



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

COMUNICAR EM ENFERMAGEM

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Rafael Ferreira Valente (192014006)

Lisboa, 2016



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

COMUNICAR EM ENFERMAGEM

COMMUNICATE IN NURSING

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Rafael Ferreira Valente (192014006)

Sob orientação de Prof. Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, 2016

*“Quando se viaja em direção a um objetivo é muito
Importante prestar atenção ao caminho. O caminho
É que nos ensina sempre a melhor maneira de chegar,
E enriquece-nos, enquanto o cruzamos (...).”*

PAULO COELHO

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste relatório foram diversos os intervenientes que contribuíram direta e indiretamente, os quais merecem todo o meu reconhecimento e agradecimento.

Agradeço à Professora Patrícia Pontífice Sousa por toda a sua dedicação e disponibilidade demonstrada ao longo dos estágios, e orientação durante a realização deste relatório.

Às Enfermeiras Sofia Pereira, Andreia Sampaio e Inês Argêncio pela boa receção e partilha de conhecimentos técnicos, científicos e relacionais, ao longo dos estágios.

Aos meus colegas da especialidades pela de partilha de conhecimentos e pelos momentos convívio.

Finalmente, e com muita estima, agradeço aos meus pais, namorada e família por toda a compreensão, motivação, incentivo e apoio incondicional, imprescindíveis para a realização deste trabalho e de todo o meu percurso no Mestrado.

Dedico a todos este trabalho!

RESUMO

Este relatório pretende demonstrar de forma, crítica e reflexiva, as competências adquiridas ao longo dos estágios, e a sua importância no desempenho de funções enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No decorrer dos estágios, prestaram-se cuidados especializados ao doente/família em situação crítica, fomentou-se a formação em serviço, sublinhando a importância da adoção de corretas estratégias na comunicação entre Enfermeiro e doente submetido a ventilação mecânica invasiva, promovendo o conforto dos doentes hospitalizados.

O Estágio referente ao Módulo I foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos na periferia de Lisboa, permitindo mobilizar e adquirir conhecimentos e competências na área de prestação de cuidados ao doente/família em situação crítica.

O Estágio alusivo ao Módulo II decorreu no Serviço de Urgência de outro hospital em Lisboa, permitindo mobilizar e adquirir conhecimentos e competências na área nos cuidados prestados ao doente crítico nos diferentes contextos de urgência.

Ao Módulo III correspondeu um estágio opcional que incidiu sobre Enfermagem no perioperatório, no bloco operatório, permitindo-me mobilizar e adquirir conhecimentos e competências ao doente/ família no período perioperatório.

Durante a realização dos três módulos dos estágios, emergiu a importância contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem relacionados com o processo de comunicação entre Enfermeiro e doente submetido a ventilação mecânica invasiva, sendo este o tema principal deste relatório de estágio.

Descritores: Competências, Pessoa em Situação Crítica; Enfermagem Médico-Cirúrgica, Comunicação

ABSTRACT

This report aims to demonstrate, critical and reflective, the skills acquired over the stage, and its importance in the performance of duties as Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing.

During the internships, paid to specialist care the patient/family in a critical situation, promoted the formation in service, stressing the importance of adopting right strategies in communication between nurse and patient undergoing invasive mechanical ventilation, promoting comfort hospital patients.

Stage referring to Module I was conducted at the Intensive Care Unit on the outskirts of Lisbon, allowing mobilize and acquire knowledge and skills in the area of care of the patient/family in critical situation.

The allusive stage to Module II took place in the emergency department of another hospital in Lisbon, allowing mobilize and acquire knowledge and skills in the care provided to critically ill patients in different emergency contexts.

Module III corresponded to an optional internship that focused on the Perioperative Nursing, in the operating room, allowing me to mobilize and acquire knowledge and skills to the patient / family in the perioperative period.

During the course of the three modules of the stages, emerged the importance contribute to improving the quality of nursing care related to the process of communication between nurse and patient undergoing invasive mechanical ventilation, which is the main theme of this internship report.

Keywords: Competences, Person in critical condition and family, Medical-Surgical Nursing, Communication

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

% - Por cento

AESOP – Associação Enfermeiros Salas Operatórias Portuguesas

BO – Bloco Operatório

BPS - Behavioral Pain Scale

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC - Cateter Venoso Central

DIB – Drug Infusion Ballon

mmHg – Milímetros de Mercúrio

° - Graus

PAV - Pneumonia Associada à Ventilação

SAPA - Score de Alta Pós-Anestésica

SO - Sala de Observação

SU - Serviço de Urgência

TOT - Tubo Orotraqueal

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente

UCPA - Unidade de Cuidados Pós- Anestésicos

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA - Estratégias de Comunicação Promotoras de Conforto ao Doente Internado numa UCI submetido a VMI	19
2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DOS ESTÁGIOS.....	31
2.1.Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios	31
2.2.Módulo I – Serviço de Urgência Geral.....	38
2.3. Módulo III – Opcional: Bloco Operatório	45
CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
APÊNDICES	61
APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO (UCI/UCIP)	63
APÊNDICE II – PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO E DIVULGAÇÃO (UCI/UCIP)	65
APÊNDICE III - AÇÃO DE FORMAÇÃO (UCI/UCIP)	67
APÊNDICE IV – AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO (UCI/UCIP).....	79
APÊNDICE V – POSTER (SU).....	81
APÊNDICE VI – MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DO BLOCO OPERATÓRIO (BO).....	83
ANEXOS	143
ANEXO I – <i>CHECK-LIST</i> OPERATÓRIA	145
ANEXO II - SAPA -Score de Alta Pós-Anestésica	147

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - ARTIGOS SELECIONADOS, SEGUNDO PI[C]OS	23
TABELA 2 – TRIAGEM DE MANCHESTER	40

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1- PROCESSO DE SELEÇÃO DE ARTIGOS	22
--	----

INTRODUÇÃO

A formação de adultos constitui uma mais-valia na profissão de Enfermagem, tendo em vista a aquisição de um conjunto de competências e habilidades específicas, que permitem ao Enfermeiro atuar de forma autónoma e em equipa multidisciplinar, proporcionando cuidados de qualidade. Para isso é importante que o Enfermeiro desenvolva a sua autonomia na procura de novos conhecimentos e a capacidade de desenvolver competências específicas aos contextos com que se depara. Foi com esse intuito que me propus a realização do Curso de Mestrado de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

Este relatório está inserido no seu plano de estudos e apresenta-se como um documento narrativo e reflexivo sobre as atividades desenvolvidas nos três módulos da unidade curricular Estágio. Carrapiço (2001) vai de encontro com esta afirmação reconhecendo um relatório como um documento cujo intuito é apresentar os resultados de um determinado projeto, pesquisa ou evento, apresentando-se como um descritor de atividades ou factos, promotor da reflexão e análise, tornando-se parte integrante de quem faz um projeto.

O principal objetivo deste curso passa pelo desenvolvimento de competências para a assistência ao doente/família em situação crítica, tendo sido necessário adquirir e mobilizar a teoria para a prática, desenvolver pensamento crítico-reflexivo perante novas situações e, consequentemente adequar a solução, para isso foi necessário realizar estágios em locais que permitisse desenvolver as competências preconizadas não só pela Ordem dos Enfermeiros mas também pela instituição de ensino.

O estágio módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), foi o primeiro a ser realizado e ocorreu no período de 13 de abril a 06 de junho de 2015, tendo como principal objetivo *Prestar cuidados de Enfermagem especializados ao doente/família do doente em situação crítica.*

O estágio módulo I – Serviço de Urgência (SU), foi o segundo a ser concretizado, ocorreu no período entre dia 01 de setembro a 24 de outubro de 2015, tendo sido delineado

como objetivo principal *Prestar cuidados de Enfermagem especializados ao doente/família do doente em situação crítica, em contexto de Urgência Geral.*

Para o estágio módulo III – opcional, foi solicitada a sua realização no Bloco Operatório, de forma a desenvolver competências de Enfermeiro especialista em perioperatório. Este estágio foi realizado no período de 26 de outubro a 19 de dezembro de 2015, tendo como principal objetivo *Prestar cuidados de Enfermagem especializados ao doente/família do doente em situação crítica, no Bloco Operatório.*

Ao longo do relatório pretendo apresentar as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios de forma a dar a conhecer não só o meu crescimento profissional, mas também o desenvolvimento das minhas competências enquanto Enfermeiro especialista. Para isso, encontra-se dividido em quatro capítulos: no primeiro surge uma revisão sistemática da literatura, que procura dar resposta à problemática identificada: *Quais as estratégias facilitadoras no processo comunicacional entre Enfermeiro e doente submetido a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI)?*

No segundo capítulo é feita uma análise crítica e reflexiva sobre as atividades desenvolvidas durante os períodos de estágios, encontrando-se dividida em três subcapítulos: estágio módulo I, estágio módulo II e estágio módulo III. No terceiro capítulo surge a conclusão do trabalho e por último são apresentadas as referências bibliográficas seguindo as regras da American Psychological Association.

1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA - Estratégias de Comunicação Promotoras de Conforto ao Doente Internado numa UCI submetido a VMI

Enquadramento teórico

Dado que o cuidado faz parte da essência de Enfermagem, não será difícil identificar que os Enfermeiros têm como missão assumida cuidar do doente em situação crítica em situação de internamento numa UCI, ajudando-as na promoção do conforto e alívio do sofrimento. Apesar da evidência científica tornar claro que o cuidado em Enfermagem se traduz em diferentes formas de estar, tais como “estar presente”, “escutar”, facilmente se percebe que o reconhecer e demonstrar respeito pela unicidade do doente, é fundamental, pelo que a dimensão comunicacional se reveste de extrema importância (Saraiva e Martinho, 2011). Também Moreira, Moleiro e Tomás (2000) identificam o processo comunicacional, enquanto complexa transferência de informação capaz de influenciar o comportamento da pessoa, promover interação social, permitir permuta de ideias, de sentimentos, emoções, crenças, gostos, atitudes, e pensamentos entre duas ou mais pessoas. Assim e com vista à melhoria da qualidade de cuidados, torna-se necessário a interrogação das lógicas presentes na produção das práticas profissionais, considerando que a obtenção de um maior nível de conforto é objetivo único da intervenção. Segundo Pontífice (2012) o processo de conforto é direcionado pela relação enfermeiro-doente e sua família onde a atuação do enfermeiro é determinante para dar resposta às necessidades de cuidados.

É consensual que ao prestar cuidados ao doente em situação crítica, o Enfermeiro deve avaliar a capacidade ou facilidade que cada indivíduo tem para estabelecer uma comunicação eficiente ao longo da recuperação do processo saúde-doença. Saraiva e Martinho (2011) destacam esta avaliação de Enfermagem como crucial na forma como decorre a comunicação entre profissionais e doentes, apresentando-se como um bom indicador da qualidade dos cuidados prestados promotores de maior e melhor conforto, devendo por isso ser considerada como um componente a valorizar na prática clínica de Enfermagem. O conforto é muito mais que o alívio da dor, é o assegurar as necessidades

de comunicação, de alimentação ou de eliminação, entre outras, pelo que os Enfermeiros devem responder às necessidades dos doentes no sentido de os ajudar a suportar o desconforto que advém da situação saúde/doença que vivenciam (Kolcaba, 2003).

Quando o doente em situação crítica necessita de VMI, o processo de comunicação com o doente acarreta mais dificuldades. Muitas vezes, tais dificuldades constituem por si só “barreiras na comunicação”, tal como acontece pela presença do tubo orotraqueal (TOT), pois o doente encontra-se incapacitado de comunicar verbalmente. Esta situação é causadora de desconforto deixando o doente ansioso, o que faz com que seja obrigado a adotar outras estratégias de comunicação.

Moreira, Moleiro e Tomás (2000), vão mais longe definindo o compromisso da comunicação como um dos principais fatores de *stress* para um doente submetido a VMI. Assim, cada Enfermeiro tem como responsabilidade aprimorar a técnica e a capacidade de comunicação, para uma melhoria efetiva do processo comunicacional, estabelecendo uma relação confortadora e de interajuda (Silva *et al*, 2006).

Henriques, Silva e Ferreira (2012) complementam, afirmando que o profissional de Enfermagem deve ter a capacidade de adotar estratégias para estabelecer uma comunicação eficaz com os doentes, diminuindo assim o *stress* e a ansiedade destes e proporcionando-lhes a possibilidade de comunicar, exprimindo as suas emoções, sentimentos, opiniões e necessidades, assumindo a comunicação não-verbal um papel imprescindível na relação Enfermeiro/doente.

Dado que comunicar não é só falar, gestos, expressões faciais, olhar ou o silêncio também é comunicar, pois tudo em nós comunica (Sá e Machado, 2006), este estudo tem como finalidade identificar as diversas estratégias para melhorar o processo de comunicação entre Enfermeiro e doente submetido a VMI e consequentemente o seu estado de conforto.

Metodologia

A intensão desta revisão sistemática é identificar a literatura existente no que respeita à intervenção do Enfermeiro no processo comunicacional com o doente submetido a VMI, com vista à obtenção de maior e melhor conforto, objetivo único da intervenção.

Para tal, foi estabelecida uma questão de partida: *Quais as estratégias facilitadoras no processo comunicacional entre Enfermeiro e doente submetido a VMI?* Estabelecendo-se como questão secundária: *Quais os sentimentos que o doente submetido a VMI vivencia quando é incapaz de estabelecer um processo comunicacional adequado?*

Os critérios de inclusão para a seleção de artigos e formulação da pergunta de partida seguem a metodologia PI[C]OS (população alvo (P), o tipo de intervenção (I), as comparações (C), o resultado - outcome (O), e o tipo de estudo – study (S)), sendo que P (doente submetido a VMI), I (processo comunicacional) e O (estratégias facilitadoras).

Para identificação dos descritores de pesquisa foi utilizada a base de indexação DeCS, tendo sido selecionados os seguintes operadores: communication (comunicação), strategies (estratégias) e ventilation (ventilação).

Através do site da Ordem dos Enfermeiros, em Dezembro, foi acedido à EBSCOHOST e investigados todos os artigos relevantes nas bases de dados lá inseridas: CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedicLatina e MEDLINE. Foi utilizada uma pesquisa booleana em que o pretendido era todos os artigos que tivessem os três descritores em simultâneo, no período de 2008 a 2016.

Foram ainda estabelecidos como critérios de inclusão:

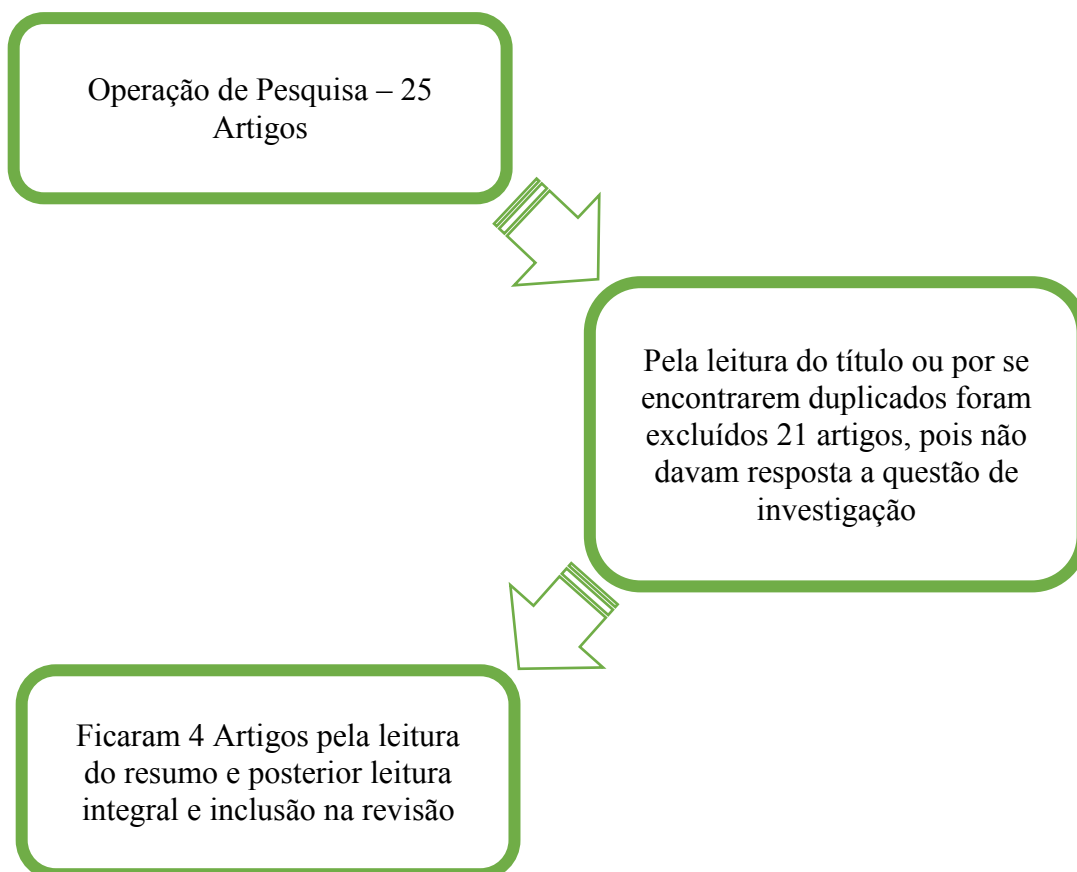
- Artigos com data de publicação superior a 2008, de forma a manter a pesquisa o mais atualizada possível;
- Artigos que se encontrem escritos em Português, Inglês e Espanhol;
- Acesso a artigo completo.

O processo de seleção

Os artigos foram selecionados pelo autor: Enfermeiro com formação académica. Primeiramente foram lidos os títulos e, em seguida, selecionados pelos resumos e finalmente o artigo completo de forma a identificar, se os artigos selecionados preenchiam os critérios de inclusão.

A pesquisa inicial gerou 25 artigos que foram analisados quanto ao título, 4 foram examinados relativamente ao resumo, posteriormente foi realizada a leitura integral para verificação de elegibilidade, tendo sido os mesmos incluídos na revisão (Figura 1).

Figura 1- Processo de seleção de artigos



Para avaliação dos resultados foi elaborada uma tabela onde foram registadas as seguintes características dos artigos seleccionados: nome dos autores e ano de publicação, população, intervenção e resultados. O conjunto de dados finais foi analisado de acordo com a relevância de adoção de estratégias facilitadoras no processo comunicacional entre Enfermeiro e doente submetido a VMI.

Apresentação, Análise e Discussão de Resultados

Com a finalidade de responder à questão principal *Quais as estratégias facilitadoras no processo comunicacional entre Enfermeiro e doente submetido a VMI?* e a outras questões secundárias procedeu-se à leitura dos diversos artigos, de forma a identificar e analisar a sua matéria, organizando por temas, respeitando sempre o seu conteúdo e significado. Consideraram-se válidos os artigos que responderam aos critérios de inclusão apresentados anteriormente e que não apresentassem omissão de informação relevante para o estudo, tendo sido excluídos artigos que não satisfizessem os mesmos critérios ou que se considerassem irrelevantes para o estudo. Como resultado obtido na pesquisa bibliográfica, obtiveram-se quatro estudos (Tabela 1).

Tabela 1 - Artigos Selecionados, segundo PI[C]OS

Autores	População (P)	Intervenção (I)	Resultados (O)
Gros sbach, Stranberg e Chlan (2011)	Profissi onais de saúde e familiares de doentes submetidos a VMI	Identificar quais as estratégias para promover uma adequada comunicação com o doente submetido a VMI	Este estudo refere que os doentes submetidos a VMI são incapazes de comunicar verbalmente devido à posição do tubo e da insuflação do <i>cuff</i>, o que impede a passagem de ar através das cordas vocais, sendo importante que os Enfermeiros avaliem as necessidades de comunicação, identificando estratégias adequadas. Como resposta a esta problemática, os autores referem 6 passos a seguir para uma comunicação bem-sucedida com o doente submetido a VMI: 1- Estabelecer um ambiente amigável de comunicação (ajustar a proximidade e posição facilitando a visualização do doente, falar diretamente com o doente, manter uma luz adequada, reduzir os barulhos de fundo, fechar a porta e evitar conversas cruzadas, realizar uma explicação curta sobre o TOT); 2- Avaliar as habilidades funcionais que afetam a comunicação (acuidade auditiva e visual, se o doente é destro ou canhoto, facilitar o uso de próteses, força muscular para a escrita, idioma e alfabetização; 3- Antecipar as necessidades do doente (realizar perguntas simples que requeiram respostas de “sim” ou “não”, tais como

			“sente dor”, “pretende mudar de posição”); 4- Facilitar a leitura labial; 5- Usar dispositivos de comunicação alternativos (quadro mágico, escala avaliação da dor); 6- Educar o paciente, a família e a equipa sobre estratégias de comunicação. Como estratégias de comunicação, os autores identificam: gestos, acenos de cabeça, mímica labial, uso de letras/tabuas de imagem, frases personalizadas para atender às necessidades dos doentes, escrita, uso de pranchas de comunicação e dispositivos de alta tecnologia, perguntas curtas de forma a obter resposta sim ou não, incentivar o doente, manter voz calma, abordagem confiante, utilizar o toque terapêutico, explicar ao doente a situação em que se encontra, e efetuar uma pergunta de cada vez. É referido também que doentes submetidos a VMI de urgência deve ser-lhe realizada, posteriormente, uma breve explicação sobre o TOT. As dificuldades no processo de comunicação causam sentimentos de ansiedade, frustração, medo, aumento da frequência respiratória, podendo criar desconforto respiratório e a necessidade reprogramar o ventilador.
Broy les, Tate e	Membr os familiares e	Identificar quais as	Este estudo identifica como estratégias mais usadas pelas famílias:

Happ (2012)	Enfermeiros de 127 doentes críticos adultos	ferramentas alternativas que as famílias e cuidadores usam no processo de comunicação com o doente submetido a VMI	Escrita (estratégia nem sempre possível pela presença de edema dos membros superiores, falta de mobilidade e letra ilegível), dispositivos eletrônicos, quadro mágico, pranchas de comunicação, piscar de olhos, computador e técnica sim/não. As famílias relataram que a alfabetização limitada e as deficiências visuais/auditivas são uma barreira ao processo de comunicação (importante para a seleção das estratégias a adotar). Este estudo demonstra ainda que os métodos existentes para a comunicação entre família e doente são insuficientes, levando a sentimentos de perda, desânimo e frustração para o doente. Os Enfermeiros devem aconselhar os familiares a falar com o doente e encorajar a comunicação, explicando que uma comunicação ineficaz pode provocar ao doente sentimentos de stress, frustração e depressão e que o uso de diversas estratégias de comunicação nem sempre são usadas.
Laak so et al (2014)	19 Parceiros de comunicação de doentes submetidos a VMI	Explorar as experiências de comunicação entre parceiros de comunicação e doentes submetidos a VMI	O presente estudo divide as estratégias facilitadoras de comunicação em duas partes: as estratégias antecipatórias, como os ajustes ambientais e a prestação de cuidados médicos (regular a pressão do Cuff), e as estratégias assistentes, como os gestos, expressões faciais, dicas do

			meio ambiente, a proximidade física e a disponibilidade de tempo. Define que as estratégias em casos de afasia ou disartria passam pelo treino do parceiro de comunicação, prestar atenção a detalhes subtis, o uso de estratégias de antecipação (ajustes ambientais, encher e vazar o <i>cuff</i>), estratégias de atenção (pistas visuais, proximidade física, permitir tempo extra) e estratégias de reparação (evitar mal entendidos, pedir para repetir de maneira diferente {solicitar reparação}). É identificado como limitação à comunicação a impossibilidade do uso da comunicação verbal por parte do doente.
Guttormson, Bremer e Jones (2015)	Doentes de uma UCI nos Estados Unidos da América	Explorar as experiências vivenciadas por doentes submetidos a VMI	Através da análise de experiências vivenciadas, os autores identificaram que os doentes com VMI apresentam dificuldade na comunicação e que esta incapacidade de comunicar cria sentimentos de ansiedade, depressão, aflição, medo e insegurança. Após esta constatação, os autores procuraram identificar junto dos doentes quais as estratégias utilizadas que facilitavam a comunicação. Assim, quadro de letras, quadro de imagens, escrita, indicações, gestos e assistência da família são as estratégias identificadas no estudo.

O ser humano, enquanto alvo de cuidados do profissional de saúde, torna importante a avaliação que o Enfermeiro faz acerca da capacidade de adaptação à situação de saúde/doença ou vulnerabilidade, de acordo com o desequilíbrio e com a incapacidade para se autocuidar (Meleis, 2010), cabendo à Enfermagem promover um ajustamento ou adaptação à nova situação ou circunstância (Abreu, 2007; Meleis, 2010). A comunicação é sem dúvida o veículo através do qual o Enfermeiro vai conhecendo o doente de forma a determinar as suas necessidades e qual a forma mais adequada de intervir em prol do melhor conforto. A comunicação faz parte do dia-a-dia de todas as pessoas e tem muita relevância não só na relação Enfermeiro-família mas também na relação Enfermeiro-doente, sendo considerada por Saraiva e Martinho (2011) como um bom indicador da qualidade dos cuidados prestados e um foco a valorizar na prática de Enfermagem.

