



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Vanessa Luísa Gomes Sequeira Alves

Lisboa, Abril de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Vanessa Luísa Gomes Sequeira Alves

Sob orientação da Professora Isabel Rabiais

Lisboa, Abril de 2011

“No justo momento em que aquele que é cuidado se confia aos meus cuidados, ele passa a ser o *o outro*, deixando de ser um qualquer, na preocupação de preservar a dignidade daquele que é cuidado. Uma pessoa que experimenta a sua vulnerabilidade, seja na doença ou no sofrimento, é o *outro*, a quem presto cuidados, a que se à minha acção - a mim, que sou um *outro* para ele.”

Mendes (2007;215)

AGRADECIMENTOS

À Sr.^a Enf.^a Isabel Rabiais pela sua orientação, disponibilidade e incentivo nos momentos mais difíceis.

Aos meus orientadores de estágio, Enf.^a Anabela Esteves e Enf.^a Almerinda Rodrigues pela disponibilidade, apoio, orientação ao longo deste percurso.

À minha família e amigos que sempre me incentivaram a tentar fazer mais e melhor.

ABREVIATURAS

pág.- página

ex.- exemplo

Enf.^a - Enfermeira

Enf.^o - Enfermeiro

SIGLAS

AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AO - Assistentes Operacionais

BO- Bloco Operatório

BP – Bloco de Partos

CDE- Código Deontológico dos Enfermeiros

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS- Direcção Geral de Saúde

DM- Dispositivos Médicos

DVE- Drenagem Ventricular Externa

ED – Emergency Department

EMC - Enfermagem Médico-cirúrgica

EORNA – European Operating Room Nursing Association

ER – Emergency Room

ESSS- Escola Superior de Saúde de Setúbal

FCCS- Fundamental Critical Care Support

HGO- Hospital Garcia de Orta

ICU – Intensive Care Unit

OE- Ordem dos Enfermeiros

OR – Operating Room

PG - Pós- Graduação

SAPE- Sistema de Apoio à prática de Enfermagem

SAV- Suporte Avançado de Vida

SO- Sala de Observações

SUG- Serviço de Urgência Geral

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCDI- Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos

UCP- Universidade Católica Portuguesa

UCPA- Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UIMC- Unidade de Internamento Médico-cirúrgico

UMICD- Unidade Médica de Internamento de Curta Duração

VM - Ventilação Mecânica

RESUMO

O relatório da unidade curricular “Estágio”, inserida na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, pretende analisar e reflectir de forma crítica acerca do percurso percorrido ao longo dos módulos de Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e Bloco Operatório com vista a atingir o objectivo geral **“Desenvolver competências para a assistência de enfermagem ao doente adulto e idoso com doença grave e é especificamente dirigido ao doente em estado crítico”**.

O Módulo I (Urgência) foi-me creditado pelo reconhecimento de competências já adquiridas anteriormente, ao longo de quase seis anos de exercício profissional no SUG do HGO. Neste serviço, além de ter prestado cuidados globais e directos a doentes de médio e alto risco, pude também colaborar em diversos projectos como: “Projecto de humanização” e “Manutenção de dadores multiorgânicos”; exercer funções como responsável de turno e colaborar na orientação de alunos em estágio e integração de novos colegas.

O Módulo II foi realizado na UCI da mesma instituição entre 19 de Abril e 19 de Junho de 2010. A escolha deste campo de estágio remete-se ao facto de pretender desenvolver e adquirir novas competências com vista a uma prática de excelência junto do doente crítico e família.

O Módulo III (opcional) foi realizado no BO também do HGO entre 27 de Setembro e 19 de Novembro de 2010. A escolha deste serviço para campo de estágio deve-se em grande parte a um gosto pessoal mas também por considerar que esta escolha me iria permitir conhecer novas realidades, adquirir conhecimentos e desenvolver competências numa área para mim totalmente desconhecida.

Para cada um destes módulos de estágio serão descritos os objectivos propostos bem como as estratégias e actividades desenvolvidas para os atingir, fundamentando a sua pertinência, demonstrando o seu contributo para ganhos em saúde e para o desenvolvimento e aquisição de competências técnico-científicas e relacionais na minha área de especialidade.

ABSTRACT

The report of the course "Clinical placement" inserted in the Medical-Surgical Nursing specialization, aims to examine and reflect critically on the route traveled throughout the modules of the Emergency Department, Intensive Care Unit and Operating Room with a view to the general objective **"To develop skills for the nursing care for sick and elderly adults with severe disease and is specifically directed to the patient in critical condition."**

Module I (ED) I had credited for the recognition of skills already acquired before, during almost six years of professional experience in the ER of HGO.

In this service, besides having provided comprehensive and direct care to medium to high risk patients, I could also collaborate on several projects such as "Humanization Project" and "Maintenance of multiorgan donors", operating as the responsible of the shift, guiding and supporting students in training and integrating new colleagues.

Module II was held at ICU in the same institution between April 19 and June 19, 2010.

The choice of training field refers to the fact of wanting to develop and acquire new skills on a practice of excellence in the critical patient and family.

Module III (optional) was also performed in the OR of HGO between September 27 and November 19, 2010. The choice of service for training field is due largely to a personal taste but also because he believes that this choice would allow me to meet new realities, to acquire knowledge and develop skills in an area totally unknown to me. For each of these clinical placements will be described the proposed objectives such as the strategies and activities to achieve them. Justify its relevance, demonstrating their contribution to health gains and for the development and acquisition of skills in my area of expertise.

ÍNDICE

	Página
0- <u>NOTA INTRODUTÓRIA</u>	10
1- <u>MÓDULO II- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS</u>	13
1.1- DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA UCI.....	13
1.2- OBJECTIVOS DEFINIDOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	14
2- <u>MÓDULO III- BLOCO OPERATÓRIO</u>	26
2.1- DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO BO.....	26
2.2- OBJECTIVOS DEFINIDOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	28
3- <u>CREDITAÇÃO AO ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA</u>	41
4- <u>REFLEXÕES FINAIS</u>	43
5- <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	47
ANEXOS.....	50
ANEXO I.....	52
APÊNDICES.....	58
APÊNDICE I.....	60
APÊNDICE II.....	86
APÊNDICE III.....	90
APÊNDICE IV.....	98
APÊNDICE V.....	104
APÊNDICE VI.....	122

0- NOTA INTRODUTÓRIA

Um Relatório corresponde à última etapa de um processo que se inicia com a elaboração de um Projecto. Desta forma, a sua preparação obriga a uma avaliação pormenorizada do trabalho desenvolvido, em comparação com o trabalho previsto, promovendo o desenvolvimento do sentido crítico e da capacidade de autoavaliação.

A elaboração do presente relatório ocorre no âmbito de Curso de Especialização em EMC e tem como finalidade expor, analisar e reflectir acerca dos objectivos definidos, estratégias e actividades desenvolvidas e resultados obtidos ao longo dos três módulos de estágio que o compõem: UCI, BO e SUG com vista ao desenvolvimento e aquisição de competências inerentes ao título de Enfermeiro Especialista.

A escolha do HGO para a realização dos estágios descritos prende-se com o facto de exercer funções no referido Hospital há quase dez anos, conhecendo a sua dinâmica, valores e objectivos. É um Hospital central que possui diversas valências da área médico-cirúrgica o que favorece o processo de aprendizagem. Além destes aspectos, desde 2000 que o HGO iniciou o seu processo de acreditação ao programa para a melhoria da qualidade do King's Fund com vista a melhorar a qualidade e eficácia dos cuidados prestados.

Não posso deixar de referir que a escolha desta instituição se prende também com o facto de pertencer á minha área de residência, facilitando a conciliação da minha vida profissional, académica e pessoal.

No que diz respeito aos módulos de estágio realizados e a escolha do BO como campo de estágio opcional, deve-se apenas a preferência pessoal por achar - e actualmente constatar - que o BO iria dar resposta às minhas necessidades de aprendizagem e de aquisição de competências bem como satisfazer uma curiosidade pessoal de longa data.

O módulo de UCI contribuiu de forma significativa para alcançar as competências inerentes a esta especialidade e permitiu, simultaneamente, iniciar um processo de integração naquele que seria, dois meses depois, o serviço onde viria a exercer funções até à data.

No módulo de SUG, tal como já referi anteriormente, foi-me concedida a creditação pelas actividades desenvolvidas ao longo de quase seis anos de serviço e que me permitiram alcançar algumas das competências esperadas de um Enfermeiro Especialista na vertente médico-cirúrgica, nomeadamente competências inerentes à

gestão de cuidados prestados; colaboração para o crescimento pessoal e profissional dos meus pares - pela orientação de alunos e integração de colegas ao serviço. Pela constante manutenção do processo de auto-desenvolvimento, de aquisição de conhecimentos e competências que procurei desenvolver através de todos os cursos que frequentei na área de urgência/ emergência, sempre com o intuito de prestar cuidados com um nível de qualidade e segurança crescentes.

O HGO serve a população dos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra, sendo ainda considerado um Hospital de referência para doentes politraumatizados e neurocirúrgicos do Sul do País.

A UCI deste Hospital é uma unidade polivalente que dá resposta a doentes críticos da área Médica, Cirúrgica, Neurocirúrgica e Obstétrica. É constituída por oito unidades e restantes estruturas de apoio. A Equipa de enfermagem é composta por 31 elementos, o método de trabalho utilizado é o método individual num rácio de 1/ 2 doente (s) por enfermeiro. O processo dos doentes é totalmente informatizado através do sistema SAPE e aplicação de linguagem CIPE.

Por sua vez, o BO do mesmo Hospital é constituído por 8 salas operatórias, 6 das quais são suites (sala operatória com sala de indução anestésica, sala de desinfeção e sala de apoio). Possui igualmente duas UCPA com capacidade para 9 doentes e um vasto conjunto de estruturas de apoio. Dispõe ainda de um corredor duplo com isolamento de sujeitos, que permite estabelecimento de regras de assepsia progressiva e a circulação definida de pessoal, doentes e materiais com zonas de acesso separadas e definição de circulação restrita, semi-restrita e livre.

Por fim, o SUG subdivide-se em áreas de Internamento e Ambulatório. O Internamento é composto por três unidades distintas: UCDI (com capacidade para sete doentes críticos), UIMC (com capacidade para 21 doentes em maca que aqui ficam a aguardar vaga para internamento no serviço da respectiva especialidade) e UMICD (com capacidade para 16 doentes que funciona como enfermaria de “retaguarda” onde os doentes permanecem internados quando não existem vagas nos serviços para os receber).

O Ambulatório é composto pela Sala de Reanimação, duas salas de triagem (onde é utilizado o sistema de Triagem de Manchester), duas salas de atendimento por prioridade atribuída na triagem (Laranjas e Amarelas / Verdes e Azuis), área de

Atendimento Cirúrgico e área de Atendimento de Traumatologia/ Ortopedia.

Todos os serviços descritos anteriormente se encontram localizados no Piso 1 do HGO, com grande proximidade entre eles bem como com serviços de apoio como Laboratório e Imagiologia.

Com a realização do presente relatório pretendo:

- Descrever e justificar objectivos delineados e alterações introduzidas;
- Descrever e fundamentar actividades/ estratégias desenvolvidas, bem como a pertinência das mesmas;
- Descrever situações problema identificadas nos diferentes campos de estágio;
- Reflectir sobre ganhos para a saúde e competências adquiridas com as actividades descritas anteriormente.

De forma a assegurar uma linha de continuidade e coerência, o presente relatório foi elaborado com recurso a uma metodologia descritiva e analítica, estando estruturado sob três eixos orientadores: nota introdutória, desenvolvimento e reflexões finais. O desenvolvimento, por sua vez, encontra-se subdividido em três capítulos referentes a cada módulo de estágio. Para cada um dos referidos módulos são identificadas necessidades, delineadas estratégias e actividades com vista ao colmatar das mesmas e respectiva fundamentação segundo os objectivos específicos traçados.

É realizada uma reflexão crítica das actividades desenvolvidas, das suas repercussões em ganhos para a saúde e para o desenvolvimento e aquisição de competências nesta área de especialidade. Esta reflexão crítica baseia-se, fundamentalmente, nos diários e portfolios de estágio previamente elaborados.

A título de conclusão, apresento uma reflexão final em que procuro, de forma sucinta, compilar e fundamentar a forma como todo este processo de aprendizagem contribuiu significativamente para melhorar a minha postura e atitude enquanto pessoa, enquanto Enfermeira e, principalmente, na aquisição e aprofundamento das competências esperadas de uma Enfermeira Especialista na área Médico-cirúrgica.

São descritas também as referências bibliográficas que me serviram de suporte para a construção deste documento, assim como apresentados os anexos e apêndices que permitem uma melhor compreensão das actividades e estratégias desenvolvidas.

O presente relatório é redigido segundo as normas do “Guia para a Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos” da UCP- Instituto de Ciências da Saúde.

1- MÓDULO II- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Tal como já referi anteriormente a UCI é uma unidade polivalente que tem por missão *“Prestar cuidados altamente diferenciados, dando resposta às necessidades dos doentes adultos que apresentem falência de um ou mais órgãos ou sistemas, necessitando de apoio tecnológico e de cuidados permanentes, quer médicos quer de enfermagem, que não são possíveis noutros serviços deste Hospital.”* (ALMEIDA; 2009)

Este Módulo de Estágio decorreu entre 19 de Abril e 19 de Junho de 2010.

1.1- DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA UCI

Esta unidade situa-se no 1º piso do Hospital e está dotada de 8 camas – sete em “open-space” e uma de isolamento. Esta unidade de isolamento possui pressão negativa relativamente às áreas contíguas, dispendo de todos os materiais e equipamentos necessários que permitem assegurar uma contenção na fonte e individualização dos materiais utilizados (de acordo com as normas emanadas pelo Ministério da Saúde acerca desta temática).

No que diz respeito à caracterização dos doentes admitidos, estes são maioritariamente do sexo masculino (65%), sendo 67,3% da totalidade do foro médico. Os doentes são admitidos, na sua grande maioria, com diagnóstico de pneumonia e choques sépticos.

A UCI teve, ao longo do ano de 2009, uma taxa de ocupação de 92%, com uma média de permanência de 16 dias (ALMEIDA, 2009). Este é um aspecto que se prende com a problemática da transferência destes doentes pois, aquando da transferência, são necessárias Unidades de Cuidados Intermédios para os receber, sendo estas em número reduzido no Hospital, prolongando frequentemente o tempo de ocupação e limitando a capacidade de resposta a doentes críticos.

Dispõe de equipamentos e tecnologias avançadas, bem como de uma equipa multidisciplinar especializada que inclui médicos intensivistas, neurointensivistas e uma equipa de enfermagem na sua quase totalidade perita e com elementos Especialistas em EMC e Reabilitação.

Tal como já referi anteriormente, a equipa de enfermagem é constituída por 31 elementos, divididos por cinco equipas prestadoras de cuidados. O método de trabalho utilizado é o método individual, sendo a atribuição dos doentes feita pela Enf.^a chefe de Equipa de acordo o score de risco e gravidade dos doentes - avaliada com base no TISS 21 (Therapeutic Intervention Scoring System) - e o nível de desenvolvimento profissional de cada enfermeiro. Ao chefe de equipa é atribuído apenas um doente sendo este responsável pela supervisão e colaboração nos cuidados prestados aos restantes doentes e famílias sempre que necessário. Na ausência da Enf.^a Chefe é à chefe de equipa que cabe assegurar a gestão de recursos humanos (Enf.^o e AO), materiais e equipamentos, garantindo o normal e adequado funcionamento da unidade. Colabora e orienta a integração de novos elementos e assegura que as medidas de prevenção e controle de infecção são respeitadas.

No que concerne aos registos, estes são feitos informaticamente em programa SAPE pelo enfermeiro responsável pelo doente. A aplicação deste programa (que usa como referencial de linguagem a CIPE) tem como principal objectivo normalizar o sistema de registos da actividade diária de Enfermagem permitindo, conseqüentemente, uma maior facilidade de acesso aos registos de cada doente, proporcionando uma continuidade de cuidados.

1.2- OBJECTIVOS DEFINIDOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Os doentes admitidos na UCI são doentes de alto risco que, pelo seu estado crítico, exigem cuidados diferenciados. Em simultâneo, os avanços tecnológicos e científicos permanentes, obrigam a que seja continuamente desenvolvido um esforço para assegurar a qualidade dos cuidados. O enfermeiro assume neste contexto um papel particularmente importante pois é o elemento da equipa multidisciplinar que permanece 24 horas junto do doente, sendo-lhe exigido o domínio de conhecimentos técnicos e científicos baseados na evidência de forma a assegurar a excelência nos cuidados ao doente crítico e família. Além disto, o enfermeiro deve ser capaz de gerir, organizar e planear as intervenções a realizar junto do doente e família, atendendo às suas necessidades e solicitações, implicando uma adaptação constante das prioridades a estabelecer.

Antes de dar início a este módulo de estágio, elaborei o respectivo “Projecto de Estágio”, o qual teve como linhas orientadoras os objectivos e competências a desenvolver, mencionados no Guia de Estágio deste Mestrado.

Neste Projecto de Estágio delineei três objectivos específicos, descrevendo as estratégias inerentes a cada um deles e quais as competências que pretendia desenvolver/ adquirir com as mesmas.

Só através da prestação de cuidados se consegue desenvolver a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos e saberes para a prática e se promove o desenvolvimento e aquisição de competências inerentes à excelência no cuidar. *“O conhecimento prático adquire-se com o tempo (...) resultado de muitas horas de cuidados e de observação directa do doente”* (BENNER 2005;30).

Esta aliança entre a teoria e a prática está igualmente descrita nos Estatutos da OE (Decreto - Lei 104/98, Artigo 76º, nº1), onde se afirma que é dever do enfermeiro *“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e pelo bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.”*

Assim, delineei como objectivo primordial:

ⓐ Prestar cuidados de Enfermagem Especializados ao doente crítico e família internado na UCI

Este objectivo foi construído desde o 1º ao último dia de estágio. Sempre que me foi possível procurei que me fossem atribuídos doentes cujas patologias me permitissem aprofundar e desenvolver conhecimentos técnico-científicos e relacionais especializados. Procurei desde logo adoptar uma postura observadora e consciência crítica para os problemas da nossa prática profissional, com vista ao aperfeiçoamento e melhoria dos cuidados, tentando que a minha postura servisse de referência aos elementos mais novos. Procurei ser proactiva através do exemplo.

Para alcançar este objectivo propus-me então desenvolver uma série de actividades e estratégias que passo a descrever:

- *Conhecer a organização, dinâmica de funcionamento e coordenação de recursos humanos e materiais da UCI.* Esta estratégia foi delineada pela necessidade de conhecimento e integração no serviço e suas características, dinâmicas e rotinas de

forma a obter uma visão global dos recursos existentes e capacidade de mobilização e interacção no serviço. Esta fase de “socialização” prende-se com a necessidade de conhecer os recursos disponíveis para os poder mobilizar adequadamente. Apesar de já conhecer a estrutura física da UCI (pela transferência que fazia de doentes do SUG para esta unidade), foi-me feito acolhimento pela Sr.^a Enf.^a Chefe com quem realizei uma visita guiada pelo serviço que, simultaneamente, me explicou a dinâmica de funcionamento do mesmo.

