste serviço, para o seu desenvolvimento no sentido de acrescentar outras cirurgias que se pratiquem neste bloco operatório. Tendo-me sido impossível compilar as várias intervenções cirúrgicas que neste bloco são realizadas, (pelo curto espaço de tempo em que o meu estágio decorreu), deixo aqui o repto para a continuidade deste manual, tornando-o num instrumento de trabalho dinâmico e interactivo que evidencie actualização e fundamentação científica e contribua para dar visibilidade ao trabalho dos enfermeiros.

Espero que este manual tenha cumprido os objectivos inicialmente propostos e que permita uma uniformização de procedimentos que visem a facilitação de processos de integração de novos elementos e que conduzam a um nível máximo de excelência de cuidados que se traduzam num ambiente cirúrgico seguro e de reconhecida qualidade assistencial em cuidados de saúde.

## 5- Bibliografia

- **Anatomia: uma viagem pelo corpo humano.** [Consultado no dia 04/06/2011] Disponível em: <http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.auladeanatomia.com/generalidades/dd.jpg&imgrefurl>
- **Apendicectomia.** [Consultado no dia 04/06/2011] Disponível em: <http://www.clinicadam.com/graphics/images/es/7032.jpg&imgrefurl>
- APONTAMENTOS tirados nas aulas de **Enfermagem Médico-Cirúrgica II-Módulo II Opção Enfermagem Perioperatória**, dados pela Enfermeira Rosário Fonseca, no 4º Curso de Mestrado em Enfermagem natureza profissional, na Universidade Católica Portuguesa, Fevereiro/Abril 2011.
- ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS – Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Loures: Lusodidacta, 2006. 356p. ISBN 972-8930-16-X
- BROOKS, Shirley M. - Enfermagem na Sala de Cirurgia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Interamericana, 1980. 180p. ISBN 85-201-0106-2
- **Colecistectomia** [Consultado no dia 04/06/2011] Disponível em: <http://catalog.nucleusinc.com/generateexhibit.php?ID=27619>
- DOCUMENTO intitulado **Base Grande**, em vigor no Serviço de Esterilização Central do Hospital Fernando Fonseca, EPE, desde Dezembro de 2010, consultado no Serviço de Bloco Central no período Abril/Junho 2011.
- DOCUMENTO intitulado **Base Pequena**, em vigor no Serviço de Esterilização Central do Hospital Fernando Fonseca, EPE, desde Novembro de 2010, consultado no Serviço de Bloco Central no período Abril/Junho 2011.
- DOCUMENTO intitulado **CVL**, em vigor no Serviço de Esterilização Central do Hospital Fernando Fonseca, EPE, desde Janeiro de 2011, consultado no Serviço de Bloco Central no período Abril/Junho 2011.
- FULLER – Instrumentación Quirúrgica – Teoría, técnicas y procedimientos. Espanha: Editorial Medica Panamericana, 2008. 1082p. ISBN 978-968-7988-88-7

- Gosset [Consultado em 2011-06-10] Disponível em:  
[http://www.google.com/imgres?imgurl=http://4.bp.blogspot.com/\\_XLITMq77RQ4/RkcKrZVJG8I/AAAAAAAAADE/tYmrWLdsHA4/s320/gosset.gif&imgrefurl](http://www.google.com/imgres?imgurl=http://4.bp.blogspot.com/_XLITMq77RQ4/RkcKrZVJG8I/AAAAAAAAADE/tYmrWLdsHA4/s320/gosset.gif&imgrefurl)
- **Laparotomia** [Consultado no dia 04/06/2011] Disponível em:  
<http://www.lookfordiagnosis.com/images.php?term=laparotomia&lang=3&from2=12&from=32>
- ROTHROCK, Jane – Alexander – Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. Loures: Lusodidacta, 2008. 1247p. ISBN 978-989-8075-07-9

# Anexos

## **Anexo I – Modelo do Manual Orientador de Mesas Cirúrgicas**

## **D) Designação de Cirurgia (Calibri 14, cor carmim, negrito)**

### **3- Definição (Calibri 12, cor preto, negrito)**

(Calibri 11, cor preto)

### **4- Preparação do doente para a cirurgia: (Calibri 12, cor preto, negrito)**

#### *2.1 Na Sala Cirúrgica (Calibri 11, cor preto, itálico)*

Marquesa: (Calibri 11, cor preto, sublinhado)

Posicionamento:

Outra:

#### *2.2 Material*

Material Cirúrgico:

Instrumental Cirúrgico:

Equipamento:

Material do Armazém:

Suturas:

Farmácia:

### **3- Passos Cirúrgicos:**

## **Anexo II – Composição de Caixa de Base Pequena**

## Base Pequena

Cirurgia Instrumental	1	
	2	
	3	

TESTE STF	P	
	F	

ESTERIZADOR Nº	
CICLO Nº	
ESTERILIZAÇÃO Nº	

QNT	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	Ver
	Cabos de Canivete nº 4	RU 4850-04	
	Cabo de Canivete nº 3	RU 4850-03	
	Sonda Cânula	RU 4910-14	
	Estilete	RU 4901-14	
	Pinças de dente-de-rato de 18cm	RU 4100-18	
	Pinças de dissecação de 18cm	RU 4010-18	
	Pinça de dissecação de 15cm	RU 4000-15	
	Farabeuf	RU 4497-15	
	Farabeuf	RU 4497-12	
<b>Gancho</b>			
	Pinça O'Shaughnessy de 18cm	RU 3326-18 ou 3327-20	
	Pinças triangulares de 20 cm	RU 6523-20	
	Pinças Judd-Allis de 15 cm	RU 6502-15	
	Pinças Hemostáticas curvas de Crile de 16cm	RU 3021-16 ou RU 3071-16	
	Pinças Hemostáticas curvas de Halstead de 12cm, de pontas finas	RU 3101-12	
	Pinças de Kocker 16	RU 3030-16 ou RU 3030-14	

V.S.F.F.

2010

## Base Pequena

QNT	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	Ver
<b>Gancho</b>			
4	Pinças de Bckhaus de 14 cm	RU 3604-14	
<b>Gancho</b>			
1	Tesoura de Metzenbaum curva de 14cm	RU 1316-14	
1	Tesoura de Metzenbaum curva modificada 18cm	RU1334-18	
1	Tesoura de Mayo recta de 17cm	RU 1262-17	
1	Tesoura de Mayo curva de 17cm	RU 1263-17	
3	Porta - Agulhas	RU 6054-18 (2) RU6050-16 (1)	
1	Afastador auto-estático de 16cm	RU 4710-16 ou 4723-16	

CONFERIDO EM:

SALA DE OPERAÇÕES  
Nº \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

(ABERTURA DA CAIXA)

(CONF. DE SAÍDA DA SALA)

D.C.E  
Assinatura legível

ENF. INSTRUMENTISTA  
Assinatura legível

ENF. INSTRUMENTISTA  
Assinatura legível

Data

ENF. CIRCULANTE

ENF. CIRCULANTE

avembro 2010

## **Anexo III – Composição de Caixa de Base Grande**

**Base Grande**

<b>Lavagem Mecânica</b>	1		<b>TESTE STF</b>	P		ESTERIZADOR N°	
	2			F		CICLO N°	
	3					ESTERILIZAÇÃO N°	

QUANT	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	Verif
1	Afastador de Gosset com 1 par de pás ou Afastador de Balfour	RePRU 480400 RU4806-00	
1	Valva Gosset		
1	Valva Ierliche de 30 cm	RU 4579-01 ou 4579-02	
1	Valvas de DoYen	RU 7081-02	
1	Valvas de DoYen	RU 7081-03	
1	Valvas de DoYen	RU 7081-04	
2	Cabos de Canivete nº4	RU 4850-04	
1	Cabo de Canivete nº7 -	RU 4850-07	
1	Estilete	RU 4901-14	
1	Sonda Cânula	RU 4910-14	
2	Afastadores de Farabeuf de 15cm	RU 4497-15	
2	Afastadores de Farabeuf de 12cm	RU 4497-12	
1	Pinça dente-de-rato de 25 cm	RU 4100-25	
2	Pinças dente-de-rato de 20cm	Ru 4100-20	
2	Pinças dente-de-rato de 18cm	RU 4100-18	
2	Pinças de dissecação de 25cm	RU 4010-25	
2	Pinças de dissecação de 20cm	RU 4010-20	
2	Pinças de dissecação de 18cm	RU4010-18	
<b>Gancho Pequeno</b>			
2	Pinças de Allis de 15cm	RU 6502-15	
2	Pinças de Judd-Allis de 19cm	RU 6502-19	
2	Pinças Triangulares elásticas Duval 20cm	RU 6523-20	
2	Pinças de Rampley de 20cm	RU 3152-20	
4	Pinças Kocker rectas de 16cm	RU 3030-16 e 3030-14	
2	Pinças Kocker rectas de 20cm	RU 3010-20	

(Cont...)

V.S.F.F.

Dezembro 2010

## Base Grande

QUANT	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	Verif
<b>Gancho Grande</b>			
1	Porta - Agulhas	RU 6054-18	
1	Porta - Agulhas de Mayo - Hegar de 26cm	RU 6050-26	
2	Porta - agulhas de 23 cm	RU 6054-23	
1	Porta - Agulhas de Mayo - Hegar de 20cm	RU 6053-20	
2	Porta-Agulhas de Mayo-Hegar 16cm	RU6050-16	
1	Tesoura de Metzenbam de 23cm	RU 1334-23	
1	Tesoura de Metzenbaum de 18cm	RU 1334-18	
1	Tesoura de Mayo-Harrington curva de 23cm	RU 1253-23	
1	Tesoura de Mayo recta de 17cm	RU 1262-17	
1	Tesoura de Mayo curva de 17cm	RU 1263-17	
1	Tesoura de Metzenbaum de 25cm	RU 1336-25	
<b>Gancho Grande</b>			
2	Porta Tampões	3911-25	
2	Clamps Curvos	6541-23	
2	Clamps Curvos	6541-25	
4	Pinças Crawford	3275-24	
1	Pinças O'Shaughnessy -	3327-22	
1	Pinças O'Shaughnessy	3326-23	
2	Clamps Robert	3251-22	
10	Pinças Hemostáticas curvas de Halstead (mosquitos) 12cm	RU 3101-12	
4	Pinças Hemostáticas curvas de 20cm	RU 3241-20	
8	Pinças Hemostáticas curvas de 19cm	RU 3198-19	
6	Pinças Hemostáticas curvas de 16cm	RU3071-16 ou 3021-16	
<b>Gancho Pequeno</b>			
4	Pinças de Roupa de Backhaus de 14cm	RU 3604-14	

CONFERIDO EM:

D.C.E.  
Assinatura legível

Data

SALA DE OPERAÇÕES Nº \_\_\_\_\_

(ABERTURA DA CAIXA)

ENF. INSTRUMENTISTA  
Assinatura legível

ENF. CIRCULANTE

Data \_\_\_\_\_

(CONF. DE SAÍDA DA SALA)

ENF. INSTRUMENTISTA  
Assinatura legível

ENF. CIRCULANTE

Dezembro 2010






















## **Anexo IV – Composição de Caixa de Colecistectomia Via Laparoscópica (CVL)**








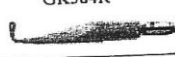
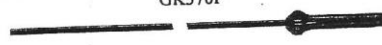






### Caixa CVL

Lavagem Mecânica	1	
	2	
	3	

TESTE STF	P	
	F	

ESTERIZADOR N°	
CICLO N°	
ESTERILIZAÇÃO N°	

1 Dissector Curvo		
PO608R 	PM973R 	PO958R 
1 Tesoura Noir		
PO790R 	PM973R 	PO958R 
1 Pinça Crocodilo		
PO623R 	PM974R 	PO959R 
1 Aplicador CLIP		
PL538R 	PL520R 	PL510R 
1 Dissector		
PO661R 	PM970R 	PO958R 
1 Grasper		
PO729R 	PM973R 	PO959R 
1 Grasper fenestrado		
PO736R 	PM973R 	PO959R 

			
1 Clinch	PO647R	PM973R	PO959R
			
1 Grasper	PO775R	PM973R	PO959
			
1 Gancho	GK384R	GK370P	GK373R
			
2 Trocars Ø5 mm	EK046R	EK014R	
			
2 Trocars Ø10 mm	EK056R	EK024R	
			
Nota: Todas as pinças são constituídas por quatro componentes			
CONFERIDO EM:		SALA DE OPERAÇÕES N° _____	
Data _____		(CONF. DE SAÍDA DA SALA)	
(ABERTURA DA CAIXA)			
D.C.E.	ENF. INSTRUMENTISTA	ENF. INSTRUMENTISTA	
Assinatura legível _____	Assinatura legível _____	Assinatura legível _____	
Data _____			
ENF. CIRCULANTE	ENF. CIRCULANTE		
Assinatura legível _____	Assinatura legível _____		



## **Apêndice IV – Poster**

“Via Aérea Difícil – Que Cuidados de Enfermagem?”