Grossbach, Stranberg e Chlan (2011) acrescentam que devido à posição do tubo orotraqueal e da insuflação do *cuff*, os doentes submetidos a VMI são incapazes de comunicar verbalmente, dificultando a avaliação do doente e das suas necessidades. Laakso *et al* (2014) concordam com a opinião referida anteriormente, identificando como limitador na comunicação a impossibilidade do uso da comunicação verbal por parte do doente. Para colmatar esta incapacidade de comunicar verbalmente, Grossbach, Stranberg e Chlan (2011), salientam a importância dos Enfermeiros avaliarem, não só as múltiplas necessidades, especificamente as de comunicação, identificando quais as estratégias adequadas e ajustadas e por isso confortadoras. Os mesmos autores completam esta informação nomeando 6 atitudes por parte do Enfermeiro facilitadoras de uma comunicação bem-sucedida com o doente submetido a VMI e que se relacionam com: (I) **estabelecer um ambiente amigável** para a comunicação, ajustando a proximidade e a sua posição no campo visual do doente, falar-lhe diretamente, manter uma luz adequada, reduzir os barulhos de fundo, fechar a porta e evitar conversas cruzadas, realizar uma explicação curta sobre o TOT; (II) **avaliar as aptidões funcionais** que possam afetar a comunicação, tais como a acuidade auditiva e visual, o uso de próteses, força muscular para a escrita, idioma e alfabetização e se o doente é destra ou canhota; (III) **antecipar as necessidades** do doente, realizando perguntas simples como “sente dor”, “pretende mudar de posição” ou que seja resposta direta do tipo “sim” ou “não”; (IV) **facilitar a leitura labial**; (V) **usar dispositivos de comunicação alternativos**, tais como o quadro mágico e a escala de avaliação da dor; (VI) **educar o paciente, a família e a equipa sobre estratégias de comunicação**. Laakso *et al* (2014) contrapõem distinguindo as estratégias facilitadoras de comunicação em estratégias antecipatórias ou assistentes. As primeiras

referem-se a ajustes ambientais, como a diminuição do ruído ou otimização da posição corporal e/ou luminosidade e a prestação de cuidados médicos (regular a pressão do *cuff*), as estratégias assistentes referem-se a atitudes como gestos, expressões faciais, dicas do meio ambiente, a proximidade física e a disponibilidade de tempo. Os mesmos autores especificam que em casos de afasia ou disartria o Enfermeiro deve adequar as estratégias através do treino do parceiro de comunicação, atenção a detalhes subtis, o uso de estratégias de antecipação, estratégias de atenção tais como pistas visuais, proximidade física, consentir tempo extra e estratégias de reparação, tais como evitar mal entendidos e pedir para repetir de maneira diferente.

Grossbach, Stranberg e Chlan (2011) complementam ainda que, os comunicadores devem facilitar a comunicação através de gestos, acenos de cabeça e mímica labial, do uso de frases personalizadas para atender às necessidades dos doentes e de pranchas de comunicação e dispositivos de alta tecnologia de escrita, do incentivo do doente, da manutenção de uma voz calma, de uma abordagem confiante, do toque terapêutico, explicando ao doente a situação em que se encontra e efetuar uma pergunta de cada vez. É também referida a importância da explicação sobre o TOT a doentes submetidos a VMI de urgência.

Broyles, Tate e Happ (2012) referem no seu estudo quais as estratégias mais usadas pelas famílias e que se relacionam com: a **escrita** que muitas vezes se torna difícil devido ao edema dos membros superiores, à falta de mobilidade e, muitas vezes, à letra ilegível do doente, os **dispositivos eletrónicos, quadro mágico, pranchas de comunicação, piscar de olhos, computador, técnica sim/não**. Os mesmos autores referem que as famílias relatam a alfabetização limitada e as deficiências visuais/auditivas como uma barreira no que se refere ao processo de comunicação, este é um aspeto crucial para a seleção das estratégias a adotar para o doente. Guttormson, Bremer e Jones (2015) vão de encontro com os autores anteriores referindo que as estratégias mais empregadas no processo de comunicação entre doente-familiar são: quadro de letras, quadro de imagens, escrita, indicações, gestos e assistência familiar.

Broyles, Tate e Happ (2012) afirmam no seu estudo que apesar das várias tentativas de comunicação, nem sempre é fácil compreender o doente, nestas situações está descrito que uma comunicação ineficaz pode revelar no doente sentimentos de stress, frustração e depressão. Também Guttormson, Bremer e Jones (2015) verificam o mencionado anteriormente aludindo que a incapacidade de comunicar cria sentimentos no doente de ansiedade, depressão, aflição, medo e insegurança.

Apesar do conhecimento de todas estas técnicas, Broyles, Tate e Happ (2012) notaram no seu estudo, que a comunicação entre família e doente é insuficiente levando a sentimentos de perda, desanimo e frustração para o doente crítico, embora os Enfermeiros os incentivem a falar ou a encorajar a comunicação.

Implicações Práticas para a Enfermagem

Após a realização desta revisão sistemática da literatura é possível perceber e identificar a necessidade de modificar/ajustar alguns comportamentos no processo comunicacional com o doente submetido a VMI, apresentando-se a comunicação na díade Enfermeiro/doente como central e determinante para a melhoria dos cuidados de saúde confortadores. Um inadequado processo de comunicação causa sentimentos de ansiedade, frustração, medo e aumento da frequência respiratória, o que pode criar vários desconfortos a diferentes dimensões do conforto como é o caso da dimensão física concretamente ao nível da função respiratória (Grossbach, Stranberg e Chlan, 2011).

Foi igualmente perceptível pela análise dos estudos referidos, que um doente que vivencia uma transição saúde-doença, com instabilidade hemodinâmica agudizada, experimenta diferentes necessidades de saúde, constituindo a família parte essencial na recuperação do conforto, do mesmo, pela transmissão de maior apoio e tranquilidade. Nesta perspetiva, Broyles, Tate e Happ (2012) estudaram a participação da família no processo de comunicação com o doente e identificaram que apesar da existência e disponibilidade de material para adequar estratégias de comunicação, nem sempre são aplicadas pelas famílias.

Tendo em conta o referido acerca das estratégias facilitadoras no processo de comunicação, Grossbach, Stranberg e Chlan (2011), salientam a necessidade de existir um programa de educação não só para o doente e família, mas também para a equipa de profissionais de saúde, sobre o ajustamento das referidas estratégias de comunicação.

Conclusão

As descobertas encontradas nos estudos respondem, de certa forma, às questões formuladas inicialmente, todavia é de notar ainda alguma dificuldade no que respeita ao ajustamento da intervenção concertada no que diz respeito às estratégias facilitadoras de comunicação.

Perante as questões formuladas inicialmente, verifica-se que o Enfermeiro é ator privilegiado de conforto no processo comunicacional com o doente submetido a VMI. Para

isso, o Enfermeiro tem de ser capaz de identificar quais as estratégias adequadas a cada doente de acordo com as suas necessidades, de modo a estabelecer comunicação eficaz, diminuindo o medo e a insegurança do doente e promovendo por isso o melhor e maior conforto.

É de notar que, apesar dos estudos referirem o uso de dispositivos de alta tecnologia, não especificam quais as aplicações e funcionamento das tecnologias referenciadas, o que pressupõe a necessidade de se continuar a investigar nesta área de intervenção tão complexa como é o caso do processo de comunicação.

2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DOS ESTÁGIOS

Enquanto Enfermeiro o meu objetivo na prática clínica é ser capaz de desenvolver cuidados especializados ao doente em situação crítica e sua família. Para isso e através do contacto com novas experiências e situações, procuro promover o meu desenvolvimento profissional.

O tema do projeto desenvolvido consiste perceber quais as estratégias facilitadoras para estabelecer um processo comunicacional adequado com o doente submetido a VMI, alertando os profissionais de saúde para esta temática e a sua importância na prestação de adequados cuidados especializados de Enfermagem.

Neste capítulo é realizada uma reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas em cada momento de estágio e a sua importância no desenvolvimento de competências de Enfermeiro especialista. Assim, são elaborados três subcapítulos, de acordo com o campo de estágio em questão.

2.1.Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios

O estágio Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos/ Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente (UCI/UCIP), decorreu num Hospital nas imediações de Lisboa no período de 13 de abril a 06 de junho de 2015. A UCI/UCIP encontra-se localizada no terceiro piso do referido Hospital, tendo capacidade para oito doentes com necessidade de cuidados intensivos, sendo que destas, três permitem isolamento, e dez com necessidade de cuidados e vigilância intermédia. Este serviço recebe doentes críticos provenientes do SU, BO, internamento, ambulatório e acompanhados pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), desta forma pode ser considerado um serviço polivalente no que respeita à existência das várias especialidades, tanto médicas como cirúrgicas. Assim e como define o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (2010), o doente em situação crítica está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais dependendo a sua sobrevivência diretamente de meios

avancados de vigilância, monitorização e terapêutica. No artigo 4º do regulamento supracitado estão inseridas as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, sendo elas cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência e maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante o doente em situação crítica.

Desta forma uma UCI/UCIP é um serviço onde diariamente se prestam cuidados a doentes em situação crítica, que pela especificidade da sua patologia necessitam de uma vigilância médica e de Enfermagem constante. Segundo a Direção Geral de Saúde (2003), estas unidades assumem como objetivo fulcral suportar e recuperar funções vitais, de modo a que se criem condições para tratar a doença e assim, proporcionar uma vida futura com a melhor qualidade possível. Para isso, é necessário obter competências, saberes e aplicar conhecimentos e metodologias que permitam cumprir o objetivo.

Objetivos de estágio e atividades desenvolvidas

Com base nas competências definidas pelo Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa, e do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros inserido no Código Deontológico de Enfermagem (Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro) foi elaborado, no início deste estágio, um projeto onde foram definidos objetivos que se pretendem desenvolver.

Assim, o meu objetivo geral passa pelo desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista de Enfermagem Médico – Cirúrgica, iniciado na parte teórica deste estudo pós-graduado. Para concretizar este objetivo pretendo desenvolver o pensamento crítico perante situações do dia-a-dia, fundamentar as minhas intervenções de Enfermagem com a evidência científica, e promover o meu autodesenvolvimento pessoal e profissional. De forma a tornar exequível o objetivo geral, delineei dois objetivos específicos com as respetivas atividades, que serão anunciadas de seguida.

Objetivo Específico 1: *Prestar cuidados de Enfermagem especializados ao doente/família do doente em situação crítica.*

De forma a atingir este objetivo houve a necessidade de realizar o conhecimento do serviço de UCI/UCIP de forma a integrar-me no método de trabalho preconizado, normas e protocolos existentes, horários de visitas e alimentação e registos de Enfermagem.

A Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro, do Código Deontológico do Enfermeiro define no artigo 112º que o Enfermeiro assume o dever de integrar a equipa de saúde, colaborando com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços.

Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

A minha integração neste serviço foi gradual, a equipa multidisciplinar sempre se mostrou disponível para tornar o meu estágio rico em conhecimentos. Assim, sempre que surgiram novas situações, foi-me dada oportunidade de aprendizagem retirando qualquer dúvida que surgisse, obtendo esclarecimentos quer pela equipa de Enfermagem quer pela equipa médica ou através da análise crítica de diversas situações com a Enfermeira orientadora, o que tornou possível o consolidar de conhecimentos. No início senti algumas dificuldades por não estar familiarizado com cuidados intensivos, mas com a ajuda de toda a equipa e com a pesquisa bibliográfica realizada por mim, foi possível desenvolver mais conhecimentos, saber relacionar os conceitos e estar atento para possíveis alterações no estado clínico do doente.

Como refere Hesbeen (2000) cada Enfermeiro é responsável pela execução de todos os cuidados de que os doentes que lhe são confiados necessitam, durante todo o seu turno de trabalho diário, ou seja, cada Enfermeiro presta cuidados aos doentes que lhe são atribuídos, sendo da sua inteira responsabilidade durante todo o turno. Assim e devido à complexidade e multiplicidade dos diagnósticos de Enfermagem foi importante ter perceção de quais os mais comuns, para assim através da pesquisa bibliográfica e da prática clínica conseguir superá-los da melhor maneira, e prestar cuidados especializados. Como refere Galvão *et al* (2002), a prática baseada em evidências é um processo de descoberta, avaliação e aplicação de evidências científicas sendo que o cuidado é guiado por meio de resultados de pesquisas, consenso entre especialistas, assim enfatiza o uso de pesquisas para orientar a tomada de decisão clínica.

A análise crítica das situações conduziu-me para a avaliação dos cuidados prestados e tomadas de decisão. A partilha de conhecimentos foi uma constante no estágio, por exemplo durante a minha estadia na UCI/UCIP esteve internada uma doente com patologia ortopédica e tala gessada no membro superior, que não era aberta desde a cirurgia (5 dias). Nesta unidade os pensos cirúrgicos/abertura da tala gessada só é realizada com indicação médica, enquanto no serviço de ortopedia deste mesmo hospital, e segundo um protocolo

definido pela instituição estes pensos são realizados às 24 horas pós cirurgia para vigilância do membro operado.

Outro exemplo foi uma outra situação ocorrida neste estágio, em que detetei uma situação inesperada de uma doente que apresentou uma bradicardia e, devido à deteção precoce e uma atuação adequada com administração de Atropina foi revertido este quadro clínico. Como refere Swift (2013), a atropina é administrada a doentes que apresentem bradicardia e na presença de sinais clínicos adversos ou risco de progressão para assistolia, como era o caso em questão.

Formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.

O cuidar do Enfermeiro numa UCI/UCIP não faz referência apenas às competências técnicas, mas também às competências relacionais e comunicacionais como fatores que aumentam a qualidade dos cuidados prestados. Segundo Benoliel, citado por Abreu (2007) em contexto clínico é necessário mobilizar não apenas competências técnicas ou as necessárias à resolução de problemas, mas também uma disciplina emocional imprescindível à gestão dos cuidados e à sua prestação em situações difíceis. Assim, durante este período de estágio, tive a possibilidade de desenvolver competências na área relacional no processo de admissão do doente/família na UCI/UCIP e sua transferência, desenvolvendo uma relação de confiança, empatia, privacidade e confidencialidade. O envolvimento da família no processo de cuidados ao doente em situação crítica foi uma fraqueza detetada no decorrer do estágio pela complexidade das situações mas também pela escassez de oportunidades.

Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente/família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Os doentes internados em UCI/UCIP pressupõem cuidados de maior responsabilidade pela necessidade de substituição integral dos cuidados, desta forma está associada à gravidade da situação clínica do doente e falência de órgãos vitais. Normalmente os familiares são confrontados com a presença de vários aparelhos, e o alarme dos monitores que associam a que algo não está bem. Acrescentado a dificuldade em comunicar com o seu familiar, esta é sem dúvida uma fase difícil pelo grande choque e fator de *stress*. Assim, torna-se essencial que ocorra uma boa preparação do familiar na primeira visita, que lhe seja explicado atempadamente tudo o que irá ver, dar todo o apoio, espaço e silêncio para refletir e expor todas as suas dúvidas, diminuindo assim o *stress* do

doente/família. Tive ao longo do estágio, oportunidade de observar a preparação dos familiares para a primeira visita e perceber as principais preocupações dos mesmos. Não deixando de parte uma boa prática profissional e ética, no que respeita ao acolhimento do doente e sua família em situação crítica, como refere a Ordem dos Enfermeiros (2010) em que o Enfermeiro deve demonstrar uma prática segura, profissional e ética, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência determina o conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do doente.

Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

Demonstrei competências para trabalhar em equipa multidisciplinar, participando nas discussões da equipa de forma ativa para a resolução de problemas, recorrendo sempre a evidências científicas.

Assisti e colaborei em técnicas como colocação de cateter venoso central (CVC), cateter arterial, TOT, colocação de sonda nasojejunal, broncofibroscopia e eletrocáteter, tendo sempre por base os conhecimentos adquiridos durante o mestrado e pesquisa bibliográfica recente, com o objetivo de proporcionar cuidados de Enfermagem adequados.

Durante o estágio participei em várias técnicas invasivas, tendo sempre como base a técnica asséptica e a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde prestados, como exemplo temos o uso da clorhexidina, que está relacionada com menores taxas de infeção, assim e após pesquisa bibliográfica verifiquei que os estudos mais recentes consideram o uso de clorhexidina como sendo o mais adequado para a desinfeção da pele em qualquer procedimento asséptico (Dumville *et al* 2015).

Gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada.

Uma das situações que ocorre com alguma incidência em UCI, de acordo com a bibliografia consultada, é a Pneumonia Associada à Ventilação (PAV), por vezes devido às más práticas dos cuidados de saúde. Segundo Hey A. *et al* (2015) a PAV é uma das infeções hospitalares com maior incidência em UCI. Matos, A. e Sobral, A. (2010) vão de encontro com o autor referido anteriormente e reforçam que a PAV aumenta a morbilidade, mortalidade e conduz a elevados custos de saúde. Assim, e de modo a prestar cuidados especializados realizei uma pesquisa bibliográfica para detetar as estratégias para prevenir a PAV, como a lavagem higiénica das mãos antes e após qualquer procedimento, o uso de luvas estéreis, sonda de aspiração de uso único e estéril para a aspiração de

secreções pelo TOT, a higiene oral com clorexidina 2%, a entubação orogástrica preferencial à nasogástrica, o correto posicionamento do doente com cabeceira a 30°, a correta pressão do TOT a 20mmHg e não trocar o circuito do ventilador mais do que uma vez em cada 48 horas como é descrito por Matos, A. e Sobral, A. (2010). Assim foi possível prestar cuidados de Enfermagem especializados e fortalecidos com conhecimentos de prática avançada.

Mantém de forma contínua e autônoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

Uma situação frequente na UCI é a VMI devido ao agravamento do estado de saúde dos doentes aqui internados. De forma a dar resposta ao que me foi solicitado, foi essencial o estudo sobre os principais modos ventilatórios, em que situações se utilizam e como é feito o desmame da VMI.

Desenvolvi competências na prestação de cuidados de Enfermagem ao doente submetido a VMI, no que respeita a higiene, nomeadamente a higiene oral, pois por vezes passa despercebida mas é considerada como imprescindível para o conforto do doente e prevenção da PAV, alimentação, promoção do conforto apoiando sempre o doente no alívio da dor, nesta UCI a escala implementada para doentes sedados é a Behavioral Pain Scale (BPS). Esta permite a avaliação da dor através do comportamento dos doentes tratando-se de um método simples e praticável. Para promoção do conforto do doente recorri a medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor, tais como o posicionamento, a massagem terapêutica e apoio emocional.

A comunicação continua a ser um ponto crucial da prática de Enfermagem, uma vez que constitui um componente essencial entre os Enfermeiros e os doentes (Silva *et al* 2006).

A comunicação com o doente submetido a VMI constituiu um obstáculo no início do meu percurso pois senti dificuldades na identificação de estratégias de comunicação com o doente submetido a VMI, pois no meu dia-a-dia não é uma prática recorrente. Nem sempre é fácil perceber o que o doente quer transmitir, quais as suas necessidades ou dúvidas, sendo esta também uma das dificuldades que observei no processo de comunicação do doente com os seus familiares.

Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o doente e família, especialmente na sua área de especialização.

Objetivo Específico 2: *Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem relacionados com o processo de comunicação entre Enfermeiro e doente submetido a VMI.*

Conforme referido anteriormente, neste estágio foi definida a temática que consiste em identificar quais as estratégias facilitadoras no processo comunicacional entre Enfermeiro e doente submetido a VMI. Em discussão com o Enfermeiro chefe e a Enfermeira orientadora, foi possível verificar que a comunicação é um aspeto importante na qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados pois é através dela que determinamos as necessidades de cada doente, e assim um ponto crucial a desenvolver.

Identifica as necessidades formativas na sua área de especialização.

Esta UCI aposta na formação, realizando varias formações de serviço, em que várias equipas apresentam temas identificados como necessidades para a equipa multidisciplinar. Foi identificado que nem sempre era estabelecida uma correta comunicação entre Enfermeiro e doente submetido a VMI, sendo uma dificuldade identificada na equipa multidisciplinar. Assim, como principal objetivo tinha *sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância da adoção de estratégias facilitadoras de comunicação com o doente submetido a VMI*. De forma a dar resposta ao tema, fiz pesquisa bibliográfica apresentando dados mais recentes e dados da prática baseada na evidência.

No período de estágio anterior à formação foi aplicado um questionário¹ à equipa de Enfermagem de modo a identificar as dificuldades sentidas no processo comunicacional com doentes ventilados, assim como quais as estratégias de comunicação mais usadas para estabelecer um adequado processo comunicacional e, de que forma satisfazem as necessidades e promovem o conforto destes doentes.

Neste contexto foi planeada² e realizada uma ação de formação³ no dia 20 de Julho de 2015 onde foi apresentada a importância de uma adequada comunicação entre Enfermeiro e doente submetido a VMI. Estiveram presentes nesta formação cerca de 10 Enfermeiros, onde foram apresentadas as diferentes estratégias facilitadoras de comunicação existentes e a importância da comunicação com estes doentes. Esta formação, para além de apresentar uma revisão teórica acerca de algumas questões que podem conduzir à melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados, fez ainda alusão às dificuldades sentidas no processo comunicacional no dia-a-dia resultantes dos dados

1 APÊNDICE I

2 APÊNDICE II

3 APÊNDICE III

obtidos no questionário. Esta formação serviu também para partilha de experiências, em que foram apresentados os resultados da prática clínica relevantes para o tema, promovendo o desenvolvimento dos profissionais, melhorando os cuidados de Enfermagem através da aplicação da informação disponibilizada e auxiliando a integração de novos profissionais no serviço.

Comunica aspetos complexos e de âmbito profissional e académico, tanto a Enfermeiros quanto ao público em geral.

A formação apresenta-se como essencial na melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados, exigindo aos formandos educação constante sobre as temáticas do quotidiano. Honoré (1990) defende que a formação está ligada à mudança, caracterizada por fenómenos evolutivos sendo condição para descobrirmos as nossas potencialidades. Ainda Hesbeen (2000) vai de encontro com o autor anterior ao referir que a formação é algo inerente à vida humana e simplifica a descoberta das nossas potencialidades. Também a Ordem dos Enfermeiros, o REPE e o Código Deontológico, apontam para a importância da formação e para o dever das instituições colaborarem neste processo.

Esta formação foi considerada uma mais-valia para o serviço, pois senti que os profissionais estavam interessados em melhorar o seu processo de comunicação com este tipo de doentes.

Produz um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara.

De forma a avaliar a importância da formação, foi aplicada uma avaliação⁴ existente na instituição em que 80% dos inquiridos considera interesse dos conteúdos como muito bons e 20% excelentes, 70% considera a ação de formação muito útil e 30% considera-a excelente relativamente à sua utilidade e 80% recomendaria muito a formação a outros.

2.2.Módulo I – Serviço de Urgência Geral

Um SU é todo o serviço de saúde equipado para avaliar e tratar situações de doença de início recente e grave, em que o cidadão comum considera necessária a observação por um médico em consulta urgente e não programada. Os serviços de urgência são divididos em duas áreas de atuação, assim podem ser considerados Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica e Serviços de Urgência Polivalente.

⁴ APÊNDICE IV

O Hospital onde realizei este estágio integra um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, sendo por isso o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência. Estas unidades são diferenciadas e devem estar instaladas em hospitais gerais de nível não inferior a hospital distrital.

Para um SU ser considerado um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica devem dispor de alguns requisitos. Assim, existe serviço de Medicina Interna, Cirurgia Geral e Ortopedia, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Bloco Operatório, Imuno-hemoterapia, Diálise, Imagiologia, Anestesiologia, Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Urologia são especialidades com apoio de consulta, ou seja não existe apoio 24 horas por dia.

Objetivos de Estágio e atividades desenvolvidas

Ao realizar um curso de Mestrado de Natureza Profissional na Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, há a necessidade lógica de realizar um estágio em contexto de SU. Neste tipo de serviço, é possível desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na atuação ao doente crítico/família significativas na formação de Enfermeiros especialistas.

Este projeto terá uma linha orientadora que irá dar continuidade aos projetos realizados anteriormente que consiste na comunicação, mais especificamente aqui, na comunicação de más notícias, pois foi uma necessidade relatada no serviço.

Desta forma, pretendo sensibilizar os profissionais de saúde, através da formação diária e pela elaboração de um tapete de rato para alertar para as adequadas técnicas de comunicação de más notícias e importância desta temática. Assim foi realizada uma pesquisa bibliográfica de modo a identificar os pontos-chave para uma formação adequada.

De forma a concretizar o objetivo geral, delineei dois objetivos específicos com as respetivas atividades, que serão anunciadas de seguida.