Coincidentemente, alguns dias antes tinha ocorrido na UCI uma auditoria do King’s Fund que deu um parecer negativo relativamente à organização das salas onde guardavam material de monitorização invasiva. Nessa altura a Sr.^a Enf.^a Chefe questionou-me quais as alterações que eu sugeria as quais lhe reportei poucos dias depois (após conhecer melhor os espaços físicos disponíveis), tendo sido o seu feedback bastante positivo e algumas dessas alterações efectivadas.

Procurei assim ter uma postura criativa, dinâmica e participar activamente na gestão dos cuidados pois, tal como refere o Decreto - Lei nº 437/91, Artigo 7º, nº2, compete ao Enfermeiro Especialista:

“e) Emitir pareceres sobre localização, instalações e equipamento, pessoal e organização de unidades prestadoras de cuidados, na área da sua especialidade;

f) Colaborar na determinação de custos/ benefícios na área da prestação de cuidados”

Assim, no decorrer deste módulo de estágio tive também o privilégio de acompanhar de perto e colaborar (pois a minha orientadora desempenha funções de chefia de equipa) em algumas das actividades e estratégias inerentes a esta função de coordenação.

O enfermeiro chefe de equipa colabora na gestão da unidade em parceria com a chefia do serviço e substitui a mesma na sua ausência, ficando responsável pela gestão de recursos humanos, materiais e equipamentos. Consultei as normas existentes acerca das funções do enfermeiro chefe de equipa e tive alguns momentos de partilha de opiniões junto da minha orientadora e outros chefes de equipa, constatando que, o principal motivo de discórdia e conflito se relaciona com a distribuição de doentes (a cargo do chefe de equipa). Constatei que existe – na maioria dos casos - uma discrepância de critérios para a distribuição dos doentes, o que constitui uma fonte de conflito.

Outra das actividades em que tive o privilégio de colaborar foi na verificação do processo SAPE dos doentes. Esta função é desempenhada, a cada turno, pelo chefe de equipa que confere a pertinência e actualização dos diagnósticos de enfermagem

identificados e das intervenções inerentes, sugerindo ao enfermeiro responsável pelo doente as alterações/ correcções que considere necessárias. Graças à minha experiência anterior com o SAPE, pude colaborar activamente nesta tarefa o que foi bastante gratificante e me proporcionou também alguns momentos de debate com a equipa com trocas de ideias bastante ricos, promovendo o desenvolvimento profissional dos colegas e identificando lacunas formativas específicas nesta área da linguagem CIPE, diagnósticos e intervenções.

- *Prestar cuidados ao doente internado na UCI e família/ pessoa significativa*, actividade esta desenvolvida gradualmente. Nos primeiros dois turnos acompanhei e colaborei com a minha orientadora na prestação de cuidados aos dois doentes e famílias que lhe estavam atribuídos. Posteriormente assumi a responsabilidade de um só doente e, no final da segunda semana, de dois doentes (sempre com a supervisão e apoio da minha orientadora).

Assumindo sozinha os cuidados ao doente crítico pude prestar cuidados de higiene e conforto, fazer uma gestão diferenciada da dor, administrar protocolos terapêuticos complexos, despistando precocemente possíveis complicações, identificando focos de instabilidade e pondo em prática conhecimentos prévios de SAV e FCCS, demonstrando capacidade de reagir perante situações adversas e inesperadas. Mobilizei, geri e interpretei informação que dispunha da minha experiência profissional anterior (nomeadamente do SUG) e da minha formação Pós-Graduada, adequando também diferentes métodos de análise de situações complexas segundo perspectivas académicas avançadas.

Colaborei no acolhimento às famílias, acompanhando-as, esclarecendo-as e mostrando disponibilidade, procurando facilitar a sua presença mesmo fora do horário das visitas preconizado (sempre com a concordância prévia da equipa e sempre que a dinâmica do serviço o permitia).

Estas actividades permitiram-me levar a cabo um processo de reconhecimento do meu “património” de competências já adquiridas e, simultaneamente, conquistar novas, promovendo momentos de reflexão na e para a acção. Reflectir sobre o que sei e aquilo que ainda necessito e quero aprender para um cuidar de excelência permitiu-me delinear e identificar os caminhos que me faltavam percorrer. Como refere Antonello (2006) a aprendizagem experiencial é um processo que se inicia com a experiência seguida pela reflexão, discussão, análise e avaliação da experiência, emergindo *insights* ou novas

aprendizagens. Aprendemos através da experiência, pela observação ou contacto directo com a situação e com a possibilidade de agir.

Por fim, evidencio agora a prestação de cuidados ao doente crítico em contexto de UCI, através do conteúdo funcional que compete ao enfermeiro especialista desempenhar, no âmbito da sua especialidade: “*a) prestar os cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente em situação de crise ou risco (...)*” (Decreto - Lei 437/91)

- *Intervir em tempo útil no processo de tomada de decisão, estabelecendo prioridades na prestação de cuidados, adoptando atitudes de observação atenta e minuciosa, antecipando situações de agravamento do estado clínico do doente crítico.* No decorrer do estágio dispus de várias ocasiões que me permitiram desenvolver esta postura, sendo uma delas uma situação particular na qual senti uma enorme gratificação pessoal e profissional pois alertei para um sinal que tinha passado despercebido para a equipe multidisciplinar até então: foi-me atribuído, numa das minhas manhãs de estágio um doente vítima de acidente de viação, politraumatizado, com traumatismo de crânio grave que iria nessa manhã fazer TAC-CE de controlo. Aquando dos cuidados de higiene e conforto apercebi-me que o doente apresentava o abdómen “em tábua”, não depressível e que reagia com esgar de dor à palpação. Alertei a minha enfermeira orientadora que concordou com a minha observação e comunicou à equipe médica que veio de imediato observar o doente. Foi então pedido TAC abdomino-pélvico que veio a diagnosticar um extenso hemoperitoneu. O doente foi de imediato ao BO para proceder à drenagem do mesmo. Como já referi, esta foi uma situação particularmente gratificante para mim pois sei que consegui identificar prontamente um foco de instabilidade para aquele doente, antecipando risco de maiores danos e falência orgânica.

Produzi um discurso fundamentado e demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas. Abordei esta questão de forma sistemática, desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente, estando certa que a minha observação atenta e sistemática fez a diferença na sua evolução clínica e prognóstico.

- *Promover períodos de reflexão individuais e sob orientação pedagógica.* Esta é uma estratégia comum a todos os objectivos delineados para este módulo de estágio, uma

vez que o desenvolvimento e aquisição de competências de cariz científico, técnico e humano, orientadas na prestação de cuidados especializados na área de EEMC devem à reflexão crítica diária, pesquisa bibliográfica, orientações regulares, procura de esclarecimentos junto de Peritos e discussões com o enfermeiro orientador de estágio, subsídios para uma construção gradual e sólida.

Na concepção de Donald Schön, citado por BRITO (2006) a prática profissional caracteriza-se por apresentar situações de instabilidades e de incertezas que nem sempre são resolvidas pelo profissional, pois seu património de saberes não é suficiente para dar respostas às exigências do desempenho profissional. As referidas situações pressupõem a mobilização de saberes e competências que vão além os conhecimentos técnicos adquiridos nos processos formativos.

Ser um profissional reflexivo traduz-se então na capacidade de ver a prática como espaço/momento de reflexão crítica, problematizando a realidade vivenciada, analisando, reflectindo e reelaborando, criativamente, novos caminhos para a nossa forma de agir, construindo e reconstruindo o nosso desempenho profissional.

Verbalizei dificuldades sentidas, procurando apoio e esclarecimento junto da minha Enf.^a orientadora e restante equipa; procedi a diversas pesquisas bibliográficas acerca das temáticas que, ao longo do estágio, me foram suscitando dúvidas. O meu desempenho foi, diariamente, discutido e analisado com a minha orientadora, procurando sempre que este estágio se tornasse o mais rico possível, de forma a permitir-me desenvolver as competências pretendidas. Elaborei reflexões diárias das actividades desenvolvidas e dúvidas e inseguranças sentidas neste contexto.

Desenvolvi assim as minhas capacidades reflexivas e de análise crítica o que não foi, de todo, uma tarefa fácil. Mas só através desta tarefa consegui gerar novos conhecimentos e vice-versa...só por possuir já algum património de conhecimentos pude reflectir, afinal, como afirmava muitas vezes a minha orientadora: “Só questiona quem sabe; quem não sabe não tem dúvidas!”, por conseguinte “Ser-se reflexivo é ter a capacidade de utilizar o pensamento como atribuidor de sentido” (ALARCÃO, 1996; 175).

② Aprofundar competências na área de humanização dos cuidados ao doente crítico e família

As UCI's e as suas características constituem, inevitavelmente, um foco de stress e ansiedade vivenciada pelos enfermeiros, doentes e familiares. O processo de comunicação que deveria apresentar-se como uma estratégia eficaz na redução destes sentimentos, surge-nos, ele próprio, acompanhado de dúvidas e problemas.

O doente que desafia as capacidades relacionais do enfermeiro é, certamente, aquele que se encontra internado numa UCI. O que sentirá um doente que, para além da patologia que motivou o seu internamento, se vê impossibilitado de comunicar verbalmente e, muitas vezes, com limitações motoras que dificultam ainda mais o estabelecimento de uma comunicação eficaz?

Cuidar implica um processo de interacção entre quem cuida e quem é cuidado, sendo a comunicação o principal instrumento para que esta interacção possa acontecer.

A comunicação é um processo complexo, influenciado por diversos factores, quer inerentes ao indivíduo (como a patologia de base) e ao ambiente que o rodeia (o ruído, falta de privacidade, falta de meios auxiliares). Procurei então intervir nos aspectos que me eram possíveis: os factores ambientais, participando activamente na criação de um ambiente tranquilo, propício à expressão de sentimentos, receios e incertezas do doente e família.

Assim, ao longo deste módulo de estágio tentei (sempre que o estado de consciência do doente me permitia) estabelecer uma comunicação eficaz com os doentes de forma a conseguir atingir plenamente um cuidar com qualidade. Recorri a meios auxiliares sempre que o doente estava impossibilitado de se expressar verbalmente (se ventilado, por ex.), como fornecendo-lhe um placard e marcador para poder escrever aquilo que não conseguia verbalizar. Quando era impossível escrever procurei questionar para que, através do piscar de olhos, ou de um aperto de mão, tentasse transmitir as suas necessidades. Tomei iniciativa e fui criativa a interpretar e resolver situações problemáticas inerentes á comunicação.

Mesmo quando os doentes se encontravam sedados falava com eles, chamava-os pelo nome, fornecendo informação fragmentada e explicando previamente as intervenções que iria desenvolver pois, o comprometimento de algumas funções sensoriais não implica, obrigatoriamente, a sua inexistência. A diferença consiste na impossibilidade de expressarem o que percebem.

Existem diversos estudos (ANEXO I) com doentes internados em UCI's que demonstram que algumas formas de comunicação não verbal (nomeadamente o toque)

provocam alterações hemodinâmicas nos doentes, traduzindo o facto de perceberem o referido toque apesar da sedação (para além de que o ultimo sentido a ser afectado num doente em coma é a audição).

Esta era outra informação que procurava sempre dar aos familiares na hora da visita: para falarem com o doente que ele não podia responder mas certamente os ouviria! Para lhe tocarem que ele sentiria o seu toque, a sua presença...

Intrínseca a toda esta noção de Cuidar está a de **Relação de Ajuda**. Esta é a condição *sine que non* da eficácia dos nossos cuidados. Esta não acontece de improviso, implica por parte dos enfermeiros o desenvolvimento do “saber-ser” e “saber-fazer”, para que ela se caracterize pela sua unicidade e originalidade, na qual o doente é visto como um ser único.

A palavra “relação” subentende a presença de elos de ligação, de alguma forma de coexistência. Quando me refiro especificamente a “Relação de Ajuda”, esta adquire um sentido mais profundo pois, tal como define LAZURE (1994;14) “(...) a palavra “estar” engloba não só a presença física do enfermeiro junto do doente mas também de todo o ser.” Ou seja, esta relação procura ajudar o outro em todas as suas dimensões.

A comunicação assume portanto um papel fulcral nesta relação e no desenvolvimento de um cuidado de enfermagem que vislumbre uma prestação de cuidados de qualidade. Procurei assim aprofundar competências de comunicação terapêutica (tendo por base o relacionamento empático).

Segundo o Artigo 89º do CDE “o enfermeiro sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade.”

Eu interpreto esta missão como um compromisso de transcender um cuidar meramente físico, considerando o sofrimento psicológico e espiritual do outro (e família). Porém, para que isto seja viável, é necessário que nós próprios nos consciencializemos dos nossos valores, crenças e sentimentos, pois a qualidade da relação estabelecida com o outro depende grandemente da forma como nós próprios encaramos o sofrimento e a morte.

Assim, a relação que se estabelece entre o enfermeiro - doente -família, é uma relação de cariz “especial”, uma relação de *compromisso*, tal como TRAVELBEE, citada por WAIDMAN (2006) a define, no sentido de nos interessarmos pelo bem-estar do doente,

preocupando-nos com o indivíduo como um todo, inserido numa família e numa sociedade.

Assim, foi sempre minha preocupação estar presente no momento das visitas, procurando apoiar e esclarecer dúvidas e receios das famílias bem como informar acerca de medidas de prevenção e controle de infecção.

Ao longo deste estágio geri planos de cuidados, fiz levantamento de diagnósticos de enfermagem, planeiei intervenções a desenvolver e avaliei as mesmas no sentido de elaborar um plano de cuidados adequado e personalizado, tendo por base informações recolhidas junto do doente e família. Consultei registos médicos e de enfermagem efectuados noutros turnos de forma a assegurar uma continuidade e coerência de cuidados e registos.

③ Colaborar na formação da equipa com vista a uma melhoria contínua dos cuidados prestados

“Para cuidar não basta uma boa intenção, são necessários conhecimentos específicos” (VIEIRA, 2008;115) conhecimentos estes adquiridos com base em formação, investigação e experiência. Quando me refiro a experiência não me refiro ao tempo passado a exercer determinada actividade mas sim a um processo dinâmico, activo em que procuramos questionar teorias e ideias preconcebidas através do "confronto" com situações da nossa prática quotidiana. Assim, o enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas. (CDE, Artigo 88º, c).

Obter cuidados de qualidade é um direito dos utentes que obriga o profissional a basear as suas intervenções em conhecimentos técnicos e científicos adequados e actualizados e *“analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança da atitude.”* (CDE, Artigo 88º, a).

Ao longo deste módulo de estágio pude contribuir activamente em vários momentos formativos no seio da equipa sobre várias temáticas que suscitaram discussão como o porquê de não colocar oxigénio num doente com intoxicação por Paraquat? Ou quais as

normas e procedimentos de segurança inerentes ao transporte do doente crítico intra e extra hospitalar? Dilemas éticos e legais inerentes à doação de órgãos?

Algumas destas temáticas haviam sido abordadas em contexto de sala de aula, fornecendo-me conhecimentos prévios acerca das mesmas o que me permitiu comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico com segurança e demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos, adequando diferentes métodos de análise de situações complexas segundo perspectivas académicas avançadas.

Outras já havia vivenciado, estudado e reflectido sobre as mesmas pois, em tempos também constituíram uma dúvida para mim (como a temática da intoxicação) que me levou muitas vezes ao longo dos anos a fazer pesquisas bibliográficas para fundamentar as intervenções por mim desenvolvidas.

Estes momentos de partilha de opiniões e de conhecimentos – devidamente fundamentados – permitiram-me promover o desenvolvimento dos meus pares e, conseqüentemente, zelar pela qualidade dos cuidados prestados, mantendo eu própria um processo de desenvolvimento pessoal e profissional contínuo.

Na UCI, apesar de estatisticamente, haver uma prevalência de internamento de doentes do foro médico, ocorre também com alguma frequência o internamento de grávidas e puérperas em estado crítico.

Por coincidência, no decorrer do meu estágio na unidade, esteve internada uma puérpera por descolamento placentar que implicou uma vigilância e manutenção da sua estabilidade hemodinâmica. Procurei então gerir a informação que disponho proveniente da minha experiência profissional anterior na área da saúde materno-fetal e pude constatar que esta era uma dificuldade sentida pelos colegas que, apesar de serem na sua grande maioria peritos na prestação de cuidados ao doente crítico, verbalizaram essa mesma dificuldade, o que me levou a constatar a pertinência de proporcionar à equipa um momento formativo sobre a temática. Porém, não é filosofia da chefia de serviço, permitir que os alunos em estágio desenvolvam acções de formação junto da equipa pois a UCI possui um momento único anual em que são expostos todos os trabalhos elaborados pelos elementos da equipa, seguido de troca de opiniões/ debate sobre os temas apresentados.

Sugeri então elaborar um documento acerca das vigilâncias e intervenções específicas a desenvolver junto da puérpera. Procurando zelar pela qualidade dos cuidados prestados, permitindo também à equipa tomar decisões fundamentadas em evidências científicas, procedi à elaboração do *“Guião de Observação Puerperal”*, o qual foi muito bem aceite pela equipa e, segundo a mesma, é bastante conciso, perceptível e de fácil interpretação - características importantes quando os destinatários não detêm conhecimentos na área. (APÊNDICE I)

No decorrer deste módulo de estágio não pude constatar a aplicabilidade e utilidade do referido guião (pois já não ocorreu mais nenhum internamento do foro obstétrico), porém, já após estar a exercer funções na UCI (para onde já havia pedido transferência) pude observar a sua utilidade e foi com bastante satisfação que vi os colegas recorrerem ao referido documento para proceder ao levantamento de diagnósticos de enfermagem e planeamento das respectivas intervenções no SAPE.

Outra actividade que desenvolvi neste contexto formativo foi algo que me foi sugerido pela chefia do serviço com vista a dar resposta a uma necessidade sentida pela equipa e também pelos familiares dos doentes ali internados: reformular um poster (já elaborado anteriormente por alunos da licenciatura mas nunca exposto no serviço) sobre o tema *“UCI- Informações à família”* (APÊNDICE II). Isto porque, tal como está preconizado na UCI, ao entrarem na unidade propriamente dita, os familiares devem tomar uma série de medidas inerentes à prevenção e controle de infecção.

Porém era necessário que essa informação fosse disponibilizada antes da hora da visita pois, ao entrarem na UCI, a ansiedade e stress são de tal forma elevados que a equipa de enfermagem repete vezes sem conta a informação necessária. Criei então um poster informativo para que os familiares tivessem um primeiro contacto com essas medidas antes da visita, de forma a tentar diminuir a quantidade de informação fornecida à entrada da unidade a qual, pela carga emocional e stress associados, tem de ser repetida pela equipa inúmeras vezes de forma a assegurar o cumprimento das normas de prevenção e controle de infecção.

Porém, é com alguma tristeza e apreensão que afirmo que, passados vários meses, o poster não se encontra exposto e nada mudou. Recentemente houve mudança de chefia e questioneei o novo chefe acerca desse assunto, expliquei-lhe o porquê de ter sido elaborado o poster, tendo ficado o compromisso deste ser afixado brevemente.

Em suma, posso então afirmar que ao longo deste módulo de estágio pude contribuir activamente em vários momentos de carácter formativo no seio da equipa, comunicando aspectos complexos de âmbito profissional e académico, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos meus pares ao longo de todo um percurso de reflexão e análise crítica na e sobre a nossa prática de cuidados.