# I Jornadas Internacionais em Enfermagem da Universidade de Évora A Pessoa em Situação Crítica



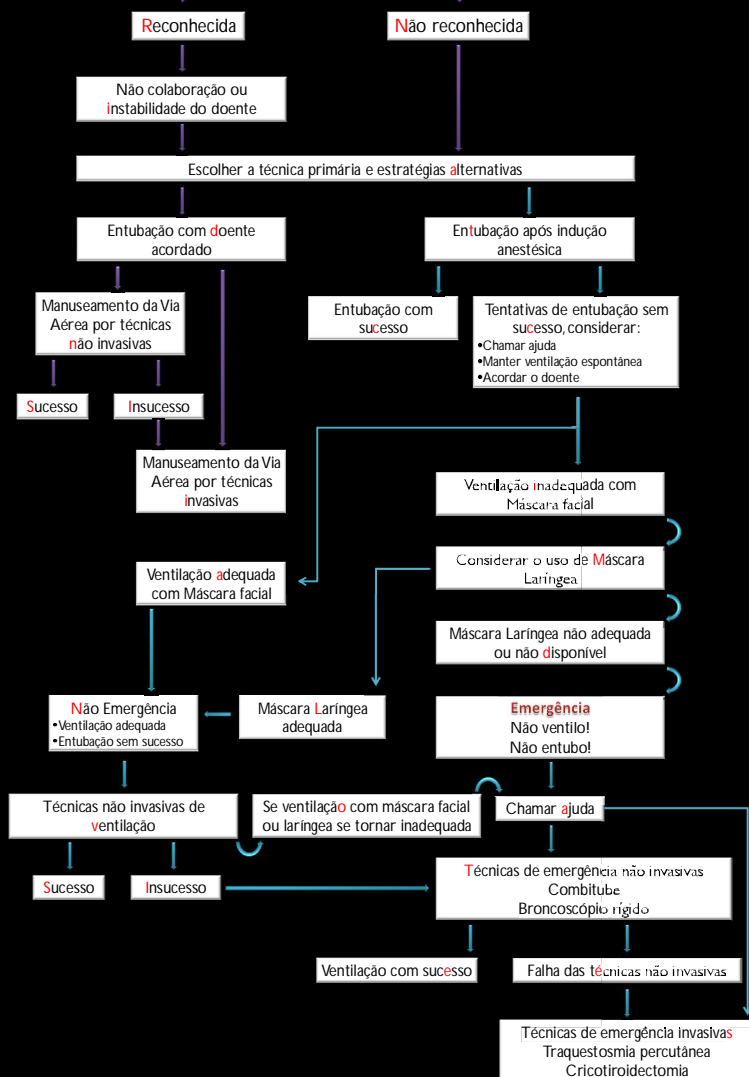
## Via Aérea Difícil Que Cuidados de Enfermagem?

Segundo o Regulamento nº 124/2011 “a Pessoa em Situação Crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Ao enfermeiro é exigido uma observação contínua para despiste de sinais de gravidade. Assim, e seguindo a metodologia do ABCDE, é logo no “A” – Airway que o enfermeiro garante a permeabilidade da via aérea. O atraso na detecção da permeabilidade da via aérea pode resultar em danos cerebrais irreversíveis ou até mesmo em morte, pois “a incapacidade de manter o controlo das vias aéreas impede a adequada oxigenação tecidual”<sup>2</sup>. Como resposta a esta exigência o enfermeiro deve desenvolver capacidades técnico-científicas e relacionais que permitam aprimorar os cuidados à pessoa em situação crítica, baseando a sua prática na evidência científica. Este poster tem os seguintes objectivos : Sensibilizar os enfermeiros para o reconhecimento precoce de uma via aérea difícil e clarificar as suas intervenções autónomas e interdependentes nas várias etapas do algoritmo de Via Aérea Difícil. A metodologia utilizada baseou-se na pesquisa bibliográfica.

**Via Aérea Difícil:** Para Barrios trata-se de uma situação clínica em que existe uma desproporção anatómica ou patológica preexistente, onde um profissional treinado encontrará dificuldade em realizar a laringoscopia directa ou em manter a ventilação manual sob máscara facial ou ambos<sup>1</sup>.



### Via Aérea Difícil



### Cuidados de Enfermagem<sup>6</sup>

- ❖ Despistar continuamente problemas e necessidades realizando observação contínua, sistémica e sistematizada;
- ❖ Assegurar a permeabilidade da via aérea, através de:
  - Domínio do algoritmo de Via Aérea Difícil;
  - Reconhecimento de Via Aérea Difícil;
  - Alinhamento corporal, (nariz – umbigo – pés);
  - Elevação do plano do leito a 30°;
  - Colocação de tubo naso ou orofaríngeo, se necessário;
  - Desobstrução da Via aérea, (por aspiração de secreções e/ou vômito, remoção de próteses ou de corpos estranhos)
  - Selecção da máscara facial de oxigénio, (tamanho adequado ao doente);
- ❖ Identificar a existência de factores de risco de, como sejam tumores, variações anatómicas, trauma, corpo estranho, limitação cervical;
- ❖ Prevenir a ocorrência de eventos adversos (trauma da via aérea, traqueostomia, lesão cerebral, PCR, óbito);
- ❖ Utilizar correctamente o dispositivo supraglótico adequado;
- ❖ Evidenciar habilidades técnicas na abertura da via aérea e na realização dos procedimentos de ventilação e intubação oro-traqueal (manobra Sellick e de BURP);
- ❖ Explicar o procedimento e manter a comunicação com o doente;
- ❖ Trabalhar em equipa.

A antecipação de focos de instabilidade ou de eventuais complicações exige treino e experiência. Como resposta a esta exigência o Enfermeiro de Cuidados Gerais tem de “responder eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente e a responder eficazmente em situações de emergência e catástrofe”<sup>3</sup>. Ao Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica são reconhecidas de entre as unidades de competências “cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Para tal, identifica prontamente focos de instabilidade, responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade, executa cuidados técnicos de alta complexidade e demonstra conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida”<sup>4</sup>.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 - BARRIOS, Jorge; MESA, Alonso – Manual Clínico da Via Aérea Respiratória. São Paulo: Artes Médicas, 2005.
- 2 - Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Intubação Traqueal Difícil (2003) 1-8 (consulta 11 de Maio, 2011). Disponível em [www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_arquivos070.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_arquivos070.pdf)
- 3 - ORDEM DOS ENFERMEIROS – Divulgar-Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003. 24 p.
- 4 - ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. 26 p.
- 5 - AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS – Task Force on Difficult Airway Management. Practice guidelines for management of the difficult airway: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. Anesthesiology 2003; 98: 1269-77
- 6 – Aposentamentos retirados das aulas de Enfermagem Médico-Cirúrgica, prelectadas no âmbito da Especialização no Instituto de Ciências da Saúde da UCP.



**Apêndice V – Pedido de autorização**  
para realização de projeto de investigação na UCI

Carla Maria Nunes Afonso  
Rua A Cidade e As Serras, Lote 22 – 3º Frente  
2785-746 São Domingos de Rana  
966 716 531  
Cafonso80@hotmail.com

Ao Exmo. Sr. Enf.º Coordenador da Unidade de Cuidados Intensivos  
do HPP - Hospital de Cascais

**Assunto: Pedido de autorização para a apresentação de dados em relatório de estágio.**

Carla Maria Nunes Afonso, enfermeira com cédula profissional nº. 5-E-47753, aluna do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, de Lisboa.

No âmbito do Curso supra mencionado, encontro-me a realizar o Estágio referente ao Módulo II – Cuidados Intensivos / Intermédios, no período compreendido entre 26 de Setembro e 18 de Novembro de 2011, sob a orientação Sr. Enf.º Filipe Pires - Coordenador desta Unidade de Cuidados Intensivos, da Prof. Ilda Lourenço e, com coordenação da Prof. Manuela Madureira.

Durante a realização do estágio pretendo desenvolver um estudo no âmbito dos “Cuidados que são desenvolvidos pelos Enfermeiros para promoverem o melhor Conforto ao Doente Internado na UCI”.

Pretendo com este estudo, ocasionar a investigação em serviço; facultar o meu desenvolvimento pessoal e profissional e, também, o dos enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem da UCI; contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da promoção do melhor conforto ao doente internado na UCI.

Assim sendo, venho por este meio, solicitar autorização para a realização do procedimento de recolha de dados (questionário anexo à presente carta), sessão de formação sobre a temática em estudo (onde serão divulgados os resultados encontrados), bem como, para a apresentação dos dados no Relatório de Estágio que irei redigir no final de todo o percurso de estágio.

Peço o deferimento, agradecendo desde já a disponibilidade dispensada para este assunto.

Lisboa, 3 de Novembro de 2011

Carla Afonso



## **Apêndice VI – Questionário**

**“Cuidados desenvolvidos pelos Enfermeiros para promoverem o  
melhor Conforto do Doente Internado na UCI”**

***Cuidados desenvolvidos pelos Enfermeiros  
para promoverem o melhor Conforto do Doente Internado na UCI***

Carla Maria Nunes Afonso, enfermeira com cédula profissional 5-E-47753, a frequentar o 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, de Natureza Profissional, na área de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, a realizar Estágio referente ao Módulo II – Cuidados Intensivos, na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do HPP Cascais, no período compreendido entre 26 de Setembro e 18 de Novembro de 2011, sob a orientação do Sr. Enf.º Coordenador Filipe Pires e da Prof. Ilda Lourenço.

Neste âmbito proponho-me, realizar um estudo sobre os “Cuidados que são desenvolvidos pelos Enfermeiros para promoverem o melhor Conforto ao Doente Internado na UCI”.

A informação a recolher no questionário, que se apresenta de seguida, destina-se *exclusivamente* a ser trabalhada no contexto do estudo supra enunciado. Neste sentido, os dados recolhidos serão anónimos e sujeitos às regras da confidencialidade.

Os resultados encontrados serão divulgados, após a sua análise, em Sessão de Formação a realizar nesta UCI.

Após o seu preenchimento, o questionário deverá ser inserido num envelope, (fechado e não identificado) e imediatamente entregue à minha pessoa.

Muito agradecida pela sua colaboração!

Carla Afonso

## QUESTIONÁRIO

### 1. Caracterização Sociodemográfica

<b>SEXO:</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<b>HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:</b>	<b>TEMPO de EXERCÍCIO PROFISSIONAL:</b>
<b>IDADE:</b> <input type="checkbox"/> 20 – 29 anos	<input type="checkbox"/> Bacharelato	Total _____
<input type="checkbox"/> 30 – 34 anos	<input type="checkbox"/> Licenciatura	Na UCI _____
<input type="checkbox"/> 35 – 39 anos	<input type="checkbox"/> Especialidade	

2. As 12 afirmações que se seguem correspondem a intervenções que pretendem promover o melhor conforto do doente internado na UCI.

Por favor, **ORDENE** as 12 afirmações tendo em conta a relevância que atribui a cada uma. Para tal, classifique-as atribuindo a cada alínea um número (de 1 a 12), sem recorrer a repetição de números, atendendo a que, 1 corresponde à intervenção que proporciona melhor conforto e, 12, a que considera ter menor relevância para a promoção do conforto ao doente internado na UCI.

- a) Promover medidas de alívio de dor \_\_\_\_\_
- b) Permitir a permanência de objectos pessoais do doente \_\_\_\_\_
- c) Fomentar a visita de amigos do doente \_\_\_\_\_
- d) Esclarecer o doente quanto ao seu estado de saúde \_\_\_\_\_
- e) Adequar os posicionamentos ao estado de saúde do doente \_\_\_\_\_
- f) Atender às práticas religiosas do doente \_\_\_\_\_
- g) Implementar actividades lúdicas \_\_\_\_\_
- h) Controlar a temperatura corporal do doente \_\_\_\_\_
- i) Evitar a luz directa nos olhos do doente \_\_\_\_\_
- j) Promover o toque ao doente \_\_\_\_\_
- k) Executar técnicas de relaxamento \_\_\_\_\_
- l) Fomentar o sono e repouso do doente \_\_\_\_\_

**3. Se desejar acrescentar alguma intervenção / estratégia / cuidado, que não tenha sido contemplado nas alíneas anteriores mas, que considere da maior relevância na promoção do conforto ao doente internado na UCI, não hesite em fazê-lo.**

---

---

---

---

---

---

---

**Pela sua colaboração,**

**Muito Obrigada!**



**Apêndice VII – Apresentação e Discussão de Dados do  
Questionário**  
“Cuidados desenvolvidos pelos Enfermeiros para promoverem o  
melhor Conforto do Doente Internado na UCI”

---

## ***Cuidados desenvolvidos pelos Enfermeiros para promoverem o melhor Conforto do Doente Internado na UCI***

### **Introdução**

O Conforto é um dos conceitos e elementos do cuidar que o enfermeiro aprende e desenvolve na fase inicial da sua formação sendo continuamente aprofundado e aprimorado no decurso da sua prática profissional. A prestação de cuidados de *“higiene e conforto”* faz parte da linguagem diária do enfermeiro sendo, o conforto, pilar da sua intervenção nos diversos contextos de ação. Ao considerar-se que se trata de uma aprendizagem primordial reconhece-se o conforto como *“uma forma de concretizar o cuidado”* (OLIVEIRA e LOPES 2010, p. 70).