Objetivo Específico 1: *Prestar cuidados de Enfermagem especializados ao doente/família do doente em situação crítica, em contexto de Urgência Geral.*

Uma vez que não possuía experiência profissional em SU foi necessário um pequeno período de integração tendo sido essencial o conhecimento dos horários de visitas e alimentação, normas e protocolos existentes no serviço, método de trabalho preconizado, visita ao serviço, registos de Enfermagem, conhecimento do circuito do doente no serviço

de urgência e demonstração de capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar.

De forma a realizar o objetivo proposto, no desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais de Enfermeiro especialista na prestação de cuidados ao doente/família crítico, foi essencial prestar cuidados em todos os sectores do SU.

No SU, existe sempre um responsável pela gestão da equipa (distribuindo cada elemento no seu posto), pela gestão dos doentes para internamento, contato com a assistente social caso seja necessário, e também é este que é contactado pela VMER caso esteja a ser transportada alguma vítima para este SU, assim durante um turno tive a oportunidade de colaborar na gestão deste serviço.

Lidera equipas de prestação de cuidados especializadas na sua área de especialização.

Realiza a gestão dos cuidados na sua área de especialização.

Posto de triagem

No SU deste hospital a prioridade dos doentes admitidos, é feita através da Triagem de Manchester. Este procedimento compreende um atendimento efetuado por critérios técnicos de gravidade, procurando oferecer um acolhimento mais justo e adequado ao caso específico de cada doente.

Tabela 2 – Triagem de Manchester

1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito Urgente	Laranja	10 Min.
3	Urgente	Amarelo	60 Min.
4	Pouco Urgente	Verde	120 Min.
5	Não Urgente	Azul	240 Min.
6	Não Classificável	Branco	-

Fonte: Grupo Português de Triagem. Disponível em: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=Itemid=110

No que respeita à permanência na triagem foi possível identificar os níveis de prioridades atribuídas, assim como fazer a gestão da afluência de doentes de modo a que sejam atendidos o melhor e mais breve possível. A triagem de Manchester surge para assegurar que os doentes sejam atendidos por ordem de gravidade da sua situação clínica.

O Enfermeiro deve ser capaz de, perante os sintomas apresentados pelos doentes, identificar a queixa inicial (avaliação inicial), determinar qual o discriminador que melhor se adequa ao problema, responder às perguntas que lhe são solicitadas de forma coerente, de forma a atribuir a prioridade correta.

Cronin (2003) refere que este método aponta para as seguintes fases: *identificação do problema; colheita e análise das informações relacionadas com a solução - uma vez escolhido o fluxograma escolha do discriminador através da sugestão de perguntas já estruturadas; avaliação de todas as alternativas e seleção de uma delas para implementação; implementação da alternativa selecionada; monitorização da implementação e avaliação dos resultados.*

Assim esta passagem e com o apoio da Enfermeira orientadora procedi à triagem dos doentes, pela perceção dos seus sintomas, respondendo ao fluxograma e atribuindo uma cor consoante a sua prioridade, pois este procedimento compreende o atendimento efetuado por critérios técnicos de gravidade, procurando oferecer um acolhimento mais justo e adequado ao caso específico de cada doente. Foi possível prestar cuidados diferenciados, na precoce identificação do problema e possível resolução do mesmo, encaminhando o doente para o balcão mais adequado à sua queixa. É essencial ouvir as queixas dos doentes, mas o mais importante é saber interpretá-las na sua exatidão, para não atribuir prioridades inadequadas. Existiu uma situação em que um doente perante a questão sobre a dor na escala 0-10 referiu uma dor dois no peito, não valorizável para ele, mas pela adequada observação facial constatou-se que o doente poderia estar a minimizar a dor, perante esta queixa foi conduzido para a sala de reanimação, onde posteriormente e após observação médica foi transportado para outro hospital por necessidade de realizar cateterismo, assim a correta avaliação do Enfermeiro e uma adequada avaliação inicial do doente, fez a diferença.

Segundo Kevin *et al* (2006), conceito de triagem centra-se em três princípios: facilitar a gestão clínica dos doentes e do serviço, pela atribuição exata de uma prioridade; o tempo de observação de triagem não pode tender a obtenção de um diagnóstico; e a prioridade não tem de estar necessariamente relacionada com o diagnóstico mas refletir um número de aspetos de uma situação particular apresentada pelo doente. Assim sendo, a

triagem de Manchester não tem como principal objetivo determinar diagnósticos, mas estabelecer prioridade clínica de cada doente perante a queixa apresentada e a avaliação inicial adequada.

Avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada.

Posto Estadia Curta

Aqui são admitidos doentes que possuem a prioridade “Urgente” ou “Muito Urgente”, correspondente às cores amarelo e laranja. Os doentes são reencaminhados para este posto após a observação médica, para que seja administrada terapêutica, colhido sangue e outros espécimes, como urina e expetoração, execução de técnicas como colocação de sonda nasogástrica ou drenagem vesical. Aqui, antes da chamada dos doentes para os procedimentos de Enfermagem, procurei perceber a queixa e relacionar com a prescrição médica. Em caso de uma prescrição que pudesse levantar dúvidas, tratei de esclarecer com a Enfermeira orientadora e equipa médica, que mostraram disponibilidade para o seu esclarecimento.

Também neste posto existe a sala de cirurgia/ortopedia, onde o Enfermeiro colabora com o cirurgião na realização de alguns procedimentos, como por exemplo instrumentar pequenas cirurgias, e dá apoio ao ortopedista como por exemplo colocar tração cutânea ou tala gessada.

A passagem pelo balcão constituiu uma mais-valia neste percurso, pela diversidade de situações experimentadas. Foi um sector que exigiu grande pesquisa bibliográfica da minha parte, de forma a dar resposta às situações que foram sendo apresentadas.

Incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

Sala de Reanimação

A sala de reanimação constitui o setor do SU que admite doentes com instabilidade hemodinâmica que necessitam de tratamento médico emergente. Este foi o local onde permaneci durante mais horas do estágio, aqui deparei-me com doentes com enfarte agudo miocárdio, em paragem cardiorrespiratória, com necessidade de entubação orotraqueal por agravamento do seu estado de saúde e queda do score na Escala de Coma de Glasgow, doentes com aspiração de conteúdo alimentar ou sujeitos a agressão física. Foi sem dúvida uma abundância de diagnósticos e situações que exigem uma rápida atuação médica e de

Enfermagem, que contribuíram para o meu desenvolvimento de competências de Enfermeiro especialista perante situações imprevistas e doentes em situação crítica.

Outra experiência marcante vivenciada neste posto foi o transporte de doentes críticos para outras unidades de saúde, pois nunca tinha realizado. O transporte destes doentes envolve risco que têm de ser pesados de acordo com o benefício que pode trazer ao doente. Segundo a Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos nas Recomendações de transporte de doentes críticos (2008), a decisão de transportar um doente é um ato médico e requer a avaliação do seu risco/benefício. De seguida, é realizado um planeamento, que implica o contato com o serviço de destino, a escolha da equipa de transporte, os meios de monitorização, a seleção de equipamentos e terapêutica e a previsão de complicações possíveis e, por fim, enuncia a efetivação do transporte.

O Enfermeiro deve realizar uma perspicaz avaliação inicial do doente e assim prevenir complicações durante o transporte, foram dois casos ocorridos durante este estágio em que um houve a preparação de diazepam endovenoso pois era um doente que já tinha episódios de convulsões no internamento e outro com a preparação de um antiemético, pois vários doentes com o *stress* da viagem e o fato de irem deitados ficam com náuseas e vômitos. Cabe também ao Enfermeiro transportar a mala de emergência, monitorizar o doente, avaliar os sinais vitais ao longo de percurso assim como o estado de consciência do doente e verificar também antes da saída, o correto funcionamento dos equipamentos.

Demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização.

Sala de Observações

Na Sala de Observações (SO), são admitidos os doentes que pela sua instabilidade hemodinâmica, precisam de uma vigilância mais apertada.

Por vezes, os doentes aqui internados precisam também de procedimentos invasivos, durante a minha presença neste posto tive a oportunidade colaborar na colocação de CVC, linha arterial, colocação de TOT e colocação de cateter de hemodialise.

É importante manter o apoio ao doente/família, explicando os procedimentos, a atuação e expectativas com a evolução do doente, de forma a manter uma relação terapêutica com o doente/família em estado crítico.

Aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família, especialmente na sua área de especialização.

Objetivo Específico 2: *Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem relacionados com o processo de comunicação de más notícias ao doente/família.*

Após entrevista com a Enfermeira orientadora e o Enfermeiro chefe, e como no estágio anterior tinha abordado a comunicação, foi delineada que a comunicação de más notícias seria um ponto-chave num SU e que deveria ser dada importância e transmitir novos conhecimentos neste serviço.

Participa e promove a investigação em serviço na sua área de especialização.

Desta forma, após uma pesquisa bibliográfica acerca das adequadas estratégias de comunicação de más notícias foram realizadas formações durante os turnos de estágio. Segundo Pereira (2008), o profissional e o doente são pessoas que interagem, isto exige do Enfermeiro a perícia na arte de comunicar e utilizar a comunicação como instrumento básico para o desenvolvimento das suas atividades. A comunicação de más notícias não é só referente à morte de um ente querido mas também a um diagnóstico menos favorável, ou a um internamento indesejado/inesperado. Assim, afirma Lino *et al* (2011), “má notícia” é qualquer informação comunicada ao doente/família que implique, direta ou indiretamente, uma alteração negativa na vida destes. A comunicação de más notícias foi dos grandes problemas verificados por mim no SU nos primeiros dias, mas através da pesquisa bibliográfica foi possível verificar algumas estratégias existentes para a transmissão de más notícias como é o caso do protocolo de SPIKES, sigla dada ao conjunto de seis passos para a transmissão de más notícias sendo eles:

1º Passo – Setting Up - Preparar o espaço físico e as informações a ser transmitidas;

2º Passo – Perception - Verificar qual a consciência que o doente/família tem sobre o seu estado;

3º Passo – Invitation - Entender o que o doente/família deseja saber sobre o seu estado;

4º Passo – Knowledge - Transmissão da informação: utilizar frases introdutórias para indicar que más notícias virão, não fazer de forma brusca nem com excessos de palavras técnicas e confirmar a compreensão do doente/família;

5º Passo – Emotions - Responder empaticamente à reação demonstrada pelo doente/família;

6º Passo – Strategy and Summary - Resumir a informação e diminuir a ansiedade do doente revelando-lhe o plano terapêutico e o que pode vir a acontecer (Lino *et al* 2011).

A transmissão da “má notícia” deve ser realizada num espaço destinado para esse efeito, que permita privacidade e mantendo uma média luz, deve-se ter ainda em atenção as estratégias para uma eficaz comunicação verbal e não-verbal.

Comunica os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.

Foi realizado também um Poster⁵ e impresso, posteriormente, em tapetes de rato onde se encontra descrito o adequado processo comunicacional na transmissão de más notícias, para manter presente a importância da correta comunicação, em todos os turnos presente e de acesso fácil.

Promove a formação em serviço na sua área de especialização.

Esta formação foi considerada uma mais-valia para o serviço, pois foi transmitido pelos profissionais o desconhecimento de certas estratégias de comunicação. Foi também importante a realização do tapete de rato, pois assim é uma forma de chegar a todos os profissionais alertando-os para uma adequada transmissão de más notícias, pois a comunicação é fundamental para o processo relacional.

Promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros Enfermeiros.

2.3. Módulo III – Opcional: Bloco Operatório

O Módulo III- opcional- foi realizado num Hospital no distrito de Lisboa no Bloco Operatório (BO), este trata-se de um serviço composto por seis salas operatórias, uma unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA) e uma unidade de cuidados intermédios pós-cirúrgicos, constituído por quatro camas destinado a doentes com necessidade de VMI.

O BO tem características muito específicas, pois é neste que se executam procedimentos e técnicas anestésicas e cirúrgicas que impõem que os Enfermeiros sejam qualificados e estejam bem preparados de modo a responderem às exigências que aqui se requerem. Segundo Gruendermann e Fernesebner (1995), no BO, competência é um conjunto de conhecimentos, habilidades e práticas essenciais para o desempenho funcional do Enfermeiro perioperatório. Aqui o Enfermeiro desempenha quatro funções sendo elas de anestesia, circulante, instrumentista e de UCPA, sendo que todos devem estar aptos para desempenhar qualquer uma destas funções. Foi essencial para mim atravessar pelas quatro funções, e como sou Enfermeiro a prestar funções no departamento de cirurgia deste

⁵ APÊNDICE V

mesmo hospital, foi compensador conhecer o circuito completo do doente, e como afirma a Associação de Enfermagem das Salas Operatórias Portuguesas (AESOP, 2006) a Enfermagem perioperatória é definida como um conjunto de conhecimentos que são utilizados pelo Enfermeiro na sala de operações, através do qual o Enfermeiro reconhece as necessidades dos doentes a quem presta cuidados, executa-os e avalia-os, esta está dividida em três fases sendo elas a pré-operatória que se inicia na tomada de decisão da cirurgia até ao doente ser transferido para a mesa operatória, a fase do intraoperatório que inicia quando o doente está na mesa operatória e termina quando o doente é transferido para a UCPA e a fase do pós-operatório que inicia na receção do doente na UCPA e termina quando o doente está recuperado da cirurgia e é transferido para o internamento, hospital de dia cirúrgico ou UCI/UCIP.

Objetivos de Estágio e atividades desenvolvidas

Neste estágio de opção, optei pela área de perioperatório, sendo uma área pela qual sinto necessidade de maior aprendizagem e desenvolvimento de competências enquanto Enfermeiro Especialista, uma área que sempre me despertou bastante curiosidade e que está intimamente ligada ao serviço onde exerço funções.

Como objetivo geral para este estágio propus-me adquirir competências de Enfermeiro Especialista na Área de Enfermagem Médico – Cirúrgica, na prestação de cuidados ao doente/família em situação crítica, no período perioperatório. Para a realização deste estágio determinei dois objetivos específicos, que serão anunciados de seguida, com as respetivas atividades para o sucesso da sua execução.

Objetivo Específico 1: *Prestar cuidados de Enfermagem especializados ao doente/família do doente em situação crítica, no Bloco Operatório.*

Pelo fato de não ter experiência profissional em BO foi imprescindível um período de integração e pesquisa bibliográfica com o objetivo de identificar as atividades programadas nas várias áreas de atuação do Enfermeiro. Durante este período procurei e foi-me dada oportunidade, de desenvolver competências ao nível da atuação ao doente crítico cirúrgico/anestésico. Nesta fase foi-me dado a conhecer os horários das visitas e alimentação, normas e protocolos existentes, método de trabalho preconizado, registos de Enfermagem, processo de admissão e alta do doente, os procedimentos cirúrgicos mais habituais em cada valência cirúrgica e intervenções de Enfermagem para que durante a minha prática neste local pudesse atuar adequadamente.

Desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente.

O estágio foi dividido pelas quatro áreas de atuação de Enfermagem sendo 45 horas para cada área, sendo elas: UCPA, Enfermeiro Anestesista, Enfermeiro Circulante e Enfermeiro Instrumentista. Assim, foi necessário realizar pesquisa bibliográfica relativa às funções do Enfermeiro do BO e UCPA, tendo realizado uma reflexão crítica acerca das mesmas.

Segundo afirma Duarte e Martins (2014), o bloco operatório é uma unidade funcional em permanente evolução, nele executam-se técnicas e procedimentos anestésico-cirúrgicos que obrigam os Enfermeiros a ser altamente qualificados e preparados para responderem às exigências que estes atos requerem. Para isso compete-lhe assegurar o benefício, a humanização dos cuidados e a segurança das pessoas. Neste local além das competências comuns entre Enfermeiros existem também competências específicas atribuídas a cada uma das funções que desempenham, que foi possível atingir.

Reflete na e sobre sua prática, de forma crítica.

Segundo a AESOP (2006) um bloco operatório serve para dar resposta aos seguintes objetivos: permitir a prestação de cuidados anestésicos/cirúrgicos ao doente, oferecer aos doentes condições de acolhimento com segurança e apoio psicológico, criar e estruturar barreira à infeção e manter a segurança de modo a garantir o suporte de vida, facilitar um maior envolvimento dos doentes e familiares com espaços adequados, favorecer a dignidade do doente permitindo privacidade e confidencialidade, reduzir o stress ao doente, família e profissionais, valorizar a eficiência, produtividade e satisfação profissional promovendo um ambiente seguro.

A primeira fase foi assegurando funções de Enfermeiro de anestesia que segundo afirma a AESOP (2006) as funções do Enfermeiro anestesista no dia da cirurgia passam por confirmar a identidade do doente, confirmar o tipo de cirurgia e necessidades específicas solicitadas pelo cirurgião e anestesiolologista, verifica o nome do cirurgião e do anestesista e confirma a técnica anestésica planeada para o doente. Isto simboliza fazer o Sign In (receção e confirmação do doente correto para a cirurgia correta) e o Sign Out (confirmação da equipa cirúrgica, do procedimento cirúrgico, do tempo previsto para a cirurgia e confirmação de preocupações tanto com o cirurgião como com o anestesista).

Durante esta fase, tive a oportunidade de receber o doente na zona de transfer, onde é efetuada a apresentação ao doente, assim como o esclarecimento de qualquer tipo de dúvidas, de seguida confirma-se a identidade do doente, através do nome (dois primeiros e

dois últimos) e data de nascimento, confirmação do procedimento cirúrgico, possíveis alergias e confirmação do jejum, com o objetivo de reduzir os erros cirúrgicos.

Após a correta identificação do doente no *transfer*, este é transferido para a sala de indução, junto à sala operatória onde irá decorrer o ato cirúrgico. Neste local é realizada a tricotomia, se necessário, realizam-se procedimentos como a abertura da tala gessada ou outra imobilização para verificar a integridade cutânea, por vezes inicia-se medicação anestésica ou antibioterapia profilática.

Após a entrada na sala operatória o doente é monitorizado com braçadeira de tensão arterial, oxímetro e elétrodos para monitorizar traçado cardíaco. O doente é anestesiado, posicionado e realizam-se técnicas como a algaliação, entubação nasogástrica, colocação de CVC ou linha arterial, quando justificado pelo tipo de cirurgia ou quando solicitado pelo cirurgião.

Participei no posicionamento do doente para a técnica cirúrgica e para a indução anestésica, participei na indução e manutenção anestésica de bloqueio do plexo braquial, sedação, anestesia geral balanceada, anestesia local e raquianestesia auxiliando na promoção de ventilação eficaz. Participei na entubação orotraqueal, colocação de CVC, linha arterial e preparação de Drug Infusion Ballon (DIB) endovenosos para controlo da dor no pós-operatório. Promovi a manutenção da temperatura corporal, mantendo sempre uma avaliação intensiva dos parâmetros vitais e balanço hídrico do doente. Após as cirurgias, participei no despertar do doente e acompanhei-o à UCPA, onde permaneceram em vigilância. Participei na preparação da mesa anestésica para os diferentes tipos de anestesia. Um dos pontos-chave é a vigilância intensiva e despiste de sinais e sintomas de complicações que pudessem surgir, apresentando-me apto a atuar em situações de urgência e emergência, de ressaltar uma situação em que pelas perdas hemáticas repentinas a doente apresentou um episódio de bradicardia severa recorrendo-se à administração de atropina para estabilizar a frequência cardíaca.

Demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização.

Nesta fase do estágio desempenhei funções de Enfermeiro circulante, segundo a AESOP (2006) circulante deriva de circular, que se traduz por “andar á volta”, ou seja andar á volta do campo operatório, da equipa estéril, do Enfermeiro instrumentista e do doente cirúrgico. Duarte e Martins (2014) referem que cabe ao Enfermeiro circulante manter um ambiente seguro e cuidados interdisciplinares planeando assim todos os cuidados junto da equipa multidisciplinar. Assim tive oportunidade de preparar todo o

material necessário à cirurgia, confirmando a sua funcionalidade, verificando a limpeza das superfícies, mantendo a sala em condições adequadas e ventilação da mesma, apoiando o Enfermeiro instrumentista e restante equipa a vestirem-se com roupa estéril e atendendo às suas necessidades no decorrer da cirurgia. Foi um pouco difícil nesta fase devido à variedade de material e havendo diferentes especialidades para dar apoio pois não estava familiarizado com esta diversidade de material, contudo com a ajuda da equipa multidisciplinar e com o decorrer do estágio esta dificuldade foi ultrapassada. De salientar duas situações uma em que para realizar uma substituição total de prótese do joelho verificou-se a indisponibilidade de um motor esterilizado e assim foi adiada a intervenção cirúrgica antes do doente ser submetido a qualquer procedimento e outra situação em que identifiquei a presença de matéria não orgânica, não especificada, dentro de uma caixa de instrumental, não sendo possível prosseguir com a cirurgia programada por falta de material esterilizado.

Avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização.

Ainda desempenhando funções de Enfermeiro circulante, diariamente verificava o plano operatório, de forma a confirmar a existência do material esterilizado necessário, caso contrário entrava em contacto com a central de esterilização. Auxiliava no posicionamento do doente, confirmava a esterilidade do material cirúrgico, abria os campos cirúrgicos e outro material para o Enfermeiro instrumentista, apoiava o Enfermeiro instrumentista e restante equipa cirúrgica a vestirem-se. De acordo com a AESOP (2006) o Enfermeiro circulante conecta os diferentes materiais estéreis a unidades não estéreis, faz a ligação e direciona os focos de luz operatórios, colabora na desinfeção da pele e na colocação de campos cirúrgicos, providencia novos dispositivos médicos necessários durante a cirurgia, colabora com o Enfermeiro instrumentista na contagem das compressas, tampões, agulhas e instrumentos, acondiciona e regista peças para anatomia patológica, citologia e microbiologia, previne riscos para a equipe cirúrgica e doente, cumpre e faz cumprir as regras de assepsia, realiza triagem de resíduos e providencia a chamada do próximo doente.

De seguida desempenhei funções de Enfermeiro instrumentista, que segundo a AESOP (2006) os objetivos deste são promover o acolhimento do doente, prevenir, reduzir e eliminar o risco de infeção, cumprir e fazer cumprir a técnica assética e a contagem dos itens quantificáveis, zelar pela segurança do doente e equipa cirúrgica, diminuir o tempo cirúrgico e custos do procedimento e promover a durabilidade dos instrumentos. Esta

primeira fase foi de observação para compreender e desenvolver competências nesta área, como por exemplo a lavagem correta das mãos antes do procedimento cirúrgico, segundo a AESOP (2006), a assepsia das mãos é um conjunto de práticas que tem como objetivo destruir os microrganismos por um determinado tempo, sendo um método profilático usando agentes germicidas contra os patógenos presentes no nosso organismo, com o intuito de remover parte da flora, os benefícios desta prática são inquestionáveis, desde a redução da morbidade e mortalidade dos pacientes até à diminuição de custos associados ao tratamento de quadros infecciosos. Assim foi-me possível realizar a correta lavagem das mãos sendo uma técnica bastante específica com a qual ainda não estava familiarizado, mas após observação da equipa cirúrgica foi-me possível desempenhá-la. Foi-me possível realizar a correta colocação de bata e luvas cirúrgicas, a AESOP (2006) refere que a bata e as luvas cirúrgicas servem como barreira tanto para proteger a pessoa doente da flora microbiana das mãos da equipa cirúrgica, como para evitar infeção ocupacional pelo contato com sangue. Ainda nesta fase foi possível realizar a preparação das mesas para a cirurgia, vigiar a técnica asséptica, substituir as luvas cirúrgicas da equipa sempre que necessário, responsabilizar-me pela contagem de todo o material (compressas, cortantes, perfurantes, instrumentos), colaborar na colocação de campos cirúrgicos, transferência de instrumentos em posição funcional e realização do penso cirúrgico, de salientar foi a oportunidade de realizar todas estas intervenções numa técnica cirúrgica.

Após o ato anestésico/cirúrgico o doente é transferido para a UCPA, este segundo a AESOP (2006), é o período mais curto e crítico, em que o doente conjuga os riscos associados aos fármacos anestésicos e à intervenção cirúrgica o que implica uma grande agressão para o organismo, exigindo um cuidado especial ao doente, e Enfermeiros com competências nesta área. Segundo a mesma o Enfermeiro desta unidade desenvolve a sua atuação ao longo de seis fases: preparação da unidade para acolher o doente, onde é aquecida a cama e preparados os sistemas de monitorização para receber o doente, a segunda fase é a avaliação inicial, onde compete a avaliação da função cardiovascular, a função respiratória, as alterações sensoriomotoras, os soros, pensos, drenos, a avaliação do estado de consciência, o conforto e a avaliação da dor. Tive oportunidade de receber o doente na UCPA, permitindo-me depois realizar uma correta avaliação do doente. A terceira fase diz respeito ao estabelecimento dos diagnósticos de Enfermagem, avaliando o doente e realizando os registos em linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), com a qual estou familiarizado. A próxima fase é a elaboração do plano de cuidados: vigilância, manutenção e/ou melhoria da função cardio-circulatória,

nesta unidade vigiam-se parâmetros vitais de 15 em 15 minutos na primeira hora da chegada do doente, na segunda hora de 30 em 30 minutos e a partir daí de 1 em 1 hora, ou claro, sempre que o Enfermeiro ache necessário reavaliar, a vigilância da função renal e equilíbrio hidro-eletrolítico, onde se avalia o balanço hídrico do doente de forma a detetar alterações, são vigiados de 1 em 1 hora nesta unidade, ou ajustados a gravidade da situação, verificar alterações do estado de consciência, avaliação e tratamento da dor, promover o conforto e o bem-estar psicológico e espiritual., verificar a função motora, sendo importante nesta fase identificar o tipo de anestesia utilizado no procedimento anestésico-cirúrgico. A quinta fase é a implementação do plano elaborado, onde o Enfermeiro põe em prática o que elaborou no plano de cuidados e por fim a ultima fase é a avaliação para a preparação da alta/transferência, nesta unidade a escala utilizada para a avaliação do doente nesta fase é o SAPA (Score de Alta Pós-Anestésica). Assim tive oportunidade de participar em todo o processo desde a chegada do doente até à sua transferência.