2- MÓDULO III- BLOCO OPERATÓRIO

Este módulo de estágio decorreu entre 27 de Setembro e 19 de Novembro de 2010, tendo sempre como linha orientadora no decorrer do mesmo que, *“Um enfermeiro perioperatório especialista deve ser responsável por otimizar recursos disponíveis, avaliando, planeando, implementando e determinando os cuidados a prestar ao doente perioperatório, de forma independente e em conjunto com terceiros. Nesta função largada, o enfermeiro perioperatório é responsável por proporcionar aos outros membros da equipa de cuidados de saúde a liderança, a direcção e a experiência clínica para a obtenção de melhores resultados junto da doente..”* (AESOP, 2006;186)

2.1.- DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO BLOCO OPERATÓRIO

O Bloco Operatório situa-se no piso 1, próximo do SUG, UCI, BP e Imagiologia. Esta localização estratégica visa dar resposta de forma rápida e eficaz a situações de doentes urgentes/emergentes provenientes dos referidos serviços.

Possui uma direcção e gestão funcional próprias, baseando o seu funcionamento interno e a forma como se articula com os restantes serviços, em normas e protocolos pré-definidos.

O Bloco Operatório é constituído por 8 salas operatórias, 6 das quais são suites (sala operatória com sala de indução anestésica), sala de desinfectação e sala de apoio. Possui igualmente:

- Duas UCPA com capacidade para 9 utentes (uma delas com três camas reservadas preferencialmente para Pediatria);
- Farmácia;
- Sala de tratamento de material;
- Sala de lavagem e descontaminação de material;
- Armazém de consumíveis clínicos;
- Sala de armazenamento de instrumental cirúrgico geral;

- Sala de armazenamento de consumíveis esterilizados;
- Sala de estar de pessoal;
- Zona de transfer de pessoal;
- Dois vestiários;
- Gabinete do secretariado administrativo;
- Zona de transfer de doentes;
- Sala de coordenação de enfermagem;
- Gabinete de chefia de enfermagem;
- Gabinete da directora do Bloco Operatório;

Existe ainda um corredor duplo com isolamento de sujos, que permite estabelecimento de regras de assepsia progressiva e a circulação definida de pessoal, doentes e materiais com zonas de acesso separadas e definição de circulação restrita, semi-restrita e livre.

Algumas salas são preferencialmente atribuídas às especialidades que implicam equipamentos e condições particulares para o seu adequado funcionamento. Assim:

- Sala1- Otorrinolaringologia e maxilo-facial
- Sala 3- Urologia
- Sala 5- Oftalmologia
- Sala 6- Neurocirurgia
- Sala 8- Ortopedia e traumatologia,

Das 8 salas existentes, 7 destinam-se à cirurgia programada com horário das 8 às 16 horas nos dias úteis, sendo alargado até às 20 horas em 3 salas excepto sexta-feira. Uma sala está atribuída nas 24 horas à cirurgia de urgência, e sexta-feira funcionam duas das 16 às 20 horas. A UCPA funciona 24 horas por dia, sendo o rácio de enfermeiros de 1 por cada 3 doentes. O funcionamento e organização regem-se segundo normas específicas constantes em regulamento próprios.

Os programas operatórios são enviados ao Bloco todas as sextas feiras, provenientes dos diferentes serviços cirúrgicos, e desde logo são distribuídos pelas respectivas salas e dias da semana. Esta programação semanal pode, no entanto, vir a sofrer alguma

alteração de última hora por motivos relacionados com o doente, com o serviço de origem ou até mesmo por equipamento indisponível.

Por sua vez, a equipa cirúrgica básica em todas as especialidades é composta por: cirurgião e ajudante(s), anestesista, enfermeira instrumentista, enfermeira de anestesia e enfermeira circulante. Cada um destes elementos da equipa de enfermagem possui funções e responsabilidades bem definidas e devidamente protocoladas.

No que diz respeito ao circuito dos doentes, estes chegam ao bloco operatório provenientes de todos os serviços utilizadores já referenciados, sempre acompanhados por um enfermeiro e um auxiliar (e por um familiar se assim o desejarem) e são transportados na cama onde estão internados no serviço. Na chegada ao BO são recebidos pelo enfermeiro de acolhimento que se apresenta, valida a lista de preparação cirúrgica e os exames necessários. De seguida, são transportados à sala de indução anestésica de cada suite operatória e aí apresentados à enfermeira de anestesia. Após terminar a cirurgia todos os doentes - excepto os submetidos a anestesia local - são transportados à UCPA onde permanecem em vigilância até lhes ser dada alta anestésica. Após terem indicação de alta regressam (por norma) ao serviço onde estavam internados ou à UCI.

2.2- OBJECTIVOS DEFINIDOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Ao ser admitido no BO a situação de saúde do doente, o seu bem-estar, a insegurança, o medo, os procedimentos terapêuticos de que necessita e o meio ambiente que o rodeia, exigem da equipa de enfermagem uma atitude de abordagem holística. Além disso, “ *O avanço científico e tecnológico da anestesia e da cirurgia, bem como a especificidade do doente cirúrgico com inúmeras patologias associadas, exigem ao enfermeiro perioperatório uma actualização teórica e prática contínua.*” AESOP (2006; 7).

Tendo esta citação como linha orientadora, tentei que este estágio me permitisse a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos teórico-práticos e competências inerentes à minha área de especialidade, pelo que defini como objectivos específicos:

① Desenvolver competências e aprofundar conhecimentos específicos na área de Enfermagem perioperatória

② Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico e família no perioperatório

Actualmente reformularia estes dois objectivos, tornando-o num só pois ambos estão implícitos um no outro. Só através do desenvolvimento de competências e aprofundar de conhecimentos específicos poderia prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico e família. Assim, definiria como objectivo primordial:

① Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico e família no perioperatório

Como primeira actividade/ estratégia, tal como no estágio de UCI deveria ter definido *“Conhecer a organização, dinâmica de funcionamento e coordenação de recursos humanos e materiais do BO”* (pelos mesmos motivos que justificam a aplicabilidade deste objectivo no estágio anterior) pois, sem este primeiro passo, os restantes tornam-se mais difíceis de concretizar eficazmente.

De frisar que, embora não tenha sido definido como objectivo, foi-me feita uma apresentação sumária do BO logo no primeiro dia de estágio pela Sr.^a Enf.^a Madalena (uma das Coordenadoras).

Reconhecido este erro, volto novamente a salientar a importância da prestação directa de cuidados na aquisição/ desenvolvimento de conhecimentos e competências pois, tal como refere BENNER *“a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria”*. (2005; 57)

A minha prestação de cuidados neste estágio foi particularmente direccionada para o doente do foro neurocirúrgico pois esta foi uma área de eleição na qual demonstrei interesse aquando de algumas conversas informais que tive com a Sr.^a Enf.^a Chefe do BO para lhe dar a conhecer previamente os meus objectivos de estágio. Assim, foi-me atribuída como orientadora de estágio não só uma Enf.^a Especialista em EMC mas que, simultaneamente, exerce funções (na maioria dos turnos) como instrumentista de Neurocirurgia. Pude também integrar outras equipas, noutras valências cirúrgicas, o que me proporcionou novas oportunidades de aquisição de conhecimentos e competências.

Comecei então por integrar as equipas multidisciplinares aprendendo e apoiando a colega que desempenhava funções de Enf.^a circulante. A minha autonomia, conhecimentos e competências foram-se desenvolvendo de forma gradual. Inicialmente foi um pouco difícil pois a Neurocirurgia é uma especialidade que usa uma diversidade enorme de DM, muito específicos e com os quais eu nunca tinha tido qualquer tipo de contacto ao longo da minha experiência profissional anterior, o que me deixava bastante insegura. Felizmente, graças ao apoio da minha orientadora e restante equipa, com bastante “trabalho de casa”, estudando, pesquisando, questionando, fui-me gradualmente integrando naquele mundo um pouco assustador que é o BO. Ao fim de alguns turnos fiquei a assegurar o posto de Enf.^a circulante com a supervisão e colaboração da colega (a minha orientadora estava habitualmente a instrumentar) e foi com bastante satisfação que constatei que conseguia dar resposta às solicitações que me eram feitas, que me conseguia articular no seio da equipa multi e interdisciplinar, naquele ambiente um pouco tenso e “particular” que é a sala de Neurocirurgia, conseguindo desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente.

Desenvolvi então diversas actividades e estratégias inerentes a essa função, tais como a *consulta do plano operatório* no início de cada turno, colaborar na *preparação da suite operatória* bem como de todo o equipamento e material necessário à cirurgia; *verificar operacionalidade de equipamentos a utilizar na intervenção*, fazer respeitar a técnica asséptica cirúrgica e colaborar na *manutenção do ambiente seguro*, reforçando a importância destes aspectos junto da equipa. O BO é um local onde existem riscos potenciais elevados, relacionados com factores ambientais, biológicos, químicos, ergonómicos, relacionados com o stress, entre outros, fazendo com que a manutenção do ambiente seguro seja um objectivo com múltiplas intervenções por parte da equipa de enfermagem perioperatória, filosofia adoptada pela EORNA, apologista de que “*os indivíduos submetidos a cirurgia invasiva ou procedimentos anestésicos, têm o direito de serem cuidados por pessoal qualificado num ambiente seguro enquanto estiverem numa unidade perioperatória.*” AESOP (2006;108). Esta manutenção de ambiente seguro implica estar atenta a pequenos detalhes que podem fazer a diferença, tais como: evitar deslocações desnecessárias, limitar o número de pessoas dentro da sala, manter as portas fechadas e assegurar-se da colocação do eléctrodo neutro.

Colaborei também no posicionamento dos doentes na marquesa cirúrgica, ficando agradavelmente surpreendida com a preocupação extrema por parte da equipa com o correcto posicionamento do doente. Ao contrário da ideia preconcebida que tinha dos colegas do BO (que seriam muito tecnicistas e pouco “atentos” a estes aspectos) constatei que se passava precisamente o contrario. Além da vertente técnica altamente diferenciada, são uma equipa muito humana e preocupada com estes “detalhes” que constituem a verdadeira diferença no cuidar. Assim, colaborei nos posicionamentos cirúrgicos, o que constitui um cuidado fundamental no sentido de evitar complicações hemodinâmicas, ventilatórias e lesões vasculares e cutâneas. Posicionar correctamente o doente é tão importante para a sua segurança como qualquer outro cuidado perioperatório, *“(...) é uma arte e uma ciência e , é também, um dos factores que intervêm no sucesso da cirurgia.”* AESOP (2006;71).

Pelos motivos acima referidos, os posicionamentos dos doentes foram alvo da minha intervenção, pesquisa bibliográfica, supervisão e sugestão de alterações quando pertinente, procurando contribuir para a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Posteriormente solicitei à minha Enf.^a orientadora para me “integrar” nas funções do Enf.º de anestesia pois estas iam ao encontro de alguns dos objectivos que tinha delineado inicialmente para o meu estágio e, apesar de já ter tido a oportunidade de colaborar em algumas dessas funções até então, gostaria de as poder aprofundar.

Tal como o Enf.º circulante tem funções que lhe competem e que estão devidamente protocoladas, também o Enf.º de anestesia as tem (apesar de trabalharem numa articulação profunda) e também essas eu queria aprender, vivenciar, adquirir. Assim, procurei, antes de mais, fazer uma revisão bibliográfica acerca dos tipos de anestesia, dos seus mecanismos de acção, aspectos que influenciam a escolha de determinado procedimento anestésico em detrimento de outro, quais as possíveis complicações que lhes são inerentes, que parâmetros são importantes vigiar, mantendo de forma contínua e autónoma o meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional e aprofundando simultaneamente o meu nível de conhecimentos na minha área de especialidade.

Pude também aplicar alguns conhecimentos adquiridos pela minha prática profissional anterior sobre ventilação invasiva, sedação e analgesia. Como afirma BENNER (2005;16) *“A prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o*

carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática.” Consultei protocolos de anestesia, desenvolvi conhecimentos acerca de técnicas anestésicas, consoante o tipo de cirurgia e pude aplicar conhecimentos adquiridos no estágio da UCI acerca de monitorização invasiva e vigilância rigorosa de balanço hídrico.

Colaborei no acolhimento do doente na sala, apresentando-me, procurando minimizar a sua ansiedade, conversando um pouco com o doente e validando em simultâneo (sempre que o seu estado de consciência o permitia) a preparação operatória, a sua identificação e a existência de exames complementares. Desenvolvi actividades inerentes à preparação e indução anestésica, intubação, período anestésico (ficando alerta para sinais e sintomas de possíveis complicações) e sua reversão. Colaborei na transferência do doente para a UCPA, sempre com a preocupação prévia de monitorizar a existência ou não de dor, instituindo medidas para o seu alívio sempre que necessário.

Numa fase inicial do meu projecto de estágio, defini como objectivo seguinte *“Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre as competências do enfermeiro perioperatório, nas funções de enfermeiro instrumentista, nomeadamente na especialidade de Neurocirurgia”*. Porém, alguns dias após o início do estágio, numa reunião de orientação com a Enf.^a Almerinda e com a Sr.^a Prof. Isabel Rabiais, esta alertou-me, questionou-me acerca da pertinência daquele objectivo. Que competências como Enf.^a especialista procurava desenvolver com aquele objectivo específico e as actividades que lhe estavam inerentes? Seria que a limitação temporal do estágio me iria permitir “abarcá-lo” uma dimensão tão vasta como a instrumentação?

Reflecti sobre as suas observações e sobre quais eram efectivamente os objectivos que pretendia alcançar tendo em vista as competências a desenvolver. Procedi à reformulação do projecto de estágio, tendo retirado esse objectivo específico do mesmo.

② Aprofundar competências na área de humanização dos cuidados ao doente crítico e família no perioperatório

Falar em BO desperta no doente e família um misto de respeito e mistério, de esperança e simultaneamente de dúvida e angústia. Representa muitas vezes, no imaginário do doente, o local onde pode recuperar a sua saúde perdida mas também, onde a dor e o

sofrimento podem estar presentes.

A ideia que o doente e família fazem do BO é, quase sempre, a de um sítio fechado, no qual não se pode entrar, onde as pessoas que lá trabalham usam barretes, máscaras e fardas especiais, por detrás das quais não são reconhecidas. É um sítio frio, com muitos equipamentos, luzes e “apitos”. Assim, o BO possui um cariz misterioso e inquietante; é um local “ (...) onde se exerce um poder - o poder sobre a vida e sobre a morte. O acto cirúrgico toca a vida e por consequência avizinha-se da morte.” NETO e NETO (1995; 65)

Posto isto, não é difícil perceber que vários são os factores geradores de ansiedade e stress no doente e família neste período particular de suas vidas.

Quando a cirurgia é programada são múltiplas as intervenções por parte da equipa de enfermagem que podem minorar significativamente este quadro, o que passa, impreterivelmente, pelo devido acompanhamento, esclarecimento e apoio do doente/família ao longo das diferentes fases contempladas neste período:

➤ Visita Pré-operatória: Esta deverá ser realizada na véspera da cirurgia pelo Enf.º que, no dia seguinte, estará a exercer funções de anestesia na sala, para que seja a mesma pessoa a receber o doente. Assim o doente sabe que, à partida, verá “uma cara conhecida”, terá uma referência ao chegar ao BO. Porém, pela dinâmica do BO nem sempre isto é possível, pois é uma equipa muito grande, com um elevado número de trocas entre os elementos, perdendo-se um pouco esta intenção. Todavia, apesar de, em algumas situações não ser efectivamente o mesmo Enf.º, a visita pré-operatória traz inúmeras vantagens para os doentes (que os próprios verbalizam posteriormente na visita pós-operatória).

Nesta visita são identificados diagnósticos de enfermagem sensíveis à intervenção da equipa como o medo, a ansiedade, o risco de alteração da imagem corporal, a angústia, entre outros. Face a estes diagnósticos são feitos todos os esclarecimentos ao doente e família de forma a tentar minorar esses efeitos junto dos mesmos.

➤ Acolhimento: No momento da admissão no BO, os doentes referem sentir-se inseguros, receosos, desprotegidos e é aqui que a nossa postura pode fazer a diferença, tornando-se inevitável reflectirmos sobre a forma como muitas vezes a descuramos.

Observei isto algumas vezes ao longo do estágio e procurei, conjuntamente com a colega que estava responsável pelo “posto” de acolhimento perceber o que poderia ter sido feito melhor ou de outra forma ou se, por outro lado, todas as nossas intervenções haviam sido as mais adequadas. Fazer um “rewind” sobre os vários passos que devem estar implícitos no acolhimento como a nossa identificação, procurar perceber se existem dúvidas/ receios (que muitas vezes não são verbalizados mas o fâcies e postura do doente revelam bastante), esclarecê-las, atenuar ansiedades e angústias, apoiar, confortar, demonstrar disponibilidade, escutar, estar presente...

Desenvolver as actividades e estratégias descritas anteriormente aumentaram grandemente o meu património de conhecimentos e competências na área da relação terapêutica/ comunicação, pois, tal como refere AESOP (2006;124) *“A acção de enfermagem desenvolvida no pré-operatório deve ser orientada para a preparação psicológica ou suporte emocional do doente, exigindo do enfermeiro competências relacionais e humanas, de modo a permitir uma relação enfermeiro - doente de qualidade.”*

➤ Intra-operatório:

➤ UCPA, na qual procurei desenvolver actividades e estratégias direccionadas para o conforto do doente, conforto este abrangendo as suas diferentes dimensões, nomeadamente no alívio da dor, proporcionando medidas de conforto (como o auxílio nos posicionamentos, a colocação de lençóis quentes) e no alcance de um estado de tranquilidade (através da transmissão de informações aos familiares e, sempre que possível, a sua visita na UCPA). Por opção própria o meu estágio foi pouco direccionado para a prestação de cuidados ao doente na UCPA pois, ao longo dos meus anos de experiência profissional no SUG, foram diversas as ocasiões em que, por falta de vaga na UCI, em doentes com instabilidade hemodinâmica e necessidade de VM, o recobro era feito na UCDI, o que me conferiu já alguma experiência e aquisição de competências e conhecimentos com doentes no pós-operatório imediato, nomeadamente no que refere à gestão da dor e do bem-estar do doente crítico, adoptando todas as medidas ao meu alcance (farmacológicas ou não) para lhe proporcionar alívio e conforto.

➤ Visita Pós-operatória: Este é um projecto que foi implementado há relativamente

pouco tempo e que existe em muito poucos BO do país e no qual tive o privilégio de poder colaborar. Permite-nos monitorizar a qualidade dos cuidados prestados no BO, validar a efectiva importância da visita pré-operatória e a pertinência dos diagnósticos identificados na mesma. Foi curioso constatar que algumas das ideias preconcebidas que temos se desvanecem nestas visitas, como por exemplo: os doentes desvalorizam aspectos como o ruído e a luminosidade, aspectos estes que a equipa considerava que os doentes iriam classificar como negativos. Por outro lado, os doentes apontaram o tempo de espera na sala de indução anestésica como muito elevado, aspecto que jamais ocorreria à equipa pois, objectivamente não o é...mas para quem está num ambiente estranho, numa situação de stress e ansiedade...parece-lhe uma eternidade!