A importância do conforto advém da origem e desenvolvimento da Enfermagem, por FLORENCE NIGHTINGALE, tendo sido esta autora a primeira a integrar o conforto como elemento do cuidar. No seu livro *“Notas sobre Enfermagem”* a autora apresenta diversas alusões a este cuidado, *“este ou aquele desconforto”*, *“para conforto do doente”*, *“o alívio e o conforto”* (2005, p.21, p.117, p.132).

O Conforto transformou-se, progressivamente, num objeto de estudo ao longo da evolução de Enfermagem. Vários autores dedicaram-se ao estudo deste conceito no desenvolvimento teórico da Enfermagem. Foi, particularmente, pela profundidade dos trabalhos de Janice Morse e Katharine Kolcaba que o conceito de conforto ganhou maior ênfase. Na opinião de MORSE apud APÓSTOLO (2009, p.66) *“confortar é um acto complexo, que não se resume a manter os doentes na cama bem posicionados e quentes”*. Para esta autora, o conforto, enquadrado na ciência de Enfermagem, tinha como objetivos aliviar o desconforto dos doentes, ajudar a tolerar a sua dor e permitir que o doente mantivesse a sua saúde, ainda que para isso tivesse de suportar alguns desconfortos (MORSE citado por APÓSTOLO 2009, p.66). Na perspetiva de Kolcaba o conforto é definido como um estado resultante da satisfação das necessidades básicas relativas aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência (KOLCABA, 2003). O estado de conforto é, para Kolcaba, vivenciado sob forma de quatro contextos: o contexto físico, o contexto psicoespiritual, o contexto sociocultural e o contexto ambiental. KOLCABA segundo APÓSTOLO (2009, p.66) reconhece que *“a arte de enfermagem é, no sentido estético, a aplicação feita pelos enfermeiros, com criatividade, dos princípios científicos e humanísticos dos cuidados, dentro dos contextos específicos do cuidar”*.

Ainda que as duas teóricas explanem o conceito do conforto as suas teorias abarcam objetivos distintos. Morse preceitua o ato de confortar, isto é, enfatiza no seu trabalho as ações protagonizadas pelos enfermeiros para aliviarem o desconforto sentido pelos doentes. Por seu lado, a teoria de Kolcaba concentra o objetivo de maximizar a sensação de conforto com recurso à avaliação dos resultados obtidos pelas intervenções adotadas no plano de atuação dos enfermeiros. Em suma, Kolcaba defende a promoção do máximo conforto enquanto que, Morse salienta as ações adotadas pelos enfermeiros para confortar ou aliviar o desconforto.

---

## **Objetivos de Investigação**

Com base nos conhecimentos adquiridos e aprofundados sobre o conforto, senti a necessidade de conhecer e identificar as medidas/intervenções implementadas pelos enfermeiros da UCI na promoção do conforto aos doentes internados nessa unidade, bem como, reconhecer as medidas que os enfermeiros da UCI consideravam de maior relevância na promoção do conforto.

## **Metodologia**

No seguimento de uma revisão bibliográfica atenta e profunda, com as finalidades de alargar e desenvolver o meu conhecimento relativo ao Conforto, sustentei o meu pensamento na teoria de Kolcaba. A escolha por esta teórica resulta do meu reconhecimento, enquanto enfermeira especialista, da importância da reflexão e avaliação das intervenções implementadas e da eficácia do plano de cuidados no processo de tratamento e recuperação do doente e família. Aliado a este fundamento, reconheço na teoria de Kolcaba uma estratégia de atuação que orienta o agir do enfermeiro na promoção de conforto ao doente internado, atendendo às várias vertentes nas quais a sua ação deve convergir.

O estudo foi realizado no decurso do meu estágio na UCI do HPP Hospital de Cascais, no período compreendido entre 26 de Setembro e 18 de Novembro de 2011.

Este estudo enquadra-se numa investigação exploratória-descritiva. Para a sua realização apoiei-me na Teoria de Conforto de Kolcaba, com maior incidência nos quatro contextos preconizados pela autora.

## **Método de Colheita de Dados**

O instrumento de colheita de dados utilizado neste projeto de investigação consistiu no recurso a um questionário, no qual foram apresentadas doze intervenções que os enfermeiros preconizam na sua prática para a promoção de conforto e que Kolcaba advoga na sua teoria. As doze afirmações teriam de ser ordenadas, por ordem decrescente de relevância, pelos elementos que aceitaram participar no questionário. Foi ainda, permitida a sugestão de outras intervenções, que os enfermeiros considerassem relevantes para a promoção do conforto, numa pergunta aberta introduzida no questionário.

A fim de avaliar a eficácia do questionário foi aplicado um pré-teste a uma amostra da população visada. Na avaliação do pré-teste, foi detetada a necessidade de redefinir a pergunta de ordenação das afirmações do questionário, por inexistência de clareza da mesma. O questionário, após reformulação, foi sujeito a novo pré-teste que perante inexistência de erros, dúvidas e dificuldades de interpretação, foi considerado válido e passível de apresentação aos elementos da equipa de enfermagem da UCI.

A garantia da confidencialidade dos dados foi acautelada, tendo sido entregues com estes questionários um envelope no qual deveriam ser selados e devolvidos.

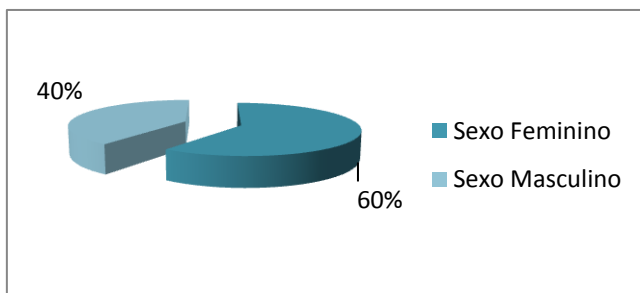
## Apresentação e Discussão dos Resultados

Participaram no questionário 33 enfermeiros, dos 39 enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem da UCI. Dos 33 questionários obtidos foram validados 25 questionários, sendo essa a amostra final considerada. Os motivos que invalidaram 9 questionários prenderam-se à omissão no preenchimento de um dos dados da caracterização sociodemográfica e à duplicação de respostas.

Seguidamente exponho, em gráfico, os resultados obtidos, apresentando uma breve conclusão dos mesmos.

### Caracterização Sociodemográfica da Equipa de Enfermagem da UCI

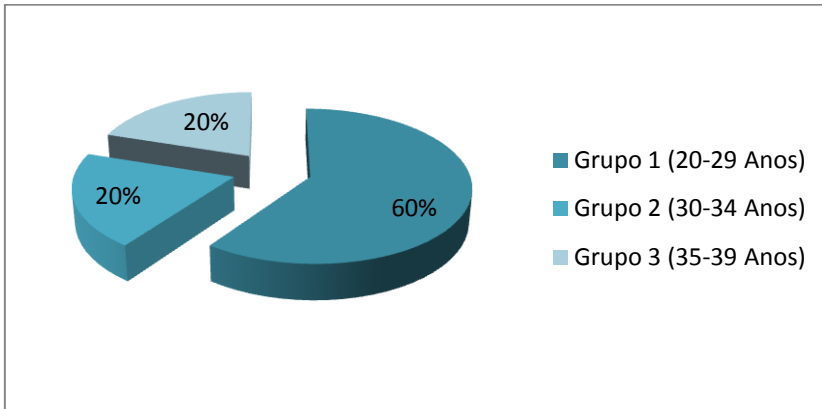
**Gráfico 1:** Identificação da equipa de enfermagem da UCI segundo o sexo



#### Discussão

A equipa é composta por 60% de elementos do sexo feminino e por 40% de elementos do sexo masculino.

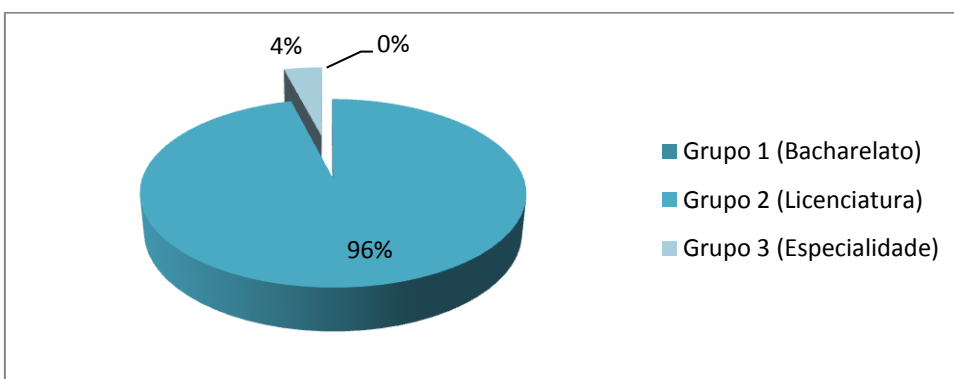
**Gráfico 2:** Constituição da equipa de enfermagem da UCI de acordo a faixa etária



### Discussão

A equipa é constituída em 60% por elementos que apresentam idades compreendidas entre 20 e 29 anos. Os restantes 40% são divididos equitativamente entre elementos da faixa etária compreendida entre os 30 e 34 anos e elementos com idades compreendidas entre 35 e 39 anos.

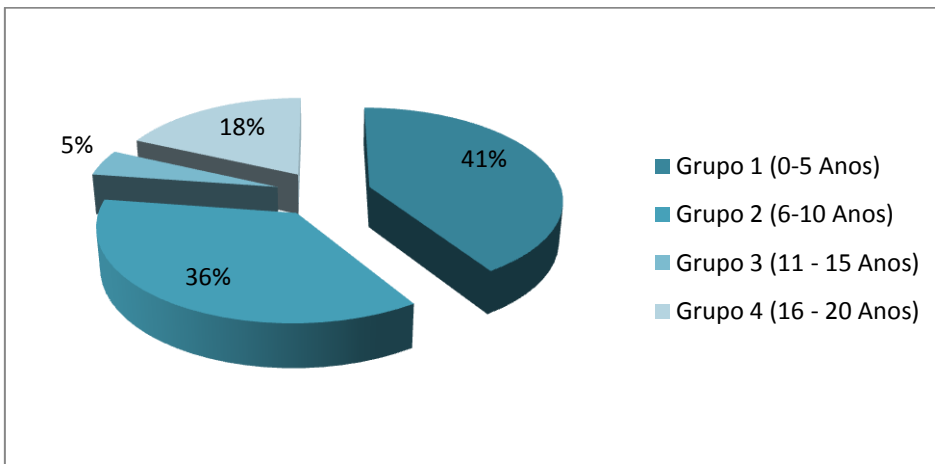
**Gráfico 3:** Constituição da equipa de enfermagem da UCI de acordo com as habilitações literárias



### Discussão

A equipa é predominantemente, em 96%, composta por enfermeiros com formação em licenciatura em enfermagem contrapondo com 4% de profissionais com o título de especialista.

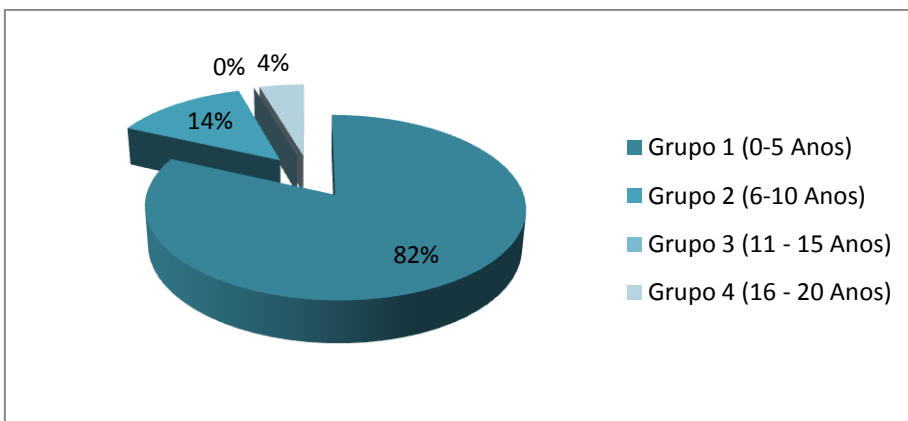
**Gráfico 4:** Constituição da equipa de enfermagem da UCI de acordo o tempo de exercício profissional total



### Discussão

A equipa é maioritariamente constituída por elementos com um tempo de experiência profissional que se enquadra no intervalo de tempo de 0 a 5 anos, seguido pelo intervalo de tempo de exercício profissional total dos 6 aos 10 anos, correspondente ao grupo de profissionais que se coloca em segundo lugar. Em terceiro lugar colocam-se os profissionais com tempo de experiência profissional total entre os 16 e os 20 anos. Por último verifica-se que 5% da população apresenta um tempo de exercício profissional enquadrado nos 11 aos 15 anos. Este gráfico permite identificar que a equipa é constituída na sua maioria por elementos com menos de 10 anos de experiência profissional.