Demonstra compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.

Objetivo Específico 2: *Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao colaborar no processo de integração de novos profissionais através da elaboração de um manual.*

A integração de novos profissionais é importante pois comporta-se como complementaridade entre os saberes contextuais (desde o equipamento ao sistema organizacional), as suas características e códigos sociais, assim a integração dos profissionais sobrecarrega sobre aspetos distintos no sentido de facilitar o processo formal do conhecimento da dinâmica funcional e do modelo de gestão de organização (Correia, 2012). No bloco operatório esta integração torna-se mais relevante pela especificidade das funções que cada um pode desempenhar. Ao analisar o serviço em questão foi possível identificar que a integração nem sempre é realizada da forma mais eficaz, assim tornou-se adequado a elaboração de um manual de integração no BO.

Toma iniciativas e é criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização.

Após reunião com a orientadora e Enfermeira chefe foi proposto a elaboração de um manual de boas práticas no BO de forma a uniformizar cientificamente a prática diária

dos Enfermeiros de acordo com a sua função. Desta forma este manual⁶ tem como objetivo que todos os Enfermeiros tenham um comportamento idêntico prestando cuidados de saúde individualizados com vista ao benefício do doente. Ao elaborar este manual foi ainda perceptível que a definição das diversas funções dos Enfermeiros prestadores de cuidados em bloco operatório/UCPA torna mais direcionada a integração de novos colegas ao serviço.

Zela pelos cuidados prestados na sua área de especialização.

Exerce supervisão do exercício profissional na sua área de especialização.

Espero que no futuro este manual preste auxílio na integração de novos profissionais para assim serem prestados cuidados com continuidade baseados em evidência científica. O manual está presente no serviço com uma cópia no gabinete de coordenação de Enfermagem para fácil acesso dos novos profissionais.

Colabora na integração de novos profissionais.

⁶ APÊNDICE VI

CONCLUSÃO

A inscrição no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica apresentou-se como objetivo de querer melhorar a minha atividade profissional, foi por esse motivo que me dediquei imenso a este projeto. Considerando o cuidar como a essência da Enfermagem (Nightingale, 1859) é função do Enfermeiro facilitar o ambiente tornando-o familiar e de conforto aos doentes, sendo imprescindível a obtenção da colaboração do doente nos cuidados prestados.

Ao terminar mais uma fase e olhando em retrospectiva posso afirmar que obtive o que pretendia desta formação pós-graduada, uma experiência enriquecedora não só a nível pessoal mas também a nível profissional fazendo-me ver o doente numa área mais alargada. Este período trouxe-me não só saberes e competências mas também capacidade de análise crítico-reflexiva acerca do meu trabalho e da enfermagem em geral, o que influencia a minha prática profissional.

Sendo a comunicação parte essencial da relação com o outro, é fundamental o seu uso correto no estabelecimento de uma ligação com o doente em situação crítica e com os seus familiares, pois só desta forma é possível adequar os cuidados às necessidades de cada um. Um doente com necessidade de ventilação mecânica tem necessidades que se encontram ausentes às restantes pessoas e que, muitas vezes, passam despercebidas pela dificuldade em transmitir exatamente o que precisam, por esse motivo a escolha e o desenvolvimento deste tema ao longo dos estágios transformou a minha forma de agir com doentes com comunicação alterada.

No módulo II a temática desenvolvida foi as estratégias de comunicação com o doente submetido a VMI, pela diversidade de situações foi possível aplicar as técnicas apreendidas durante a realização da Revisão Sistemática da Literatura de forma a melhorar os cuidados aos doentes e a facilitar a comunicação família-doente.

No módulo I seguindo a temática iniciada no estágio anterior, foi desenvolvida uma revisão bibliográfica de forma a dar resposta à lacuna identificada neste serviço, pelo elevado grau de instabilidade do doente. Assim foi importante para mim e para toda a equipa a apresentação de estratégias para uma adequada transmissão de más notícias.

No módulo III pela tecnicidade exigida e devido à dificuldade de comunicação com os doentes no intraoperatório devido à anestesia, foi necessário alterar a temática aqui desenvolvida. Tendo o serviço demonstrado necessidade do desenvolvimento de um manual de boas práticas que levasse a que todos os enfermeiros agissem do mesmo modo, considerei que poderia também a mim trazer benefícios e que poderia complementar a aquisição das competências.

A realização deste relatório foi importante pois permitiu descrever as atividades e competências desenvolvidas durante a unidade curricular estágio, apresentando-se como o culminar de um período de aprendizagem e enriquecimento pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, formação e saúde. ISBN 978-9728-4858-70

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. (2006). *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. (1º Reimpressão, março 2012). Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-972-8930-16-5

Broyles, L.M., Tate, J.A. & Happ, M.B. (2012). Use Of Augmentative And Alternative Communication Strategies By Family Members In The Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 21(2), e21-e32. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=19468258-5e54-474e-af47-58ce23596063%40sessionmgr4001&vid=66&hid=4109>

Carrapiço, F. (2001). *Como elaborar um relatório*. Disponível em: <http://azolla.fc.ul.pt/aulas/documents/ElabRelat.pdf>

Correia, M. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI*. Lisboa: Dissertação submetida á Universidade de Lisboa. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf

Cronin, J. (2003) *The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the Republic of Ireland*. *Accid Emerg Nurs* 11(2): 121-125. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=def6234b-5629-4911-9009-bd77e538d6c2%40sessionmgr4003&hid=4109&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=12633631&db=mdc>

Direção Geral da Saúde (2003). Direção de Serviços de Planeamento. *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

Duarte, A. & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-972-757-959-4.

Dumville, J. [et al.] (2015). *Preoperative skin antiseptics for preventing surgical wound infections after clean surgery*. Disponível em: <http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003949.pub4/pdf/abstract>

Galvão, C. [et al.]. (2002). A prática baseada em evidências: considerações teóricas para a sua implementação na Enfermagem Perioperatória. *Rev. Latino-Enfermagem*, 10 (5), 690-695. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000500010&script=sci_arttext

Grossbach, I., Stranberg, S. & Chan, L. (2011). Promoting Effective Communication for Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Critical Care Nurse*, 31(3), 46-61. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=19468258-5e54-474e-af47-58ce23596063%40sessionmgr4001&vid=63&hid=4109>

Gruendemenn, B. & Fernesebner, B. (1995). *Comprehensive perioperative Nursing USA*. Boston: Jones and Bartlet Publishers.

Grupo Português de Triagem. (2015). Disponível em: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110

Guttormson, J.L., Bremer, K.L. & Jones, R.M. (2015). “Not being able to talk was horrid”: A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31, 179-186. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=19468258-5e54-474e-af47-58ce23596063%40sessionmgr4001&vid=90&hid=4109>

Henriques, C., Silva, D. & Ferreira, P. (2012). A comunicação com o doente ventilado. *Revista Sinais Vitais*. Dezembro. 46-54.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital - Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência - Edições técnicas e científicas. ISBN: 978-972-838-311-4.

Hey, A. [et al.]. (2015). Perceção do Enfermeiro acerca da sua autonomia na prevenção associada à ventilação mecânica. *Rev Enferm UFPE on line. Recife*, 9 (7).

Honoré, B. (1990). *Vers loeuvre de formation, louverture à l'existence*. Paris: Editions L Harmattans.

Kevin, M. [et al.]. (2006). *Emergency Triage Manchester Triage Group*. Oxford. Disponível em: <http://www.onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9781118299029>

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. Nova Iorque: Springer Publishing Company. ISBN: 0-8261-1633-7.

Laakso, K. [et al.]. (2014). Communicating with individuals receiving home mechanical ventilation: the experiences of key communication partners. *Disability and rehabilitation*, 36(11), 875-883. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=19468258-5e54-474e-af47-58ce23596063%40sessionmgr4001&vid=69&hid=4109>

Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro. (*Estatuto da Ordem dos Enfermeiros -Código deontológico*). Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf

Lino, C. [et al.]. (2011). *Using the SPIKES protocol to teach skills in breaking bad news*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022011000100008&script=sci_arttext

Matos, A. & Sobral, A. (2010). *Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica*. In Rev Port Med Int; 17(1). 61-65. Disponível em: http://www.spci.pt/revista/vol_17/2010331_rev_mar10_volumel7n1_61a65.pdf

Meleis, A. [et al.]. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

Moreira, C., Moleiro, M. & Tomás, M. (2000). Importância da comunicação no desmame dos doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva. *Revista Sinais Vitais*: Setembro 19-23.

Nightingale, F. (1859). *Notas sobre Enfermagem*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 9789728383923

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Disponível em: http://www.spci.pt/docs/guiatransporte/9764_miolo.pdf

Pereira, M. (2008). *Comunicação de más notícias e a gestão do luto*. Coimbra: Formasau. 446. 2008 – Disponível em: https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwi39cSdtdTKAhVKhhoKHSC8CcsQFggaMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.esenfc.pt%2Fevent%2Fevent%2Fabstracts%2FexportAbstractPDF.php%3Fid_abstract%3D3165%26id_event%3D64&usg=AFQjCNG69azhHjR9FMeXulNJ36muhBvncw&bvm=bv.113034660,d.ZWU&cad=rja

Pontífice, P. (2012). *A Natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar. Construção de uma teoria explicativa*. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em Enfermagem. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12685/1/Tese%20Doutoramento%20-%20Patr%C3%ADcia%20Pont%C3%ADfice%20Sousa.pdf>

Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. (2010). Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Sá, T. & Machado, L. (2006). Comunicar com doentes ventilados: uma função de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais* 67, 29-34.

Saraiva, D. & Martinho, T. (2011). Communicating with the patient in critical condition. *Nursing: Suplemento Junho*, 8-14.

Silva, A. [et al.]. (2006). Técnicas de comunicação com o doente ventilado. *Sinais Vitais* 68.

Swift, J. (2013). Assessment and treatment of patients with acute unstable bradycardia. *Nursing Standard* 22 (27), 48-56. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=def6234b-5629-4911-9009-bd77e538d6c2%40sessionmgr4003&vid=29&hid=4109>

APÊNDICES

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO (UCI/UCIP)



Comunicação entre Enfermeiro e doente submetido a ventilação mecânica invasiva

Questionário

Este questionário surge no âmbito do Projeto de Estágio do formando Rafael Valente, do curso de Mestrado Profissional na Área de Especialização de Enfermagem Médico – Cirúrgica, cujo tema é “*Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem relacionados com o processo de comunicação entre enfermeiro e doente submetido a ventilação mecânica invasiva*”. Trata-se de um questionário simples, de preenchimento rápido e anónimo. Não existem respostas corretas ou erradas, pretende-se identificar dificuldades e estratégias facilitadoras no processo de comunicação com o doente submetido a ventilação mecânica invasiva (VMI). Os resultados obtidos servirão para a comparação com a evidência científica existente através de uma revisão sistemática da literatura e posteriormente realização de uma ação de formação para comunicar resultados.

1- **Género:** Masculino ☐ Feminino ☐

2- **Idade:** 20 – 30 Anos ☐ 30 – 40 Anos ☐ 40 – 50 Anos ☐ > 50 Anos ☐

3- **Anos de Experiência Profissional em Unidade de Cuidados Intensivos:**

1 Ano ☐ 2 Anos ☐ 3 Anos ☐ 4 Anos ☐ 5 Anos ☐ >5 Anos ☐

4- **Grau Académico:**

Licenciado ☐ Especialista ☐ Doutorada ☐

V.s.f.f.



5- De acordo com a sua experiência profissional considera a comunicação uma necessidade básica dos doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva?

Raramente ☐ Frequentemente ☐ Muito Frequentemente ☐ Sempre ☐

6- Durante a prestação de cuidados ao doente submetido a ventilação mecânica invasiva sente dificuldades no processo comunicacional?

Raramente ☐ Frequentemente ☐ Muito Frequentemente ☐ Sempre ☐

7- Identifique e enumere 2 barreiras ao processo de comunicação com o doente submetido a VMI:

8- Especifique quais as estratégias a que recorre para comunicar com doente submetido a VMI durante a prestação de cuidados:

Obrigado pela sua colaboração,

Rafael Valente

V.s.ff.



APÊNDICE II – PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO E DIVULGAÇÃO (UCI/UCIP)

Tema: Processo comunicacional entre Enfermeiro e doente submetido a VMI

Data: 20 Julho de 2015 **Hora:** 15:00 h

Duração: 30 minutos **Destinatários:** Enfermeiros do Serviço de UCI/UCIP

Local: Sala de Reuniões do Serviço UCI/UCIP

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Conteúdo Programático	Metodologia	Equipamento	Avaliação
Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem relacionados com o processo de comunicação entre Enfermeiro e doente submetido a VMI.	- Identificar as principais estratégias de comunicação utilizadas; - Identificar as dificuldades sentidas no processo de comunicação.	- Importância da comunicação; - Estratégias de comunicação usadas com o doente submetido a VMI; - Sentimentos que os doentes vivenciam num inadequado processo comunicacional.	Expositiva; Participativa	Computador ; Videoprojector.	Nível, satisfação no final da formação: Questionário de Satisfação da Sessão de Formação.

Comunicação entre Enfermeiro e doente submetido a Ventilação Mecânica Invasiva

Ação de Formação

Destinatários: Enfermeiros

Formador: Rafael Valente

20 de Julho de 2015 às 15:00 horas

Duração: 30 minutos



APÊNDICE III - AÇÃO DE FORMAÇÃO (UCI/UCIP)



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Comunicação entre Enfermeiro e doente submetido a Ventilação Mecânica Invasiva

Trabalho Desenvolvido no âmbito do Mestrado de Natureza Profissional na Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica



20 de Julho de 2015 às 15:00 horas



Objetivos



- Sensibilizar os Enfermeiros para a importância de uma boa comunicação na prestação de cuidados de Enfermagem;
- Dar a conhecer os resultados do questionário aplicado;
- Propor estratégias para uma melhoria da prática na comunicação entre Enfermeiro e doente submetido a ventilação mecânica invasiva.

Comunicação

- É um processo complexo de transferência de informação, usado para influenciar o comportamento, é uma interação social, permuta de ideias, sentimentos, emoções, crenças, gostos, atitudes, de pensamentos entre duas ou mais pessoas;
- É uma necessidade básica do ser humano;
- Comunicar não é só por palavras, tudo em nós comunica.



Moreira, C.; Moleiro, M.; Tomás, M. (2000)

Comunicação em Enfermagem

- É o veículo através do qual, o Enfermeiro vai conhecer o doente, determinar as suas necessidades, para intervir adequadamente;
- É uma competência, para o cuidar de Enfermagem, sendo um bom indicador da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados;
- No âmbito do cuidar de Enfermagem, significa “estar presente”, “escutar”, reconhecer e demonstrar respeito pela unicidade do doente.

Silva, A. et al (2000)



Comunicação com doente submetido a Ventilação Mecânica Invasiva

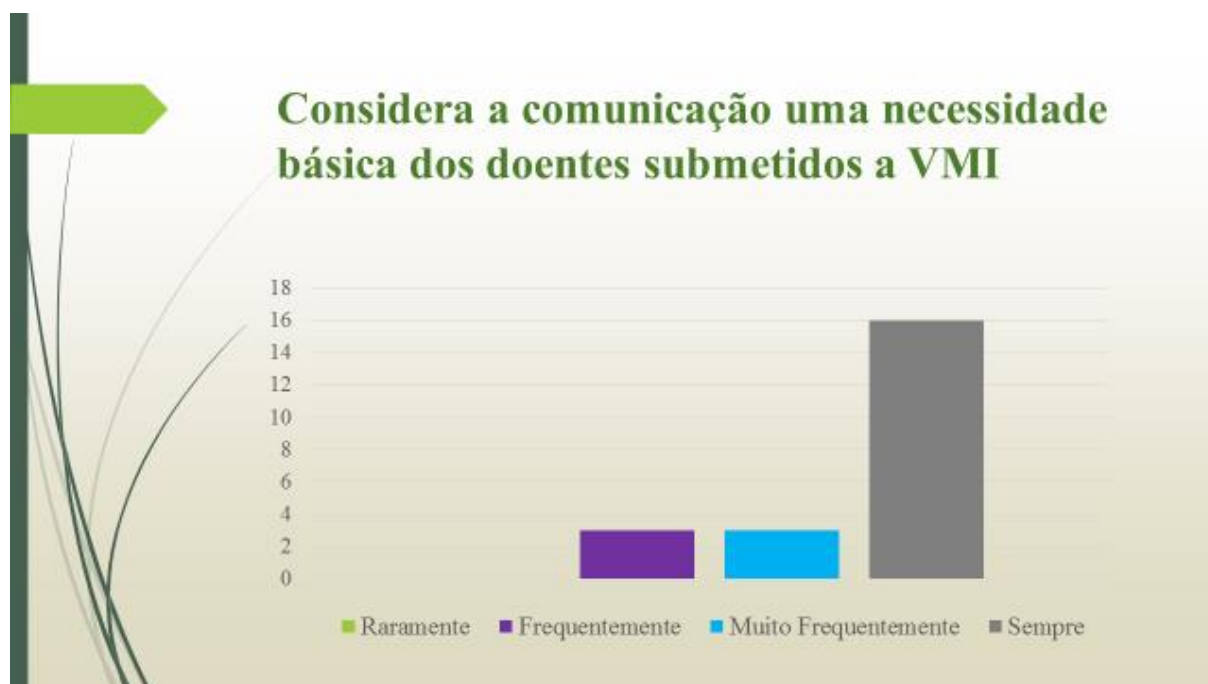
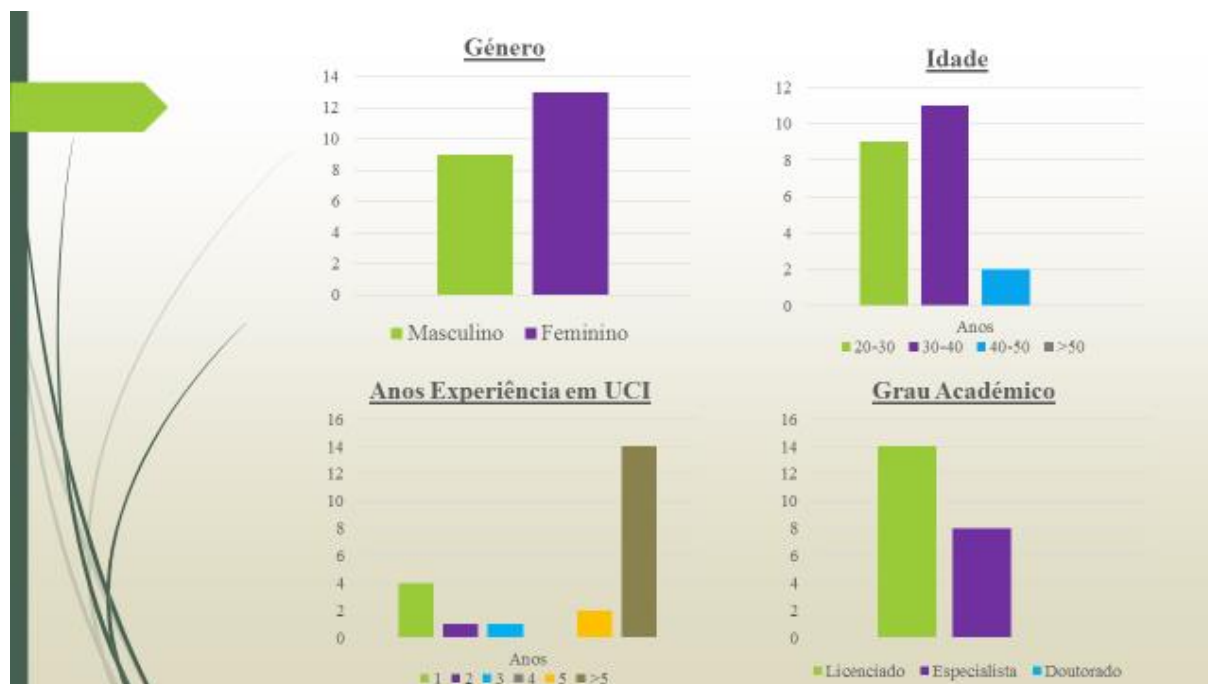


- O compromisso da comunicação constitui um dos principais fatores de stress para o doente;
- A ventilação mecânica coloca a pessoa em posição de desvantagem pela impossibilidade de comunicar verbalmente os seus sentimentos, emoções e necessidades, dificultando a sua interação;
- É uma dificuldade para os Enfermeiros e cabe a estes adotar estratégias de comunicação eficazes com estes doentes;
- A maioria dos doentes ventilados sente dificuldades no processo de comunicação.

Moreira,C.,Moleiro,M.,Tomás,M.(2000)

Resultados de Pesquisa





Sente dificuldades no processo comunicacional na prestação de cuidados?



Sentimentos dos doentes submetidos a VMI

- Medo;
- Angústia;
- Tristeza;
- Desespero;
- Impotência;
- Desanimo;
- Aflição;
- Ansiedade;
- Solidão;
- Stress;
- Frustração;
- Insegurança.



A presença e apoio do Enfermeiro transmite segurança e tranquilidade

Barreiras ao processo de comunicação com o doente submetido a VMI

BARREIRAS COMUNICAÇÃO (QUESTIONÁRIO)



Barreiras na comunicação no doente submetido a VMI

- Motivação e Interesse;
- Ausência de habilidade de comunicação;
- Emoções e Estado de Animo.



Saraiva,D.;Martinho,T.(2011)

Elementos para uma boa comunicação

- Humildade;
- Paciência;
- Transparência;
- Segurança;
- Habilidade.



Saraiva,D.,Martinho,T.(2011)

Comunicação Verbal

- Apesar do doente estar impossibilitado de comunicar verbalmente, os Enfermeiros podem através desta devolver, clarificar e reformular a informação obtida e assim, adequar os cuidados de Enfermagem.

Saraiva,D.,Martinho,T.(2011)



Estratégias para uma boa Comunicação Verbal

- Promover empatia;
- Promover ambiente de interação;
- Repetir a informação sempre que necessário;
- Certificar-se que a informação foi compreendida;
- Saber ouvir/Incentivar a comunicação;
- Usar tom de voz adequado;
- Ser sincero e transparente;
- Manter discurso consistente;
- Utilizar termos simples e precisos;
- Utilizar frases curtas e acentuar silabação.



Saraiva,D.;Martinho,T.(2011)

Estratégias para uma boa Comunicação Não Verbal

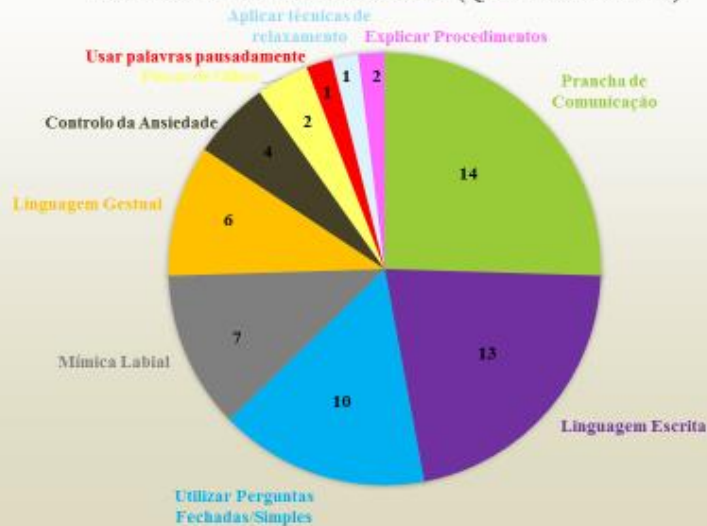
- Manter contato visual;
- Atitude corporal;
- Aparência física adequada;
- Expressão facial;
- Respeitar silêncios;
- Adequar os gestos;
- Adequar a postura;
- Utilizar o toque;
- Disponibilizar tempo.



Saraiva,D.;Martinho,T.(2011)

Estratégias de Comunicação Utilizadas na Prestação de Cuidados

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS (QUESTIONÁRIO)



Estratégias de Comunicação Não Verbal

- Expressões Faciais – A face da pessoa pode marcar o espanto, o interesse, a rejeição ou a frustração;
- Quadro Mágico;
- Tentativa e erro;
- Toque – O ato de tocar é a maneira mais importante de demonstrar afeto, envolvimento, segurança e valorização.