Além destas fases que contemplam o período perioperatório, e nas quais tive a oportunidade de intervir, existe ainda um “posto” no BO – o de “Informações”- assegurado por um enfermeiro que fica encarregue de garantir a articulação entre o BO e os familiares os doentes que lá se encontram. Todo este processo se inicia com o preenchimento de um pedido de informações por parte dos familiares (pedido este que se encontra no exterior do BO e do qual os familiares tomam conhecimento previamente pelos colegas da enfermagem e pelos placards afixados perto do BO a “anunciar” a existência dos mesmos). Estes pedidos de informação são colocados numa caixa própria para o efeito e recolhidos pelo Enf.º responsável de hora a hora. Quando recolhe os pedidos, o Enf.º dirige-se aos familiares e procura saber mais especificamente quais as suas dúvidas e receios. Volta a entrar no BO, dirige-se às salas onde os doentes se encontram e procura obter informações junto dos colegas de anestesia e/ou circulação acerca de como está a decorrer a cirurgia, qual o tempo estimado para terminar, entre outras informações que os familiares solicitem. Caso o doente já esteja na UCPA, o Enf.º vai observar o doente, recolher informações junto do colega responsável e, se o estado de consciência do doente o permitir, comunica-lhe que a família está lá fora a querer saber notícias suas e pergunta se o doente quer transmitir alguma mensagem aos familiares. Em casos particulares (como doentes/ famílias particularmente ansiosos ou agitados ou doentes que a equipa perceba que correm risco de vida) permite-se a entrada do familiar ou pessoa significativa na UCPA pois, tal como afirma o artigo 89º do CDE *“o enfermeiro sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade.”*

Todavia, o facto de se abrirem algumas excepções pode gerar alguns conflitos junto das outras famílias, o que implica uma grande capacidade de argumentação, assertividade e comunicação eficaz, para fazer ver às restantes famílias que, se por um lado as normas têm de ser cumpridas, por outro, temos de ser flexíveis quando as situações assim o exigem.

Foi, no entanto, bastante gratificante poder desempenhar esta função, poder fornecer informações aos familiares que se encontravam à espera no corredor do BO, procurando transmitir-lhes segurança e tranquilidade; atenuar o sofrimento daquelas famílias numa altura considerada de crise.

③ Colaborar na formação da equipa com vista a uma melhoria contínua da prestação de cuidados ao doente no período perioperatório

A formação em serviço constitui uma actividade fundamental para o desenvolvimento da equipa, permitindo dar resposta a lacunas identificadas e sentidas pela mesma, avaliar cuidados prestados e projectos implementados.

“A formação está contida no sentido do cuidado. E o cuidado está contido no sentido da formação. Um e outro juntam-se visando a acção” (Honoré, 2004;174)

Numa outra perspectiva, obter cuidados de qualidade é um direito dos utentes que obriga o profissional a basear as suas intervenções em conhecimentos técnicos e científicos adequados e *“manter actualização contínua dos seus conhecimentos”* (CDE, Artigo 88º, c) no sentido do desenvolvimento crescente das suas competências técnico-científicas e relacionais com vista à excelência do exercício.

Várias foram as ocasiões em que, informalmente, pude partilhar e trocar conhecimentos, ideias e sugestões com os colegas, contribuindo assim para o seu crescimento enquanto profissionais. Uma dessas ocasiões ocorreu quando uma colega mais nova (com pouco mais de um ano de exercício profissional) necessitou de montar e testar um ventilador *Servo 900C*, que havia sido utilizado numa doente que permanecera toda a noite na UCPA até se conseguir vaga na UCI para a receberem.

Percebi, pela sua postura, que se sentia pouco à vontade com a situação e perguntei-lhe se queria a minha ajuda, ao que a colega respondeu que sim pois nunca tinha tido oportunidade de trabalhar com aqueles ventiladores e não sabia como o voltar a colocar

operacional. Pude então, junto com a colega, desmontar o ventilador, explicando-lhe as diferenças entre os circuitos, como se fazia a desinfecção do sensor do circuito inspiratório e como se voltava a montar o ventilador, testando o seu funcionamento e alarmes de forma a assegurar que estaria pronto a ser utilizado.

Foi bastante gratificante perceber que pude contribuir para o seu crescimento como enfermeira e, indirectamente, para ganhos em saúde, que decorrem de uma adequada manutenção deste equipamento, permitindo prestar cuidados de enfermagem seguros.

Procurei que a minha postura, as minhas atitudes fossem tomadas como exemplo pelos colegas mais novos. Tentei “deixar um pouco de mim” neste campo de estágio, partilhando e transmitindo conhecimentos e competências que já possuo com os colegas sempre que me foi solicitado em momentos informais de formação em que me senti gratificada por poder contribuir activamente para o crescimento dos meus pares.

Assim, no decorrer deste período de estágio procurei sempre estar desperta para aspectos nos quais pudesse contribuir para a melhoria dos cuidados prestados ao doente e família no período perioperatório.

Uma das áreas que me suscitou interesse foi a rastreabilidade dos Dispositivos Médicos (DM) que é feita no BO. Constatei que existia uma folha de registo de materiais/implantes onde os colegas deveriam registar todos os DM (de uso único e implantáveis) utilizados no acto cirúrgico. Porém, devido à frequente escassez de tempo, não é fácil para o Enf.º circulante assegurar todas as suas funções com qualidade e, simultaneamente, proceder aos múltiplos registos que necessita executar para assegurar a continuidade dos cuidados e segurança do doente (isto porque o BO está num processo de iniciação ao SAPE, o que obriga os profissionais a registarem informação em suporte de papel e suporte informático).

Após questionar os colegas e tentar perceber a importância dada por eles a esta temática, pude concluir que todos eles acham de extrema importância a rastreabilidade dos DM, os registos adequados e precisos, porém o facto de terem de registar “à mão” todos os materiais, lotes e quantidades gastas, tornava pouco viável tal registo. Após reunião com a minha Orientadora e com a Enf.^a Chefe pude confirmar a pertinência de construir uma nova folha de registo de DM e *“planear uma acção de formação em serviço sobre a temática: Rastreabilidade de Dispositivos Médicos”*

Comecei então por realizar uma pesquisa bibliográfica mais profunda acerca da temática bem como a fundamentação jurídica da mesma.

Seguidamente fiz vários turnos nas salas das diferentes especialidades de forma a perceber qual o material mais utilizado por cada uma delas e assim elaborar um esboço da referida folha de registo. Constatei então que a especialidade Neurocirúrgica necessitaria de uma folha diferente das restantes pela especificidade e quantidade de DM utilizados.

Construí então primeiramente uma folha para a Neurocirurgia, testei-a alguns turnos, anotei as sugestões feitas pelos colegas e chefia e procedi às alterações necessárias até que esse instrumento se encontrasse funcional e fosse, efectivamente, cumprir os seus objectivos: motivar os colegas para fazerem um registo de DM correcto, rentabilizando o tempo do seu preenchimento.

A folha foi então novamente testada após as alterações sugeridas e aceite pela equipa e pela chefia.

Simultaneamente iniciei a construção do esboço da folha de registo comum às restantes especialidades. O percurso que se seguiu foi semelhante ao anterior embora mais moroso por abranger diversas especialidades, cada uma delas com uma grande variedade de DM utilizados frequentemente. Ao longo deste percurso notei, por parte de alguns elementos, pouca receptividade face a este projecto pois, na sua opinião, apenas o sistema de leitura óptica seria viável no contexto do BO.

Várias vezes me questionaram: “Mais uma folha?”

Procurei, sempre que fui abordada desta forma, esclarecer que o meu intuito com a criação deste instrumento seria só e unicamente melhorar a segurança dos nossos utentes e ajudar a que os colegas façam de forma simplificada aquilo que já teriam de fazer anteriormente de uma forma bem mais complicada (motivo pelo qual muitas vezes não o faziam).

Após ter procedido às alterações sugeridas para tornar este instrumento funcional, testei-o nas diferentes especialidades para confirmar que era efectivamente adequado.

Quando ambos os instrumentos já haviam sido testados reuni com a minha orientadora e a Enf.^a Chefe e foi planeada uma acção de formação e esclarecimento sobre “*Rastreabilidade de Dispositivos Médicos*” (APÊNDICE III) e apresentação da nova

“Folha de registo de DM/ Implantes”. (APÊNDICE IV).

A acção de formação foi devidamente anunciada à equipa de enfermagem ao longo de várias passagens de turno e no “placard” destinado ao plano das formações semanais existente na sala de trabalho.

No dia da referida acção pude constatar que houve uma boa adesão pois toda a equipa que estava a fazer manhã foi assistir (com excepção dos colegas que se encontravam a preparar a sala de urgência), bem como os colegas do turno da noite.

No final da sessão houve um momento de debate onde os colegas puderam expor as suas dúvidas e sugestões na presença da chefia e elementos de coordenação, ficando então decidido que a folha iria começar a ser utilizada.

Todo este percurso permitiu-me comunicar resultados de investigação aplicada para audiências especializadas, desenvolvendo competências inerentes ao Enf.º Especialista, tal como afirma o Decreto – Lei nº 437/91 “*realizar ou colaborar em trabalhos de investigação em enfermagem, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem*”, procurando demonstrar consciência crítica para problemas da prática profissional que procurei abordar de forma sistemática e criativa.

Simultaneamente, à medida que foi decorrendo o estágio, pude constatar que a equipa do BO está ainda numa fase muito inicial de implementação da SAPE e que, de uma forma geral, apresentava e verbalizava algumas dificuldades com a linguagem CIPE.

Questionei então a minha orientadora e a Enf.^a Chefe se achariam pertinente desenvolver alguma actividade nesse sentido à qual me foi dada “luz verde” para avançar. Seguiu-se um percurso de reflexão sobre como sensibilizar a equipa para a CIPE/ SAPE sem que se tornasse um momento de formação desinteressante e maçudo mas sim um momento de partilha de opiniões e levantamento de dúvidas e questões.

Tendo como linha orientadora as “Recomendações para o desenvolvimento de padrões de boa prática” optei então por apresentar um *Estudo de caso* acerca de um doente neurocirúrgico junto do qual pude intervir nos quatro tempos do período perioperatório: Visita pré-operatória, Acolhimento, Intra-Operatório e Visita Pós-Operatória.

Após uma breve exposição sobre o caso fiz o levantamento dos diagnósticos de Enfermagem identificados nas diferentes fases e as intervenções inerentes a cada um

deles. (APÊNDICE V), ao que se seguiu um momento de partilha de experiências, opiniões e dúvidas.

Ainda no contexto deste momento formativo (e tendo por base uma necessidade sentida e identificada pela equipa) pude elaborar uma proposta de norma de procedimento sobre *“Cuidados de Enfermagem ao doente com Drenagem Ventricular Externa”* (APÊNDICE VI).

Esta é uma situação bastante frequente no BO e em que as dúvidas foram várias vezes verbalizadas pela equipa pois não existia, a nível institucional, nenhuma norma de procedimentos elaborada sobre esta temática. Assim, a elaboração desta norma ir-me-ia permitir incorporar na prática resultados de investigação válidos e relevantes, promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos meus pares e zelar pela qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Procedi então a uma pesquisa bibliográfica sobre a temática e a partilha de experiências e opiniões com colegas de outras instituições em que este procedimento está “normalizado”. Elaborei a norma e solicitei a revisão da mesma ao NeuroIntensivista da UCI, a um Neurocirurgião, a alguns colegas peritos do serviço de Neurocirurgia e à minha Enf.^a orientadora.

A norma foi então apresentada à chefia, coordenação e equipa de Enfermagem que afirmaram ser uma temática bastante pertinente e cujo feedback foi bastante positivo. Foi-me inclusive proposto pela chefia a hipótese de expandir a aplicação da norma a toda a instituição visto não existir, até à data, nenhuma elaborada nesse sentido.

Pouco tempo após o término deste módulo de estágio fui contactada pela Enf.^a responsável pela formação no BO- que é igualmente uma das responsáveis pela Pós graduação em Enfermagem Perioperatória da ESSS - para ir apresentar o estudo de caso que havia realizado numa aula da referida PG, o qual aceitei com bastante agrado. Foi um momento que me permitiu comunicar, mais uma vez, para uma audiência na sua maioria perita, aspectos complexos de âmbito profissional e académico, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros, produzindo um discurso pessoal fundamentado e demonstrando um nível de aprofundamento de conhecimentos na minha área de especialização.

3- CREDITAÇÃO AO ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

A obtenção de creditação neste módulo de estágio prende-se com as competências que desenvolvi e conhecimentos que adquiri ao longo de mais de cinco anos de exercício no SUG do HGO.

O serviço de urgência geral do HGO é um serviço com várias valências e cuja população alvo é bastante diversificada. É um serviço que abrange uma enorme densidade populacional, com um número aproximado de 300 utentes diários. Possui, em termos de espaço físico, uma organização sectorial de forma a dar resposta às necessidades dos utentes o mais rápido e eficazmente possível.

Sendo o HGO um Hospital Central, recorrem ao nosso serviço de urgência utentes das mais variadas valências: foro médico, cirúrgico, neurocirúrgico, traumatológico, psiquiátrico, entre outros (exceptuando apenas utentes com menos de 16 anos - que são encaminhados directamente para a urgência pediátrica - e obstétrico).

Assim, ao longo da minha permanência no serviço exerci funções nos diferentes sectores e participei activamente em alguns projectos que, em simultâneo, se foram desenvolvendo, tais como:

- Projecto de manutenção de dadores multi-orgânicos;
- Projecto de humanização (que visa acolher, informar e esclarecer os familiares dos utentes lá internados).

Pude igualmente participar na equipe responsável pela formação dos AO em Suporte Básico de Vida e algumas técnicas de socorrismo, comunicando aspectos complexos de âmbito profissional e identificando necessidades formativas.

Fui responsável pela integração novos profissionais, pela orientação do estágio de vários alunos e exerci, igualmente, funções de responsável de turno na UMICD, liderando equipas de prestação de cuidados. Demonstrei capacidades para trabalhar adequadamente na equipa multi e interdisciplinar, o que Benner caracteriza como competências em matéria de organização e distribuição de tarefas inerentes ao enfermeiro Perito.

Exerci supervisão do exercício profissional, zelando pela qualidade dos cuidados prestados.

Para dar resposta às exigências inerentes a uma prestação de cuidados de qualidade num serviço com estas características senti necessidade de, ao longo do tempo, aprofundar e adquirir conhecimentos que me permitissem cumprir a minha missão com um grau de qualidade crescente. Várias foram as acções de formação em serviço em que participei como formanda e diversos os cursos que frequentei e conclui com aproveitamento, tais como: Suporte Básico e Avançado de Vida, Suporte Avançado de Trauma, Fundamental Critical Care Support, Emergências Traumatológicas e Curso de Traumatologia Oro-Facial.

Munida de todos estes conhecimentos e competências pude tomar decisões devidamente fundamentadas, atendendo a evidências científicas, tendo sempre como linha orientadora as minhas responsabilidades éticas e sociais.

Mantive assim, de forma contínua e autónoma, um processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional, incorporando na prática resultados de estudos de investigação válidos, de forma a produzir um discurso pessoal fundamentado e aprofundar conhecimentos específicos na área de urgência e emergência.

Todas as actividades e estratégias acima referidas me permitiram desenvolver algumas das competências esperadas de um Enfermeiro Especialista em EMC.

4- REFLEXÕES FINAIS

Este relatório é uma narrativa na qual procurei fazer uma análise crítica e reflexiva dos objectivos que tracei bem como das respectivas actividades e estratégias desenvolvidas ao longo dos estágios para os alcançar.

Procurei reflectir sobre todo esse percurso, sobre a minha prática de cuidados, sobre as minhas “conquistas”, dúvidas e receios vividos.

Os estágios, bem como a elaboração deste relatório, proporcionaram-me um percurso crescente de aprendizagem pessoal e profissional que me permitiram a aquisição de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista.

Os módulos de estágio foram fundamentais para o desenvolvimento/ aquisição das referidas competências porém reconheço que não foi fácil exercer funções de especialista (como a gestão de cuidados, zelar pela qualidade de cuidados prestados, investigação em serviço), considerando o limite temporal atribuído a cada módulo e o “papel” de aluno em que nos encontramos nos serviços.

Ao longo dos estágios centrei a minha actuação – de acordo com os meus objectivos iniciais – na prestação de cuidados ao doente crítico e família. Pude desenvolver uma prática avançada ao articular competências científicas, técnicas e relacionais que convergiram para uma visão mais abrangente. Tive um olhar mais crítico sobre a nossa prática de cuidados com vista a uma melhoria contínua dos mesmos.

No que refere à gestão dos cuidados, durante todo o estágio me foi dada a oportunidade de o realizar com a supervisão da minha orientadora. No decorrer dos mesmos iam surgindo dúvidas ou questões que debatia com a minha orientadora e, quando pertinentes, expúnhamos à restante equipa. Estimulei assim a equipa a reflectir sobre os cuidados prestados, a questionar o porquê de fazerem determinadas intervenções como as faziam. Por rotina? Que justificações tinham como fundamento? Procurei incentivar uma prática baseada na evidência, fomentando a melhoria dos cuidados prestados aos doentes e família.

Pude também constatar, com alguma tristeza minha, que muitas das intervenções autónomas de Enfermagem são desvalorizadas, em prol de intervenções médicas, tecnicistas que, para alguns enfermeiros, fazem deles melhores profissionais!

Considero que na UCI o Enfermeiro Especialista tem um papel vital na vigilância da evolução e tratamento do doente crítico pela detecção precoce de possíveis complicações, de instabilidade e risco de falência orgânica, pela gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos, pelo acolhimento e acompanhamento à família em situação de crise. É fundamental que o enfermeiro seja capaz de estabelecer uma relação terapêutica com estas famílias, esteja desperto e sensível para conseguir identificar as suas necessidades e encontrar estratégias para lhes dar resposta.

Por sua vez, a intervenção do Enfermeiro Especialista no BO, faz a diferença no sentido de que este é detentor de conhecimentos e competências que lhe permitem aperceber-se das situações de uma forma global, orientando os processos de tomada de decisão eficaz e eficientemente. Optimiza recursos disponíveis – materiais e humanos – assegurando gestão de cuidados e do risco cirúrgico.

Este percurso permitiu-me evoluir gradualmente, adquirindo as competências que já referi e justifiquei ao longo deste documento e que me tornaram profissionalmente mais qualificada, mais envolvida, mais autónoma e mais confiante.

Posso afirmar que consegui estabelecer uma relação “simbiótica” com os serviços onde estagiei, que se pode constatar pela reciprocidade verificada entre as oportunidades de aprendizagem que me foram proporcionadas (que por sua vez me permitiram a aquisição das competências pretendidas) e pelos contributos que produzi de acordo com as necessidades identificadas e verbalizadas pelos mesmos, tais como: Guião de observação puerperal”, póster de informação aos familiares de doentes internados na UCI; Folha de registo de rastreabilidade de DM, Norma de procedimento sobre “Cuidados de Enfermagem ao doente com DVE”.

Surgiram, pontualmente, durante os estágios, algumas dificuldades e limitações que, com o apoio das orientadoras e restante equipa, consegui ultrapassar com sucesso, contribuindo activamente para o desenvolvimento pessoal e profissional dos meus pares.

No que refere às limitações, apenas tenho a apontar a duração de cada módulo de estágio que considero demasiado curto, impossibilitando o desenvolvimento de projectos mais arrojados que implicam simultaneamente uma maior duração temporal.