**Gráfico 5:** Constituição da equipa de enfermagem de acordo o tempo de exercício profissional na UCI

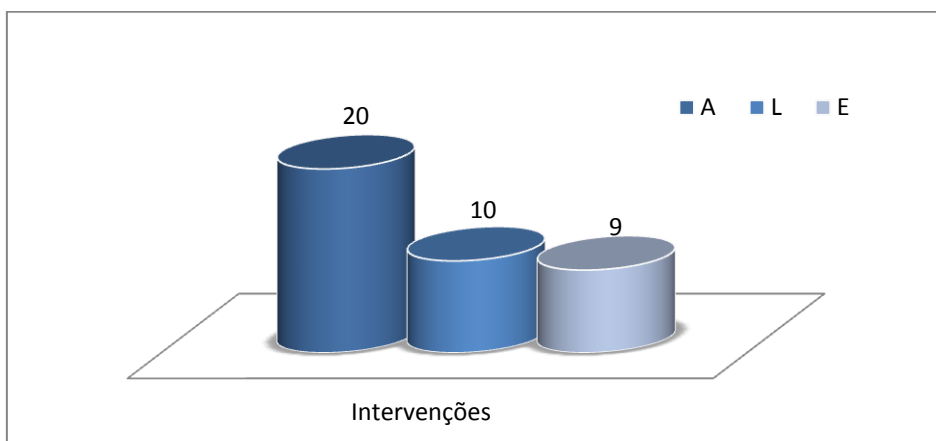


### Discussão

Este gráfico permite concluir que a esmagadora maioria dos elementos que compõem a equipa de enfermagem exerce funções em contexto de UCI há menos de 5 anos.

## Cuidados desenvolvidos pelos Enfermeiros para promoverem o melhor Conforto do Doente Internado na UCI

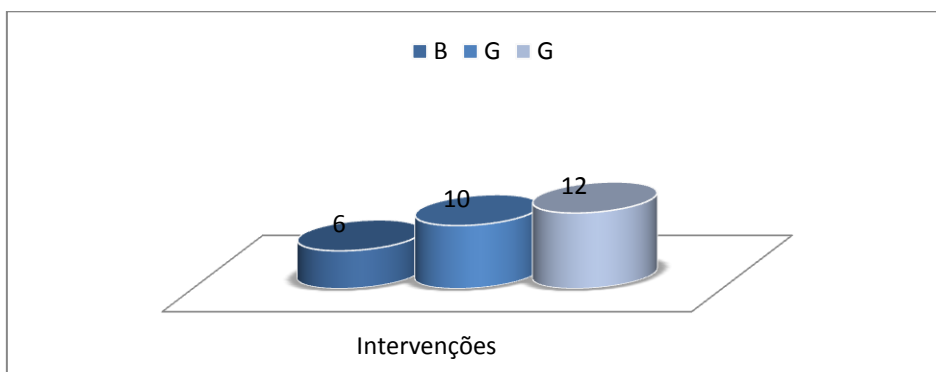
**Gráfico 6:** Intervenções consideradas de maior relevância na promoção de conforto ao doente



### Discussão

Perante os dados apresentados a intervenção, que 20 profissionais, consideraram de maior relevância na promoção de conforto ao doente internado na UCI reportou-se à intervenção de promover medidas de alívio da dor. Em segundo lugar ressalta a intervenção de fomentar o sono e repouso, considerada por 10 elementos. A terceira medida que 9 elementos consideraram relevante para a promoção de conforto consistiu em adequar os posicionamentos ao estado de saúde do doente.

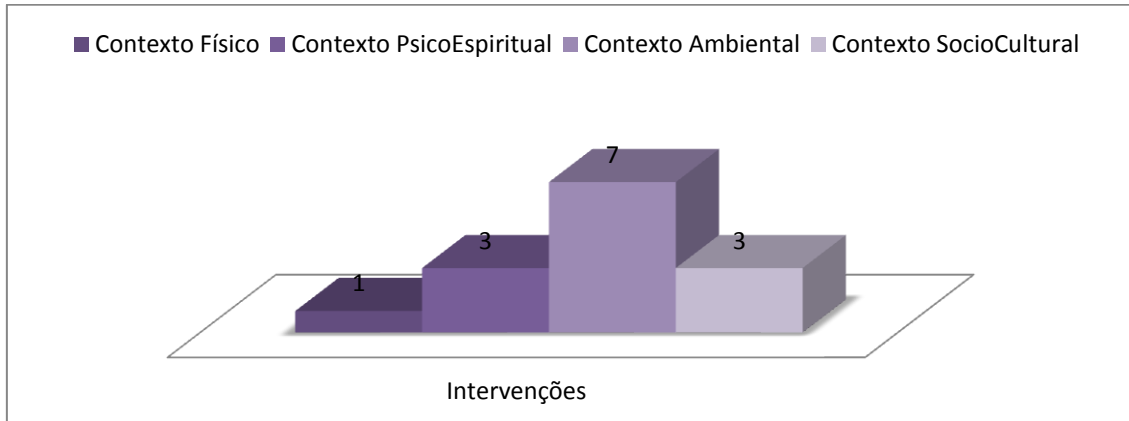
**Gráfico 7:** Intervenções consideradas de menor relevância na promoção de conforto ao doente



### Discussão

A intervenção considerada de menor relevância na promoção de conforto ao doente internado na UCI consiste na medida de implementar atividades lúdicas seguida da intervenção de permitir a permanência de objetos pessoais do doente.

**Gráfico 8:** Intervenções sugeridas em resposta aberta, atendendo ao contexto em que se enquadram, e que foram consideradas de maior relevância na promoção de conforto ao doente internado na UCI

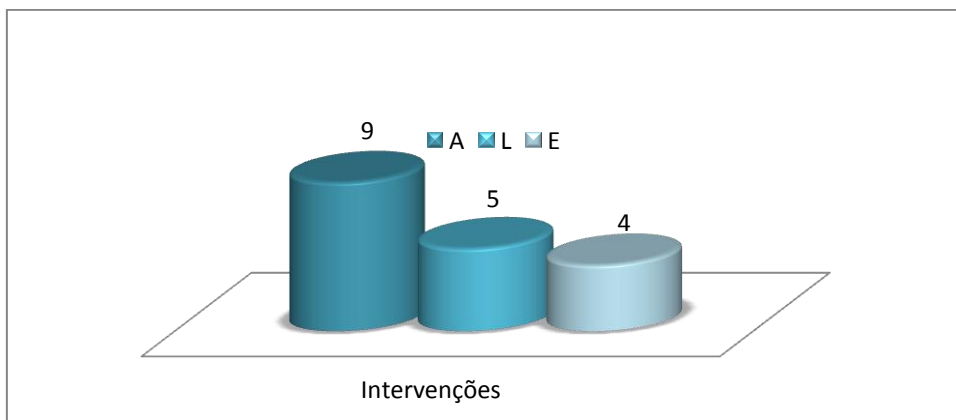


**Discussão**

Das intervenções sugeridas pelos profissionais em pergunta aberta, a maioria (7 medidas), enquadra-se no contexto ambiental, que segundo Kolcaba tem o seu foco de atenção no meio ambiente que envolve o doente. Seguidamente foram sugeridas medidas que se integram nos contextos psicoespiritual e sociocultural.

**Cuidados desenvolvidos pelos Enfermeiros para promoverem o melhor Conforto do Doente Internado na UCI atendendo às variáveis sociodemográficas**

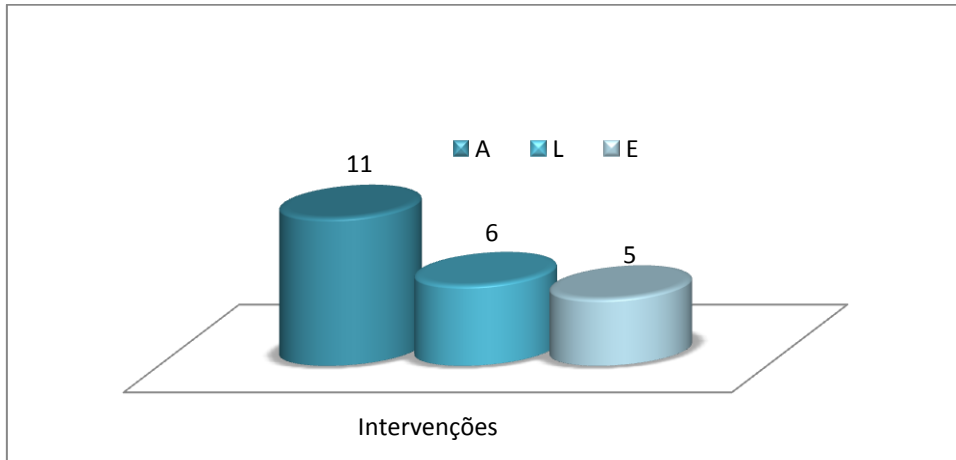
**Gráfico 9:** Intervenções consideradas de maior relevância na promoção de conforto ao doente internado na UCI, pelos enfermeiros de sexo masculino



**Discussão**

A intervenção considerada de maior relevância na promoção de conforto dentro dos elementos do sexo masculino é a de promover medidas de alívio da dor. De seguida consideram a medida de fomentar o sono e repouso do doente. A terceira medida considerada é a de adequar os posicionamentos ao estado de saúde do doente.

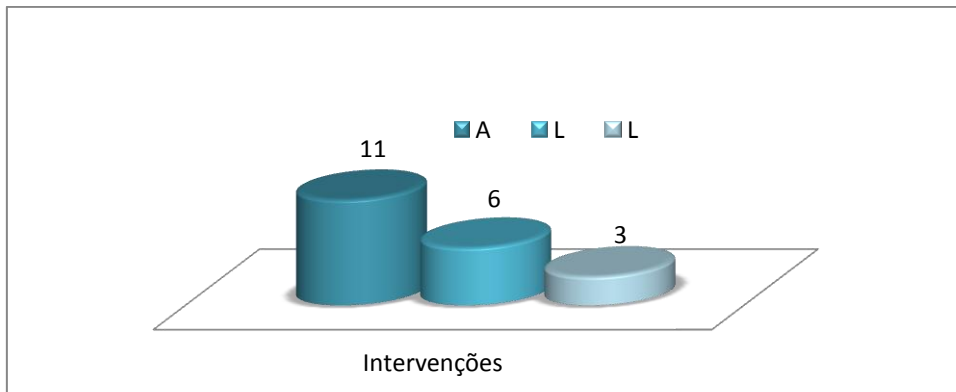
**Gráfico 10:** Intervenções consideradas de maior relevância na promoção de conforto ao doente internado na UCI, pelos enfermeiros de sexo feminino



### Discussão

Igual conclusão aos elementos do sexo masculino.

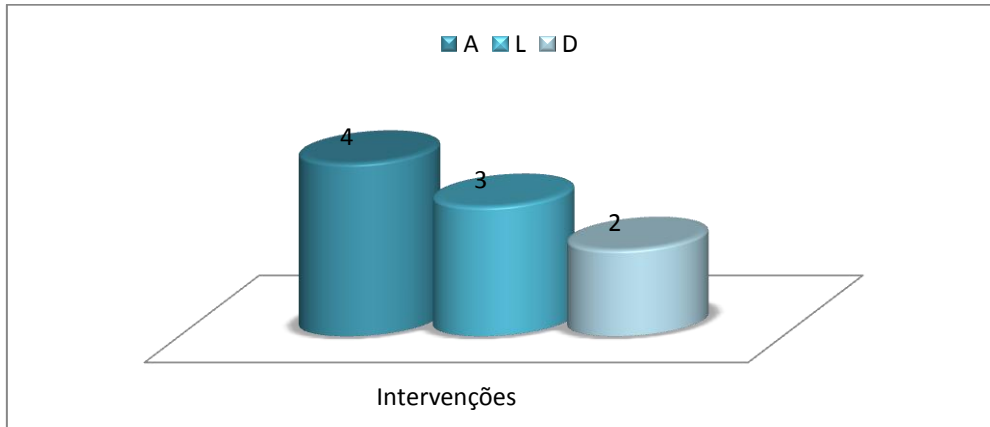
**Gráfico 11:** Intervenções consideradas de maior relevância na promoção de conforto ao doente internado na UCI, pelos enfermeiros com idades compreendidas entre 20 a 29 anos



### Discussão

Dentro da faixa etária dos 20 aos 29 anos, as intervenções consideradas de maior relevância na promoção do conforto ao doente internado na UCI consistem em promover medidas de alívio da dor e fomentar o sono e repouso do doente.