- Cada Enfermeiro tem a responsabilidade de fomentar o desenvolvimento de competências nesta área, interpretando as dificuldades e necessidades do doente, para uma melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem

Saraiva, D.; Martinho, T. (2011)



“Comunicação é a arte de ser entendido.”



Ustinov, Peter

FIM



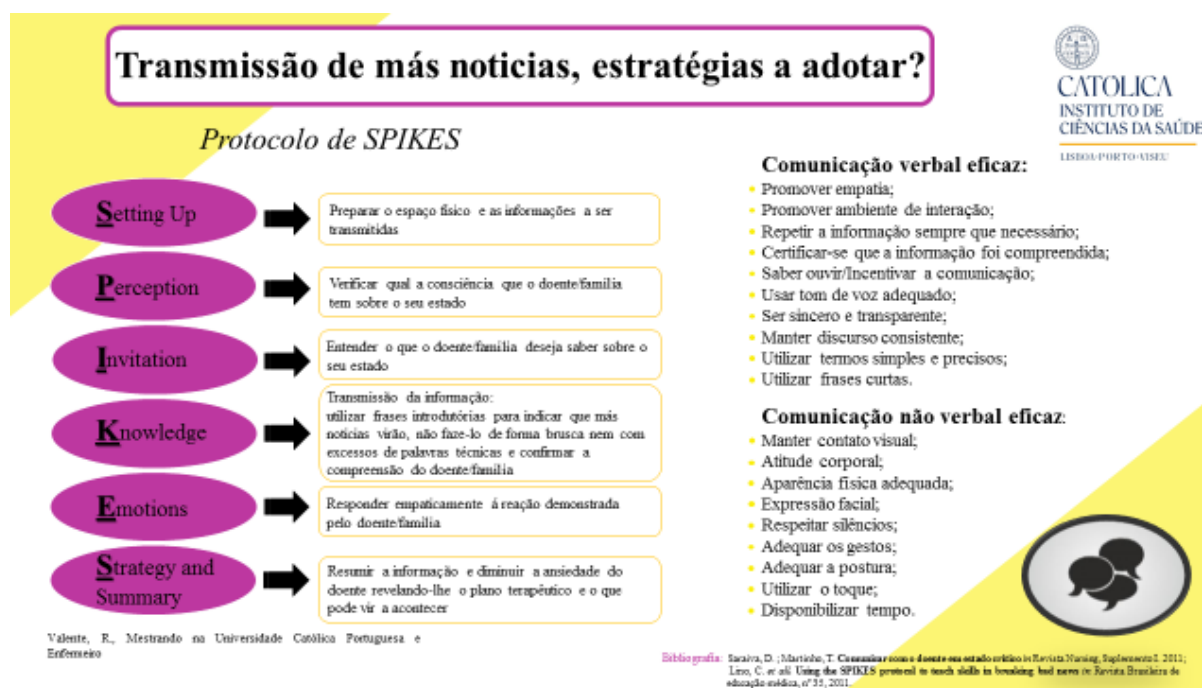
Referências Bibliográficas

- Saraiva, D.; Martinho, T. Comunicar com o doente em estado crítico *in* Revista Nursing, Suplemento I. 2011;
- Moreira, C.; Moleiro, M.; Tomás, M. **Importância da comunicação no desmame dos doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva** *in* Revista Sinais Vitais, nº32, Setembro 2000;
- Sá, T.; Machado, L. **Comunicar com doentes ventilados – uma função de enfermagem** *in* Revista Sinais Vitais, nº 67, Julho 2006;
- Silva, A. *et all.* **Técnicas de comunicação com o doente ventilado** *in* Revista Sinais Vitais, nº 68, Setembro 2006;
- Henriques, C.; Silva, D.; Ferreira, P. **A comunicação com o Doente ventilado** *in* Ciência e Técnica, Setembro 2011;
- Melo, E. *et all.* **Cuidados de Enfermagem ao utente sob ventilação mecânica invasiva em unidade de terapia intensiva** *in* Revista de Enfermagem Referência, Série IV, nº1 Fevereiro/Março 2014.

APÊNDICE IV – AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO (UCI/UCIP)

Nome da Ação	Estratégias de Comunicação com doente submetido a VMI					
<i>O objetivo deste questionário é conhecer a sua avaliação sobre diversos aspetos da ação de formação a que assistiu. Por favor, marque a pontuação que melhor reflete a sua opinião. <u>Este questionário é anónimo.</u></i>						
1. Ação de Formação	Insuficiente	A Melhorar	Bom	Muito Bom	Excelente	
1.1 - Objetivos do Programa	☐	☐	☐	7	3	
1.2 - Interesse dos Conteúdos	☐	☐	☐	8	2	
1.3 - Utilidade da Ação	☐	☐	☐	7	3	
1.4 - Utilidade do curso em relação às expectativas iniciais	☐	☐	☐	7	3	
1.5 - Tempo de duração	☐	☐	☐	6	4	
1.6 - Opinião global sobre a Ação de formação	☐	☐	2	6	2	
1.7 - Recomendação do curso a outros	☐	☐	☐	8	2	
2. Eficácia dos Formadores	Insuficiente	A Melhorar	Bom	Muito Bom	Excelente	
2.1 - Capacidades didáticas	☐	☐	☐	6	4	
2.2 - Conhecimento da matéria	☐	☐	☐	7	3	
2.3 - Capacidade para criar um ambiente participativo	☐	☐	☐	6	4	
3. Preparação e Organização da Ação	Insuficiente	A Melhorar	Bom	Muito Bom	Excelente	
3.1 – Informação prévia sobre o tema da ação de formação	☐	☐	2	6	2	
3.2 – Instalações e Meios Audiovisuais	☐	☐	☐	6	4	
3.3 – Disponibilização de Documentação	☐	☐	☐	5	5	

APÊNDICE V – POSTER (SU)



**APÊNDICE VI – MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DO BLOCO
OPERATÓRIO (BO)**

**Manual de Boas
Práticas
Do Bloco Operatório**
2015

INDICE DE SIGLAS

ACSS – Administração Central dos Sistemas de Saúde

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

AORN – Association of perioperative Registered Nurses

BO – Bloco Operatório

Cm – centímetros

DGS – Direção Geral de Saúde

Mm – milímetros

°C – Graus Celsius

OE – Ordem dos Enfermeiros

SAPA – Score de Alta Pós-Anestésica

UCPA – Unidade de Cuidados Pós- Anestésicos

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. PLANTA DO BLOCO OPERATÓRIO DO HOSPITAL DO DISTRITO DE LISBOA.....	89
---	----

INDICE DE TABELAS

TABELA 1. RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE INFEÇÃO DA FERIDA CIRÚRGICA .	110
---	-----

INDICE

<u>INTRODUÇÃO</u>	89
<u>1. ESTRUTURA FISICA E FUNCIONAL DO BLOCO OPERATÓRIO</u>	90
<u>1.1. Localização</u>	90
<u>1.2. Estrutura Física</u>	91
<u>1.3. Elementos físicos e estruturais</u>	92
<u>1.4. Os Circuitos</u>	93
<u>1.5. Condições Ambientais</u>	93
<u>1.6. Vestuário no BO</u>	95
<u>2. RECURSOS HUMANOS</u>	97
<u>2.1. Funções do Enfermeiro de Anestesia</u>	98
<u>2.2. Funções do Enfermeiro Circulante</u>	100
<u>2.3. Funções do Enfermeiro Instrumentista</u>	101
<u>2.4. Funções do Enfermeiro da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos</u>	102
<u>2.5. A Integração dos Enfermeiros em Bloco Operatório</u>	103
<u>3. LIMPEZA E DESINFEÇÃO DO BLOCO OPERATÓRIO</u>	105
<u>4. CLASSIFICAÇÃO DOS TIPOS DE CIRURGIA E A SUA RELAÇÃO COM OS RISCOS DE INFECÇÃO PÓS-OPERATORIA</u>	108
<u>5. DESCONTAMINAÇÃO DO MATERIAL CIRURGICO</u>	111
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	113
<u>Anexos</u>	115
<u>ANEXO I: Descritivo das funções do Bloco Operatório</u>	116
<u>ANEXO II: Checklist Operatória</u>	122
<u>ANEXO III: SAPA – Score de Alta Pós-Anestésica</u>	124
<u>ANEXO IV: Guia de Acolhimento ao Bloco Operatório</u>	126
<u>ANEXO V: Plano de Integração de Enfermagem</u>	134
<u>Anexo VI: Grelha de Avaliação do Enfermeiro do Bloco Operatório</u>	137

INTRODUÇÃO

O Ser Humano, enquanto objeto de trabalho da profissão de enfermagem, torna importante a avaliação que o Enfermeiro faz, acerca da capacidade de adaptação à doença ou vulnerabilidade de acordo com o desequilíbrio e com a incapacidade para se autocuidar (Meleis, 2010), cabendo à Enfermagem promover um ajustamento ou adaptação à nova situação ou circunstância (Abreu, 2007). Por esse motivo Mercedes Bilbao (s.d.) refere que os Enfermeiros no Bloco Operatório são como os músicos de uma orquestra, sem eles não existe processo.

O Bloco Operatório é um serviço de grande diferenciação com uso transversal pelas várias especialidades cirúrgicas, de cariz programado ou de urgência. Por este motivo, este é um serviço que requer um elevado número de exigências técnicas não só a nível das instalações mas também dos procedimentos e dos técnicos que os executam (ACSS, 2011).

De forma a acompanhar a constante evolução técnica, o bloco operatório necessita de profissionais qualificados que sejam capazes de dar resposta à complexidade dos procedimentos anestésico-cirúrgicos. De acordo com Bleakley *et al.* (2006), existe uma diferença entre uma equipa de peritos e uma equipa perita, sendo que a importância não passa pela perícia dos membros mas pela capacidade de trabalharem eficazmente para o benefício e segurança dos doentes. Assim, e tendo em conta a procura de informação e uniformização na prática de cuidados humanizados decidiu-se elaborar este manual oferecendo informação fundamentada das práticas clínicas recomendadas baseadas na evidência.

1. ESTRUTURA FISICA E FUNCIONAL DO BLOCO OPERATÓRIO

O Bloco Operatório (BO) é uma unidade organo-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e matérias vocacionados para prestar cuidados anestésico-cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida (Duarte e Martins, 2014).

Segundo a AESOP (2006), a existência de um bloco operatório serve para dar resposta aos seguintes objetivos:

- Permitir a prestação de cuidados anestésicos/ cirúrgicos ao doente;
- Oferecer aos doentes condições de acolhimento com segurança e apoio psicológico;
- Criar e estruturar barreira à infeção e manter a segurança de modo a garantir o suporte de vida;
- Facilitar um maior envolvimento dos doentes e familiares com espaços adequados;
- Favorecer a dignidade do doente permitindo privacidade e confidencialidade;
- Reduzir o *stress* ao doente, família e profissionais;
- Valorizar a eficiência, produtividade e satisfação profissional promovendo um ambiente seguro.

1.1. Localização

De acordo com o ACSS (2011), o bloco operatório deve ser sempre resguardado de forma a não ser atravessado nem devassado por qualquer tipo de circulação que lhe seja estranha. De forma a ir de encontro com estas recomendações, o BO encontra-se situada na Ala Poente do Piso 3, acessível pelos elevadores e escadas de serviço.



Figura 1. Planta do Bloco Operatório do Hospital do distrito de Lisboa

1.2. Estrutura Física

De acordo com a ACSS (2011), quando se fala a respeito do Bloco Operatório, deve ter-se em conta a existência de 3 zonas de acesso distinto, interiores ao bloco, nomeadamente a zona livre, a zona semi-restrita e a zona restrita.

A AESOP (2006), complementa distinguindo as áreas, assim a área livre inclui a zona de receção e acolhimento ao doente, pessoal e materiais, podendo ser usado fardamento externo ou roupa da rua sem limite de circulação.

A área semi-restrita inclui as áreas de suporte às Salas de Operações, armazéns de material limpo e estéril, salas de trabalho para armazenamento e processamento de instrumental cirúrgico, gabinetes e os corredores de acesso a áreas restritas. Nesta área a

circulação está limitada aos profissionais e doentes, podendo estar salvaguardada a presença de familiares. Aqui todos devem utilizar o fardamento do bloco, cabelos protegidos e calçado antiestático.

A área restrita inclui a Sala de Operações, sala de indução anestésica, sala de desinfecção, sendo obrigatório o uso de máscara cirúrgica, desde que esteja aberto material estéril ou profissionais com indumentária estéril vestida.

Este Bloco Operatório é constituído por 6 Salas Operatórias, que são mais utilizadas de acordo com a especialidade cirúrgica. Assim, a Sala Operatória 1 é utilizada mais frequentemente pela equipa de Ginecologia, a sala 2 para Cirurgias Major, a sala 3 cirurgias Urológicas e da especialidade de Otorrino, a sala 4 pela especialidade de oftalmologia, a sala 5 é a sala de urgência e a 6 dá resposta mais completa a cirurgias de especialidade ortopédica.

1.3. Elementos físicos e estruturais

Os Blocos Operatórios, que cumprem os padrões atuais de qualidade do ar, estão virtualmente livres de partículas na ausência de pessoas na sala, sendo os profissionais a principal fonte de bactérias no ar (Duarte e Martins, 2015). De forma a colmatar esta fonte de bactérias incontornável é importante que o hospital tenha uma boa arquitetura, sendo esta a responsável pela qualidade do ambiente hospitalar e pelo desempenho dos intervenientes.

Assim, de acordo com as recomendações técnicas da ACSS (2011), o pavimento do Bloco Operatório é contínuo e isento de junta, resistente às frequentes lavagens e produtos de limpeza utilizados, impermeáveis, resistentes à água e não escorregadios, tendo sido adotadas medidas que minimizam a formação de eletricidade estática através da utilização de pavimento anti estático, garantindo a continuidade sem juntas com os rodapés, através de uma superfície côncava que evite a acumulação de sujidades e facilite a limpeza. Indo de encontro com as referidas recomendações as portas nas salas de operações são automáticas e de correr e não embutidas, diminuindo assim a agitação do ar e a iluminação das salas de operações.

1.4. Os Circuitos

De acordo com o ACSS (2011), todo o Bloco Operatório deve salvaguardar a privacidade, dignidade e conforto dos doentes pois estes encontram-se num momento de maior fragilidade não descurando da segurança do doente e de toda a equipa.

Segundo a AESOP (2006), para cada Bloco Operatório com uma ou mais Salas de Operações deve existir uma zona de acolhimento ou pré-operatória e/ou a existência da zona de *transfer*, pois em nenhuma circunstância a cama hospitalar deverá entrar na sala de Operações (Duarte e Martins, 2014).

No circuito do pessoal está definido os procedimentos de mudança de roupa e separação homens/ mulheres de acordo com a percentagem de efetivos. No circuito dos materiais e matérias encontra-se definido o local de armazenamento e separação e material estéril, qual o tratamento e acondicionamento dos sujos e lixos e qual a melhor forma para fazer o seu transporte.

Indo de encontro com a AESOP (2006), o bloco operatório e a central de esterilização encontram-se diretamente ligados.

1.5. Condições Ambientais

As condições ambientais são assuntos primordiais quando se discute a presença de partículas no Bloco Operatório. Assim, e de acordo com Duarte e Martins (2014), as discussões atuais prendem-se com a existência de um sistema de ventilação por pressão positiva, principalmente em especialidade Ortopédica devido ao elevado potencial para infeções associado aos aparelhos giratórios que colocam em suspensão aerossóis de microrganismos, contaminando o ambiente da sala.

De forma a diminuir o número de partículas em suspensão é necessário diminuir a atividade no interior das Salas de Operatórias que propiciem a suspensão de partículas, reduzir o número de pessoas presentes durante a cirurgia e evitar movimentos e conversas desnecessárias, pela existência de microrganismos provenientes da respiração dos ocupantes.

Duarte e Martins (2014) referem ainda que o número de microrganismos em suspensão nas Salas Operatórias é diretamente proporcional ao número de pessoas que se movimentam dentro das mesmas, sendo revelador na prática que 98% das bactérias detetadas na ferida operatória têm origem no ar ambiente.

Ventilação – De acordo com a AESOP (2006), é importante definir as entradas e saídas de ar, bem como a localização dos filtros terminais. O sistema de filtração do ar deve incluir o valor do ultrafiltrado que remove cerca de 99,9% das partículas com 0,3 a 0,5mm.

Temperatura e Humidade – De acordo com a AESOP (2006), as Salas de Operações devem manter-se entre os 19°C e os 24°C para uma humidade relativa de 50% a 55%. De acordo com Duarte e Martins (2014), a humidade está diretamente relacionada com a higiene do espaço e as condições de conforto, ou seja, um elevado nível de humidade pode causar desconforto e favorecer o crescimento e transferência de bactérias por via aérea. Já um baixo nível de humidade pode aumentar a presença de eletricidade estática na superfície dos equipamentos ou favorecer a coagulação do sangue e secagem rápida dos tecidos, tendo em conta estes dados a AESOP (2006) define um limite de humidade mínimo de 40% e um limite máximo de 60%.

No que se refere à temperatura, esta depende do tipo de cirurgia a praticar, pois uma cirurgia cardíaca requer baixas temperaturas já um queimado exige uma temperatura de Sala Operatória mais elevada (Duarte e Martins, 2014). Durante uma cirurgia é importante manter o conforto do doente, devendo considerar-se o risco de hipotermia devido à grande superfície corporal exposta e nua, submetido a imobilização, vasoconstrição, incisão cirúrgica, perfusão de fluidos frios e ventilado por gases frios. Posto isto, e para um doente adulto num ambiente com 50% de humidade, deve manter-se uma temperatura entre os 24°C e os 27°C, sendo que abaixo dos 21°C todos os doentes apresentam hipotermia (AESOP, 2006). Os mesmos autores referem que em cirurgia pediátrica o risco de hipotermia e as suas consequências atingem características mais nefastas que podem conduzir a paragem cardíaca e morte. Quanto ao conforto dos profissionais há que ter em conta a necessidade de temperaturas mais baixas para a equipa cirúrgica (19°C e 21°C) que se encontra equipada com batas e luvas sob iluminação quente, mas também de temperaturas mais amenas (21°C e 24°C) para a restante equipa. Por esta razão, e uma vez que o doente se encontra mais exposto deve-se promover o aquecimento periférico através de aquecedores e soros, insuflador de ar quente, mantendo o controlo de temperatura no intraoperatório. De qualquer das formas é recomendado a adequação do vestuário de acordo com a sua função na sala operatória e utilização de luz fria para os candeeiros operatórios.

1.6. Vestuário no BO

No bloco operatório ambiciona-se que o ambiente seja o mais controlado possível e isento do maior número de microrganismos. Para isso, é primordial que as pessoas que circulam pelas áreas semi-restritas ou restritas usem um vestuário específico que inclui fato de circulação, touca, máscara e calçado próprio.

Para além de roupa específica, os profissionais devem retirar todos os adornos antes de entrar no bloco, pois potencia o alojamento e dificuldade de remoção de microrganismos. O uso de brincos pequenos e junto aos lóbulos das orelhas são permitidos desde que se encontrem contidos dentro da touca (AESOP, 2006). As unhas devem permanecer curtas e sem presença de verniz pois este pode ser um fator inibidor de uma correta escovagem, facilitando o alojamento de microrganismos.

O fato de circulação deve ser confeccionado em “tecido não tecido” ou material 100% algodão, sendo composto por duas peças (calças e blusa de manga curta) e deve ter uma cor distinta da roupa estéril (AESOP, 2006). A sua cor deve ainda permitir identificar o uso incorreto da farda em locais fora do BO (Duarte e Martins, 2014). No caso do bloco operatório do Hospital do distrito de Lisboa, a cor do fato de circulação é de um verde diferente das batas azuis e verde-água e das restantes fardas fora do BO brancas. Os profissionais que não tem de se submeter à desinfeção cirúrgica das mãos podem usar um casaco de manga comprida, com as mesmas características têxteis dos fatos de circulação, que deverão ser utilizados fechados (AESOP, 2006).

A touca ou barrete cirúrgico deve cobrir por completo o cabelo e os pelos faciais, evitando dispersão de partículas e queda de cabelos sobre a roupa e campos cirúrgicos. As toucas devem ser confeccionados no mesmo tipo de tecido dos fatos de circulação, dando-se preferência aos modelos de uso único (AESOP, 2006). Se o profissional preferir utilizar um barrete reutilizável, deve garantir que este sofre um processo descontaminação de acordo com o procedimento hospitalar, tal como o restante fardamento do BO (Duarte e Martins, 2014).

As máscaras cirúrgicas são utilizadas por todos os profissionais com acesso à área restrita, permitindo a proteção do ambiente e do doente. Contudo isto só acontece se devidamente manipulada assim, deve facultar uma cobertura completa da boca e do nariz, adaptando-se aos contornos faciais. Esta deve ser fixada recorrendo às fitas superiores na parte superior da cabeça e às fitas inferiores na parte de trás do pescoço, sem que sejam cruzadas, evitando assim a formação e aberturas laterais que permitem a libertação de ar

não filtrado (Duarte e Martins, 2014). Todos os profissionais devem substituir regularmente as máscaras de acordo com as recomendações do fabricante relativamente à duração da sua capacidade (no máximo 5 horas) e sempre que se encontram sujas ou danificadas, com exceção da equipa cirúrgica que deve proceder à sua substituição entre procedimentos, independentemente da duração da intervenção cirúrgica (AESOP, 2006).

O calçado (socos ou botas) constitui uma das barreiras de proteção para os profissionais devendo ser constituídas por materiais antiestéticos, resistentes à lavagem e à desinfecção mecânica, devendo apenas possuir orifícios laterais. A alteração do calçado deve ser realizada obrigatoriamente na zona de *transfer*, garantido a exclusiva utilização no BO (Duarte e Martins, 2014). Os elementos externos ao BO só devem fazê-lo após autorização e devidamente fardados com touca e protetores de sapatos.

2. RECURSOS HUMANOS

A gestão de recursos humanos ocupa um papel vital na organização de qualquer instituição prestadora de cuidados de saúde, já que os seus doentes têm elevadas expectativas e esperam para além de cuidados de elevada qualidade, competência para os providenciar (Duarte e Martins, 2014). Para isso o gestor dos recursos humanos deve fazer a análise, a qualificação das funções, o acolhimento e integração de novos recrutas, a avaliação de desempenho, o desenvolvimento e gestão de competências, e o desenvolvimento de carreiras.

Num Bloco Operatório considera-se a existência de uma equipa multidisciplinar constituída por pessoal fixo (enfermeiros e assistentes operacionais) e pessoal rotativo (cirurgiões, anesthesiologistas, técnicos de diagnóstico e técnicos de manutenção e limpeza), sendo o pessoal fixo todos aqueles que estão ligados a esse serviço exercendo as suas funções exclusivamente no Bloco Operatório e o pessoal rotativo são profissionais que têm escala em dias específicos de utilização das Salas Operatórias (Duarte e Martins, 2014).

O enfermeiro perioperatório abarca um ambiente de cuidar desde o pré-operatório que se estende até ao pós-operatório, sendo um espaço onde a Enfermagem se destaca pela diferença e onde um bom trabalho em equipa garante a qualidade do atendimento dos doentes. A AORN (2015) define enfermeiro perioperatório como um enfermeiro que, usando o processo de Enfermagem, desenvolve um plano de cuidados, coordena e presta cuidados a doentes submetidos a processos cirúrgicos e /ou procedimentos invasivos.

No que respeita aos enfermeiros está recomendada a existência de três elementos por Sala Operatória (OE, 2014; AESOP, 2006). No Bloco Operatório existem 4 funções distintas mas complementares que requerem o desenvolvimento de competências para o desempenho de cada uma. De forma a esclarecer esta questão, serão abordadas as funções do enfermeiro perioperatório (ANEXO I): do enfermeiro de anestesia, do circulante, do instrumentista e por fim do enfermeiro na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (AESOP, 2006).

2.1. Funções do Enfermeiro de Anestesia

Quando o enfermeiro perioperatório se encontra a desempenhar funções de enfermeiro de anestesia colabora com o anestesiolologista sendo responsável pelo doente (AORN, 2015). Assim, deve manter uma observação e vigilância intensivas, ter capacidade para despistar sinais e sintomas de complicações que possam surgir e estar apto a atuar em situações de urgência e emergência (AESOP, 2006).

A função do enfermeiro de anestesia deve ser considerada essencial e significativa no contexto dos princípios e da prática anestésica, pela rápida evolução das técnicas anestésicas e da monitorização, da agressividade das cirurgias, da idade média elevada e da multiplicidade de patologias associadas. Este fato exige, de toda a equipa em geral e do enfermeiro de anestesia em particular, uma atuação eficiente através de uma constante atualização de conhecimentos (Duarte e Martins, 2014).