Como aspectos positivos tenho a referir o facto de ter tido a oportunidade de ser orientada por enfermeiras especialistas, o que me permitiu partilhar ideias, opiniões e experiências com profissionais detentores de conhecimentos e competências diferenciadas a nível da concepção, supervisão e gestão de cuidados, formação e investigação. Tal como refere HESBEEN (2001; 64) “(...) a experiência por si só não gera conhecimento, necessita de ser reflectida, discutida e conceptualizada” e para mim foi bastante importante poder fazê-lo com alguém detentor de conhecimentos e competências específicas da minha área de especialidade.

Colocar por escrito aquilo que fiz ao longo destes meses nem sempre foi fácil, porém, através da descrição das actividades e estratégias desenvolvidas considero ter conseguido transmitir a forma como desenvolvi as competências e conhecimentos esperados de um enfermeiro Especialista em EMC.

Olhando para trás não posso deixar de referir que foi um percurso duro para mim e para os que me são próximos...mas muito gratificante. Tive o privilégio de frequentar enquanto aluna o curso numa escola tão conceituada mas também...tão exigente! Benefícios? Inqualificáveis. Para mim e para aqueles de quem cuido. Não falo aqui da vertente monetária ou de carreira pois nessa, sinceramente, já perdi a esperança. Quando me candidatei a esta especialidade foi apenas com um intuito: saber mais, fazer melhor, crescer como pessoa e como profissional...e consegui!

Penso ter atingido os objectivos a que me propus no início deste relatório, uma vez que me permitiu fazer uma análise crítica a reflexiva acerca das experiências de aprendizagem vivenciadas no decorrer dos estágios. Foi através deste processo reflexivo, simultaneamente desperta e atenta às necessidades dos doentes/ famílias que consegui mobilizar o meu património de conhecimentos e competências e aumentá-lo cada dia um pouco mais.

Finda esta etapa não posso deixar de frisar que o valor que a sociedade atribui à nossa classe passa, antes de mais, pelo valor que nós próprios atribuímos aquilo que fazemos no nosso dia-a-dia junto dos que cuidamos e a qualidade com que o fazemos. Passa

antes de mais pela importância e visibilidade que atribuímos às nossas intervenções autônomas e interdependentes, visibilidade essa que tem de ser construída e fundamentada pela aquisição de competências que nos permitam um cuidar de excelência. Este foi o papel que aprendi e aprimorei ao longo deste percurso e que quero desempenhar na minha prestação de cuidados como especialista, sensibilizando os colegas e adoptando uma postura a ser tomada como exemplo, promovendo a reflexão crítica das práticas e participando activamente no desenvolvimento pessoal e profissional dos meus pares.

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

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ▲ ALARCÃO, I. – Formação Reflexiva de Professores. Estratégias de Supervisão. Porto. Porto Editora. 1996. ISBN 972-0-34721-X.
- ▲ ALMEIDA, Eduardo - Caracterização da UCI, In Encontro Anual de Formação da UCI do Hospital Garcia de Orta. Almada, Março, 2009.
- ▲ ANTONELLO, Cláudia Simone - Aprendizagem na acção revisitada e sua relação com a noção de competência. Comportamento Organizacional e Gestão. Vol. 12, nº2. 2006. P. 199-220. [Consultado 2010-12-03].
Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/cog/v12n2/v12n2a05.pdf>.
- ▲ ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES – Enfermagem Perioperatória: Da filosofia à prática de cuidados. 1ª Ed. Lisboa. Lusodidacta. 2006. ISBN 9789728930165.
- ▲ BENNER, Patrícia – De Iniciado a Perito. 2ª Edição. Coimbra. Quarteto Editora. 2005. ISBN 989-558-052-5.
- ▲ BRITO, Antonia E., B- O significado da reflexão na prática docente e na produção dos saberes profissionais do/a professor/a. 2006. P. 2- 6 [Consult. 2010-12-07].
Disponível em <http://www.rioei.org/deloslectores/1267Brito.pdf>.
- ▲ HESBEEN, Walter - Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva de cuidar. Loures. Lusociência. 2001. ISBN 972-8383-20-7.
- ▲ HONORÉ, Bernard – Cuidar: Persistir em conjunto na existência. Lisboa. Lusociência. 2004. ISBN 972-8383-58-4.
- ▲ LAZURE, Hélène - Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. Lisboa. Lusodidacta. 1994. ISBN 972-95399-52.
- ▲ MENDES, Anabela P. – O Respeito e a Solicitudade. Revista Portuguesa de Bioética. Coimbra. ISSN 1646-8082. Nº 2, Setembro 2007, p. 207- 217.

▲ NETO, H; NETO, A.- Factores Geradores de Stress Pré-operatório. Revista Servir. Lisboa. ISSN 0871/ 2370. Vol. 43, nº 2 Março/Abril, 1995, p. 62-68.

▲ ORDEM DOS ENFERMEIROS- Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa. Ed. Letrário. 2005. ISBN 972-99646-0-2.

▲ VIEIRA, Margarida – Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa. 2008. ISBN 9789725401958.

▲ WAIDMAN, Angélica P., ELSEEN, Ingrid, MARCON, Sónia – Possibilidades e Limites da Teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. 2006. [Consult. 2009-11-20]. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a13.htm

LEGISLAÇÃO CITADA:

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Decreto - Lei 104/98 de 21 de Abril: D.R.: I Série - A, (98-04-01), p. 1739- 1757.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Aprova o Regime Legal da Carreira de Enfermagem, Decreto - Lei 437/91 de 8 de Novembro: D.R.: II Série – A, (08-11-1991), p.5723- 5741.

ANEXOS

ANEXO I – Artigo de relevância consultado intitulado “The simple act of touching”

Nursing78 Book Selection

We all know that human interactions can alter heart rhythm. But when the interactions occur between nurse and patient, wouldn't it help to know *how much* the patient's heart rhythm is altered — and *under what circumstances*?

James J. Lynch, PhD, working with RN graduate students, attempted to determine precisely how human contact affects the heart. To do this, they studied patients in two acute clinical areas: a cardiac care unit and a shock trauma unit. Here's what they discovered.

The Simple Act of Touching

BY JAMES J. LYNCH, PhD
Scientific Director
Psychosomatic Clinics
University of Maryland School of Medicine
Baltimore, Maryland

HOW DO HUMAN INTERACTIONS alter heart rhythm? Our research team from the psychosomatic clinics, the school of nursing, and the department of cardiology at the University of Maryland set out to study this phenomenon. To do this, we monitored the hearts of patients whose lives were in mortal peril. We began our work in a CCU.

First impressions of the CCU

When we entered the CCU, we were immediately struck by the strong emotions and fears generated there. Patients, staff, and visitors alike seemed absorbed in the intense atmosphere. As scientists conducting research, we were far from immune to the intense feeling of the unit.

The patients lay in beds, with needles in their arms, tubes in their noses, and sensors on their chests recording their every heartbeat on TV screens nearby. Helpless and dependent, they seemed very much alone.

The staff, watching those TV screens, tried to remain detached, yet compassionate, prepared for any emergency. How could they communicate with their patients? How could they reassure them?

We spent months in the CCU watching rows of heartbeats move rhythmically across the central monitoring TV screens, while the patients whose hearts were being monitored rested in beds 8 to 20 feet away.

We also observed the many types of human contact that occurred. Doctors and nurses visited patients. Family members came and went. Cleaning ladies mopped beside the beds; dietitians discussed luncheon menus; medical residents went on daily ward rounds. And yet, for long periods during the day, the rhythmical flash of each patient's heartbeat was the only stimulus in an otherwise tranquil environment, assuring each of them that he was still alive, and not alone.

The "common sense" question

Many of the medical staff in the CCU already seemed to know how human interactions affect the heart. "Of course," said one nurse, "everyone knows you have to measure a patient's blood pressure several times to get an accurate reading." "Everyone knows that patients are sometimes frightened when a doctor first examines them," said a medical resident. "Everyone" was certain that human interactions such as pulse taking could affect patients' hearts — but no one in a CCU had ever analyzed it systematically. We began to un-

From *THE BROKEN HEART: THE MEDICAL CONSEQUENCES OF LONELINESS*, by James J. Lynch, PhD. Copyright © 1977 by Basic Books, Inc., New York. Excerpted and adapted with permission of the publisher.

ply to give her a pill. But during the entire minute the nurse was there, the patient's heart rate changed abruptly from 2:1 block and 35 beats per minute to 70 or 75 beats per minute. This changed back abruptly to the original pattern during the 3 minutes after the nurse left the bedside. A similar reaction occurred when the nurse brought this patient lunch.

But, while this patient was still in heart block, one episode of pulse taking caused no heart rate or rhythm change.

Later that day, the atropine which the cardiologist had prescribed took effect, and the patient was no longer in continuous 2:1 block. During this period, we again monitored an episode of pulse taking. This time the beat-to-beat heart rate both before and after pulse taking was approximately 70 or 75 beats per minute, with only periodic episodes of heart block occurring. When the nurse took the patient's pulse, however, the heart rate was slightly elevated, the beat became quite rhythmic, and the periodic pattern of heart block was completely abolished.

This episode of pulse taking after atropine therapy (Figure 2) is an inverted mirror image of the cardiac reaction to pulse taking this same patient had shown earlier. With her type of cardiac problems and the medication she was given, we could understand the changes in her nervous system that caused these reactions. But that didn't tell us just why the nurse's interventions had these effects on the patient's heart.

The effects of pulse taking

We began to see heart rhythm changes in other patients, and occasional changes in the frequency of abnormal heartbeats when people were at a patient's bedside.

Sometimes, the frequency of these abnormal beats would increase; more often they would decrease; and sometimes there were no apparent changes. Why were these abnormal heartbeats occurring? Were these observations unusual? Were these patients unusual? Or were such heart reactions typical of coronary care patients?

Clearly, we'd have to monitor many more patients. We decided to concentrate on some type of human contact that was relatively simple, yet experienced by all patients in the unit. Pulse taking seemed to best fit this requirement.

We began to examine the effects of pulse taking on the heart rate and rhythm of over 300 cardiac patients, during the day and at night when they were asleep. Each pulse taking was examined only if the patient was resting alone for 3 minutes before and 3 minutes after this event. After monitoring these patients, we felt sure that even the routine

event of pulse taking could alter the frequency of cardiac arrhythmia in CCU patients. For some of them, pulse taking completely suppressed arrhythmias that had been occurring. Clearly, the simple act of touching can have important influences on a patient's heart rate and rhythm.

These observations raised many questions. Did pulse taking frighten the patients? (They were in a CCU and undoubtedly concerned with the status of their hearts.) Or did the pulse taking comfort them and reassure them that they were under continuous care? What specifically led to the changes in the frequency of arrhythmia? Did the patients move in bed or did their breathing change in ways not noticed? Or was it an emotional response?

An even larger question began to concern us: Was it only patients with cardiac pathology who reacted to human touch, or did patients without heart problems react similarly? These questions led us to shift our studies temporarily from the CCU to one of the most acute clinical areas in any modern hospital — a shock trauma unit.

Shock trauma patients

We moved our study, then, to a shock trauma unit, a more complex environment than the CCU. Patients there were suffering sudden and severe trauma and were often in a state of circulatory shock and coma. Most were in acute danger of death if multiple medical and surgical procedures were not performed immediately.

Also, many of these patients were much younger than those in the CCU, and most had no intrinsic heart pathology. Treatment sometimes involved extreme medical procedures. One of these was the use of d-tubocurarine chloride, which temporarily paralyzes every muscle in the body, yet leaves the person perfectly aware of what is going on. If conscious, the patient can hear and feel everything, although he cannot move a muscle.

The use of this drug allowed us to explore certain questions raised by our CCU observations. Would patients' hearts react to human contact when the patients themselves could no longer move or change their breathing pattern, or when the patients had no discernible cardiac disease? In extreme cases, would these patients react to human touch even if they were delirious or in a deep coma?

We studied two types of human interactions. The first consisted of relatively simple, spontaneous clinical interactions, such as a doctor's visit, in which neither patient nor staff was aware of being observed. The second type involved planned interactions in which nurses who were aware of the purpose of the study took the patient's pulse, held

“Our data convinced us that the effects of holding a patient’s hand could be seen even in the most intense clinical environment. The more traumatic the environment, the more important human contact seemed to be.”

his hand, or touched his arm and verbally comforted him. Whenever possible, we arranged for 3-minute resting periods before and after each type of interaction.

But even the simplest human interactions, like a nurse holding a patient’s hand, were difficult to study in this environment. Doctors and nurses were almost always at the patient’s bedside, and often as many as seven or eight doctors and four or five nurses were there at once.

Sometimes, we watched a curarized patient for 4 or 5 hours before a period occurred when he was alone for even 7 minutes — the minimum time necessary to evaluate his reactions. And, since we never knew when a patient would be curarized, we were on call 24 hours a day.

Three case studies

In spite of the large number of environmental stimuli bombarding each patient, the common types of human contact seemed to produce dramatic changes in patients’ heart rates. For example, the heart rate of a 31-year-old woman critically injured in an automobile accident slowed almost 20 beats per minute when a nurse quietly took her pulse. When the episode was recorded, this patient had been in a coma for 2 days. A similar change in heart rate was observed in a severely injured, 30-year-old man when a nurse quietly held his hand.

We noticed something else about this second patient’s heart rate later in the day. At one point, seven doctors came on medical rounds to his bedside to discuss his case. Several minutes after they left, another doctor came in to perform tracheal suction on the patient. This uncomfortable procedure made it necessary for the doctor to periodically turn off the patient’s respirator during a 1-minute period — at which point the patient could no longer breathe. During this psychologically and physically distressing time, the patient’s heart rate increased. We were very interested in the fact that the heart rate increase was almost as great while the seven doctors chatted about this patient.

Finally, we observed the heart rate change in an 11-year-old girl when a nurse quietly held her hand. The child had been struck by a car, and had sustained a skull fracture and multiple fractures in her pelvis. She was in a coma when first brought to the shock trauma unit, and she gradually recovered during the next 8 days. Then suddenly, she became restless, confused, and in great respiratory distress. She was then curarized.

For the 3 minutes before a nurse approached her bedside, the girl’s heart rate was cycling rather rhythmically from a maximum of 125 beats per


minute to a low of 105 beats per minute. We observed no unusual change in heart rate during most of the time that the nurse quietly held her hand. However, just as the nurse let go of the girl’s hand, her heart rate increased to a peak of 136 beats per minute, and then fell to about 95 beats per minute, before returning to the previous pattern. During the entire 7-minute period, the highest and lowest heart rates occurred within 30 seconds after the nurse released the girl’s hand.

Observations such as these — especially on curarized patients — take us to the very limits of our knowledge. We can never establish with 100% certainty that these heart rate changes would not have occurred by chance, and there is no way to repeat these observations conclusively to answer that question. All of them were individual and poignant human interactions, and from a scientific point of view, this unusualness must be recognized as both a strength and an unavoidable weakness. The events monitored in this study can never be exactly duplicated.

Conclusions — and more questions

The shock trauma heart rate data did show that the cardiac changes seen in the CCU were not limited to people with cardiac pathology. Our data also convinced us that the effects of holding a patient’s hand could be seen even in the most intense clinical environment. The more traumatic the environment became, the more important human contact seemed to be.

We encountered many variables that might have masked the effects we observed. For example, the “control periods” just before the human contact were by no means periods of quiet relaxation for the patients. And, the patients varied according to age, cardiovascular pathology, physiological status, and the types of medicines they were taking. Despite all these factors, we could still observe the effects of human contact.

Like all scientific endeavors, these observations have posed far more questions than answers. Some conclusions do emerge, however. Human contact seems to be desperately important to patients in these acute clinical settings and, in these environments, the heart seems almost hyperreactive to even the most ordinary types of personal contact. Perhaps by paying attention to these effects and to the emotional context of these interactions, we may be able one day to isolate the types of patients and kinds of social interactions that produce *therapeutic* benefits for the heart. 

The author is especially grateful to Sue Ann Thomas, RN, MS; Mary E. Mills, RN, MS; and Carol Emrich, RN, MS, who helped conduct much of the research described here.

APÊNDICES

APÊNDICE I – “*Guião de Observação Puerperal*”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MEDICO-CIRÚRGICA

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PUERPERAL



Elaborado por: Vanessa Gomes

Aluna nº192009155

Enf^a Orientadora: Enf^a Anabela Esteves

Prof. Orientadora: Prof. Isabel Rabiais

ÍNDICE

0. NOTA INTRODUTÓRIA	3
1. PUERPÉIO	4
1.1. INTRODUÇÃO	4
1.2. ALTERAÇÕES ANATÓMICAS E FISIOLÓGICAS	5
1.2.1. APARELHO GENITAL	5
1.2.2. APARELHO URINÁRIO	8
1.2.3. SISTEMA HEMODINÂMICO	9
2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	10
2.1. HEMORRAGIA	10
2.2. ALTERAÇÕES DA FERIDA CIRÚRGICA	13
2.3. INFECÇÃO	14
2.4. INGURGITAMENTO MAMÁRIO	15
2.5. FENÓMENOS TROMBOEMBÓLICOS	19
2.6. PATERNIDADE	19
2.7. PROCESSO DE LUTO	20
3. CONCLUSÃO	22
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
5. APÊNDICE	24

0. NOTA INTRODUTÓRIA

Tal como consta no Guia de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica “ *O titular do grau de mestre numa área de especialização em Enfermagem deverá ser capaz de:*

- *Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros profissionais;*
- *Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência e de vida, e da sua formação pós-graduada;*
- *Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;”*

Tendo por base estes objectivos gerais e o objectivo específico por mim definido no projecto de estágio de “Colaborar na formação da equipe com vista a uma melhoria contínua dos cuidados prestados”, a realização deste guião de observação puerperal surge como forma de dar resposta a uma necessidade identificada no seio da equipa de enfermagem da UCI.

Procurei trazer algum contributo para os colegas/ serviço tendo por base a minha experiência na área da saúde materna e obstétrica.

Apesar de não ser frequente o internamento de puérperas em UCI, foi verbalizado pelos colegas a dificuldade sentida na vigilância e monitorização dos padrões puerperais ditos “normais”.

A elaboração deste guião tem como finalidade fornecer linhas orientadoras para definição de diagnósticos e intervenções de enfermagem específicas para a puérpera internada em contexto de UCI, bem como actividades e vigilâncias inerentes de forma a uniformizar procedimentos.

Tem por base a terminologia utilizada na C.I.P.E., a qual constitui um instrumento de informação que pretende descrever a prática de enfermagem e tem como principal objectivo ser uma matriz unificadora em que os dados e classificações de enfermagem se possam cruzar.

1. PUERPÉRIO

1.1. INTRODUÇÃO

Definição: Período de 6 a 8 semanas que se segue ao parto.

Durante este período de tempo o organismo da mulher regressa ao estado anatómico e funcional pré-gravídico. Embora estas alterações ocorram praticamente em todos os órgãos e sistemas, as mais marcadas ocorrem:

- No aparelho genital – corpo do útero, colo e vagina;
- No aparelho urinário;
- No Sistema hemodinâmico.

Torna-se fundamental o conhecimento destas alterações normais por forma a reconhecer uma eventual situação patológica que possa ocorrer neste período de vida da mulher.

Em termos temporais, o puerpério divide-se em:

- Puerpério imediato (primeiras 6h pós parto);
- Puerpério precoce (das 6h até ao final da 1ª semana);
- Puerpério tardio (do final da 1ª semana ao final da 6ª/ 8ª semana); (BOBAK e tal., 1999)

Esta divisão não é meramente académica. Permite orientar os diagnósticos e intervenções de enfermagem, uma vez que certas alterações são mais frequentes num determinado período do puerpério do que outras, ajudando assim ao seu rápido reconhecimento e conseqüentemente a uma intervenção mais precoce.