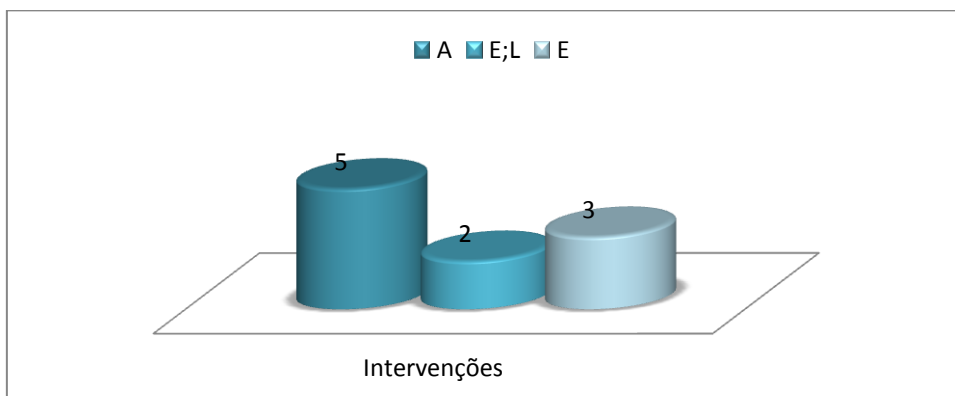
**Gráfico 12:** Intervenções consideradas de maior relevância na promoção de conforto ao doente internado na UCI, pelos enfermeiros com idades compreendidas entre 30 a 34 anos



### Discussão

Nesta faixa etária, dos 30 aos 34 anos de idade, concomitantemente com as intervenções de promover medidas de alívio da dor e fomentar o sono e repouso do doente é introduzida a intervenção de esclarecer o doente quanto ao seu estado de saúde.

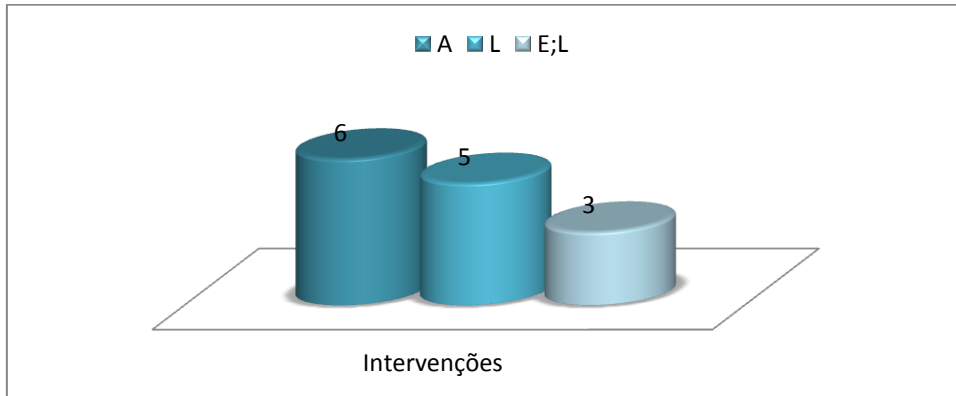
**Gráfico 13:** Intervenções consideradas de maior relevância na promoção de conforto ao doente internado na UCI, pelos enfermeiros com idades compreendidas entre 35 a 39 anos



### Discussão

As três intervenções consideradas de maior relevância na promoção de conforto do doente consistem em promover medidas de alívio da dor, fomentar o sono e repouso do doente e esclarecer o doente quanto ao seu estado de saúde, dentro dos profissionais com idades compreendidas entre os 35 e os 39 anos.

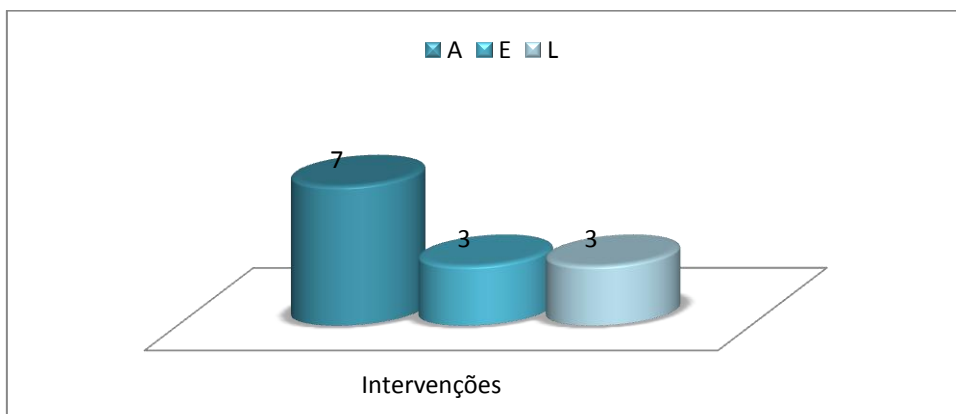
**Gráfico 14:** Intervenções consideradas de maior relevância na promoção de conforto ao doente internado na UCI, pelos enfermeiros com tempo de experiência total de 0 a 5 anos



### Discussão

As três intervenções consideradas de maior relevância na promoção de conforto do doente, pelos elementos com tempo de exercício profissional total, consistem em promover medidas de alívio da dor, fomentar o sono e repouso do doente e esclarecer o doente quanto ao seu estado de saúde.

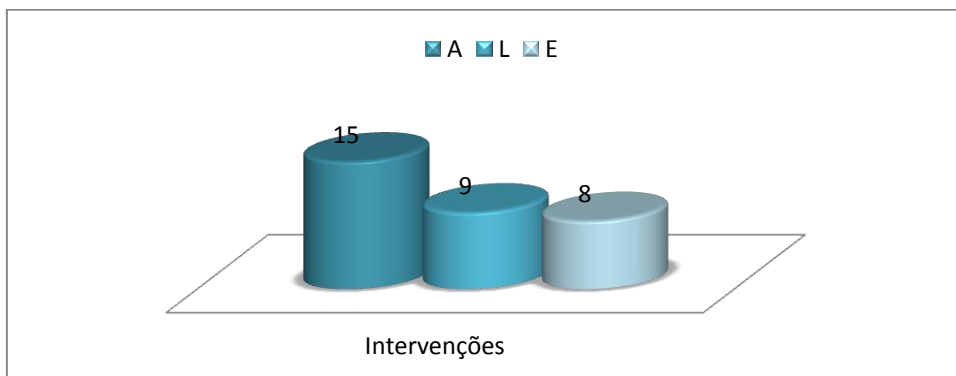
**Gráfico 15:** Intervenções consideradas de maior relevância na promoção de conforto ao doente internado na UCI, pelos enfermeiros com tempo de experiência total de 6 a 10 anos



### Discussão

Igual conclusão aos elementos cujo tempo de experiência total se insere no período dos 0 aos 5 anos.

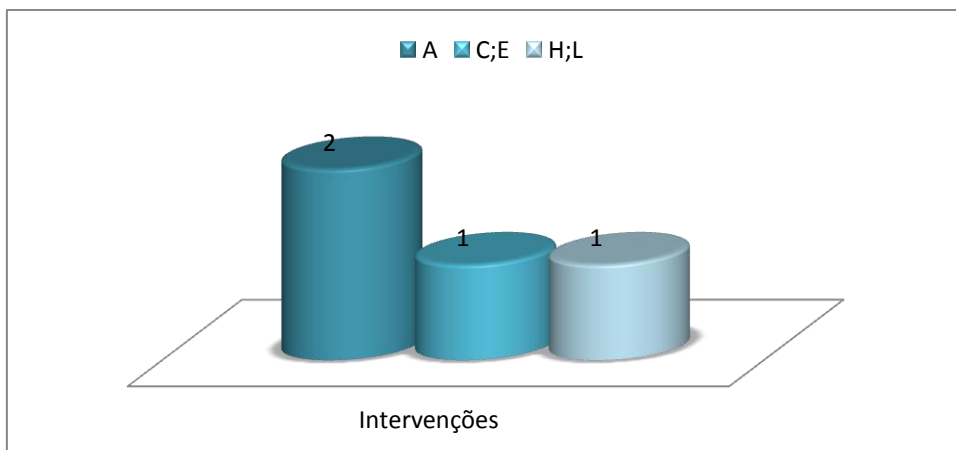
**Gráfico 16:** Intervenções consideradas de maior relevância na promoção de conforto ao doente internado na UCI, pelos enfermeiros com tempo de experiência na UCI entre os 0 a 5 anos



### Discussão

Ainda que a variável se tenha alterado a conclusão mantêm-se. Para os enfermeiros da UCI com tempo de experiência em contexto de UCI entre os 0 e os 5 anos, as intervenções que consideram mais relevantes na promoção de conforto consistem em promover medidas de alívio da dor, fomentar o sono e repouso do doente e esclarecer o doente quanto ao seu estado de saúde.

**Gráfico 17:** Intervenções consideradas de maior relevância na promoção de conforto ao doente internado na UCI, pelos enfermeiros com tempo de experiência na UCI entre os 6 a 10 anos



### Discussão

Atendendo a esta variável, tempo de experiência na UCI, são introduzidas duas intervenções que até agora não tinham sido consideradas. Assim, para além das intervenções de promover medidas de alívio da dor, fomentar o sono e repouso do doente e adequar os posicionamentos ao estado de saúde do doente são consideradas, também, as intervenções de fomentar a visita de amigos do doente e controlar a temperatura corporal do doente.

---

## Conclusão Final

Com este estudo pude conhecer e caracterizar a equipa de enfermagem que integra a equipa multidisciplinar da UCI. Em termos sociodemográficos a equipa é constituída na sua maioria por elementos do sexo feminino com idades compreendidas entre 20 e os 29 anos, o que vai de encontro aos dados apresentados pela Ordem dos Enfermeiros (OE), em que estatisticamente se conclui que até 2011, dos 64 535 enfermeiros inscritos na OE cerca de 52 471 eram do sexo feminino. Outra característica que ressalta deste estudo e que define a equipa de enfermagem da UCI traduz-se na particularidade de ser constituída por elementos que possuem um tempo de experiência em contexto de UCI igual ou inferior aos 5 anos.

Analisando as intervenções consideradas relevantes pelos enfermeiros da UCI na promoção de conforto do doente internado na UCI destacam-se as intervenções de promover medidas de alívio da dor, sendo esta considerada a de maior relevância, fomentar o sono e repouso do doente e adequar os posicionamentos ao estado de saúde do doente. Perante esta conclusão posso afirmar que, os contextos físico e ambiental são predispostos a um maior foco de atenção pelos enfermeiros na promoção do conforto, podendo este dado ser alvo de outro estudo de investigação. Um aspeto que considerei relevante neste estudo confluiu no fator de que uma maior experiência profissional abarca outras considerações na promoção do conforto, nomeadamente o esclarecimento do estado de saúde ao doente. Suportando-me em FONTES e FERREIRA “a experiência profissional vai facilitar a comunicação” (2009, p.37).

A qualidade dos cuidados é alcançada pela visão holística do doente, a quem são dirigidos cuidados individualizados e humanizados e que requerem uma intervenção da esfera dos vários elementos do Cuidar. Entre eles, destaca-se o conforto, que segundo MUSSI (2005, p.79/80), “é um dos principais critérios que o doente tem em conta na avaliação da qualidade de um bom enfermeiro”.

---

## Bibliografia

APÓSTOLO, João Luís Alves – O Conforto nas Teorias de Enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. Revista Referência. [Em linha]. Coimbra. II Série, nº 9 (Março 2009). [Consultado em 2011-06-05] Disponível em WWW:<URL:www.esenfc.pt>. ISSN 0874-0283.

FONTES, Ana Isabel Costa; FERREIRA, Andreia Cristina Oliveira Santos – Do outro lado da porta...falar com a família numa unidade de cuidados intensivos. Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. 85 (Julho 2009), p. 33-38.

KOLCABA, Katharine – Comfort Theory and Practice. [Em linha]. New York: Springer, 2003. 050607/654 [Consultado em: 2012-01-07] Disponível em WWW:<URL:http://books.google.pt/books?id=tCKJbUrMjscC&printsec=frontcover&dq=theory+kolcaba&hl=pt-PT&ei=BowIT4jpF5SZhQeQg6yUCQ&sa=X&oi=book\_result&ct=book-thumbnail&resnum=1&ved=0CDAQ6wEwAA#v=onepage&q=theory%20kolcaba&f=false>.

MUSSI, Fernanda Carneiro – Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. Acta Paul. Enferm. [Em linha]. 2005, p. 72-81 [Consultado em 2011-10-06] Disponível em WWW:<URL:www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a10v18n1.pdf>.

NIGHTINGALE, Florence – Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-92-4. 201p.