No dia da Cirurgia, o enfermeiro de anestesia deve estar preparado para acolher o doente, devendo consultar o programa operatório **na véspera da cirurgia** e realizar a visita pré-operatória dando início aos cuidados perioperatórios (AESOP, 2006). Esta é uma das atividades autónomas do enfermeiro perioperatório que deve ser vista integrada numa ação multidisciplinar com o objetivo de satisfazer as necessidades dos doentes com vista à humanização dos cuidados. Neste primeiro contacto é importante identificar estratégias que auxiliem a diminuição do nível de ansiedade procurando adquirir a sua colaboração na planificação dos cuidados perioperatórios (Duarte e Martins, 2014). Esta colaboração consegue-se através de uma avaliação das características e habilidades do individuo, esclarecimento de dúvidas e receios desmistificando o Bloco Operatório e fornecendo informações que influenciam a recuperação, os níveis de dor, o tempo de hospitalização e a ingestão de analgésicos (Hesbeen, 2000).

No dia da cirurgia compete ao enfermeiro de anestesia preparar o material necessário para o ato anestésico, validar a operacionalidade da sala operatória e acolher o doente na zona de transfer (AESOP, 2006). Aqui, cabe ao enfermeiro de anestesia o **acolhimento do doente** no Bloco Operatório começando pela remoção da máscara e uma breve apresentação, averiguar antecedentes pessoais e cirúrgicos, dar espaço para exprimir receios e angustias, explicar o que vai encontrar na sala de operações e explicar situações ditas “normais” decorrentes do procedimento cirúrgico (Duarte e Martins, 2014). Na zona do *transfer* deve ainda validar com o colega do internamento/urgência a preparação pré-operatória, a identidade do doente e iniciar a checklist (Anexo II). De seguida acompanha

o doente até à sala de indução/operatória onde colabora no posicionamento do doente, na monitorização hemodinâmica do doente, **na indução anestésica** e na algaliação do doente mantendo constante vigilância e adotando estratégias para manter a temperatura corporal do doente (AESOP, 2006).

Durante o procedimento cirúrgico, o enfermeiro de anestesia colabora na fase da *Indução anestésica*, verificando o material necessário para administração de agentes anestésicos colaborando na entubação oro/nasotraqueal. De seguida, o enfermeiro de anestesia colabora na *Manutenção anestésica*, que compreende o período durante o qual a cirurgia é realizada, neste período o anestesista escolhe o método de manutenção mais apropriado ao doente, podendo utilizar a combinação de vários fármacos (AESOP, 2006). Deve-se manter o plano de ação de Enfermagem de acordo com as necessidades do doente assegurando a vigilância intensiva para despiste de situações de emergência, nomeadamente, parâmetros hemodinâmicos, monitorização do débito urinário e respetivo balanço hídrico, monitorização térmica, monitorização metabólica, permeabilidade perfusional, potenciais reações cutâneas e integridade da pele, manutenção do posicionamento e manutenção do conforto e bem-estar, promovendo a continuidade das funções ventilatória e circulatória, acesso venoso e arterial funcional, prevenção de complicações e atuação de acordo com as situações, avaliação contínua da eficácia das ações de Enfermagem e realização de registos (Duarte e Martins, 2014). Por fim, a *Reversão anestésica* é um período curto mas muito crítico, em que deve ser obtida a recuperação funcional do sistema neuromuscular do doente, de forma a que seja retirado o suporte ventilatório, mantendo assegurada a permeabilidade das vias aéreas e a oxigenação (AESOP, 2006). Nesta fase o Enfermeiro deve colaborar na reversão da anestesia e extubação do doente, ou na manutenção da mesma, caso seja necessário, monitorizar e prevenir a existência de dor promovendo assim o conforto geral do doente.

Quando termina o procedimento anestésico o enfermeiro de anestesia transfere o doente para a UCPA, informando acerca das ocorrências e possíveis alterações e preparação a sala para o próximo doente, assegurando o cumprimento do protocolo de higienização da Sala de Operações e equipamentos e repondo todo o material necessário para a receção do próximo doente (AESOP, 2006).

2.2. Funções do Enfermeiro Circulante

A palavra circulante deriva de circular, cujo significado se traduz por “andar em volta” do campo operatório, da equipa estéril, do Enfermeiro instrumentista e do doente cirúrgico, permitindo-lhe coordenar o conjunto das atividades dentro da sala e zelar para que o procedimento cirúrgico decorra nas melhores condições de segurança para o doente e equipa (AORN, 2015). Os objetivos da atuação do Enfermeiro circulante passam pela manutenção da segurança do doente e da equipa cirúrgica, segurança do ambiente, controlo da infeção, atenção constante do ambiente cirúrgico fazendo cumprir a técnica asséptica, gerir os riscos inerentes a um Bloco Operatório e realizar a gestão organizacional (AESOP, 2006). As atividades do circulante **na véspera da cirurgia** passam pelo planeamento dos cuidados através da consulta do plano operatório e da preparação do material para o ato cirúrgico (Duarte e Martins, 2014).

No dia da cirurgia prepara o que é necessário para a intervenção cirúrgica pela organização do material e equipamentos necessários confirmando a sua disponibilidade e funcionalidade, verificação da limpeza das superfícies, assegura que a temperatura, a humidade e a ventilação da sala estão dentro dos parâmetros estabelecidos e providencia dispositivos para a manutenção da temperatura corporal do doente e aplicação e verificação de lesões do elétrodo neutro do equipamento de eletrocirurgia (Duarte e Martins, 2014). Quando o doente chega, procede ao seu acolhimento na sala operatória apoiando o enfermeiro de anestesia na transferência do doente para a mesa operatória, no posicionamento do doente, na monitorização hemodinâmica e algaliação do doente (AESOP, 2006).

Durante o procedimento cirúrgico cumpre e faz cumprir as regras da técnica asséptica cirúrgica, apoia o enfermeiro instrumentista e a restante equipa cirúrgica a vestirem-se com roupa estéril, colabora na colocação das mesas cirúrgicas, conecta os diferentes materiais estéreis a unidades não estéreis, faz a ligação e o direcionamento dos focos de luz operatórios, colabora na desinfeção da pele e colocação de campos cirúrgicos, adequa os gastos às necessidades do procedimento cirúrgico, mantém a sala limpa e organizada, previne riscos para o doente e equipa cirúrgica, atua em situações de urgência, realiza triagem de resíduos e colabora com o enfermeiro instrumentista na contagem de compressas, dos instrumentos e do material perfurante/cortante (AESOP, 2006). De acordo com Duarte e Martins (2014) é o enfermeiro circulante que supervisiona o número de elementos na sala, limitando-os ao mínimo possível e reduzindo as suas saídas,

acondiciona, rotula e regista as peças para anatomia patológica, citológica, microbiologia ou outros exames.

Terminando a cirurgia, o enfermeiro circulante deve proceder à chamada do próximo doente, colabora na realização do penso cirúrgico, proporciona um acordar confortável ao doente, efetua registos adequados de modo a permitir a análise do ato anestésico-cirúrgico e colabora no transporte do doente para UCPA, supervisiona o cumprimento do protocolo de higienização da sala e equipamentos e colabora na reposição e reorganização da sala para o doente seguinte efetuando, se necessário, pedidos de reposição de dispositivos médicos (AESOP, 2006).

2.3. Funções do Enfermeiro Instrumentista

De acordo com Duarte e Martins (2014), o enfermeiro instrumentista desenvolve competências na área de prestação de cuidados e manutenção de um ambiente seguro para o doente e equipa cirúrgica. Assim, e complementado esta ideia a AESOP (2006) afirma que os objetivos da atuação do enfermeiro instrumentista são prevenir, reduzir e eliminar o risco de infeção operatória, fazer cumprir os protocolos estabelecidos no âmbito da técnica asséptica cirúrgica e das contagens dos itens quantificáveis, diminuir o tempo cirúrgico, pela inexistência de tempos mortos, diminuir os custos do procedimento cirúrgico, por uma melhor gestão dos gastos e um adequado controlo dos dispositivos médicos promovendo a durabilidade dos instrumentos e o cuidado na sua manipulação, utilização e manutenção. Assim, na **véspera da intervenção** o enfermeiro instrumentista, juntamente com a equipa cirúrgica planeia os cuidados ao doente, prepara os instrumentais, verificando a disponibilidade de dispositivos médicos necessários à cirurgia programada e revê o ato cirúrgico bem como os tempos operatórios (Duarte e Martins, 2014).

No dia da cirurgia, deve verificar o carro de circulação com o enfermeiro circulante, preparando todo o material, coloca as mesas cirúrgicas o mais próximo possível do início da cirurgia, respeitando as normas de segurança e assepsia e mantendo a separação dos dispositivos médicos de abertura e encerramento da ferida operatória (AESOP, 2006). Colabora no vestir da equipa cirúrgica e na preparação do campo operatório, responsabilizando-se pela manutenção da técnica asséptica cirúrgica durante o decurso da intervenção, auxilia na preparação, desinfeção e colocação de campos operatórios e verifica a funcionalidade dos equipamentos juntamente com o enfermeiro circulante (Duarte e Martins, 2014).

Durante a cirurgia responsabiliza-se pela segurança do doente, mantendo a organização da mesa de instrumentação através da remoção de matéria orgânica do instrumental com regularidade, devendo ainda agir corretamente e em tempo útil na passagem de instrumentos cirúrgicos (AESOP, 2006). De acordo com Duarte e Martins (2014), o enfermeiro instrumentista procede ainda à substituição de luvas cirúrgicas e batas sempre que seja pertinente, garantindo a assepsia durante todo o ato cirúrgico, recolhe os produtos orgânicos para análise e fornece-os ao enfermeiro circulante e realiza em conjunto a contagem dos itens quantificáveis.

No final da cirurgia colabora no encerramento da ferida operatória, substitui as luvas cirúrgicas para realizar o penso cirúrgico utilizando técnica asséptica, confere o instrumental e acondiciona-o nos respetivos contentores de transporte, coloca os corto perfurantes nos respetivos contentores, colabora na transferência do doente para a UCPA, valida os registos do enfermeiro circulante e colabora na preparação e reorganização da sala de operações para o doente seguinte (Duarte e Martins, 2014; AESOP, 2006).

2.4. Funções do Enfermeiro da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

Após a cirurgia, o doente encontra-se em estado crítico necessitando de uma vigilância acerca de possíveis complicações pós-anestésicas. Assim, de acordo com a AESOP, (2006) os objetivos da atuação do enfermeiro na UCPA passam por proporcionar uma avaliação permanente do pós-operatório, antecipando e prevenindo as possíveis complicações anestésicas e cirúrgicas e possibilitar a atuação imediata e de elevada competência se estas complicações surgirem. Para o desempenho destas funções com elevada competência o enfermeiro deve preparar a unidade antecipadamente para acolher o doente, verificando a operacionalidade dos equipamentos e aquecendo previamente a cama para promover o conforto do doente. Após a chegada deste deve realizar avaliação inicial (função cardiovascular, função respiratória, avaliação de alterações sensoriomotoras, avaliação de alterações resultantes da intervenção anestésico-cirúrgica, estado de consciência, nível de conforto e nível de dor), mantém o doente aquecido, despista e previne a ocorrência de situações adversas (vómitos, hemorragia ou depressão respiratória), informa o anestesiológista de qualquer alteração, estabelece os diagnósticos de Enfermagem, elabora e implementa o plano de cuidados, avalia e prepara o doente para a alta/transferência segundo instrumento de avaliação SAPA (Anexo III), realiza os registos

na folha de Enfermagem e processo informático da UCPA, contata o serviço cirúrgico que irá receber o doente e comunica oralmente as ocorrências respeitantes ao doente.

2.5. A Integração dos Enfermeiros em Bloco Operatório

A necessidade de integração remonta ao princípio do século XX com a necessidade de se criarem escolas que formassem profissionais para executarem as tarefas hospitalares, adaptando-os a cada unidade, supervisionando, orientando e avaliando o seu desenvolvimento profissional. Atualmente, a integração representa uma atividade da administração de recursos humanos cujo objetivo é o ajustamento adequado dos profissionais à instituição, apresentando-se como um período de transição e aprendizagem onde se produzem mudanças de atitudes, padrões de eficiência e de comportamento (AESOP, 2006).

De forma a facilitar este processo, a instituição deve elaborar um guia de integração e acolhimento (ANEXO IV) facilitando a assimilação da missão da instituição, equipa de trabalho e atividades funcionais (Frederico, 2001). O processo de integração é um processo adaptativo que envolve o conhecimento de estrutura física, do equipamento e o seu manuseio, o inter-relacionamento com as estruturas da unidade e o conhecimento técnico e científico, podendo referir-nos a ele como um processo interativo e dinâmico que envolve um integrador e um integrando, bem como toda a equipa multidisciplinar e todos os recursos disponíveis (AESOP, 2006).

Um integrador, de modo a levar o integrando a atingir os objetivos na sua potencialidade e o mais rápido possível, deve ser escolhido de acordo com o seu perfil. O enfermeiro chefe escolhe, de entre os enfermeiros especialistas ou peritos, aquele que apresenta motivação para aplicar o plano de integração (ANEXO V), boas relações humanas, brio profissional, conhecimentos técnicos e científicos atualizados, capacidade de planeamento e orientação, disponibilidade, sentido de responsabilidade, conhecimento da estrutura organizacional, capacidades didáticas e possuir conhecimentos e competência na área de Enfermagem perioperatória (AESOP, 2006).

O programa de integração deve ser flexível e adaptado ao integrando, de acordo com a sua experiência profissional dentro e fora da instituição. Assim, a AESOP (2006) define que existem 3 categorias que devem ser seguidas de acordo com a avaliação do enfermeiro em integração. Se o enfermeiro não tem experiência profissional, deve ter 1 ano

e meio de integração, se tem experiência profissional deve ter 1 ano de integração e se tem experiência em bloco operatório deve ter 6 meses de integração.

Os mesmos autores consideram que, em Bloco Operatório, o programa de integração deve ser estruturado em quatro fases, uma primeira de acolhimento e observação, a segunda desempenhando funções de enfermeiro de anestesia, a terceira executando funções de enfermeiro circulante e a quarta como enfermeiro instrumentista. Apesar destes autores não contemplarem a integração à UCPA, o Hospital do distrito de Lisboa considera ser o local ideal para iniciar a sua adaptação às regras e ideologias da instituição e do serviço.

Após o período de integração, o enfermeiro deverá refletir e analisar o seu desempenho através de uma grelha de avaliação na qual avalia e é avaliado se está apto e tem competências para desempenhar as várias funções de Enfermagem perioperatória.

3. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO BLOCO OPERATÓRIO

As infeções associadas aos cuidados de saúde constituem um grave problema pela sua morbilidade e mortalidade elevada, posto isto é de extrema relevância a higienização do Bloco Operatório, e forma a proporcionar um ambiente seguro aos procedimentos cirúrgicos (Duarte e Martins, 2014).

A AESOP (2006) afirma, na prática recomendada que se refere à Higiene das Salas de Operações, que todo o doente deve ser considerado potencialmente infeccioso, não existindo recomendações especiais para limpeza das salas de operações após cirurgias consideradas infetadas, contudo Duarte e Martins (2014) complementa que devem existir cuidados suplementares na presença de microrganismos epidemiologicamente significativos.

A higienização do Bloco Operatório deve ser executada metodicamente respeitando as técnicas de cada procedimento, por pessoal devidamente qualificado. Para isso, de acordo com Duarte e Martins (2014) deve seguir as seguintes regras:

- Usar equipamento de proteção individual adequado;
- Lavar as mãos antes e após os procedimentos;
- Evacuar todo o material contaminado antes de iniciar as limpezas;
- Iniciar a limpeza e desinfeção da área menos contaminada para a mais contaminada, das zonas mais altas para as mais próximas do chão e da zona mais afastada para a mais próxima da saída;
- Realizar movimento unidirecionais;
- Limpar as superfícies com um pano, começando com ele totalmente aberto, ao mudar de superfície, dobrar o pano ficando a face utilizada para o interior do pano;
- Utilizar panos/ toalhetes de uso único ou proceder à sua descontaminação diariamente;
- Panos de limpeza reutilizáveis devem obedecer a um código de cores, que os diferencie de acordo com as áreas de utilização;
- Materiais de limpeza e desinfeção devem ser de uso exclusivo para cada área;

- Recipientes utilizados na limpeza e desinfecção devem ser rigorosamente limpos com água quente e detergente, secos e armazenados em local próprio após cada utilização.

A AESOP (2006) afirma ainda que a existência de protocolos favorece o cumprimento da higienização das salas, assim indica que deve ser realizada limpeza das Salas Operatórias antes do início do programa cirúrgico, durante intervenções, entre intervenções, no final do programa cirúrgico, limpeza semanal e periódicas.

Limpeza antes do programa cirúrgico – deve efetuar-se uma inspeção visual da sala operatória e, se existirem capas a proteger equipamentos devem ser removidas com movimentos lentos. Posteriormente procede-se à remoção das partículas de pó depositadas durante o período de repouso nas superfícies horizontais da sala operatória, utilizando um pano humedecido com álcool a 70° (Duarte e Martins,2014).

Limpeza durante a intervenção cirúrgica – neste período preconiza-se que o ambiente esteja o mais limpo possível, assim áreas contaminadas com material orgânico devem ser imediatamente limpas e posteriormente desinfetadas (Duarte e Martins,2014). A AESOP (2006), recomenda que se removam grandes volumes e matéria orgânica com celulose/ toalhete seco de forma imediata, descartando em contentor de resíduos hospitalares do grupo III e, posteriormente se proceda à desinfecção da área contaminada.

Limpeza entre intervenções cirúrgicas – ao finalizar cada procedimento cirúrgico, a limpeza do ambiente deve ser restabelecida, removendo matéria orgânica e mobiliários, equipamentos, superfícies e piso, começando este processo pela evacuação de resíduos, roupa, equipamentos, materiais cortos perfurantes e instrumental cirúrgico. As conexões e tubuladuras de sistemas de aspiração e reservatório de recolha de fluidos orgânicos e filtros bacterianos devem ser retirados e colocados em contentor próprio. Devem ser retirados os sacos de resíduos e roupa, devidamente fechados e identificados com a sala de onde são provenientes e a hora. As superfícies horizontais do mobiliário e equipamento devem ser limpas com pano humedecido em água e detergente e, posteriormente, desinfetadas com álcool a 70°. A limpeza do pavimento deve iniciar-se com a remoção de excessivos derramamentos, utilizando material absorvente e só posteriormente se procede à limpeza da superfície.

Limpeza no fim do programa cirúrgico – no final do programa realiza-se uma limpeza semelhante às limpezas entre intervenções cirúrgicas, no entanto é alargada a todas as superfícies, móveis e equipamentos, manípulos de portas, contentores de lixo e roupa. Esta limpeza é obrigatória, independentemente do seu contacto com o doente ou exposição a matéria orgânica. No caso das traqueias de ventilação mecânica reutilizáveis, recomenda-se o seu reprocessamento diário.

Limpeza semanal – tem como objetivo complementar a limpeza diária, alargando às paredes até à altura do braço, das grelhas de ar condicionado e dos despoluidores de gases anestésicos, incluindo filtros. Deve ser limpo o pavimento apenas com água de forma a remover os resíduos de detergente que podem alterar o poder electrostático do pavimento.

Limpeza periódica – é recomendado que seja mensalmente, contemplando as paredes até ao teto e tetos, ara além das áreas incluídas na limpeza semanal.

De acordo com a DGS (2007), na presença de pacientes infetados ou colonizados com microrganismos epidemiologicamente importantes que possam ser transmitidos por contato direto com o doente, ou indiretamente por contato com as mãos ou superfícies, é necessário aplicar medidas adicionais. Nestas situações é importante realizar uma higienização semelhante à recomendada para o fim do programa cirúrgico.

Nos doentes contaminados com *Clostridium difficile* não se deve utilizar álcool a 70° porque os esporos não são destruídos, sendo necessário utilizar dicloroisocianurato de sódio na concentração recomendada pela Comissão de controlo de infeção (Duarte e Martins, 2014).

4. CLASSIFICAÇÃO DOS TIPOS DE CIRURGIA E A SUA RELAÇÃO COM OS RISCOS DE INFECÇÃO PÓS-OPERATORIA

Até meados do século XIX as pessoas submetidas a intervenção cirúrgica desenvolviam, frequentemente, episódios de febre, drenagem purulenta das suturas operatórias, sepsis e morte. Em 1867, *Joseph Lister* (o pai da Cirurgia Moderna) utilizou pela primeira vez fenol para esterilizar instrumentos cirúrgicos, compressas, suturas e para vaporizar o local da incisão cirúrgica, tendo-se observado a redução significativa da mortalidade por infecção pós-operatória (AESOP, 2006). A par destas descobertas, também Florence Nightingale implementou mudanças no âmbito dos cuidados de Enfermagem, contribuindo para a prevenção de infecção em geral e relacionada com a cirurgia em particular (Duarte e Martins, 2014).

Apesar de todas as descobertas, conhecimentos e evoluções técnicas, a infecção é, hoje em dia, uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em contexto hospitalar e, por isso, razão de grandes estudos e preocupação por parte da Enfermagem em perioperatória. A taxa de infecção do local cirúrgico está relacionada não só com o tipo de cirurgia realizada, mas também com fatores relacionados com a pessoa e o meio ambiente.

A AESOP (2006) refere que durante uma cirurgia a barreira epitelial, também conhecida como primeira linha de defesa, é violada podendo ser um fator desencadeante da infecção da ferida operatória. Esta pode ser provocada por fatores endógenos (referente ao hospedeiro, às condições físicas e psicológicas) ou exógenos (relacionados com o tipo de cirurgia e técnica cirúrgica) ao doente. Assim, quando se procede à classificação da cirurgia, esta é feita relativamente à localização corporal onde é realizada, quanto aos órgãos e tecidos afetados e conforme o grau de contaminação (Duarte e Martins, 2014).

No BO do Hospital do distrito de Lisboa a cirurgia é classificada consoante o grau de contaminação, assim a **cirurgia limpa** refere-se aquelas que têm baixo potencial de contaminação, sem abertura de vísceras ou em tecidos limpos, são exemplos a cirurgia cardíaca, cirurgia ortopédica, abdominoplastia, mamoplastia estética, entre outras (Duarte e Martins, 2014). Nestas cirurgias o risco de infecção é de 1 a 5% (AESOP, 2006).

A **cirurgia limpa-contaminada** é aquela em que existe a abertura de uma víscera em condições controladas, não havendo contato com o seu conteúdo e as realizadas em tecidos que podem ter processos inflamatórios, são exemplos destas cirurgias a apendicectomia não perfurada, histerectomia, colecistectomia, toracotomia e cesariana (Duarte e Martins, 2014). Nestas cirurgias o risco de infecção é de 3 a 11% (AESOP, 2006).

A **cirurgia contaminada** é considerada aquela onde existe contacto com conteúdo visceral, se é realizada em tecidos colonizados e de difícil descontaminação ou na presença de inflamação aguda não purulenta, são exemplos destas cirurgias a apendicectomia perfurada, cirurgia ortopédica por fratura exposta, colostomia e perfuração da vesícula (Duarte e Martins, 2014). Nestas cirurgias o risco de infecção é de 10 a 17% (AESOP, 2006).

A **cirurgia suja-infetada** inclui as que apresentam infecção tecidular pré-existente ou perfuração de vísceras, são exemplos as cirurgias a úlceras por pressão necrosadas ou a drenagem de abscessos, encerramento secundário de feridas infetadas, cirurgia a fraturas expostas com sujidade (Duarte e Martins, 2014). Nestas cirurgias o risco de infecção é superior a 27% (AESOP, 2006).

Na sua prática clínica o enfermeiro de perioperatório assume como principal diagnóstico de Enfermagem o **risco de infecção da ferida cirúrgica** uma vez que, tendo em conta os procedimentos invasivos a que a pessoa é sujeita, aumenta ou diminui o risco de contrair uma infecção local que pode evoluir para sistémica. Daí que se possa definir **medida de prevenção da infecção da ferida cirúrgica** como um conjunto de ações intencionalmente tomadas para reduzir o seu risco, através da redução de oportunidades de contaminação microbiana tecidular ou de instrumentos cirúrgicos estéreis e outros que atuam como adjuvantes, como é o caso de profilaxia antimicrobiana (Duarte e Martins, 2014). A administração de profilaxia antibiótica é recomendada nas cirurgias associadas a alto risco de infecção e em cirurgias em que sejam colocados implantes. A escolha do antibiótico deve ter em conta a espécie de bactéria que se considera ter mais probabilidade e contaminar a ferida e, se necessário, associar mais do que um antibiótico. A sua administração deve ser programada para que níveis adequados estejam presentes no sangue e nos tecidos no momento da incisão e que estes se mantenham durante a intervenção (AESOP, 2006).

No domínio da prevenção salientam-se algumas recomendações tendo em conta o período perioperatório (tabela 1). Os cuidados e Enfermagem devem basear-se no diagnóstico de risco de infecção de ferida cirúrgica, considerando a evidência disponível,

contribuindo deste modo, para o sucesso da intervenção cirúrgica e, sobretudo, para a recuperação pós-operatória e bem-estar da pessoa operada.