1.2. ALTERAÇÕES ANATÓMICAS E FISIOLÓGICAS

1.2.1. APARELHO GENITAL

ÚTERO:

Miométrio: Após a dequitação ocorre o processo de involução uterina. Para tal, contribuem activamente os seguintes mecanismos:

- Contração das fibras musculares (com diminuição do tamanho e não do número);
- Involução do tecido conjuntivo localizado entre as fibras musculares;
- O local onde estava inserida a placenta sofre processo de constricção e oclusão dos vasos sanguíneos, permitindo a hemostase dessa zona.

A involução uterina consiste no retorno do útero às características do seu estado não gravídico. É um processo fundamental pelo que é essencial a sua monitorização:

- Palpação do fundo do útero: Após o parto situa-se aproximadamente ao nível da cicatriz umbilical; ao 6º dia está a meia distância entre a cicatriz umbilical e a sínfise púbica; ao final da 2ª semana já não se consegue palpar e à 6ª semana apresenta o tamanho pré-parto (menos de 100gr, ou seja, 10 vezes menor).
- Vigilância de algias pélvicas: resulta da contração das fibras musculares. Uma vez que esta contração é estimulada pela ocitocina, as algias acentuam-se, nomeadamente, aquando das mamadas. Esta queixa, quando isolada, é um bom sinal.

Endométrio: A regeneração do endométrio é fundamental para garantir futuras gestações. Se esta não ocorresse, no local de implantação da placenta formar-se-ia uma cicatriz que limitaria o número de gestações posteriores.

Mecanismos de regeneração endometrial:

- Após a dequitação, a camada esponjosa da decídua é eliminada, permanecendo a camada basal. São necessários 2 a 3 dias para que esta se diferencie em duas outras camadas:

- Camada basal que vai dar origem ao novo endométrio;
- Camada superficial que sofre necrose e, juntamente com o sangue e muco, forma os lóquios.

Este processo dura aproximadamente 3 semanas, excepto no local de inserção da placenta (6 semanas).

Contrações uterinas:

- Favorecem a involução uterina;
- Facilitam a eliminação dos lóquios;
- Podem provocar algias abdominais.

A avaliação da involução uterina implica vigilância de:

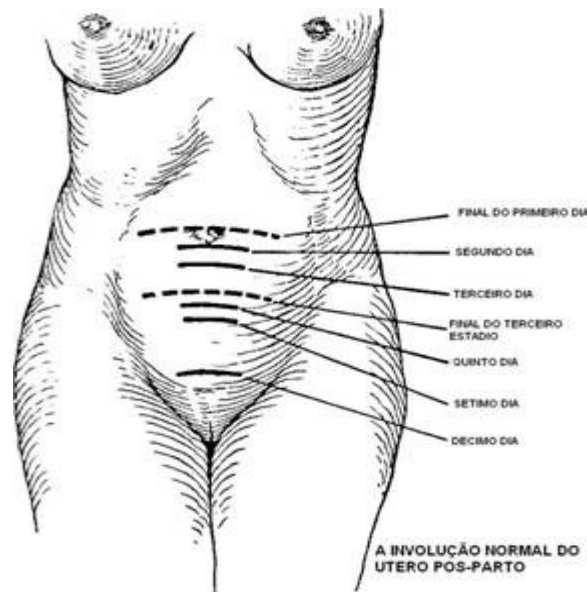
- 1- Palpação do útero (através da parede abdominal);
- 2- Avaliação dos lóquios e suas características

1- Palpação do útero – Parâmetros a avaliar:

- Altura
- Tonicidade

Utilizam-se como pontos de referência a cicatriz umbilical e o fundo do útero. Avalia-se em “dedos transversos” a distância entre os pontos de referência. Nas 1^a 12h pós parto

estará aproximadamente ao nível da cicatriz umbilical; a partir das 24h inicia a descida para o local anatómico normal (atrás da sínfise púbica) a um ritmo de 1/ 2 cm por dia.



2- Lóquios – Parâmetros a avaliar:

A eliminação de lóquios é classificada de acordo com as suas características:

- COR:

- Lóquios hemáticos: constituídos essencialmente por glóbulos vermelhos (até ao 3º/4º dia);
- Lóquios sero-hemáticos, com diminuição do teor em eritrócitos (5º ao 10º dia);
- Lóquios serosos, de coloração amarelada, com predomínio de leucócitos e fluido escasso (a partir do 10º dia).

Esta evolução das características dos lóquios não é igual em todas as mulheres no que toca aos limites temporais. Porém, a existência de lóquios hemáticos após a 3ª semana sugere que o processo de involução foi incompleto por provável retenção de restos placentares ou membranas.

- CHEIRO: Possuem um cheiro suis-generis (idêntico ao da descarga menstrual), sendo os lóquios purulentos e de cheiro fétido sugestivos de infecção endometrial.

- QUANTIDADE: mais abundantes
- Nas 1^{os} 24h pós parto;
- Grandes múltiparas (diminuição do tonus uterino);
- Lóquios hemáticos não devem repassar mais de 4 pensos/ dia;
- Os lóquios serohemáticos e serosos devem ser bastante mais escassos.

FACTORES QUE FAVORECEM A INVOLUÇÃO UTERINA

- Parto eutócico
- Dequitação natural e completa
- Levante precoce
- Eliminação urinária (evitar a distensão da bexiga)
- Massagens suaves no útero
- Amamentação
- Exercícios pós-parto

1.2.2.APARELHO URINÁRIO

Ocorre um aumento da diurese nos 1^{os} 5 dias após o parto para compensar o aumento da volémia que ocorre durante a gravidez. Outras alterações no pós-parto incluem:

- Capacidade vesical aumentada por diminuição da sensibilidade à pressão. Esta situação resulta quer da própria analgesia epidural, quer da lesão dos pequenos nervos pélvicos resultantes da passagem do feto pelo canal de parto (lesão transitória);

- Dilatação fisiológica dos ureteres e pelve renal que ocorre durante a gravidez (por acção dilatadora da progesterona e da compressão uterina) e que só normaliza entre 2 a 8 semanas pós – parto;

O resultado destas alterações é a estase urinária, que predispõe à infecção.

Podem ocorrer igualmente quadros de incontinência/ emergência urinária ou até perda total de controlo de esfíncter vesical (frequentemente associada a lacerações traumáticas do períneo com compromisso da função esfínteriana).

1.2.3.SISTEMA HEMODINÂMICO

Durante a gravidez há um aumento considerável da volémia e do débito cardíaco. Nas primeiras 3 semanas pós parto os valores da volémia normalizam e o débito cardíaco pode reduzir até 28%. Quanto à tensão arterial verifica-se o oposto; ocorre um discreto aumento devido ao aumento das resistências vasculares periféricas, secundárias á ausência de síntese de progesterona e prostaciclina pela placenta (dilatadoras do músculo liso arterial).

2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

O “diagnóstico de Enfermagem” representa um determinado fenómeno sobre o qual incidem intervenções de enfermagem concretas.

Os diagnósticos de Enfermagem inerentes a este período da vida da mulher são múltiplos, porém, procuro direccionar-me para aqueles que tomam efectivamente sentido no contexto do puerpério na UCI. Assim, surge a necessidade de identificar como diagnósticos os seguintes fenómenos:

- Hemorragia;
- Alterações da ferida cirúrgica;
- Infecção;
- Ingurgitamento mamário;
- Doença tromboembólica;
- Paternidade;
- Processo de Luto.

2.1. HEMORRAGIA

- Hemorragia no pós-parto imediato (80% das hemorragias no puerpério).

Define-se hemorragia puerperal por perdas de sangue superiores a 500ml. Porém, no contexto de Bloco de partos estas perdas são difíceis de quantificar e nem todas as mulheres reagem da mesma forma às perdas sanguíneas aumentadas. O importante é então perceber quando os mecanismos fisiológicos responsáveis pelo equilíbrio hemodinâmico falham. A forma mais eficaz de o fazer consiste na monitorização de sinais vitais de forma a despistar essas situações precocemente. Principais causas:

- Atonia uterina (50%)

- Lacerações obstétricas (20%);
- Retenção de tecido placentar (5-10%);
- Defeitos de coagulação (raro)

A *atonia uterina* é a principal causa de hemorragia no pós-parto imediato. A contracção do miométrio contribui para a hemostase, uma vez que reduz a superfície de implantação placentária. Logo após a dequitação nem todos os vasos do leito placentário são trombosados o que implica perda de sangue. Esta perda é diminuída se a superfície sangrante for reduzida pela contracção do miométrio.

Nos factores que predispoem para atonia uterina incluem-se:

- Idade materna avançada;
- História prévia de atonia;
- Útero hiper-distendido (por macrosomia fetal, gravidez gemelar ou hidrâmnios);
- Parto prolongado;
- Excessiva estimulação ocitócica;
- Multiparidade;
- Excessiva concentração de anestésicos com efeito relaxante do miométrio.

Intervenções de Enfermagem:

- Reverter a deficiente contracção uterina:

1º Massagem do fundo do útero através da parede abdominal;

2º Se a massagem não for suficiente deve ser administrada ocitocina ou prostaglandinas para promover a contractilidade uterina.

- Vigiar perda sanguínea:

- Lóquios: Cor (hemáticos, serohemáticos, serosos); Quantidade (escassos, moderados, ligeiramente aumentados, aumentados); Cheiro (característico, fétido).

- Coágulos: Número (1 ou vários); Diâmetro (< 5 cm ou > 5cm)

- Vigiar útero:

- Contraído

- Mal contraído

- Altura do fundo do útero (acima, ao nível ou abaixo da cicatriz umbilical)

INTERVENÇÕES	FREQUÊNCIA/ HORÁRIO	ESPECIFICAÇÕES
HEMORRAGIA		
Ensinar sobre precauções de segurança: hemorragia	Sem horário	
Vigiar a pele	Sem horário	
Vigiar perda sanguínea	Turno fixo	M e T
Vigiar útero	Turno fixo	M e T

Grande parte das hemorragias cessa com estas duas intervenções. Nos casos refractários deve procurar-se outra causa para a hemorragia que não a atonia. A histerectomia é uma medida radical de último recurso, só aplicável quando todas as medidas conservadoras falham.

Sempre que a hemorragia não cede após a instituição das medidas anteriormente referidas deve proceder-se à exploração do canal de parto. A terapêutica é cirúrgica.

Se alguma porção da placenta permanece intra-uterina – *retenção de tecido placentar* – a hemorragia não cessa pois a placenta impede a contracção do seu leito de implantação. Esta retenção pode ocorrer por:

- Dequitação incompleta;
- Aderência anormal da placenta (placenta acreta, increta ou percreta);
- Placenta sucenteriada.

- Hemorragias tardias (20% das hemorragias do puerpério)

Estas são menos frequentes que as imediatas e ocorrem geralmente entre a 1^a e a 2^a semana pós parto. As principais causas são:

- Subinvolução do leito placentário;
- Retenção de fragmentos placentários;
- Endometrite (a infecção do endométrio atrasa a involução uterina).

2.2. ALTERAÇÕES DA FERIDA CIRÚRGICA

O períneo poderá apresentar:

- Perineorrafia por: lacerações, rasgaduras, episiotomias (mediana, medio-lateral ou lateral)
- Edema;
- Equimoses;
- Hematoma;
- Varizes.

As lacerações obstétricas incluem:

- Lacerações da vagina (geralmente originadas em grandes episiotomias);
- Lacerações do períneo;
- Lacerações do colo do útero e do segmento inferior uterino (feto macrossómico, dilatação incompleta, aplicação de fórceps).

Intervenções de Enfermagem:

- Monitorizar ferida cirúrgica
- Área circundante: sem alterações ruborizada, edemaciada ou com equimose;
- Sensibilidade: Intensa, suportável ou ausente;
- Exsudado: ausente ou presente (seroso, hemático, purulento)

INTERVENÇÕES	FREQUÊNCIA/ HORÁRIO	ESPECIFICAÇÕES
FERIDA CIRURGICA		
Monitorizar ferida cirúrgica	Períneo: Turno fixo	M e T
	Abdómen: de x em x dias	De dois em dois dias na M
Vigiar penso da ferida	Sem horário	
Executar tratamento à ferida cirúrgica	Abdómen: de x em x dias	De dois em dois dias na M
Aplicar penso compressivo	SOS	
Ensinar sobre precauções de segurança: ferida	Sem horário	
Ensinar sobre complicações da ferida cirúrgica	Sem horário	

2.3.INFECÇÃO

A probabilidade de ocorrência de infecção puerperal é directamente proporcional a:

- Número de toques vaginais durante o trabalho de parto;
- Duração de rotura de membranas;
- Importância das manipulações intra-uterinas durante o período expulsivo e dequitação;

- Extensão e número de lacerações do canal de parto.

Os tipos mais frequentes de infecção puerperal são:

- Endometrite;
- Infecção urinária;
- Infecção da ferida operatória (cesariana);
- Infecção da episiorrafia;

A endometrite pode ter como complicações o quadro séptico (que ocorre facilmente porque o endométrio é altamente vascularizado), o qual é a principal causa de morbidade e mortalidade materna. Também pode ocorrer tromboflebite pélvica e peritonite.

A infecção urinária é bastante frequente neste período devido à estase urinária e dilatação da árvore excretora. É geralmente causada por bactérias gram negativas.

A infecção da ferida operatória (Cesariana) e da episiorrafia apresenta-se com edema, eritema, dor e calor. Pode apresentar exsudado purulento.

No que diz respeito a este diagnóstico de enfermagem “Infecção”- risco ou presente- as intervenções são transversais à puerpera internada na UCI e aos doentes em geral pelo que se deverá seguir o padrão já existente no serviço para este diagnóstico.

2.4. INGURGITAMENTO MAMÁRIO

O ingurgitamento mamário ocorre por inflamação dos ductos podendo originar um quadro de mastite. Esta pode ter também origem infecciosa causada maioritariamente por *S. aureus* que se encontra na orofaringe do recém-nascido. Este penetra no

parenquima mamário através de micro-fissuras do mamilo da mãe, causadas pela amamentação. O resultado é a inflamação da mama, geralmente unilateral. A mastite não é contra-indicação para amamentação. Se ocorrer abscesso mamário deve-se interromper a amamentação procedendo-se à drenagem cirúrgica do mesmo.

Assim:

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de Ingurgitamento mamário

Intervenções de Enfermagem:

- Vigiar mama
- Saída de colostro: Sim/ Não
- Consistência: mole, cheia, túrgida ou com nódulos
- Aspecto: rubor (sim/ não)

Após as primeiras 24 horas pós-parto palpar a mama para poder precocemente identificar possíveis alterações:

1. Palpar a mama com ambas as mãos colocando-as esticadas, uma no quadrante superior da mama e a outra no quadrante inferior.

a) A mão do quadrante inferior palpa o peso da mama;

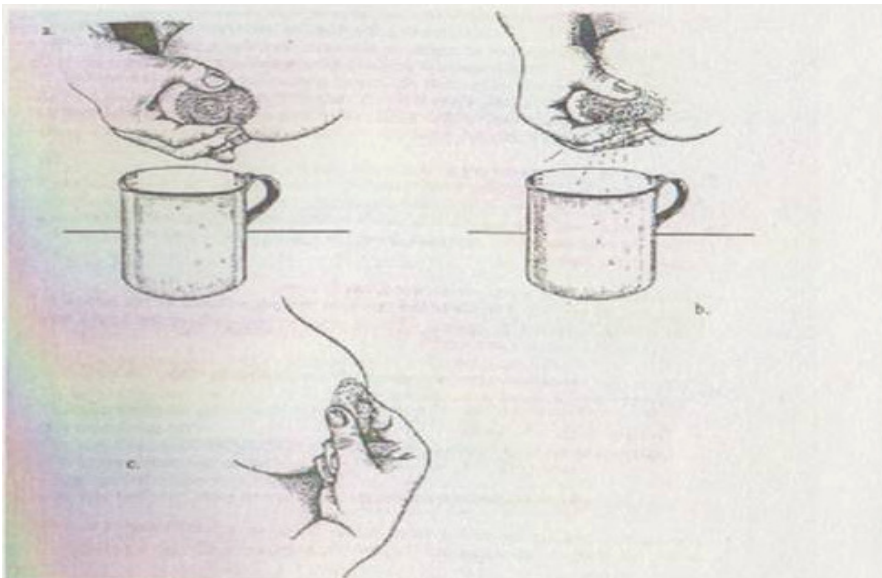
b) A mão do quadrante superior irá palpar todos os quadrantes da mama, com a ponta dos dedos esticados, de uma forma suave e gentil, de forma a detectar nódulos;

Diagnóstico de Enfermagem: Ingurgitamento mamário presente

Intervenções de Enfermagem:

- Extrair leite materno através de:
- Massagem manual, para esvaziamento mamário

1. Tentar promover a privacidade e o relaxamento, posicionando confortavelmente a utente;
3. Lavar primeiramente as mãos
4. Segurar a mama com a mão em forma de «c»
5. Pressionar a base da mama, e massajar com movimentos circulares
6. Comprimir com o polegar
7. Pressionar e largar intermitentemente com o indicador e polegar
8. Mudar a pressão, seguindo o contorno da aréola
9. No fim: colocar umas gotas de leite no mamilo e deixar secar ao ar



- Extração mecânica de leite

Esta extração mecânica pode ser realizada por bomba manual e/ou eléctrica quando for incapaz de executar massagem manual eficaz.

Deve ser feita sempre após a mamadas, devendo iniciar pela mama em que o bebé mamou, fazendo um leve descongestionamento à outra mama.

Ter em atenção o correcto uso do regulador de vácuo e frequência do extractor mecânico.



Assim, para uma correcta extracção é necessário (no caso do uso da bomba eléctrica):

- Adaptar a ventosa da bomba de leite à mama, tendo o cuidado de centrar o mamilo.
- Orientar o correcto uso do regulador de vácuo e frequência de ciclos:

Iniciar o funcionamento da bomba rodando o regulador de vácuo, começando por um nível mais baixo e aumentando progressivamente em função da sensibilidade e da drenagem do leite.

- O regulador de ciclos (frequência), permite-nos alterar o ritmo de sucção. É aconselhável começar por uma frequência elevada e por um nível de sucção mais baixo, pois esta é a forma que se assemelha mais ao ritmo natural do bebé.
- Após 1-2 minutos ou assim que saírem umas gotas de leite este padrão deve ser invertido, isto é, a frequência deve ser diminuída e a sucção aumentada.

- Aplicar envolvimento frio

INTERVENÇÕES	FREQUÊNCIA/ HORÁRIO
RISCO DE INGURGITAMENTO MAMÁRIO	
Vigiar mama	Sem horário
INGURGITAMENTO MAMÁRIO PRESENTE	
Extrair leite materno	SOS
Executar massagem manual	SOS
Aplicar envolvimento frio	SOS

2.5. FENÓMENOS TROMBOEMBÓLICOS

Doença tromboembólica é mais frequente no puerpério que durante a gravidez, podendo surgir:

- Tromboflebite, trombose venosa profunda ou tromboembolismo pulmonar.