OLIVEIRA, Célia; LOPES, Manuel – Construir Laços de confiança e Promover o Conforto. Pensar Enfermagem. [Em linha]. Lisboa. Vol.14, nº1 (1º Semestre 2010), p.67-74. [Consultado em 2012-01-07] Disponível em WWW:<URL:http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010\_14\_1\_67-74(1).pdf>. ISSN 0873-8904.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Dados Estatísticos 2011. [Em linha] [Consultado em 2012-02-15] Disponível em WWW:URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Paginas/default.aspx>.



**Apêndice VIII – Humanização da Sala de Espera**  
– Citação de Gandhi

## *Acredita em Ti Mesmo*

*O homem converte-se aos poucos  
naquilo que acredita poder vir a ser.*

*Se me repetir incessantemente a mim  
mesmo que sou incapaz de fazer  
determinada coisa, é possível que isso  
acabe finalmente por se tornar verdade.*

*Pelo contrário, se acreditar que a posso  
fazer, acabarei garantidamente por  
adquirir a capacidade para a fazer, ainda  
que não a tenha num primeiro momento.*

*Mohandas Gandhi, in 'The Words of Gandhi*



**Apêndice IX – Poster**  
“Unidade de Cuidados Intensivos”

# Unidade de Cuidados Intensivos

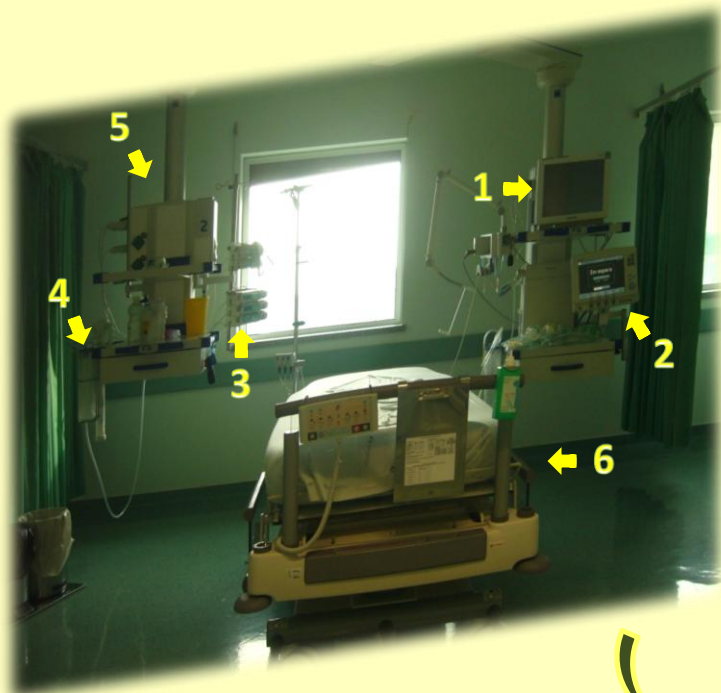
A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Cuidados Intermédios “dedica-se à prestação de cuidados a pessoas em situação crítica, com risco de / ou falência das funções vitais. Exige, por isso, uma capacidade de resposta imediata e rigorosa”<sup>1</sup>.

Atendendo à especificidade dos cuidados prestados, este Poster, visa apresentar os equipamentos existentes em cada unidade do doente, bem como, envolver a família em boas práticas de cuidados e, assim, contribuir para o melhor acolhimento, humanização e bem-estar dos familiares dos doentes internados nesta unidade.

A pesquisa bibliográfica, bem como, a reflexão na e sobre a prática, constituíram a metodologia de elaboração deste poster.

## Doente Crítico

“Aquele cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”<sup>2</sup>.



## Equipamentos<sup>3</sup>:

**1 - Monitor Cardíaco :** Necessário para monitorizar/ vigiar parâmetros vitais: os batimentos cardíacos, a frequência respiratória e a pressão arterial.

**2 - Ventilador:** Dispositivo mecânico que auxilia ou garante a respiração do doente.

**3 - Bombas Infusoras:** Permitem a administração contínua e rigorosa de soros e de terapêutica endovenosa.

**4 - Sistema de aspiração:** Possibilita a aspiração de secreções do doente.

**5 - Braços de suporte e armários:** Armazenam o material descartável. Contêm também tomadas eléctricas para ligar os equipamentos, assim como, terminais de saída de oxigénio, ar comprimido e de vácuo.

**6 - Cama articulada:** Facilita a alternância de mobilizações do doente através da possibilidade de elevação ou não de planos do leito.

## Ao visitar o seu familiar<sup>3</sup>:

- ❖ Higienize as mãos, antes e após contactar com o seu familiar » Contribui para prevenir o risco de infecção associada a cuidados de saúde;
- ❖ Fale com um tom suave e sereno » Ainda que o seu familiar não possa responder poderá ouvi-lo;
- ❖ Toque e acarinie o seu familiar » Transmitir-lhe-á segurança e confiança;
- ❖ Traga música para o seu familiar ouvir ou, um livro para lhe ler » Se for do interesse do seu familiar e se o seu estado de saúde o permitir, promoverá melhor conforto e bem-estar;
- ❖ Se existir algum objecto pessoal (significativo para o doente), poderá trazê-lo para a sua unidade (após validação com o enfermeiro responsável pelo seu familiar);
- ❖ Se se encontrar ansioso ou nervoso devido à situação clínica do seu familiar, não hesite em solicitar ajuda a um enfermeiro desta UCI;
- ❖ Esclareça todas as suas dúvidas, receios e medos com o enfermeiro responsável pelo seu familiar » Conduzirá à sua melhor tranquilidade e conforto;
- ❖ Diminua ou retire o som do seu telemóvel, contribuirá para um ambiente mais calmo e harmonioso!

Uma das competências atribuídas ao enfermeiro especialista consiste em “cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”<sup>2</sup>. O desenvolvimento de uma comunicação eficaz e uma adequada gestão da ansiedade e do medo através do ensino da função dos diversos equipamentos e dos comportamentos que devem ser adoptados promovem a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados ao doente internado na Unidade de Cuidados Intensivos.

**Bibliografia:** <sup>1</sup> HPP Hospital de Cascais Cuidados Intensivos. [Consultado em 2011-11-04] Disponível em <http://www.hppcascais.pt/pt/Cuidamos/Paginas/cuidadosintensivos.aspx>

<sup>2</sup> - REGULAMENTO nº 124/2011 de 18 de Fevereiro, que se pronuncia sobre as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

<sup>3</sup> - APONTAMENTOS tirados nas aulas de **Enfermagem Médico-Cirúrgica II - Módulo I Cuidados Intensivos**, dados pelas Professoras Isabel Rabiais e Ilda Lourenço, no 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de natureza profissional, na Universidade Católica Portuguesa, Fevereiro/Abril 2011.

**Elaborado por:** Carla Afonso, Aluna do 4º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. **Sob orientação:** Prof. Ilda Lourenço e Enf.º Filipe Pires



**Apêndice X – Plano da Sessão de Formação**  
**“O Conforto do Doente na UCI”**

## Sessão de Formação

<b>Designação da Acção de Formação</b>	<b>O Conforto do Doente na UCI</b>		
<b>Caracterização da Formação</b>	Inicial		
<b>Objectivos</b>	<p>No final da sessão os formandos deverão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Promover cuidados de enfermagem que atendam ao melhor conforto ao doente internado na UCI</li> <li>Reflectir em torno do enquadramento teórico do conforto na história da enfermagem</li> <li>Reconhecer os contextos de conforto, segundo a Teoria de Kolcaba</li> <li>Melhorar práticas que proporcionam conforto</li> <li>Promover intervenções/estratégias/cuidados que uniformizem práticas e que conduzam ao melhor conforto do doente internado na UCI</li> </ul>		
<b>Competências a adquirir</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>“Desenvolver uma prática profissional e ética;</li> <li>Gerir, de forma apropriada práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do doente;</li> <li>Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro;</li> <li>Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo;</li> <li>Gerir a dor e o bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas</li> <li>Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante o doente e família em situação crítica ou falência orgânica.”<sup>1</sup></li> </ul>		
<b>Conteúdo programático</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definição de conforto</li> <li>Descrição dos contextos que envolvem o conforto segundo K. Kolcaba</li> <li>Identificação dos factores que limitam o conforto ou levam ao desconforto</li> <li>Motivação para comportamentos e cuidados que conduzam ao melhor conforto do doente internado na UCI</li> </ul>		
<b>Destinatários</b>	Equipa Multidisciplinar da UCI do HPP Cascais		
<b>Formadora</b>	Enf. <sup>ª</sup> Carla Afonso, aluna do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação da Prof. Ilda Lourenço e do Enf. <sup>º</sup> Coordenador da UCI - Filipe Pires		
<b>Método e Meio Pedagógicos</b>	Expositivo e Participativo		
<b>Indicador de Avaliação</b>	Qualitativa com recurso a Questionário Final		
<b>Datas</b>	17 de Novembro de 2011		
<b>Horário</b>	17h30min	<b>Duração</b>	30 minutos
<b>Local</b>	Sala de Formação da UCI		

<sup>1</sup> UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – Regulamento Geral – Mestrado em Enfermagem de natureza profissional. 2007. 14 p.  
REGULAMENTO nº 124/2011 de 18 de Fevereiro, que se pronuncia sobre as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica



**Apêndice XI – Sessão de Formação**  
**“ O Conforto do Doente na UCI”**



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



# Conforto do Doente na UCI

Por Carla Afonso  
Sob Orientação da Prof. Ilda Lourenço  
16 de Novembro de 2011



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



## OBJECTIVO GERAL

“Promover cuidados de enfermagem que atendam ao melhor Conforto ao Doente Internado na UCI”.

## OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Reflectir em torno do enquadramento teórico do conforto na história da enfermagem
- Reconhecer os contextos de conforto, segundo a Teoria de Kolcaba
- Melhorar práticas que proporcionam conforto
- Promover intervenções / estratégias / cuidados que uniformizem práticas e que conduzam ao melhor conforto do doente internado na UCI



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



## COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR:

- “Desenvolver uma prática profissional e ética;
- Gerir, de forma apropriada práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do doente;
- Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro;
- Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo;
- Gerir a dor e o bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, optimizando as respostas;
- Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante o doente e família em situação crítica ou falência orgânica”.

(Regulamento Geral UCP , 2007, p.8,  
Regulamento n.º 122/2011 e  
Regulamento n.º 124/2011)



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



## Doente Crítico

“Aquele cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.”

( Regulamento n.º 124/2011)

## Cuidados de Enfermagem

“Cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua (...), como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

(Regulamento n.º 124/2011)



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



## CONFORTO

- 1- Acto ou efeito de confortar
- 2- Comodidade
- 3- Bem-estar
- 4- Auxílio, consolo nas aflições

(Infopédia, 2011)



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



## ENQUADRAMENTO HISTÓRICO

### ❖ Conforto

Elemento dos cuidados de enfermagem e está vinculado à sua origem e desenvolvimento

### ❖ Referência Bibliográfica

“este ou aquele desconforto...”; “Para conforto do doente...”; “O alívio e o conforto...”;



Florence Nightingale  
In “Notas sobre Enfermagem” (2005, p. 21, p. 117; p.132)



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



## ENQUADRAMENTO HISTÓRICO

❖ **McIlveenn e Morse (1995) definem 3 períodos:**

1900 – 1929: Conforto como foco central e imperativo de enfermagem

1930 – 1959: Conforto como estratégia para alcançar os aspectos fundamentais dos cuidados de enfermagem

1960 – 1989: Conforto como objectivo menor em detrimento dos cuidados físicos



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



## ENQUADRAMENTO HISTÓRICO

❖ **2.ª Metade do séc. XX** – Foco no desconforto  
Conforto – último estado de saúde e objectivo de enfermagem

❖ **Teóricas e Autoras que estudaram o Conforto:**

- Calista Roy
- Hildegard Peplau
- Jean Watson
- Madeleine Leininger
- Josephine Paterson
- Loretta Zderad
- Janice Morse
- Katharine Kolcaba

} Destacam-se pela profundidade do seu trabalho na área do conforto



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



## CONFORTO, SEGUNDO MORSE



Conforto é um acto complexo

### Objectivos:

- Aliviar o desconforto dos doentes e ajudá-los a suportar a sua dor
- Ajudar o doente a manter-se com saúde, ainda que tenha de suportar algum desconforto

“Considera o conforto como a denominação para estado final das acções terapêuticas de enfermagem (...) podendo ser considerado como um estado último de saúde”

( APÓSTOLO, 2009, p. 66)



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



## CONFORTO, SEGUNDO KOLCABA

“Estado resultante das intervenções de enfermagem para aliviar ou eliminar o *distresse*.

É um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência.”

(Kolcaba *In* Apóstolo, 2009, p. 67)



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



## CONFORTO, SEGUNDO KOLCABA

Engloba três estados:

- **Tranquilidade** – Estado de calma ou satisfação
- **Alívio** – Estado de ter um desconforto específico aliviado / satisfação de uma necessidade
- **Transcendência** – Estado no qual alguém está acima dos problemas ou dor, i.e, cada pessoa sente que tem competências para planear e controlar o seu destino ou resolver os seus problemas.