Período Perioperatório	Recomendações
Pré-operatório	Preparação da pessoa intervencionada - Sempre que possível, identificar e tratar todas as infecções associadas antes de uma cirurgia eletiva; - Evitar a tricotomia e, se necessário, efetuá-la com máquina elétrica, o mais próximo possível da intervenção; - Incentivar a higiene corporal com Clorhexidina e higiene oral.
	Profilaxia antimicrobiana - Administrar antibiótico profilático apenas quando indicado e selecioná-lo de acordo com a sua eficácia contra os agentes patogênicos mais frequentes para cada local e em conformidade com a política de antibióticos da instituição; - Administrar a dose inicial do antibiótico por via endovenosa, no ato da indução anestésica, de modo a já haver uma concentração bactericida no momento da incisão. Manter níveis terapêuticos do agente no soro e nos tecidos durante toda a intervenção e algumas horas após o encerramento da incisão no BO; - Antes da cirurgia colorretal e, além da profilaxia referida no ponto anterior, proceder à preparação mecânica do colon através de enemas e agentes catárticos. Administrar antibióticos não absorvíveis em doses fracionadas na véspera da intervenção.
Intraoperatório	Assepsia e técnica cirúrgica - Cumprir os princípios de assepsia na colocação de dispositivos intravasculares, cateteres anestésicos e epidurais ou na administração de drogas endovenosas.

Tabela 3. Recomendações para a prevenção de infecção da ferida cirúrgica

5. DESCONTAMINAÇÃO DO MATERIAL CIRURGICO

A prevenção da infeção durante procedimentos invasivos cirúrgicos depende da inter-relação de vários fatores, assim quanto mais invasivo for o procedimento e mais suscetível for o paciente, mais cuidados serão necessários ter. Para controlar o risco de infeção cirúrgica é necessário minimizar a contaminação microbiana dos artigos que vão estar em contacto com o doente (AESOP, 2006). O material cirúrgico pode ser visto como um veículo de transmissão de microrganismos se a sua descontaminação e preparação forem mal realizadas, dependendo a sua eficácia do correto procedimento dos profissionais envolvidos.

Quando uma cirurgia termina, o material cirúrgico deve ser retirado da sala e operações, sendo transportado em caixa fechada e seguir, imediatamente, para o processo de descontaminação. Durante este processo os profissionais devem sempre ter em consideração o nível de risco de transmissão de infeção do material e a sua utilização. De acordo com Duarte e Martins (2014), Spaulding em 1968 classificou os materiais em três categorias utilizadas atualmente, determinando a escolha do método de reprocessamento do material em **material crítico** (todo o material que penetra nos tecidos subepiteliais, sistema vascular e todos os órgãos, é exemplo instrumentos cirúrgicos, material de laparoscopia, cateteres cardíacos e urinários, material de prótese, agulhas e solutos injetáveis sujeitos a esterilização), **material semicrítico** (todo o material que entra em contato com membranas, mucosas ou pele não integra, é exemplo o equipamento de anestesia e endoscópios digestivos, podendo ser submetidos a desinfecção de alto nível) e **material não crítico** (todo o material que entra em contacto com pele integra ou que não contata diretamente com o doente, é exemplo o material usado para a higiene do doente, esfigmomanómetro, termómetro, podendo ser tratado por lavagem com água e sabão).

De acordo com a prática recomendada da AESOP (2006), todos os artigos ou equipamentos a desinfetar devem sofrer um rigoroso processo de **limpeza**, pois a lavagem com água quente e sabão remove cerca de 80% dos microrganismos existentes nos materiais, proteínas e outra matéria orgânica que impede a ação do desinfetante. Assim a limpeza constitui o primeiro passo nos procedimentos de desinfecção e esterilização. Duarte

e Martins (2014) complementa ainda realçando que a limpeza é um processo determinante pois torna seguro o manuseio dos dispositivos médicos por parte dos profissionais de saúde. Todos os artigos constituídos por mais do que uma peça devem ser desarticulados e/ou desmontados totalmente antes de serem sujeitos a qualquer procedimento de limpeza (AESOP, 2006). A limpeza deve ser feita preferencialmente por processo mecânico, contudo quando é necessário recorrer a limpeza manual, esta deve ser feita com água quente (não superior a 40°C) e detergente, imediatamente após a utilização, após a lavagem manual, os artigos devem ser bem enxaguados e secos antes o processo de desinfecção (AESOP,2006).

A **desinfecção** é um processo que promove a inativação da maior parte dos microrganismos existentes, não os matando ou removendo totalmente, mas reduzindo o seu número para níveis não prejudiciais à saúde (Duarte e Martins, 2014). O processo de desinfecção deve ser fundamentado de acordo com o risco infeccioso que representam, a utilização prevista, a natureza de cada artigo e o custo de processamento (AESOP,2006), podendo obter-se por ação física (temperatura) ou por ação química (desinfetantes). A desinfecção pode reduzir entre 90 a 99% dos microrganismos existentes, dependendo se o nível de desinfecção é de baixo, intermédio ou alto nível. A desinfecção de intermédio nível destrói todas as bactérias vegetativas, mas nem todos os vírus e esporos, já a de alto nível pressupõe-se que destrua todas as bactérias vegetativas, todos os vírus mas não os esporos (Duarte e Martins, 2014).

A **esterilização** é o processo que remove totalmente ou destrói todas as formas de vida microbiana, para isso podem ser utilizados vários processos de esterilização: calor húmido, radiação ou ácido paracético. O material a esterilizar deve estar completamente imerso no produto durante o tempo e concentração indicadas pelo fabricante, pois corre-se o risco de os instrumentos não ficarem esterilizados, mas desinfetados. A grande vantagem é a rapidez de ação do produto e a grande desvantagem é a sua toxicidade. O gás plasma de peróxido de hidrogénio destina-se a material termossensível, tendo como principal desvantagem o facto de não esterilizar equipamentos com lumens ou canais superiores a 40 cm ou inferiores a 3 mm de diâmetro. O facto de ter sido esterilizado não garante que o material esteja adequado à sua utilização, o transporte, armazenamento e manuseio do mesmo podem por em causa a sua esterilização. Assim, o material esterilizado deve ser transportado em contentores próprios e armazenados em locais limpos e secos com prateleiras a 30 cm do chão e do teto (Duarte e Martins,2014).

BIBLIOGRAFIA

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, formação e saúde. ISBN 978-9728-4858-70

Administração Central Dos Sistemas De Saúde. (2011). *Recomendações técnicas para o Bloco Operatório*. Lisboa. ISSN: 1647-8568

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. (2006). *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. (1ª Reimpressão, março 2012). Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-972-8930-16-5

Association Of perioperative Registered Nurses. (2015). *Guidelines for Perioperative Practice*. AORN, Inc. ISBN 978-1-888460-87-2

Bleakley, A. (2006). Improving teamwork climate in operating theatres: the shift from multiprofessional to interprofessionalism. *Journal of interprofessional Care*, 20 (5).
Acedido novembro, 16, 2015, em:
http://www.researchgate.net/publication/6795097_Improving_Teamwork_Climate_in_Operating_Theatres_The_Shift_from_Multiprofessionalism_to_Interprofessionalism

Direção Geral De Saúde. (2007). *Higienização do ambiente nas unidades de saúde-recomendações de boa prática*. Acedido novembro, 16, 2015, em:
<http://www.dgs.pt/ms/3/paginaRegisto.aspx?back=1&id=12417f>

Direção Geral De Saúde. (2007). *Prevenção de Infecções adquiridas no Hospital- Um Guia Prático*. Acedido novembro, 16, 2015, em:
<http://www.dgs.pt/ms/3/paginaRegisto.aspx?back=1&id=12419>

Direção Geral De Saúde. (2007). *Recomendações para as precauções de isolamento. Precauções básicas e precauções dependentes das vias de transmissão*. Acedido novembro, 16, 2015, em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008550.pdf>

Duarte, A. & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-972-757-959-4.

Frederico, M. (2001). Integração Profissional. *Sinais Vitais*, 37

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital - Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência - Edições técnicas e científicas. ISBN: 978- 972-838-311-4.

Meleis, A. [et al.]. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Acedido junho, 01, 2015, em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfarmagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf

Anexos

ANEXO I: Descritivo das funções do Bloco Operatório

DESCRIPTIVO DE FUNÇÕES

FUNÇÃO

Enfermeiro

REPORTE

Enfermeiro Coordenador

SERVIÇO

Bloco Operatório / UCPA

OBJECTIVOS

- Programar, executar e avaliar cuidados de enfermagem de maior complexidade e profundidade que impliquem uma formação específica;
- Dar apoio técnico, em matéria da sua especificidade, à equipa e a outros grupos da comunidade (Anestesia, Recobro, Circulante, Instrumentista).

TAREFAS / RESPONSABILIDADES

Enfermeiro de Anestesia

Período pré-operatório imediato:

- Verificar a check-list de material de anestesia;
- Receber doente na zona transfer cumprimenta o doente e preenche a primeira fase da check-list cirúrgica (Admissão (SIGN IN));
- Falar com o Anestesista de modo a obter informações sobre o tipo de anestesia a realizar, bem como cuidados específicos a ter;
- Proceder à preparação de fármacos e materiais necessários;
- Colaborar na transferência do doente do Recobro para a Sala Operatória;
- Implementar a check-list cirúrgica na sala operatória;
- Cumprir com o procedimento - Circuito de Doentes no Bloco Operatório Central.

Período intraoperatório:

- Auxiliar o doente na passagem no transfer para a marquesa cirúrgica;
- Colaborar na monitorização do doente;
- Proceder à administração dos fármacos e colaborar com o Anestesista na técnica anestésica a realizar;
- Vigiar o estado hemodinâmico do doente, bem como colaborar na manutenção e término da técnica anestésica;
- Verificar o conforto do doente, procedendo à realização de intervenções de Enfermagem para maximizá-lo;
- Proceder aos registos, nomeadamente folha de enfermagem perioperatória, folha de controlo de intervenções e check-list cirúrgica;

- Colaborar com os Enfermeiros Circulante e Instrumentista;
- Chamar o doente seguinte, em articulação com restante equipa cirúrgica de modo a rentabilizar o tempo operatório e dar cumprimento ao Plano Operatório.

Período pós-operatório imediato:

- Cumprir com o procedimento - Circuito de Doentes no Bloco Operatório Central;
- Colaborar na passagem do doente da marquesa cirúrgica para a cama de destino do doente;
- Conduzir o doente à unidade de destino, bem como a totalidade do processo cirúrgico;
- Transmitir as ocorrências ao colega da unidade de destino referentes ao período perioperatório do cliente e colaborar na sua monitorização;
- Colaborar na preparação da Sala Operatória para acolher o próximo doente;
- No final de cada turno o Enfermeiro deve repor todo o material de anestesia;
- Registrar os estupefacientes no respetivo livro.

Enfermeiro Circulante

- Identificar as necessidades individuais do cliente, em contexto perioperatório, e intervir em conformidade;
- Planear, organizar, delegar, comunicar, coordenar e avaliar as atividades da restante equipa de enfermagem e de outros profissionais funcionalmente dependentes;
- Gerir e partilhar informação necessária e pertinente relativa ao doente e ao ambiente, com restante equipa multiprofissional;
- Controlar o tempo (turnover), garantindo que este recurso seja utilizado em função das necessidades e no sentido da rentabilização máxima dos recursos existentes;
- Controlar e limitar a circulação de pessoas no decurso do ato cirúrgico;
- Providenciar materiais adequados e o equipamento necessário ao tipo de cirurgia, e verificar a correta funcionalidade;
- Confirmar a disponibilidade e esterilidade dos instrumentos cirúrgicos necessários a cada cirurgia.

Período pré-operatório imediato:

- Preparar a sala operatória para o acolhimento do doente;
- Verificar condições físicas da sala operatória, nomeadamente temperatura, luz e humidade;
- Verificar todos os equipamentos médicos de possível utilização no procedimento cirúrgico, nomeadamente bisturi elétrico, marquesa operatória, aspirador, microscópio, entre outros;
- Providenciar todos os materiais necessários para a realização do procedimento cirúrgico (disposable & no disposable);
- Apresentar-se ao doente identificando-se sem máscara (sempre que possível antes da sua entrada na sala operatória).

Período intraoperatório:

- Verificar conforto e segurança do cliente, procedendo à realização de intervenções de Enfermagem para maximizá-lo;
- Auxiliar o enfermeiro instrumentista e equipa cirúrgica na manipulação correta de materiais estéreis que utilizam, nomeadamente ao vestir;

- Fornecer todos os materiais, solutos e equipamentos ao enfermeiro instrumentista para a realização do ato cirúrgico, salvaguardando todos os princípios de assepsia;
- Zelar pela manutenção de todas as condições anteriores impedindo toda e qualquer violação que possa ocorrer;
- Proceder aos registos, nomeadamente (folha de enfermagem perioperatória, consumos de material na aplicação informática, impressos necessários à articulação com a central de esterilização);
- Proceder à contagem de compressas ou outros materiais específicos sempre que seja necessário e respetivo registo;
- Colaborar com os enfermeiros de anestesia e instrumentista.

Período pós-operatório:

- Responsabilizar-se conjuntamente com o Enfermeiro Instrumentista por eventuais biópsias, material para estudo histológico e bacteriológico identificando-o e procedendo ao seu registo e encaminhamento de acordo com a norma – manipulação de peças cirúrgicas;
- Colaborar com o enfermeiro instrumentista na verificação e manutenção de todos os materiais cirúrgicos, bem como, na separação de material infetado e cortantes para o seu respetivo acondicionamento;
- Colaborar com o enfermeiro instrumentista na comunicação à Central de Esterilização de qualquer alteração ou material não conforme encontrados;
- Supervisionar a limpeza da sala.

Enfermeiro Instrumentista

Período pré-operatório imediato:

- Confirmar o Plano Operatório;
- Conhecer as cirurgias programadas e as necessidades cirúrgicas particulares de cada doente, antevendo as necessidades de materiais específicos, providenciando os mesmos em colaboração com o Enfermeiro Circulante;
- Preparar o material, individualizando em relação ao doente, tipo de cirurgia e cirurgia que o vai utilizar;
- Colaborar com o Enfermeiro Circulante na seleção de todo o material necessário;
- Desinfetar-se e vestir-se com roupa esterilizada;
- Preparar as mesas para a cirurgia atempadamente.

Período intraoperatório:

- Manter e respeitar a técnica asséptica da cirurgia;
- Colaborar na desinfecção do campo operatório e na colocação dos campos cirúrgicos;
- Conhecer com segurança as fases operatórias da cirurgia, de modo a antecipar-se às necessidades do cirurgião;
- Controlar a hemorragia, permanecendo atento às compressas e à quantidade de soro de irrigação utilizado de modo a permitir a realização do Balanço Hídrico;
- Responsabilizar-se por todos os instrumentos, compressas e suturas, procedendo à sua contagem no início da cirurgia, antes do encerramento da ferida operatória e no final da cirurgia;
- Preparar o material para a realização do penso cirúrgico e conectar drenagens;
- Retirar o campo operatório ao doente, colocar os cortantes e perfurantes em contentores próprios.

Período pós-operatório imediato:

- Colocar os instrumentos cirúrgicos dentro de contentores e em cestos de rede perfurados, de modo ordenado, abertos e desconectados (de forma a que não volte a ser necessário manuseá-los antes do processo final de lavagem e descontaminação). Os utensílios cujo lúmen é de pequena dimensão devem ficar à superfície e em local visível;
- Separar qualquer instrumento que se tenha danificado durante a cirurgia e providenciar a sua reparação ou substituição;
- Comunicar aos Assistentes Operacionais os cuidados necessários ao posterior tratamento do material específico;
- Providenciar que as caixas com material, nomeadamente parafusos, sejam devidamente fechadas, para evitar que caia material no transporte para a Central de Esterilização;
- Comunicar à Central de Esterilização qualquer alteração ou material não conforme encontrados;
- Responsabilizar-se conjuntamente com o Enfermeiro Circulante por eventuais biópsias, material para estudo histológico e bacteriológico, identificando-o e procedendo ao seu encaminhamento de acordo com a norma – manipulação de peças cirúrgicas;
- Colaborar na vigilância da higienização da sala operatória, conjuntamente com o Enfermeiro Circulante;
- Colaborar na preparação da sala para a cirurgia seguinte.

Enfermeiro de Recobro

- Receber o doente e respetiva informação intraoperatória;
- Promover o conforto e segurança do cliente;
- Monitorizar o doente e vigiar parâmetros vitais;
- Proceder à administração da terapêutica prescrita;
- Promover cuidados de Enfermagem necessários ao melhor conforto e estabilidade hemodinâmica do doente;
- Registar na folha de registos da UCPA o estado evolutivo do doente;
- Verificar se a alta se encontra assinada pelo anestesista no processo clínico informatizado ou em papel.
- Registar os estupefacientes no respetivo livro;
- Proceder ao arquivo da folha da checklist cirúrgica;
- Transmitir as ocorrências ao colega da unidade de destino referentes ao período perioperatório do doente;
- Colaborar na preparação da unidade para o acolhimento do próximo doente;
- Providenciar a limpeza e reposição da unidade do doente após transferência do mesmo;
- Providenciar o fornecimento das refeições dos doentes quando estadia prolongada na UCPA;
- Realizar registo de Enfermagem no desktop de Enfermagem informático;
- Proceder ao internamento e respetiva transferência do doente informaticamente no desktop de Enfermagem informático;
- Registar no livro de movimento de doentes da UCPA, a identificação do doente, cirurgia a que foi submetido, nome do médico que a realizou, tipo de anestesia, hora de entrada e saída e piso de internamento a que pertence;
- Verificar e ajustar limites de alarmes dos monitores cardíacos;
- Verificar limpeza da unidade do doente e do stock de material da mesma, providenciando a sua reposição:
 - 1 caixa de luvas látex
 - 2 sondas de aspiração verdes e 2 sondas pretas
 - 2 sacos de vômito

- 1 óculos nasais
- 1 máscara de Venturi
- 1 máscara de alta concentração
- 2 resguardos
- 2 pensos pós operatórios
- Electodos
- 2 pacotes de compressas esterilizadas
- Supervisionar a refeição dos doentes;
- Gerir a entrada e permanência de visitas no horário estipulado.

Outras Responsabilidades:

- Verificar o stock de fármacos e material necessário para o acolhimento dos doentes;
- Verificar o funcionamento dos equipamentos de cada unidade de recobro;
- Reposição dos stocks dos carros de apoio.

QUALIFICAÇÕES

- Licenciatura em Enfermagem
- Inscrição na Ordem dos Enfermeiros com quotas atualizadas
- Suporte Básico de Vida

COMPETÊNCIAS

- Capacidade de trabalhar em equipa;
- Iniciativa;
- Bom relacionamento interpessoal e comunicação humana;
- Dinamismo;
- Equilíbrio emocional e psicológico;
- Capacidade para cumprir ações orientadas;
- Obedecer ao Código Deontológico de Enfermagem, bem como ao Código de Ética e Confidencialidade em vigor na HPP Saúde;
- Conhecimentos de informática na ótica do utilizador.

ANEXO II: Checklist Operatória

Procedimento
Cirurgias Correctas, nos Pacientes Correctos, no
Local Correcto

IPSG 4

Pág 4 / 5

Identificação do doente

(SIGN IN): Antes da indução anestésica, os membros da equipa (no mínimo a enfermeira e o anestesista) confirmam oralmente que:

SALA DE INDUÇÃO / SALA OPERATORIA

- 1 O doente confirma a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento e deu consentimento
- 2 O local da cirurgia está marcado ou a marcação do sítio não é aplicável (NA)
- 3 Confirmação de que todos os exames complementares estão disponíveis
- 4 A listagem de verificação do equipamento de anestesia foi executada
- 5 O oxímetro de pulso está ligado e funcional
- 6 As alergias do doente são conhecidas por todos
- 7 A via aérea e o risco de aspiração foram avaliados e o equipamento apropriado está disponível
- 8 Se for previsível perda sanguínea superior a 500 mL (ou 7 mL/kg em crianças) está assegurado o acesso venoso apropriado e a disponibilidade de fluidos de reposição

(TIME OUT): Antes da incisão, toda a equipa (cirurgia, anestesia, enfermagem e outros participantes) verificam oralmente:

- 9 Todos os membros da equipa foram apresentados e tem a sua função definida.
- 10 Confirmação da identidade do doente, local cirúrgico (verificação visual da marcação) e procedimento
- 11 O cirurgião revê os passos críticos e inesperados, duração do tempo cirúrgico e previsão das perdas sanguíneas
- 12 A equipe anestésica revê as preocupações relativas ao doente
- 13 A equipe de enfermagem confirma a esterilização e disponibilidade do equipamento necessário
- 14 Confirmação que a profilaxia antibiótica foi efectuada na hora anterior a incisão ou não é aplicável (NA)

(SIGN OUT): Antes do doente deixar o bloco são revistos os seguintes itens.

- 15 Nome do procedimento cirúrgico realizado
- 16 Verificação que compressas, instrumentos utilizados e corte perfurantes têm contagem correcta
- 17 Verificação que a(s) peça(s) operatória(s) foi (foram) correctamente identificada(s)
- 18 Verificação da necessidade de outros cuidados com o equipamento utilizado
- 19 O cirurgião, o anestesista e as enfermeiras revêm as principais preocupações com o cuidado do doente e com a sua recuperação.

DATA ____/____/____

Pela Equipa _____ N° Mec _____

ANEXO III: SAPA – Score de Alta Pós-Anestésica

Vinheta do doente

UCPA
SCORE DE ALTA PÓS ANESTÉSICA

CRITÉRIOS DE ALTA	SCORE
Nível de Consciência	
Acordado e orientado	2
Despertável à estimulação mínima	1
Resposta a estímulos dolorosos / sem resposta	0
Estabilidade hemodinâmica	
Diminuição da TA inferior a 15% (relativo à TA pré-operatória)	2
Diminuição da TA 15%-30% (relativo à TA pré-operatória)	1
Diminuição da TA superior a 30% (relativo à TA pré-operatória)	0
Estabilidade respiratória	
Ventilação e tosse eficaz, SatO2 superior a 90%	2
Presença de 1 ou + sinais de dificuldade respiratória, tosse eficaz, SatO2 superior a 90%	1
Sinais de dificuldade respiratória, tosse ineficaz, SatO2 inferior a 90%	0
Dor pós-operatória	
VAS inferior a 3 ou dor ligeira	2
VAS 3 – 7 ou dor moderada	1
VAS superior a 7 ou dor severa	0
Náuseas e vômitos pós-operatórios	
VAS inferior a 3 ou náuseas ligeiras sem vômitos activos	2
VAS 3 – 7 ou náuseas e vômitos transitórios	1
VAS superior a 7 ou náuseas e vômitos persistentes	0
Actividade física (para pós-operatório de anestesia do neuroeixo)	
Reversão total do bloqueio motor	2
Reversão parcial do bloqueio motor	1
Sem reversão do bloqueio motor	0
Hemorragia cirúrgica	
Mínima sem necessidade de mudança de penso cirúrgico	2
Moderada, necessidade de mudança de penso cirúrgico 1 – 2 vezes	1
Severa, mudança de penso cirúrgico 3 vezes	0
Total máximo	14

O doente tem alta da UCPA quando apresentar uma pontuação 12 com um mínimo de 1 por cada parâmetro.

Data ____/____/____ Assinatura do enfermeiro _____
Número mecanográfico nº: _____

Direcção Departamento de Anestesia e Blocos
Maria José M de Almeida

Out 2011

[Assinatura]

ANEXO IV: Guia de Acolhimento ao Bloco Operatório

GUIA DE ACOLHIMENTO DOS ENFERMEIROS

BLOCO OPERATÓRIO

2014

SUMÁRIO

- 1. VESTUÁRIO A UTILIZAR NO BLOCO OPERATÓRIO**
- 2. DESINFECÇÃO CIRÚRGICA DAS MÃOS**
- 3. TÉCNICA EQUIPAMENTO CIRURGICO ASSÉPTICO**
- 4. USO DE LUVAS**
- 5. MANIPULAÇÃO DE MATERIAL ESTÉRIL**
- 6. UTILIZAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS**
- 7. DESINFECÇÃO CAMPO OPERATÓRIO**
- 8. FUNÇÕES ENFERMEIROS BLOCO OPERATÓRIO**

PREFÁCIO

Este guia tem como objetivo principal, promover a qualidade dos cuidados no bloco operatório, visando uma rápida integração dos enfermeiros.

O enfermeiro no bloco operatório tem como função principal a prestação de cuidados, tendo a capacidade de ter em conta as necessidades específicas do utente, participando numa cadeia de cuidados, desde do momento da admissão do utente no bloco até que este tenha alta da UCPA.

Os domínios de competência do enfermeiro do bloco operatório estão mais especificamente centrados sobre:

Comunicação

Uma comunicação eficaz, que seja oportuna, precisa, completa sem ambiguidade e entidade pelo recetor (pessoa que recebe), permite reduzir erros e resulta numa melhoria da segurança dos doentes.