Neste diagnóstico, tal como se verifica no diagnóstico “Infecção”- risco ou presente- as intervenções são transversais à puerpera e aos restantes doentes em contexto de cuidados intensivos, pelo que se deverá seguir o padrão já existente no serviço.

2.6. PATERNIDADE

A CIPE define paternidade como “ *um tipo de Processo Familiar com características específicas: (...) comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar (...) interiorizando as expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados*” (2005;66)

O internamento da puérpera na UCI vai condicionar este processo por factores que incluem a instabilidade materna e/ou do recém-nascido e a impossibilidade do

alojamento conjunto para o reforço do vínculo da díade. Assim, cabe à equipe de enfermagem desenvolver uma série de intervenções com vista a minorar as possíveis sequelas que daí podem advir.

INTERVENÇÕES	FREQUÊNCIA/ HORÁRIO
PATERNIDADE ALTERADA	
Promover interação mãe/ recém-nascido	Sem horário
Encorajar interação de papéis	Sem horário
Encorajar a comunicação expressiva de emoções	Sem horário
Incentivar o envolvimento da família	Sem horário
Incentivar o envolvimento dos pais	Sem horário
Promover a paternidade	Sem horário

2.7. PROCESSO DE LUTO

Ao aplicar o termo “luto” há que considerar que este não se refere apenas às ocasiões em que ocorre morte real do feto/recém-nascido. O luto pode ser vivenciado noutras circunstâncias como a perda da imagem do “filho ideal” ou a perda da idealização do processo de parto e puerpério. O próprio parto é considerado por diversos autores como um luto pois ocorre a separação da “fusão” mãe – feto.

A CIPE define luto como “ *Emoção com características específicas: sentimentos de pena associados a perda significativa ou morte, antecipatória e real; choque e descrença (...) expressão de sentimentos de perda, (...) expressar expectativas positivas quanto ao futuro.*” (2005;48)

As estratégias de intervenção a serem consideradas pela equipe de enfermagem consistem em

INTERVENÇÕES	FREQUÊNCIA/ HORÁRIO
PROCESSO DE LUTO	
Vigiar acção do doente	Sem horário
Assistir os pais/ família no processo de luto	Sem horário
Facilitar suporte familiar	Sem horário
Apoiar a família	Sem horário
Encorajar comunicação expressiva de emoções	Sem horário
Facilitar serviços religiosos	Sem horário
Informar sobre legislação pertinente	Sem horário

O apoio aos familiares na vivência deste processo de luto é igualmente um aspecto fundamental da prática de enfermagem, foco da nossa atenção e intervenções pois, frequentemente, é a própria puerpera que corre risco de vida. Vários diagnósticos de enfermagem devem ser identificados e implementadas as intervenções inerentes a cada um deles, tais como:

- **INSEGURANÇA DA FAMÍLIA;**
- **AUTOCONTROLO ANSIEDADE ALTERADO.**

Em ambos os diagnósticos remeto-me para o seguimento do padrão já existente na UCI.

3. CONCLUSÃO

Questionar intervenções do quotidiano, identificar necessidades, diagnósticos e intervenções de enfermagem constituem o pilar do “cuidar” do outro.

Assim, a elaboração deste “Guião da avaliação puerperal” permitiu-me partilhar com os meus pares os meus conhecimentos e competências adquiridas na área da saúde materna mas, principalmente, proporcionou-me um período de reflexão sobre algumas das actividades que desempenho diariamente no meu contexto de trabalho e sedimentar conhecimentos já adquiridos.

Esta foi mais uma etapa na minha construção de conhecimento com vista a um cuidar especializado pois, “ (...) *espera-se que o Enfermeiro Especialista seja, cada vez mais, um profissional reflexivo, e capaz de mobilizar todo um manancial de informação científica, técnica, tecnológica e relacional, alicerçado nos saberes providos da experiência em situação, de outro modo, a intervenção desenvolver-se-á de forma fragmentada, descontextualizada e com baixo nível de qualidade.*” (LEITE, 2006:4)

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOBAK, I., Lowdermilk, D. & Jensen, M. – Enfermagem na Maternidade. Loures. Lusociência. 4ª Ed. 1999. ISBN 972-8383-09-6.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS – CIPE/ ICNP. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão Beta 2. Lisboa. 3ª Ed. 2005

GRAÇA, Luís Mendes Da – Medicina Materno-Fetal. Porto. Ed. Lidel. 3ª ED. 2005. ISBN-13: 978-972-757-325-7.

Guia de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto de ciências da saúde da Universidade Católica Portuguesa. Abril, 2010.

HOSPITAL GARCIA DE ORTA – Norma de Procedimento de Cuidados mamários. Almada. 2007

HOSPITAL GARCIA DE ORTA – Norma de Procedimento de Observação Puerperal. Almada. 2007

LEITE, Lúcia – O enfermeiro Especialista: Percursos de desenvolvimento profissional. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2006. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documentos

5. APÊNDICE

GLOSSÁRIO DE TERMOS

Dequitadura – Todo o processo que leva à expulsão da placenta após o nascimento.

Hidrâmnios – No final da gravidez considera-se que o volume de líquido amniótico se deverá situar entre os 500 e os 2000cc. É classificado como hidrâmnios quando é superior a 2000cc.

Lóquios – Os lóquios são perdas uterinas, por via vaginal, que se iniciam após a expulsão da placenta e que se prolongam durante cerca de 3 semanas embora modificando as suas características ao longo deste período.

Macrossomia Fetal – Designação utilizada para recém nascidos com peso igual ou superior a 4000gr.

Placenta Acreta, increta ou percreta – Constituem anomalias da placenta originadas por uma exagerada penetração do trofoblasto atingindo o miométrio. Em qualquer uma destas circunstâncias, a placenta não se desprende do local de inserção a seguir ao parto.

Placenta sucenteriada – Habitualmente, a placenta apresenta uma forma discóide. Porém, nesta situação, a mesma é ligada a um lobo aberrante por uma artéria e uma veia. A principal complicação decorre da retenção deste lobo supra-numerário após a expulsão da placenta principal

APÊNDICE II – Póster intitulado “*UCI- Informações à família*”



Unidade de Cuidados Intensivos

Informações à família

A Unidade de Cuidados Intensivos está equipada de forma a fornecer um elevado nível assistencial (técnico e terapêutico).

Destina-se a cuidar do seu familiar que necessita de cuidados especializados e vigilância constante para que o seu estado de saúde seja restabelecido. Neste sentido é importante que a família estabeleça um elo de ligação com a equipa de saúde.

INFORMAÇÃO CLÍNICA

O **familiar de referência** poderá receber informações diariamente, durante o período de visitas, sendo responsável pela transmissão dessa informação à restante família.

Deixe o seu contacto junto da equipa de enfermagem para que o possamos contactar em caso de necessidade.

As informações são transmitidas pessoalmente
Por norma, não são fornecidas informações clínicas por telefone

VISITAS

Efectuam-se em dois períodos:

Manhã: 13:00h- 14:00h

Tarde: 19:00h- 20:00h

Anuncie sempre a sua presença junto do secretariado

A gestão das visitas é feita pela família, sendo permitida a entrada de duas pessoas (uma de cada vez) em cada período de visita.

O período e o número de visitas poderão ser alterados pontualmente por necessidade da família / equipa de saúde.

MEDIDAS DE PROTECÇÃO:

- Vestir uma bata, disponível à entrada do serviço, a qual só deve retirar após sair da Unidade.
- Lavar as mãos antes e após sair da Unidade.
- Seguir as recomendações da equipa de saúde.

PODERÁ TRAZER

- Artigos de higiene do seu familiar ou algo significativo para ele (como fotografias) após confirmação junto da equipa de saúde.

NOTA: A equipa da UCI não se responsabiliza pelo extravio dos mesmos.



Elaborado por: Vanessa Gomes (Aluna EMC)

Enf.^a Orientadora: Anabela Esteves

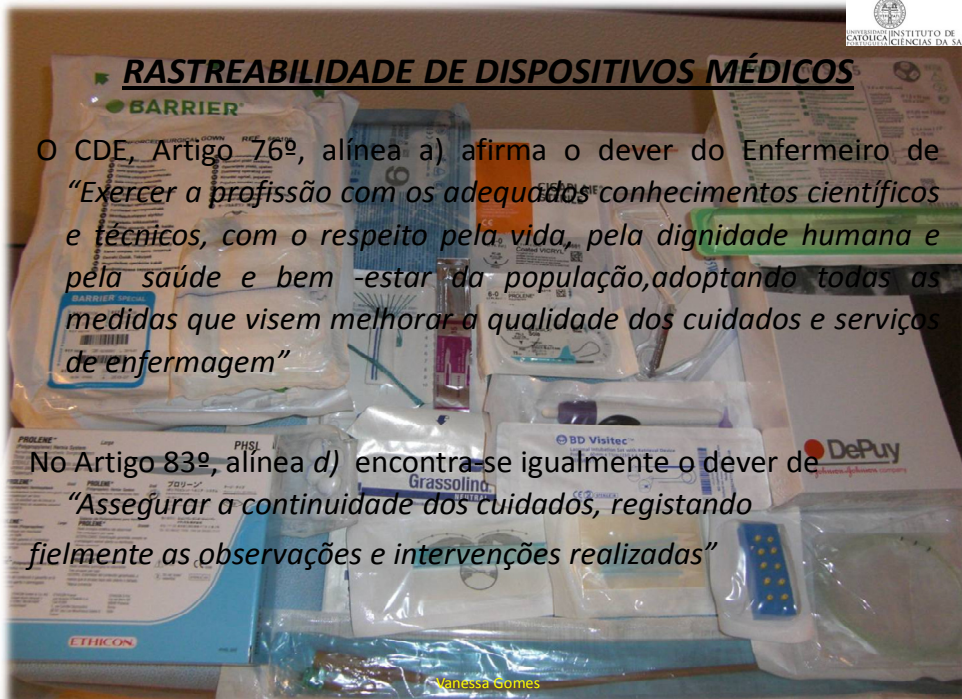
Prof. Orientadora: Isabel Rabiais

APÊNDICE III – Acção de Formação sobre a temática “*Rastreabilidade de Dispositivos Médicos*”



RASTREABILIDADE DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

Vanessa Gomes (Aluna MEMC)



RASTREABILIDADE DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

O CDE, Artigo 76º, alínea a) afirma o dever do Enfermeiro de “Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”

No Artigo 83º, alínea d) encontra-se igualmente o dever de “Assegurar a continuidade dos cuidados, registrando fielmente as observações e intervenções realizadas”

Vanessa Gomes

A Rastreabilidade dos Dispositivos Médicos (DM) é uma das formas de garantir a qualidade dos cuidados prestados e a segurança dos seus utilizadores.

Dispositivo Médico: define-se como qualquer material, instrumento, equipamento ou artigo destinado a ser usado no corpo humano para fins de diagnóstico, tratamento ou monitorização.

DM Activos: Cujo funcionamento depende de uma fonte de energia eléctrica ou outra que não a gerada pelo corpo humano.

DM Implantáveis: Destinados a ser introduzidos, na sua totalidade, no corpo humano, ou a substituir uma superfície epitelial ou a superfície do olho (...) e que se destinem a ser conservados no local após a intervenção.

Vanessa Gomes

DM Uso Único: Destinados a serem utilizados uma única vez num único doente.

Classificam-se em quatro classes de risco (DL nº 145/2009)

- DM classe I: Baixo Risco
- DM classe IIa: Médio Risco
- DM classe IIb: Médio Alto Risco
- DM classe III: Alto Risco

Determinadas com base:

- Duração de contacto com o organismo
- Invasibilidade do organismo
- Anatomia afectada pela utilização do DM
- Riscos potenciais decorrentes da concepção/ fabrico

Vanessa Gomes

Mas... Em que consiste a “Rastreabilidade” dos DM?

Rastrear é proceder aos registos necessários para identificar e informar os dados relativos à origem e ao destino final do produto.

Permite saber: COMO?
QUEM?
ONDE?

Vanessa Gomes

A capacidade de rastreabilidade dos Dispositivos Médicos permite:

Identificar utentes que tenham tido contacto com Dispositivos Médicos não conformes e alertar a equipa de Saúde;

Apoiar na investigação de causas de intercorrências ocorridas com o doente;

Deverá ser sempre colocado no processo do utente os códigos das embalagens dos Dispositivos utilizados nas intervenções.

Vanessa Gomes

Fundamentação Jurídica

Estas directrizes são juridicamente fundamentadas no D.L. nº 145/2009 do D.R. nº 115, Série I de 2009, onde:

“(…) estabelece as regras a que devem obedecer a investigação, o fabrico, a comercialização, a entrada em serviço, a vigilância e a publicidade dos dispositivos médicos e respectivos acessórios (...)”

Vanessa Gomes

Fontes de Informação

- AESOP – associação de enfermeiros de sala de operações portuguesas (2006) **Enfermagem perioperatória – Da filosofia à prática dos cuidados**. Lisboa, Lusodidacta. ISBN: 972 – 8930 – 16-X
- Decreto- Lei nº 145/ 2009 de 17 de Junho. Online: <http://www.dre.pt/pdf1s/2009/06/11500/0370703765.pdf>
- http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PROFISSIONAIS_DE_SAUDE

Vanessa Gomes



Elaborado por: Vanessa Gomes (Aluna EMC)
Enf.^a Orientadora: Anabela Esteves
Prof. Orientadora: Isabel Rabiães

APÊNDICE IV – Folhas de registo de Dispositivos Médicos/ Implantes

NEUROCIRURGIA / CENTRO CUSTOS _____

DATA ___/___/___ SALA _____

ENFERMEIRA _____

Quant	D.M. Uso Único	LOTE
	Bata cirúrgica	
	Bata cirúrgica	
	Saco de Mayo	
	Cobertura de mesa	
	Placa Dispersiva	
	Fita Adesiva	

Quant	D.M. Uso Único	LOTE	Quant	D.M. Implantáveis	LOTE
	Kit Algáliação			Cera de Osso	
	Algália Nº			Cel. Reg.Ox. -Surgicel	
	Saco Colector Urina			Esp. Gel. /abs.Spongostan	
	Catéter Venoso Central			Clips Hemostáticos	
	Catéter Arterial				
	Catéter Periférico				
	Sonda Nasogástrica				
	Luvas Nº				
	Luvas Nº				
	Luvas Nº				
	Compressas 20x20				
	Compressas 10x10				

Quant	D.M. Uso Único	LOTE	Quant	D.M. Implantáveis	LOTE
	Harmónios				
	Codman				
	Codman				
	Codman				
	Lâminas Nº24				
	Lâminas Nº15				
	Lâminas Nº11				
	Meringotomo				
	Scalpfix				
	Broca de Trepano				
	Serra				
	Ponteiro				
	Drill Nº				
	Capa Microscópio				
	Sist. Asp. Ultrassónico				
	Penso Cirúrgico Autoc.				
	Ligadura				
	Dreno				
	Redy-Vac				
	Vycril				
	Nylon				
	Seda				
	Agrafes				
	Seda de Dura 3/0				
	Craniofix				



APÊNDICE V – Estudo de Caso



ESTUDO DE CASO



SUMÁRIO

1. Apresentação do Caso - Avaliação Inicial
2. Diagnósticos de Enfermagem:
 - Pré-Operatórios;
 - Intra-Operatórios;
 - Pós-Operatórios;
3. Apresentação de Norma de Procedimento
4. Bibliografia



OBJECTIVOS

- Sensibilizar a equipa para Diagnósticos de Enfermagem CIPE;
- Clarificar conceitos;
- Uniformizar procedimentos e registos;



Melhoria da qualidade de cuidados
Maior segurança para o doente



AVALIAÇÃO INICIAL

- Doente sexo feminino, 57 anos de idade, caucasiana. Antecedentes pessoais irrelevantes. Nega alergias.
- Recorre ao S.U. por cefaleias (VAS de 6) e hemiparésia drt^a de predomínio crural. Score 15. Realiza TAC CE que revela “(...) Lesão expansiva frontal esq^a com efeito de massa.”
- Foi medicada com Levetiracepam e Dexametasona.



VISITA PRÉ-OPERATÓRIA

À data da visita pré-operatória (3 dias pós internamento):

- Sem deficits motores e/ou sensoriais;
- Score Glasgow 15;
- VAS de 0;
- Braden > 16;
- Sem consentimento operatório;
- Sem tipagem;
- Integridade cutânea mantida;
- Soro em vpp



M.C.D.T.

- Análises, ECG e RMN CE: “Volumosa lesão expansiva esq^a com limites muito mal definidos e irregulares (...) efeito de massa com apagamento dos sulcos corticais vizinhos e marcada deformação do ventrículo lateral esq^o. Acentuado desvio das estruturas da linha média.”
- Intervenção programada: Craniotomia com colocação de DVE.



REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

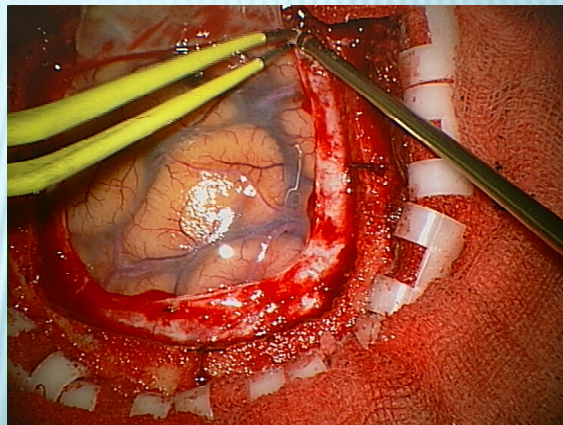
MEDICAÇÃO UTILIZADA:

- Levetiracetam: Anti-epiléptico e Anti-convulsivante cujo mecanismo de ação não está ainda totalmente esclarecido mas que tem resultados positivos na prevenção de crises tônico-clônicas;
- Dexametasona: Glicocorticóide, anti-edematoso, utilizado para reduzir a PIC.



CRANIOTOMIA

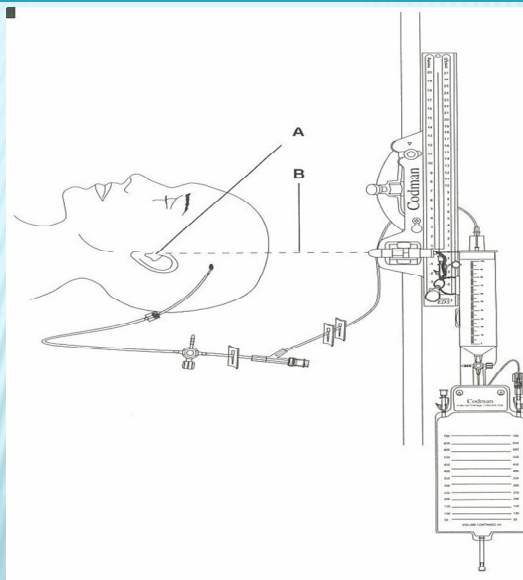
Procedimento médico que permite o acesso ao cérebro e meninges através do crânio.





DVE:

Consiste na introdução de um catéter ao nível do corno frontal do ventrículo lateral direito, para drenagem de líquido e normalização da PIC. É suturada ao couro cabeludo e conectada exteriormente a um sistema de drenagem.





DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DETECTADOS NA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA:

- Insegurança: *“Sentimento de incerteza, falta de confiança, inadequação, vergonha”*.^[1]
- Medo: *“Sentimento de ameaça, perigo ou infelicidade com causa conhecida, acompanhada por estado de alerta, concentração na origem do medo.”*^[1]



- Risco de Alteração da auto-imagem:
“Modelo, percepções ou convicções acerca da sua pessoa.”^[1]



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM INERENTES AO INTRAOPERATÓRIO

- Risco de Hipotermia;
- Risco de Queimadura;
- Risco de Úlcera de Pressão;
- Risco de Hemorragia;



- Risco de Infecção;
- Risco de Perfusão dos tecidos alterada;
- Risco de Úlcera da Córnea;



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO

- Dor presente em grau moderado;
- Alteração do estado de consciência;
- Risco de queda;
- Dependência no autocuidado;
- Risco de Infecção (ferida operatória e DVE);



- Insegurança;
- Medo;



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM INSEGURANÇA

INTERVENÇÕES	HORÁRIO	ESPECIFICAÇÕES
Promover o envolvimento da família	Sem horário	
Gerir o ambiente físico	Sem horário	
Encorajar a comunicação expressiva de emoções	Sem horário	
Incentivar a comunicação	Sem horário	
Incentivar a tomada de decisão com conhecimento	Sem horário	
Orientar a família para o serviço social	Sem horário	



MEDO

INTERVENÇÕES	HORÁRIO	ESPECIFICAÇÕES
Orientar antecipadamente na VPO	Sem Horário	
Descrever o BO	Sem Horário	
Escutar o doente	Sem Horário	
Facilitar a comunicação	Sem Horário	
Estabelecer relação com o doente	Sem horário	
Encorajar o envolvimento da família	Sem horário	
Gerir o ambiente físico	Sem horário	
Diagnosticar medo	Sem horário	
Identificar razões do medo	Sem horário	
Explicar/ Informar razões do medo	Sem horário	



RISCO DE HIPOTERMIA

INTERVENÇÕES	HORÁRIO	ESPECIFICAÇÕES
Identificar sinais exteriores de constrição pelo frio	Sem horário	
Tapar o doente com manta de aquecimento	SOS	
Aplicar colchão de aquecimento	SOS	
Envolver regiões expostas (não necessárias ao acto cirúrgico) com lençóis quentes	SOS	
Monitorizar temperatura	Sem horário	
Instalar sistema de aquecimento de soros	SOS	



RISCO DE QUEIMADURA

INTERVENÇÕES	HORÁRIO	ESPECIFICAÇÕES
Aplicação da Placa Dispersiva	Sem Horário	
Proteger zonas de contacto com o metal	Sem Horário	
Remover peças de vestuário que possam acumular líquidos	SOS	
Remover líquidos orgânicos/ outros em contacto com a pele	SOS	
Vigiar temperatura do material utilizado	Sem Horário	



RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

INTERVENÇÕES	HORÁRIO	ESPECIFICAÇÕES
Proteger zonas de pressão	Sem Horário	
Posicionar correctamente	Sem Horário	
Providenciar material e equipamento necessários ao posicionamento	Sem Horário	
Aplicar escala de Braden		



RISCO DE ALTERAÇÃO DA AUTO-IMAGEM

INTERVENÇÕES	HORÁRIO	ESPECIFICAÇÕES
Consultar cirurgião acerca da pertinência da tricotomia	Sem Horário	
Consultar cirurgião acerca do tipo de sutura	Sem Horário	
Lavar o cabelo no final da cirurgia	Sem Horário	
Manter penso operatório externamente limpo		



RISCO DE HEMORRAGIA

INTERVENÇÕES	HORÁRIO	ESPECIFICAÇÕES
Monitorizar alterações hemodinâmicas	Sem horário	
Clampar drenos	SOS	
Vigiar a pele	Sem horário	
Monitorizar perdas hemáticas	Sem horário	
Vigiar penso operatório	Turno fixo	M e T
Informar médico	SOS	



RISCO DE PERFUSÃO DOS TECIDOS ALTERADA

INTERVENÇÕES	HORÁRIO	ESPECIFICAÇÕES
Vigiar características da pele e extremidades	Sem horário	
Vigiar pulsos periféricos	SOS	
Monitorizar alterações hemodinâmicas	Sem horário	
Informar o médico	SOS	



RISCO DE ÚLCERA DA CÓRNEA

INTERVENÇÕES	HORÁRIO	ESPECIFICAÇÕES
Realizar encerramento palpebral	Sem Horário	
Aplicar colírio	Sem Horário	



RISCO DE DOR/DOR PRESENTE EM GRAU MODERADO

INTERVENÇÕES	HORÁRIO	ESPECIFICAÇÕES
Avaliar dor segundo escala aplicável	2/2H	
Aplicar escala de dor	2/2H	
Vigiar sinais de Dor	Sem horário	
Aplicar medidas não farmacológicas de alívio da Dor	Sem horário	
Instituir analgesia prescrita		



ESTADO DE CONSCIÊNCIA ALTERADO

INTERVENÇÕES	HORÁRIO	ESPECIFICAÇÕES
Aplicar Escala de Comas de Glasgow	4/4h e SOS	
Avaliar pupilas	4/4h e SOS	
Vigiar a acção do doente	4/4h e SOS	
Orientar a pessoa no ambiente	SOS	
Estimular a memória	SOS	
Manter grades da cama	SOS	
Avaliar permeabilidade da DVE	SOS	
Comunicar ao médico	SOS	



RISCO DE QUEDA

INTERVENÇÕES	HORÁRIO	ESPECIFICAÇÕES
Optimizar dispositivos adequados na transferência do doente	Sem Horário	
Elevar Grades da cama	Sem Horário	
Imobilizar o doente	SOS	



AUTO-CUIDADO: DEPENDENTE EM GRAU ELEVADO

INTERVENÇÕES	HORÁRIO	ESPECIFICAÇÕES
Assistir no auto-cuidado: higiene	Turno Fixo	M
Assistir a pessoa no posicionamento	SOS	
Lavar a boca	Turno Fixo	M/ T



RISCO DE INFECÇÃO

INTERVENÇÕES	HORÁRIO	ESPECIFICAÇÕES
Monitorizar temperatura	2/2H	
Vigiar penso operatório	Sem horário	
Vigiar local de inserção de DVE	Turno Fixo/ SOS	
Vigiar sutura operatória	Turno Fixo/ SOS	
Executar tratamento da ferida cirúrgica	48/48H SOS	/ Conforme protocolo ou prescrição

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2006) - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 1, Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.

- **HUDAK, C.M. & GALLO, B.M.**- Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. Sexta Edição. Guanabara Koogan. RJ. 1997

- **MEEKER, M.H.; ROTHROCK, J.C. Alexander**- Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997

<http://users.med.up.pt/m04172/ExameNeurologico.pdf>

http://www.oportalsaude.com/onossocorpo/o_nosso_corpo_0409.pdf



GRATA PELA VOSSA ATENÇÃO!

APÊNDICE VI – Proposta de Norma de Procedimento sobre “*Cuidados de Enfermagem ao Doente com Drenagem Ventricular Externa*”

ASSUNTO: Cuidados de Enfermagem ao Doente com Drenagem Ventricular Externa

DESTINATÁRIOS: Equipa de Enfermagem

OBJECTIVO:

- Prevenir efeitos iatrogénicos;
- Diminuir risco de infecção;
- Maximizar resultados da DVE

CONCEITOS:

A **Hidrocefalia** consiste na acumulação excessiva de LCR dentro dos ventrículos ou do espaço subaracnoideu, devido a um aumento de produção, bloqueio no trânsito ou deficit na sua reabsorção.

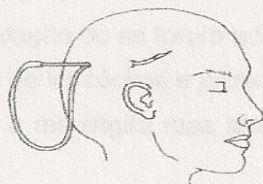
A **DVE** consiste na introdução de um cateter a nível do corno frontal do ventrículo lateral direito para drenagem de líquido e normalização da PIC. É suturada no couro cabeludo e conectada exteriormente a um sistema de drenagem.

ABREVIATURAS:

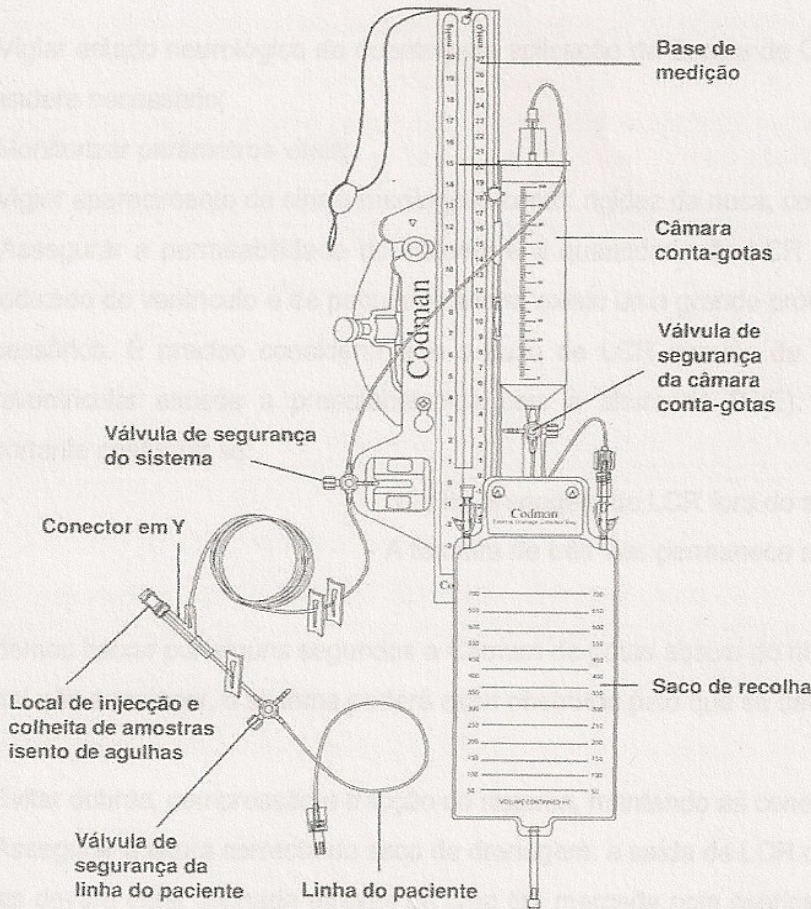
- CAE- Canal Auditivo Externo
- DVE- Drenagem Ventricular Externa
- GCS- Escala de Comas de Glasgow
- LCR- Líquido Cefalorraquidiano
- PIC- Pressão Intracraniana

DESCRIÇÃO:

A DVE é colocada através da introdução de um cateter a nível do corno frontal do ventrículo lateral direito para drenagem de líquido e normalização da PIC. É suturada no couro cabeludo e conectada exteriormente a um sistema de drenagem. (Ver Figura A)



(Figura A)



Este sistema de drenagem é composto por:

- ✓ Câmara de gotas para uma melhor visualização e medição. Esta deve ser colocada a 15cm do Canal auditivo externo, equivalente ao Buraco de Monro onde é recolhido o líquido drenado. O volume recolhido dependerá da PIC e da altura a que está colocada a câmara de gotas. A quantidade a ser drenada está intimamente relacionada com a avaliação neurológica do doente, podendo oscilar entre os 15 e os 60cc a cada seis horas.
- ✓ Torneira de três vias para permitir a clampagem, obtenção de amostras de LCR ou, eventualmente, administração de terapêutica.
- ✓ Saco de recolha do LCR já medido.

(Figura B)

Na colocação e manutenção da DVE poderão surgir algumas complicações, tais como:

- ✓ **Infeção:** poderá ser a principal complicação a surgir aumentando este risco se o cateter permanecer por muito tempo, se não for respeitada a técnica asséptica na sua manipulação ou se foram administradas doses elevadas de corticóides.
- ✓ **Meningite:** que analiticamente se verifica aumento de leucócitos e proteínas e diminuição da glicose no LCR
- ✓ **Ventriculite:** Com sinais e sintomas semelhantes à meningite mas analiticamente apenas com aumento dos leucócitos no LCR.
- ✓ **Colapso Ventricular:** Pode ocorrer durante a colocação do cateter.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM DRENAGEM VENTRICULAR EXTERNA

Os cuidados a estes doentes implicam vigilância contínua da função neurológica e uma intervenção rápida e adequada quando se detecta qualquer alteração. É frequente que o primeiro sinal de deterioração clínica seja a alteração do estado neurológico. É necessária a manutenção de uma adequada Pressão de Perfusão Cerebral, pelo que grande parte dos cuidados a prestar a estes doentes centram-se na monitorização dos parâmetros vitais e a sua manutenção dentro de valores considerados normais.

NORMA DE PROCEDIMENTO

Elaborado em :

Revisão n.º ___

Próxima Revisão

/ /

/ /

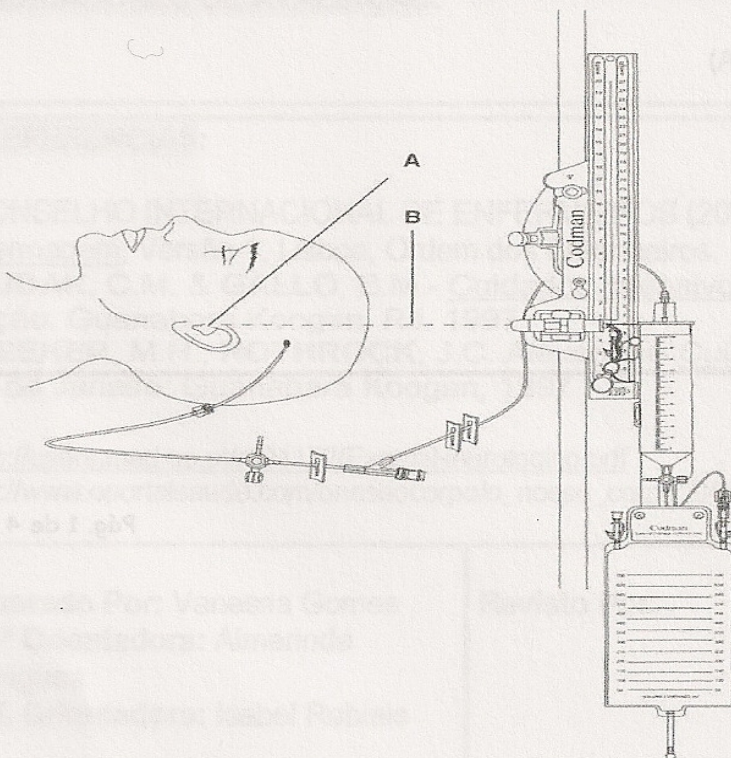
- ✓ Vigiar estado neurológico do doente pela aplicação da Escala de Comas de Glasgow (GCS) de 3/3 horas e sempre que se considere necessário;
- ✓ Monitorizar parâmetros vitais;
- ✓ Vigiar aparecimento de sinais meníngeos como: rigidez da nuca, cefaleias, vômitos, sinais de Kernig e/ou Brudinsky;
- ✓ Assegurar a permeabilidade do sistema e a quantidade de LCR drenado em cada turno: como o sistema de drenagem introduzido do ventrículo é de pequeno calibre, existe uma grande probabilidade de obstruir se não forem tomados os cuidados necessários. É preciso considerar que o fluxo de LCR através da drenagem não é contínuo (excepto quando a pressão intraventricular excede a preestabelecida com a altura da DVE). Quando existem dúvidas quanto à permeabilidade é importante confirmar se:

- Não há drenagem de LCR fora do sistema;
- A torneira de três vias permanece aberta;

Podemos baixar por alguns segundos a Câmara de gotas abaixo do nível do CAE e verificar se existe fluxo de LCR.

Se tal não acontecer, o sistema poderá estar obstruído pelo que se deve informar a equipe médica.

- ✓ Evitar dobras, compressão e tracção do sistema, mantendo as conexões íntegras e estéreis.
- ✓ Assegurar a altura correcta do saco de drenagem: a saída de LCR drenado deve estar a 15 cm acima do CAE. A Câmara de gotas deverá estar alinhada através de uma tira marcada com centímetros para controlar a altura (em que o zero equivale ao buraco de Monro). Esta altura varia de acordo com prescrição médica. A cabeceira do doente deve ser mantida a 30°. Se se alterar o ângulo da cama deve-se ter em atenção a manutenção da câmara aos 15cm do CAE.



- ✓ Vigiar aspecto, cor, características e quantidade do LCR drenado (deve ser transparente e claro).

- ✓ Vigiar sinais de alarme como a alteração do estado de consciência, alteração pupilar, cefaleias intensas ou diminuição brusca do volume de líquido drenado (que podem estar relacionados com o correcto funcionamento da drenagem)

- ✓ Clampar a drenagem no decorrer das mobilizações;

- ✓ Rever sistema de drenagem externamente após mobilizações/manipulações para detectar possíveis desconexões, obstruções ou saída de LCR pelo local de inserção do cateter. Confirmar também a reabertura do sistema de drenagem e a altura correcta da câmara.

- ✓ Nunca descer o nível da drenagem abaixo do nível da asa do nariz de forma a prevenir sintomas de

hiperdrenagem (tais como taquicardia, cefaleias, náuseas, sudorese), excepto se houver indicação clínica nesse sentido.

Elaborado em :	
Revisão n.º ___	/ /
Próxima Revisão	/ /

- ✓ Realizar penso do local de inserção do cateter a cada 72h ou sempre que necessário (com técnica asséptica). A mudança do sistema também implica técnica asséptica (apenas a mudança do saco é feita com técnica limpa).
- ✓ Mudar o saco de recolha quando este se apresenta 2/3 preenchido.
- ✓ Realizar higiene do couro cabeludo apenas a partir do 3º dia pós intervenção (altura em que já existe tecido de epitelização).
- ✓ Para retirar amostras de LCR deve-se proceder à desinfecção da torneira de três vias com solução cutânea alcoólica (2% Cloro-hexidina + 70% de Álcool isopropílico) e realizar todo o procedimento com técnica asséptica.
- ✓ Avaliar presença de cefaleias através do uso de uma escala aplicável ao doente em causa de forma a despistar alterações no volume de LCR drenado.
- ✓ Solicitar a colaboração do doente (quando consciente e orientado) na manutenção da DVE, explicando a necessidade da mesma. Em doentes confusos/agitados, tomar medidas de prevenção para evitar a saída acidental da DVE (como o reforço do penso e a imobilização do doente).
- ✓ Proporcionar apoio, conforto e ensino ao doente e família.

CUIDADOS DURANTE O TRANSPORTE DO DOENTE COM DVE:

- ✓ Esvaziar a câmara conta-gotas para o saco de recolha através da abertura da válvula de segurança da câmara . (Ver figura B)
- ✓ Fechar a válvula de segurança da linha do doente, de forma a evitar o risco de refluxo de LCR para o doente (Ver figura B)

INDICADORES DE AVALIAÇÃO:

REFERÊNCIAS:

- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2006) - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 1, Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- HUDAK, C.M. & GALLO, B.M.- Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. Sexta Edição. Guanabara Koogan. RJ. 1997
- MEEKER, M.H.; ROTHROCK, J.C. Alexander- Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997

<http://users.med.up.pt/m04172/ExameNeurologico.pdf>

http://www.oportalsaude.com/onossocorpo/o_nosso_corpo_0409.pdf

Elaborado Por: Vanessa Gomes
Enf.ª Orientadora: Almerinda Rodrigues
Prof. Orientadora: Isabel Rabiais

Revisto Por:

Aprovado Por:

Direcção do BO:

Chefia Enf. :