(Kolcaba *In* Apóstolo, 2009, p. 66)



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



## CONFORTO, SEGUNDO KOLCABA

Desenvolve-se em quatro contextos:

- **Contexto Físico** – Sensações corporais
- **Contexto Psicoespiritual** – consciência de si, incluindo a auto-estima e o auto-conceito, sexualidade e sentido de vida
- **Contexto Sociocultural** – Relações interpessoais, familiares e sociais
- **Contexto Ambiental** – Cenário externo, envolve a luz, barulho, equipamento (mobiliário), cor, temperatura e elementos naturais ou artificiais do meio

(Kolcaba, 2003, p.11 a 13)



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



## CONTEXTO FÍSICO

- Alívio da dor
- Administração terapêutica
- Manutenção da homeostasia
- Posicionamento
- Toque Terapêutico



## CONTEXTO PSICOESPIRITUAL

- Auto-estima
- Motivar independência
- Técnicas de relaxamento
- Cuidados com imagem [auto-imagem/auto-estima]
- Práticas religiosas



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



## CONTEXTO AMBIENTAL

- Temperatura
- Ruído
- Cor
- Iluminação
- Sono e repouso
- Paisagem



## CONTEXTO SOCIOCULTURAL

- Actividades lúdicas
- Música
- Leitura
- Visitas da família e amigos





Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



# Questionários

N - 39 Enfermeiros

n - 33 → 25 questionários



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

HPP HOSPITAL DE CASCAIS

Unidade de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Carla Afonso

QUESTIONÁRIO

1. Características Sociodemográficas

SEXO:	MAIORES IDADES ACADÉMICAS:	TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL:
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Bacharelato	Total _____
	<input type="checkbox"/> Licenciatura	Na UC _____
	<input type="checkbox"/> Especialidade	

2. As 12 afirmações que se seguem correspondem a intervenções que pretende promover o melhor conforto do doente internado na UC.

Por favor, CHEGUE as 12 afirmações tendo em conta a relevância que atribui a cada uma. Para tal, classifique as afirmações a cada afirmação um número (de 1 a 3), sem recorrer a nenhuma das seguintes alternativas a que, é correspondente à intervenção que pretende melhor avaliar, a 2, e que considero ter menor relevância para a promoção do conforto do doente internado na UC.

a) Promover medidas de alívio de dor \_\_\_\_\_

b) Permitir a permanência de objectos pessoais do doente \_\_\_\_\_

c) Fomentar a visita de amigos do doente \_\_\_\_\_

d) Esclarecer o doente quanto ao seu estado de saúde \_\_\_\_\_

e) Adequar os posicionamentos ao estado de saúde do doente \_\_\_\_\_

f) Atender às práticas religiosas do doente \_\_\_\_\_

g) Implementar actividades lúdicas \_\_\_\_\_

h) Controlar a temperatura corporal do doente \_\_\_\_\_

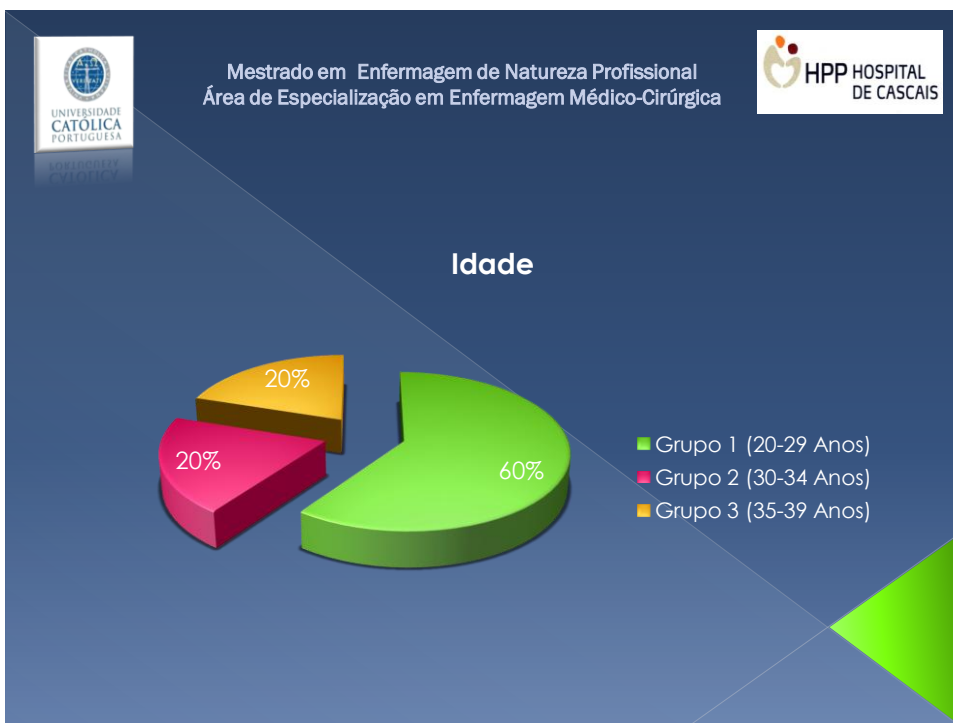
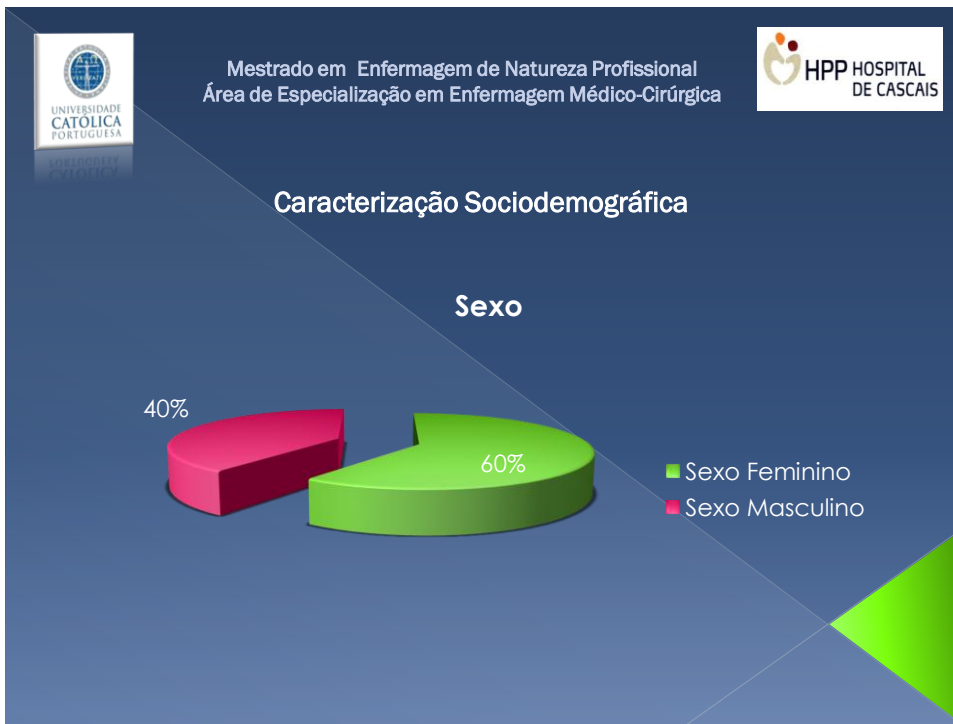
i) Evitar a luz directa nos olhos do doente \_\_\_\_\_

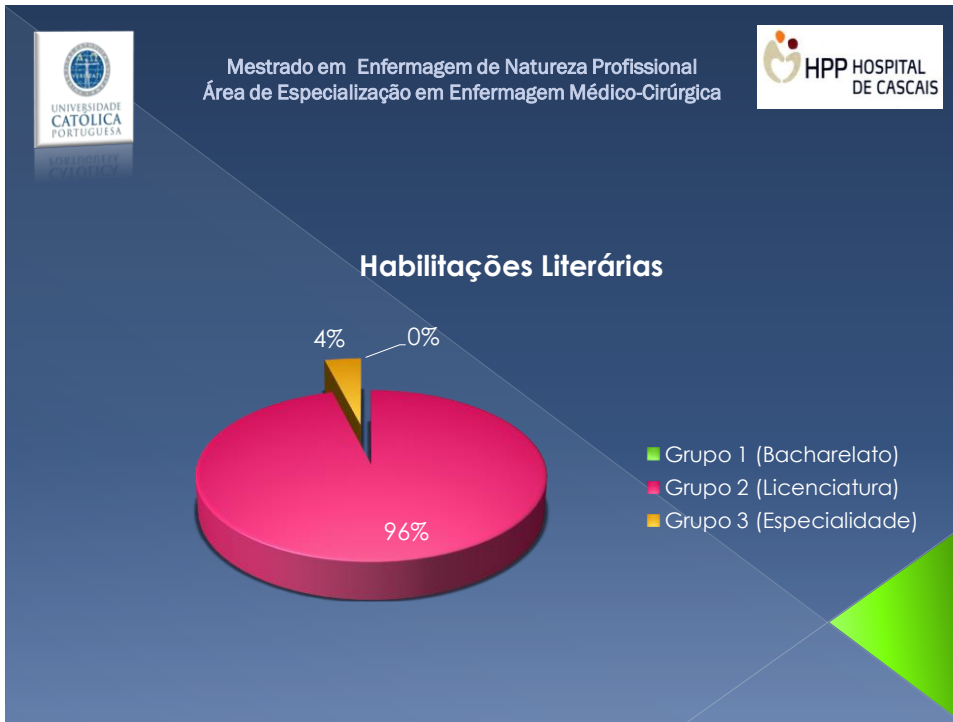
j) Promover o toque ao doente \_\_\_\_\_

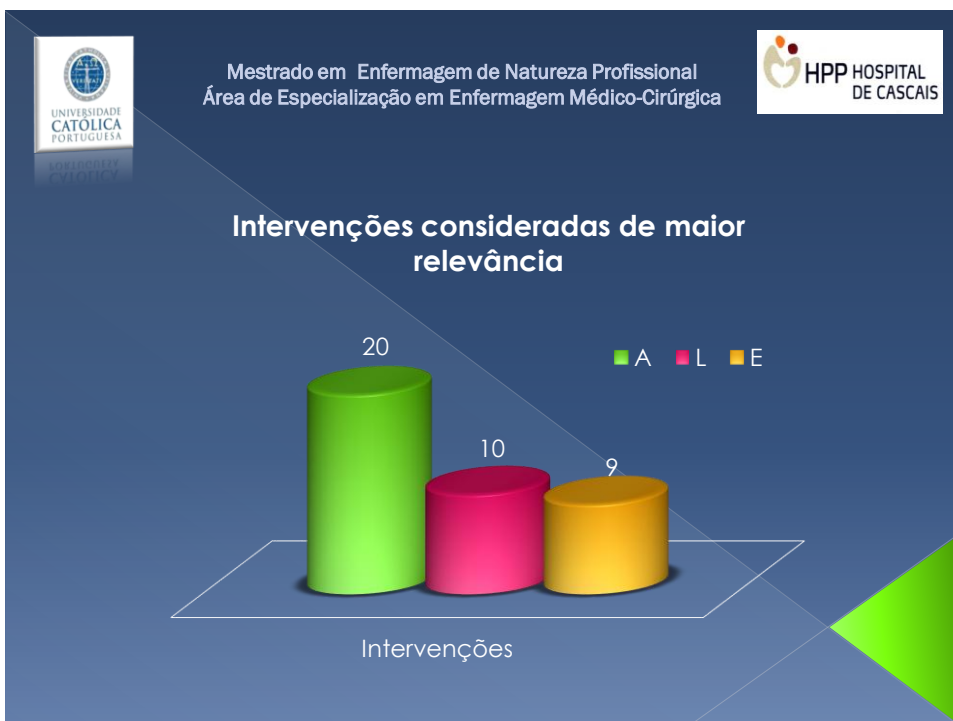
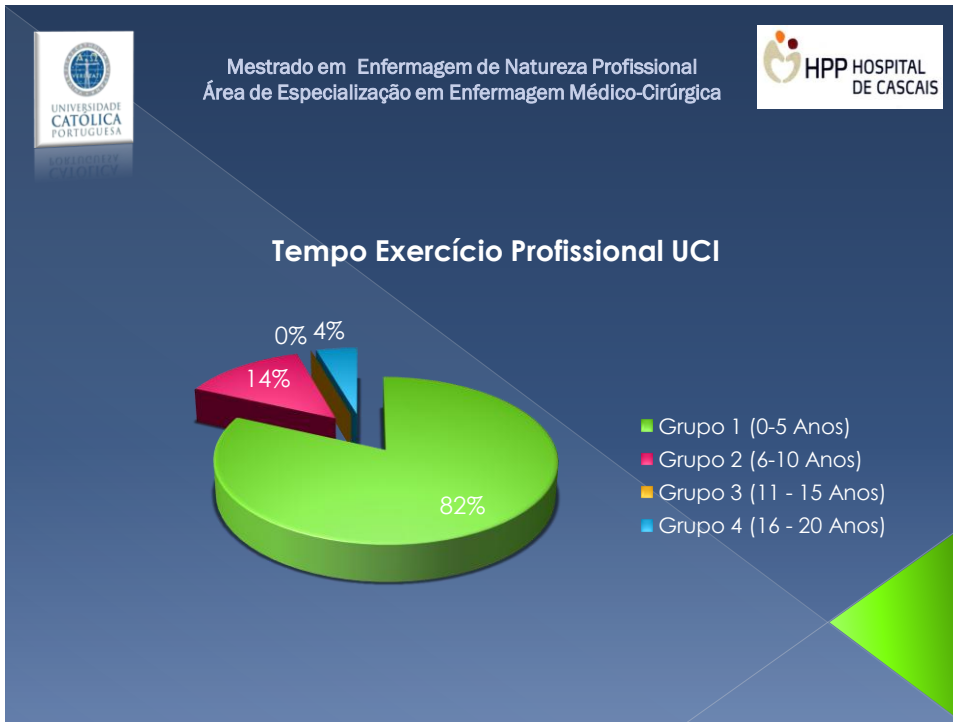
k) Executar técnicas de relaxamento \_\_\_\_\_