Identificações do doente

Todos os doentes têm de ter pulseiras com identificação. Em qualquer contacto com os doentes é sempre incluído o nome e a data de nascimento e sempre que possível estes devem ser confirmadas pelo doente. Em qualquer administração de medicação deve constar o nome do medicamento e a identificação do doente.

Checklist

Um processo de verificação pré-operatória, para confirmar que os documentos do processo são os apropriados.

Prevenção da infeção:

- Actuar de acordo com as directrizes actuais do CDC para higiene das mãos.
- Nova Comissão de Controlo de Infeção
- Trabalhar o relatório da Comissão às instalações do NEH
- Gerir como evento sentinela todos os casos identificados de morte inesperada ou perda permanente de função (major) associados com infeção adquirida.

Prevenção quedas:

- Avaliar o risco de queda de cada doente e os locais mais problemáticos
- Definir procedimentos de segurança (grades colocadas, etc)

- Actuação pós queda – uniformização de procedimentos
- Metodologia do registo de quedas

Segurança medicamento

Locais com medicamentos alto risco assinalados com PERIGO.

Locais com medicamentos “look alike, sound alike” assinalados com STOP.

Locais com medicamentos com doses diferentes assinalados com SEMAFORO.

1. VESTUÁRIO A UTILIZAR NO BLOCO OPERATÓRIO

Roupa de circulação – Roupa específica de uso exclusivo no espaço físico do bloco Operatório.

Calçado de circulação – Calçado específico de uso exclusivo no espaço físico do bloco Operatório.

Roupa de circulação todos os profissionais que entram no bloco operatório, devem vestir roupa específica para ser usada em ambiente cirúrgico.

Toucas e barretes cirúrgicos devem ser usados por todos os profissionais que entrem no bloco operatório; envolvendo totalmente os cabelos, incluindo patilhas e pelos faciais, deverão ser de uso único e de material que não liberte algodão. Após a sua utilização devem ser descartados em recipiente próprio (saco branco).

Calçado de circulação todos os profissionais que entrem no bloco operatório devem usar calçado de uso exclusivo do mesmo, fabricado de materiais anti estáticos, resistentes a lavagem mecânica. A parte superior deve ser lisa, apresentando orifícios apenas nas partes laterais; O uso de coberturas de sapatos não é permitido no bloco operatório.

Máscaras cirúrgicas, todos os profissionais que entrem nas zonas restritas do bloco operatório devem usar máscara, no caso, de materiais estéreis abertos ou no decorrer de procedimentos cirúrgicos. Deve tapar tanto a boca como o nariz, para que as partículas das vias respiratórias serem desviadas lateralmente. Deve substituir-se regularmente, sempre que se encontre suja ou danificada e entre procedimentos cirúrgicos. Deve ser removida, segurando apenas as fitas e descartando em saco branco, após este procedimento deve lavar as mãos.

A máscara com proteção ocular deve ser utilizada sempre que se prevêem a presença de aerossóis, salpicos de sangue ou outros fluidos orgânicos.

Unhas naturais, todos os profissionais devem apresentar unhas saudáveis, curtas que não ultrapasse a ponta dos dedos, sem verniz e limpas. Estão proibidas as unhas de gel entre os profissionais de saúde que prestem cuidados ao utente.

2. DESINFECÇÃO CIRÚRGICA DAS MÃOS

Procedimento para tratamento pré-operatório das mãos que implica a aplicação de um produto bactericida dirigido contra a flora das mãos e evitar a transmissão de microorganismos para a ferida cirúrgica, também pode ser a conjugação da utilização de água e sabão, seguido da aplicação de solução anti-séptica de base alcoólica. Retirar todos os adornos (anéis, relógios, pulseiras) de braços e antebraços. Ajustar touca, máscara cirúrgica e dispositivos de proteção ocular, quando utilizado.

3. TÉCNICA EQUIPAMENTO CIRURGICO ASSÉPTICO

Antes que os profissionais esterilizados possam tocar o equipamento estéril ou o campo estéril, devem vestir as batas esterilizadas e as luvas cirúrgicas estéreis para evitar que os microrganismos nas suas mãos e roupas sejam transferidos para a ferida operatória durante a cirurgia.

4. USO DE LUVAS

O uso de luvas adequadas e de forma adequada a cada tarefa é uma importante medida de controlo de infeção e/ou contaminação.

O uso de luvas não estéreis é recomendado para proteção dos profissionais em todos os procedimentos que não requeiram técnica asséptica e em que se anteveja o contacto com sangue, outros líquidos orgânicos ou materiais contaminados. As luvas são de utilização única, calçadas apenas na altura da utilização e retiradas imediatamente após a realização do procedimento para o qual foram calçadas. Após a remoção é recomendada a lavagem das mãos.

O uso de luvas esterilizadas implica obrigatoriamente uma prévia desinfeção das mãos. Pode admitir-se o uso de luvas de polietileno (palhaço) por baixo das luvas cirúrgicas como medida de proteção de recurso para evitar o contacto da pele com materiais alergénicos, quando os profissionais apresentam alergias a qualquer componente das luvas cirúrgicas e em situações pontuais, não seja possível recorrer a luvas hipoalergénicas.

Estas luvas de polietileno não são recomendadas para a realização de procedimentos no bloco operatório, pois não constituem barreira protetora eficaz.

5. MANIPULAÇÃO DE MATERIAL ESTÉRIL

São vários os fatores que influenciam a esterilidade de um dispositivo médico, sendo que o facto de o termos submetido a um processo de esterilização, não pode ser tido como garantia absoluta de que esse mesmo material irá estar estéril no momento de utilização.

6. UTILIZAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS

A utilização de campos cirúrgicos visa a segurança e a prevenção da infeção cirúrgica.

Os campos cirúrgicos permitem um isolamento eficaz do campo operatório, devendo ser facilmente identificado através de um código de cores.

7. DESINFECÇÃO CAMPO OPERATÓRIO

Favorecer a eficácia do processo de desinfeção, impedir a má técnica no bloco operatório, salvaguardando a segurança do utente.

A desinfeção da pele só poderá ser realizada por pessoal qualificado e com conhecimentos suficientes que lhe permitam executar a técnica com todo o rigor.

Estabelecer uma mesa própria para a desinfeção, ou se tal não for possível manter a taça de desinfeção longe do restante material cirúrgico.

8. FUNÇÕES ENFERMEIROS BLOCO OPERATÓRIO

É atribuído a cada um dos Enfermeiros funções de forma a reduzir os riscos no Bloco Operatório, de forma a melhorar as exigências das regras de segurança.

Apesar de ser atribuída uma função a cada Enfermeiro, nunca é de mais realçar que este deve adquirir as competências específicas para o desempenho de cada uma delas.

ANEXO V: Plano de Integração de Enfermagem

PLANO DE INTEGRAÇÃO

FUNÇÃO	Enfermeiro
TUTOR	
SERVIÇO	Bloco Operatório / UCPA

PLANO

A integração dos enfermeiros é realizada, numa primeira fase, pelo Enfermeiro Coordenador. Posteriormente, em cada turno, o novo Enfermeiro é acompanhado por um Enfermeiro mais experiente do Serviço e respetiva área de integração do Bloco Operatório, até estar apto a desenvolver todos os cuidados de forma autónoma.

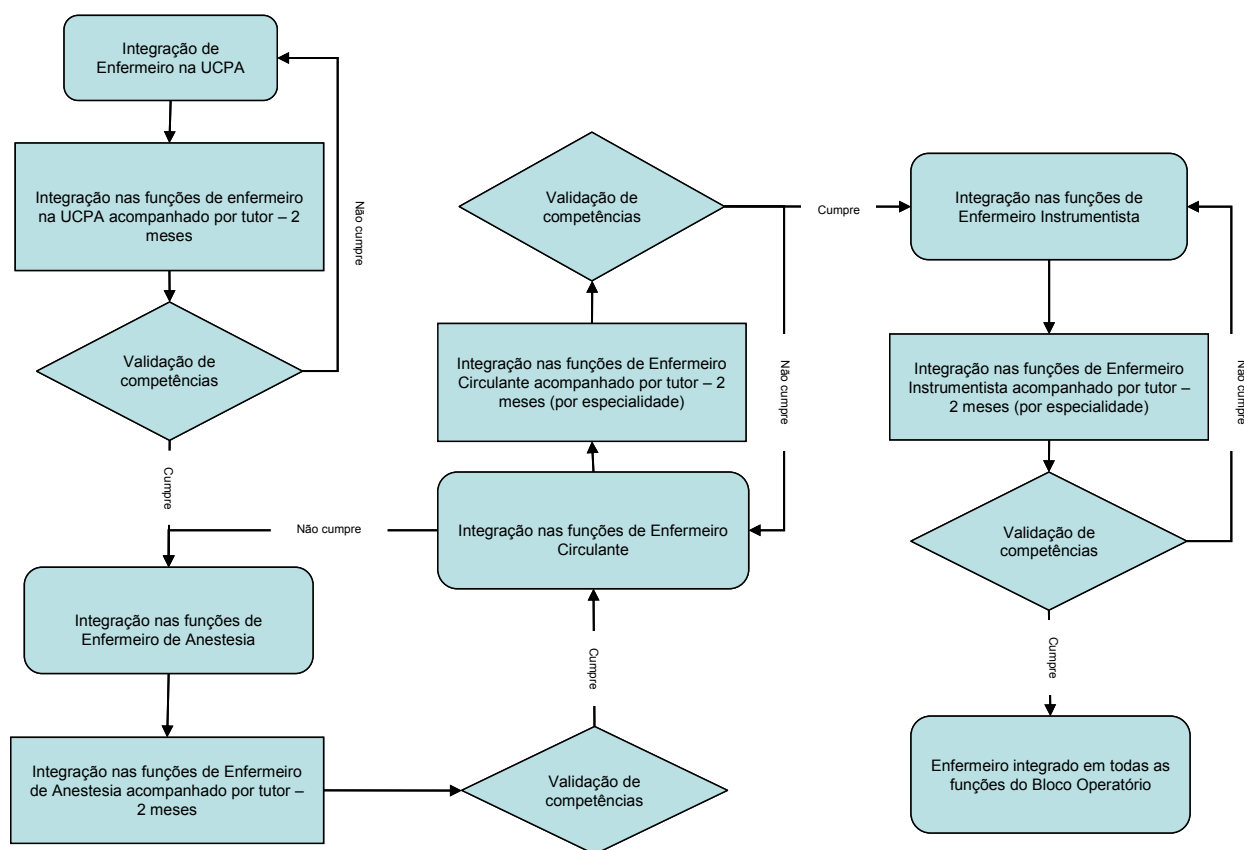
Período de Integração:

- Enfermeiro sem experiência perioperatória: período mínimo de 2 meses em cada função (recobro, anestesia, circulante e instrumentista), por cada especialidade e inicia a sua integração pelo recobro.
- Enfermeiro com experiência perioperatória: são avaliadas as suas competências e estabelecido um plano individual de integração, mediante os conhecimentos já existentes.

PERÍODO / OBJECTIVOS / TAREFAS

Período	Objetivo	Atividades Propostas
1º dia	▪ Conhecer a organização e funcionamento do Hospital; ▪ Conhecer as condições físicas do serviço; ▪ Apresentação à equipa de multidisciplinar.	▪ Apresentar a missão e valores do Hospital, o organigrama do Hospital, o horário de funcionamento e horários de trabalho; ▪ Descrição das diferentes áreas de atuação: ▪ Funções como Enfermeiro Circulante, Instrumentista, de Anestesia e de Recobro. ▪ Responsabilidade do funcionamento da Unidade a nível de salas, recobro, circuitos e respetivos protocolos. ▪ Apresentação do manual de procedimentos: ▪ Faz-se a visita/apresentação do serviço e posteriormente do hospital, acompanhado pelo Enfermeiro Coordenador ou alguém designado por ele; ▪ No final do referido período é realizada avaliação de competências.

1º e 2º mês	- Conhecer as funções do Enfermeiro na UCPA; - Desempenhar de forma autónoma as funções de Enfermeiro na UCPA.	- São proporcionados, ao novo elemento, conhecimentos relativos ao comportamento adequado ao Enfermeiro perioperatório. - Acompanha um Enfermeiro tutor que dará a conhecer aspetos funcionais, de localização de materiais, bem como aspetos específicos associados a protocolos, normas de atuação e registos. - No final do referido período é realizada avaliação de competências.
3º e 4º mês	- Conhecer as funções do Enfermeiro de anestesia; - Desempenhar de forma autónoma as funções de Enfermeiro de anestesia.	- Acompanha um Enfermeiro tutor que dará a conhecer aspetos funcionais, de localização de materiais, bem como aspetos específicos associados às funções de Enfermeiro de anestesia; - No final do referido período é realizada avaliação de competências.
5º e 6º mês	- Conhecer as funções gerais do Enfermeiro circulante; - Desempenhar de forma autónoma as funções de Enfermeiro circulante.	- Acompanha um Enfermeiro tutor que dará a conhecer aspetos funcionais, de localização de materiais, bem como aspetos específicos associados às funções de Enfermeiro circulante; - No final do referido período é realizada avaliação de competências.
7º e 8º mês	- Conhecer as funções gerais do Enfermeiro instrumentista; - Desempenhar de forma autónoma as funções de Enfermeiro instrumentista.	- Acompanha um Enfermeiro tutor que dará a conhecer aspetos funcionais, de localização de materiais, bem como aspetos específicos associados às funções de Enfermeiro instrumentista; - No final do referido período é realizada avaliação de competências.



Anexo VI: Grelha de Avaliação do Enfermeiro do Bloco Operatório

GRELHA DE AVALIAÇÃO
Enfermeiro - Bloco Operatório

Integração ao Serviço

Período	Ação	Realizado
	Apresentação à equipa multidisciplinar	
	Apresentação do BO	
	Estrutura Física	
	Dinâmica de funcionamento	
	Apresentação do Manual de Acolhimento/Manual da Qualidade/Manual de Integração do serviço	
	Diferenciação dos circuitos do BO	
	Política de registos	
	Apresentação ao elemento integrador	
	Contacto com equipa multidisciplinar	
	Familiarização com serviço	
	Espaço Físico	
	Tipologia de doentes	
	Organização dos cuidados	
	Sistema de registo informático	
	Localização material e sua função	

Integração à Função

Enfermeiro de Anestesia

Período	Ação	Competências		
	Prestação de cuidados sob supervisão	É capaz	Não é capaz	Necessita de mais formação
	Avalia as necessidades de cuidados a prestar ao cliente na área de recobro e de acordo com a informação dada pelo enfermeiro que recepcionou o mesmo			
	Planeia a execução dos cuidados juntamente com o Anestesta			
	Fardamento e apresentação do Enfermeiro de acordo com norma da instituição			
	Documenta os cuidados prestados			
	Estabelece prioridades na organização dos cuidados			
	Assiduidade e pontualidade			
	Realiza procedimentos de enfermagem de acordo com normas institucionais			
	Confirma o plano cirúrgico			
	Implementa a realização da checklist cirúrgica			
	Conhece as cirurgias programadas e suas especificidades			
	Prepara o material de acordo com a anestesia programada			
	Promove o conforto e segurança do doente e monitoriza-o			
	Colabora com o Anestesta durante a técnica anestésica			
	Colabora na manutenção anestésica vigiando o estado hemodinâmico do doente			

Período	Ação	Competências		
	Prestação de cuidados sob supervisão (continuação Enfermeiro de Anestesia)	É capaz	Não é capaz	Necessita de mais formação
	Ajuda no posicionamento do doente, de acordo com as indicações da equipa			
	Colabora com os enfermeiros circulante e instrumentista no decorrer da cirurgia			
	Efectua registos segundo normas da Instituição			
	Conhecimento e cumprimento das metas internacionais de Segurança do Doente			
	Providencia a chamada do doente seguinte em tempo útil			
	Conhecimento e cumprimento das metas internacionais de Segurança do Doente			
	Demonstra conhecimento sobre interacção dos fármacos utilizados nos vários tipos de anestesia			
	Efectua reposição de stocks para a cirurgia seguinte ou para reposição final do turno			
Integração à Função		Enfermeiro Circulante		
	Planeia a execução dos cuidados			
	Documenta os cuidados prestados			
	Estabelece prioridades na organização dos cuidados			
	Realiza procedimentos de enfermagem de acordo com normas institucionais:			
	Confirma o plano cirúrgico			
	Conhece as cirurgias programadas e suas especificidades			
	Certifica-se que a limpeza da sala se encontra em conformidade para a cirurgia a efectuar			
	Prepara o material de acordo com a cirurgia/instrumentista			
	Apoia o Enfermeiro Instrumentista			
	Apoia o Enfermeiro Anestesista			
	Procede à ligação dos equipamentos			
	Colabora no posicionamento do doente, de acordo com as indicações da equipa			
	Observa o comportamento da equipa cirúrgica, alertando a instrumentista para alguma ocorrência, fazendo respeitar a técnica asséptica cirúrgica e as normas de segurança inerentes à actividade cirúrgica			
	Efectua registos segundo normas da Instituição			
	Acondiciona, rotula e regista peças para anatomia patológica/ produtos para análise			
	Efectua contagem de compressas em colaboração com o Enfermeiro Instrumentista (sempre que necessário)			
	Ajuda o Instrumentista na realização do penso, remoção de material/equipamentos no final do acto cirúrgico			
	Colabora com o Enfermeiro de Anestesia			
	Interage com a central de esterilização			
	Dá instruções aos Assistentes Operacionais relacionados com o equipamento e limpeza da sala			
	Efectua reposição de stocks para a cirurgia seguinte ou para reposição final do turno			
	Informa o responsável/coordenador de falhas ou alterações ao plano			
	Conhecimento e cumprimento das metas internacionais de Segurança do Doente			

Integração à Função		Enfermeiro Instrumentista		
	Estabelece prioridades na organização dos cuidados			
	Realiza procedimentos de enfermagem de acordo com normas institucionais			
	Confirma o plano cirúrgico			
	Conhece as cirurgias programadas e suas especificidades			
	Certifica-se que a limpeza da sala se encontra em conformidade para a cirurgia a efectuar			
	Prepara o material de acordo com a cirurgia			
	Procede à desinfecção cirúrgica e veste-se com roupa esterilizada			
	Prepara as mesas cirúrgicas			
	Mantém e respeita a técnica asséptica durante a cirurgia			
	Colabora na desinfecção do campo operatório e na colocação dos campos cirúrgicos			
	Conhece com segurança as fases operatórias da cirurgia e antecipa-se às necessidades do cirurgião			
	Está atenta e comunica alguma ocorrência de acordo com as normas de segurança inerentes à actividade cirúrgica			
	Responsabiliza-se por todos os instrumentos, compressas, suturas e procede à sua contagem no início da cirurgia, antes do encerramento da ferida operatória e no final da cirurgia			
	Prepara o material para realizar o penso cirúrgico e conecta drenos			
	Retira o campo operatório ao doente			
	Acondiciona os materiais em cestos próprios de acordo com as regras instituídas para enviar à Central de Esterilização.			
	Coloca cortantes e perfurantes em contentores próprios			
	Responsabiliza-se por comunicar qualquer avaria ou dano que se tenha verificado durante a cirurgia			
	Responsabiliza-se por amostras ou espécimes colhidos para análise, bem como o seu registo			
	Demonstra conhecimentos sobre posicionamento dos doentes na sala			
	Colabora na preparação da sala para a cirurgia seguinte			
Integração à Função		Enfermeiro de Recobro		
	Avalia as necessidades de cuidados a prestar ao cliente na área dos cuidados pós-anestésicos e de acordo com a informação dada pelo enfermeiro que recepcionou o mesmo			
	Fardamento e apresentação do Enfermeiro			
	Assiduidade e pontualidade			
	Planeia a execução dos cuidados			
	Recebe e regista todos os dados relativos a anamnese feita ao doente			
	Estabelece prioridades na organização dos cuidados			
	Realiza procedimentos de enfermagem de acordo com normas institucionais			
	Analisa o plano cirúrgico para programar cuidados			
	Verifica todo o processo clínico e esclarece dúvidas existentes			
	Recebe o doente no pós-operatório			
	Promove o conforto e segurança do doente			
	Administra terapêutica e regista na folha da UCPA			
	Realização dos registos informáticos no desktop de Enfermagem			
	Verifica todo o processo clínico antes de dar alta ao doente			
	Regista estupefacientes de acordo com as normas da instituição			
	Transmite as ocorrências no período intraoperatório ao Enfermeiro da unidade de destino			
	Efectua reposição de stocks e prepara unidades para os clientes seguintes verificando o funcionamento do equipamento			

Observações

Entrevista de Avaliação	
Data	_____ / _____ / _____
Avaliador	_____
Avaliado	_____
	Apto ☐
	Não Apto ☐

ANEXOS

ANEXO I – CHECK-LIST OPERATÓRIA

Procedimento Cirurgias Correctas, nos Pacientes Correctos, no Local Correcto	IPSG 4 Pág 4 / 5
---	---------------------

Identificação do doente

(SIGN IN): Antes da indução anestésica, os membros da equipa (no mínimo a enfermeira e o anestesista) confirmam oralmente que:

SALA DE INDUÇÃO / SALA OPERATORIA

- 1 O doente confirma a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento e deu consentimento
- 2 O local da cirurgia está marcado ou a marcação do sítio não é aplicável (NA)
- 3 Confirmação de que todos os exames complementares estão disponíveis
- 4 A listagem de verificação do equipamento de anestesia foi executada
- 5 O oxímetro de pulso está ligado e funcional
- 6 As alergias do doente são conhecidas por todos
- 7 A via aérea e o risco de aspiração foram avaliados e o equipamento apropriado está disponível
- 8 Se for previsível perda sanguínea superior a 500 mL (ou 7 mL/kg em crianças) está assegurado o acesso venoso apropriado e a disponibilidade de fluidos de reposição

(TIME OUT): Antes da incisão, toda a equipa (cirurgia, anestesia, enfermagem e outros participantes) verificam oralmente:

- 9 Todos os membros da equipa foram apresentados e tem a sua função definida
- 10 Confirmação da identidade do doente, local cirúrgico (verificação visual da marcação) e procedimento
- 11 O cirurgião revê os passos críticos e inesperados, duração do tempo cirúrgico e previsão das perdas sanguíneas
- 12 A equipe anestésica revê as preocupações relativas ao doente
- 13 A equipe de enfermagem confirma a esterilização e disponibilidade do equipamento necessário
- 14 Confirmação que a profilaxia antibiótica foi efectuada na hora anterior a incisão ou não é aplicável (NA)

(SIGN OUT): Antes do doente deixar o bloco são revistos os seguintes itens.

- 15 Nome do procedimento cirúrgico realizado
- 16 Verificação que compressas, instrumentos utilizados e corte perfurantes têm contagem correcta
- 17 Verificação que a(s) peça(s) operatória(s) foi (foram) correctamente identificada(s)
- 18 Verificação da necessidade de outros cuidados com o equipamento utilizado
- 19 O cirurgião, o anestesista e as enfermeiras revêm as principais preocupações com o cuidado do doente e com a sua recuperação

DATA ____/____/____

Pela Equipa _____ N.º Mec _____

ANEXO II - SAPA -Score de Alta Pós-Anestésica

HPP HOSPITAL
DE CASCAIS
DR. JOSÉ DE ALMEIDA

Vinheta do doente

UCPA SCORE DE ALTA PÓS ANESTÉSICA

CRITÉRIOS DE ALTA	SCORE
Nível de Consciência	
Acordado e orientado	2
Despertável à estimulação mínima	1
Resposta a estímulos dolorosos / sem resposta	0
Estabilidade hemodinâmica	
Diminuição da TA inferior a 15% (relativo à TA pré-operatória)	2
Diminuição da TA 15%-30% (relativo à TA pré-operatória)	1
Diminuição da TA superior a 30% (relativo à TA pré-operatória)	0
Estabilidade respiratória	
Ventilação e tosse eficaz, SatO2 superior a 90%	2
Presença de 1 ou + sinais de dificuldade respiratória, tosse eficaz, SatO2 superior a 90%	1
Sinais de dificuldade respiratória, tosse ineficaz, SatO2 inferior a 90%	0
Dor pós-operatória	
VAS inferior a 3 ou dor ligeira	2
VAS 3 – 7 ou dor moderada	1
VAS superior a 7 ou dor severa	0
Náuseas e vômitos pós-operatórios	
VAS inferior a 3 ou náuseas ligeiras sem vômitos activos	2
VAS 3 – 7 ou náuseas e vômitos transitórios	1
VAS superior a 7 ou náuseas e vômitos persistentes	0
Actividade física (para pós-operatório de anestesia do neuroeixo)	
Reversão total do bloqueio motor	2
Reversão parcial do bloqueio motor	1
Sem reversão do bloqueio motor	0
Hemorragia cirúrgica	
Mínima sem necessidade de mudança de penso cirúrgico	2
Moderada, necessidade de mudança de penso cirúrgico 1 – 2 vezes	1
Severa, mudança de penso cirúrgico 3 vezes	0
Total máximo	14

O doente tem alta da UCPA quando apresentar uma pontuação 12 com um mínimo de 1 por cada parâmetro.

Data ____/____/____ Assinatura do enfermeiro _____
Número mecanográfico nº: _____