l) Fomentar o sono e repouso do doente \_\_\_\_\_

- a) Promover medidas de alívio de dor
- b) Permitir a permanência de objectos pessoais do doente
- c) Fomentar a visita de amigos do doente
- d) Esclarecer o doente quanto ao seu estado de saúde
- e) Adequar os posicionamentos ao estado de saúde do doente
- f) Atender às práticas religiosas do doente
- g) Implementar actividades lúdicas
- h) Controlar a temperatura corporal do doente
- i) Evitar a luz directa nos olhos do doente
- j) Promover o toque ao doente
- k) Executar técnicas de relaxamento
- l) Fomentar o sono e repouso do doente









Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
 Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



### Intervenções consideradas de menor relevância

■ B ■ G ■ G



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
 Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



### Intervenções consideradas de maior relevância (Sexo Masculino)

■ A ■ L ■ E



### Intervenções consideradas de maior relevância (Sexo Feminino)

■ A ■ L ■ E





Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
 Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



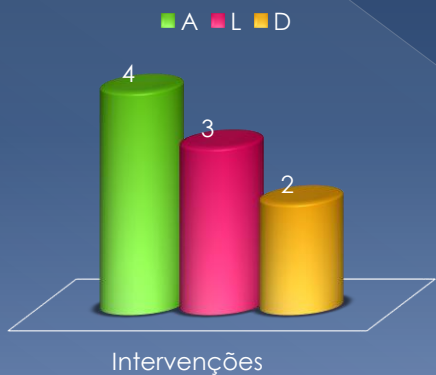
### Intervenções consideradas de maior relevância (Idade Grupo I)



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
 Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

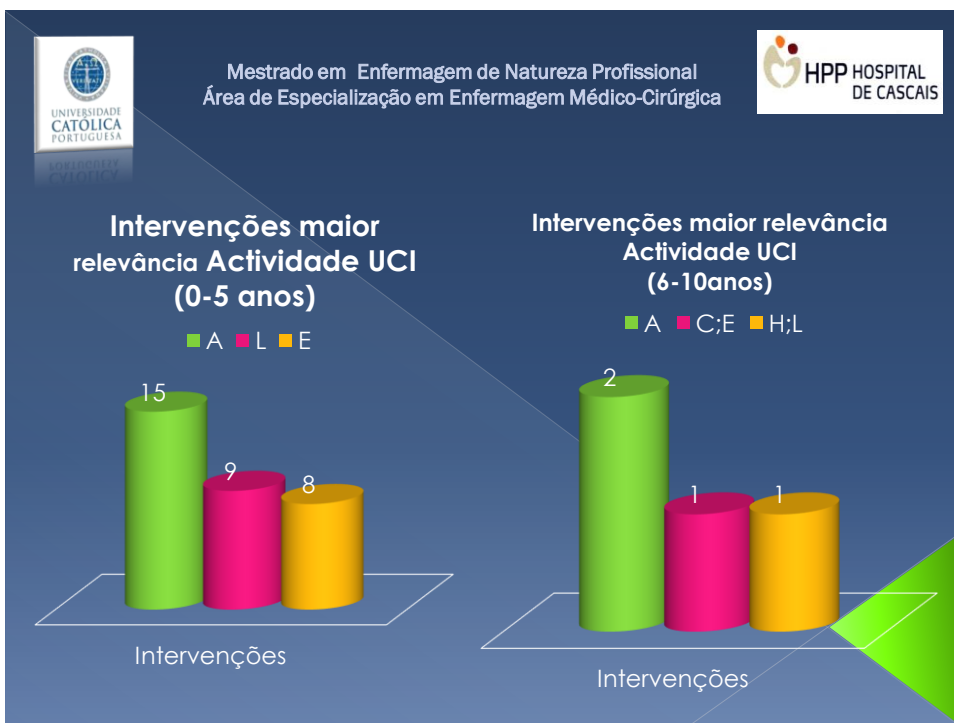
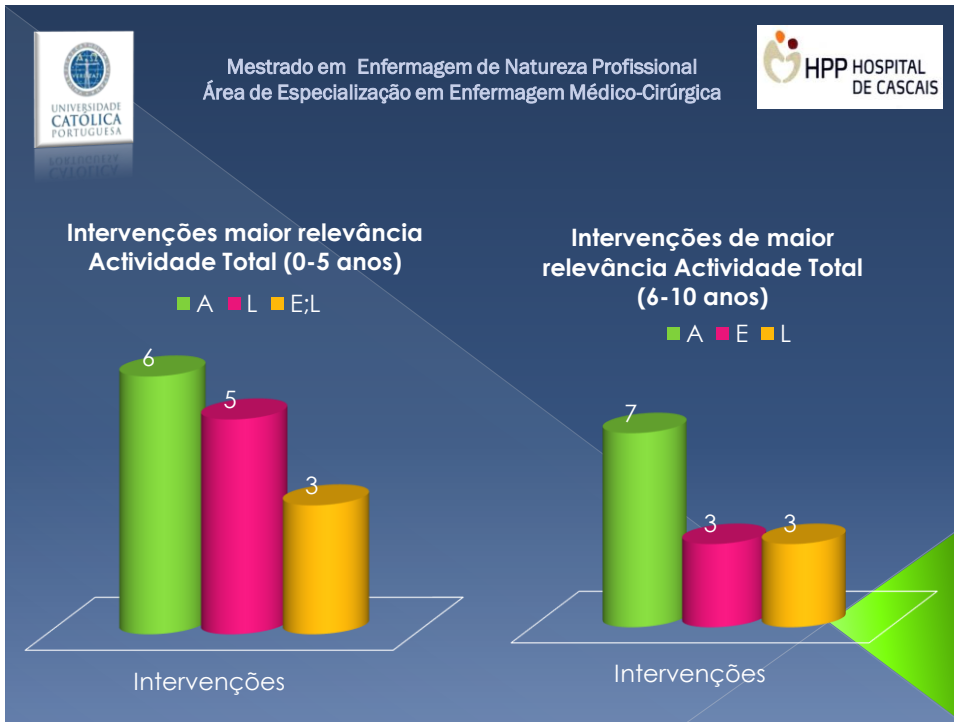


### Intervenções consideradas de maior relevância (Idade Grupo II)



### Intervenções consideradas de maior relevância (Idade Grupo III)





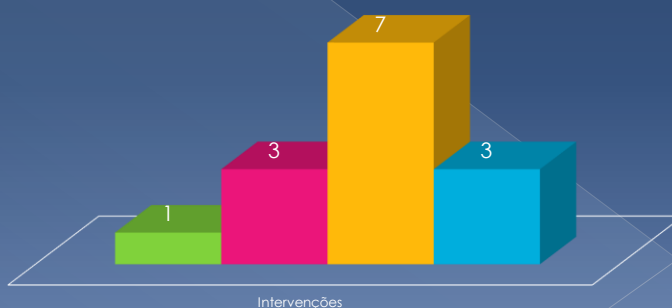


Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



## Intervenções Sugeridas

■ Contexto Físico      ■ Contexto PsicoEspiritual  
■ Contexto Ambiental      ■ Contexto SocioCultural



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



## CONCLUSÃO

- O conforto é a experiência de sentir que, todas as necessidades básicas estão satisfeitas.
- O conforto foi desde sempre uma preocupação nos cuidados de enfermagem, tendo sido alvo de atenção por diversas teóricas e autoras ao longo da história.
- As teorias de maior consagração são as de Morse e Kolcaba, pela profundidade que cada uma aplica na temática do conforto .
- Para Kolcaba, o conforto engloba três estados - tranquilidade, alívio e transcendência e, quatro contextos - físico, sociocultural, psicoespiritual e ambiental.
- Criar ambiente terapêutico proporciona bem-estar/felicidade ao doente e melhora a qualidade em cuidados de saúde.



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



Ainda que haja pouca literatura que explique o que provoca conforto ou desconforto, o conforto é um dos principais critérios que o doente tem em conta na avaliação da qualidade de um bom enfermeiro.



(MUSSI, 2005, p. 79/80)



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



## BIBLIOGRAFIA

- APÓSTOLO, João Luís Alves – O Conforto nas Teorias de Enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. Revista Referência. Coimbra, II Série, nº 9 (Março 2009). [Consultado em 2011-06-05] Disponível em: [www.esenfc.pt](http://www.esenfc.pt)
- Dicionário da Língua Portuguesa. [Consultado em 2011-06-13] Disponível em: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa-ao/comforto>
- KOLCABA, Katharine – *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company, 2003, 265p. ISBN 0-8261-1663-7 [Consultado em 2011-06-10] Disponível em: [http://books.google.com/books?hl=ptPT&id=nduGie\\_ouQkC&q=ambiental+context#v=onepage&q=ambiental%20context&f=false](http://books.google.com/books?hl=ptPT&id=nduGie_ouQkC&q=ambiental+context#v=onepage&q=ambiental%20context&f=false)
- MUSSI, Fernanda Carneiro – Conforto: Revisão de Literatura. Rev. Esc. Enf. USP, vol. 30, nº2 (Agosto 1996), p. 254-66. [Consultado em 2011-06-05] Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/344.pdf>
- MUSSI, Fernanda Carneiro – Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. Acta Paul. Enferm. 2005, p. 72-81 [Consultado em 2011-10-06] Disponível em: [www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a10v18n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a10v18n1.pdf)
- OLIVEIRA, Célia Simão de - O Cuidado Confortador à Pessoa Idosa Hospitalizada. Lisboa: Universidade de Lisboa, 15f. Programa de doutoramento em Enfermagem. Revisão Sistémica da Literatura [Consultado em 2011-06-10] Disponível em: <http://www.ucl.pt/pls/portal/docs/1/240131.PDF>
- REGULAMENTO nº 122/2011 de 18 de Fevereiro, que se pronuncia sobre as **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**
- REGULAMENTO nº 124/2011 de 18 de Fevereiro, que se pronuncia sobre as **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – Regulamento Geral - Mestrado em Enfermagem, Natureza Profissional. Lisboa: UCP- ICS/ESPS, 2007 14p.



**Apêndice XII – Questionário de Avaliação  
da Sessão de Formação  
“ O Conforto do Doente na UCI”**

## Avaliação da Acção de Formação

### “O Conforto do Doente na UCI”

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Com este questionário pretendo conhecer a sua avaliação sobre a Sessão de Formação ministrada.

Na Escala de *Likert*, que se segue, seleccione a pontuação que melhor reflecte a sua opinião em torno da temática abordada, não esquecendo que, 1 traduz uma avaliação de qualidade Insuficiente e 5, uma avaliação qualitativa de Excelente.

(Este questionário é anónimo).

	1 Insuficiente	2 A Melhorar	3 Bom	4 Muito Bom	5 Excelente
<b>1. Sessão de Formação</b>					
1.1 - Objectivos da formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 - Interesse dos conteúdos abordados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 - Utilidade da Sessão de Formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 - Tempo de duração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 - Opinião global sobre a Sessão de Formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 - Recomendação da formação a outros formandos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
	Insuficiente	A Melhorar	Bom	Muito Bom	Excelente

## 2. Perfil de Competências da Formadora

2.1 – Habilidades de comunicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 – Domínio dos conteúdos temáticos apresentados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 - Competências de motivação do grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 – Competências de liderança do grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. Preparação e Organização da Acção

3.1 – Informação prévia sobre o tema da sessão de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 – Instalações e Meios Audiovisuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 – Disponibilização / adequação de “Fundamentação / Material Teórico”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Caso pretenda acrescentar algum comentário ou sugestão sobre a Sessão de Formação em apreço, não hesite em o fazer:**

---



---



---

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!**