

Curso de Mestrado em Enfermagem


Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

**Os cuidados de Enfermagem Especializados na
Área da Pessoa em Situação Crítica:
A Visita Pré-Operatória como fator facilitador no
processo de transição saúde-doença**

Valter José Fidalgo Caniço Nº 3748

2012



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

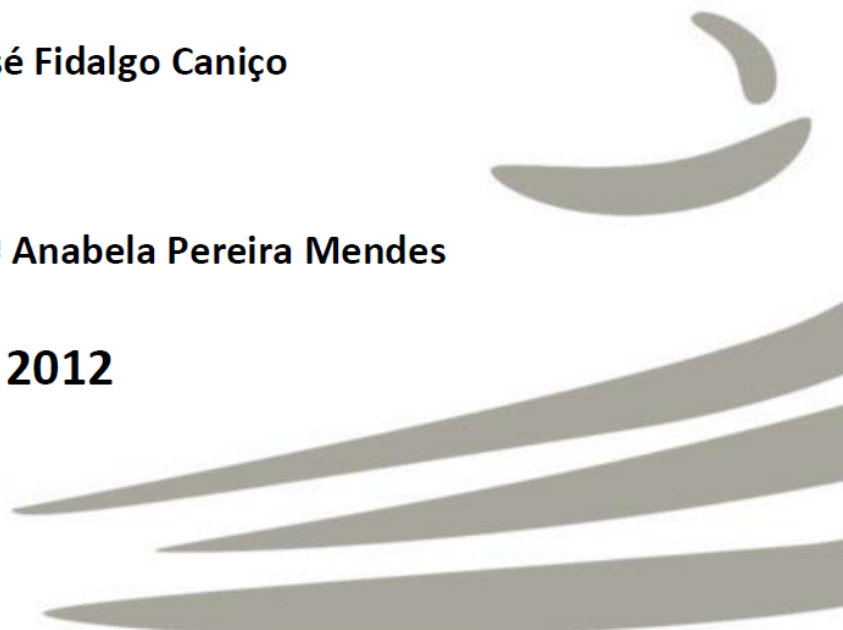
Pessoa em Situação Crítica

**Os cuidados de Enfermagem Especializados na
Área da Pessoa em Situação Crítica:
A Visita Pré-Operatória como fator facilitador no
processo de transição saúde-doença**

Valter José Fidalgo Caniço

Orientadora: Prof^a Anabela Pereira Mendes

2012



**“... A simples possibilidade de se exprimir só
por si alivia a pessoa;**

**com efeito um sofrimento comunicado, é um
pouco como um sentimento dividido...”**

Cheveau

AGRADECIMENTOS

À Cátia, pelo seu amor incondicional, pelo seu apoio nos momentos mais stressantes, pelo seu carinho.

À minha família, pela tolerância e compreensão nas minhas longas ausências.

À Professora Anabela Pereira Mendes, pela orientação e disponibilidade.

Às Enfermeiras Isabel Iajas e Manuela Esteves pela motivação para os grandes desafios.

RESUMO

O presente relatório fundamenta o percurso de aprendizagem realizado ao longo da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, inserida no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, com o objetivo de desenvolver competências de enfermeiro especialista nesta área através da metodologia de projeto e da análise reflexiva.

A problemática em estudo trata do desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais específicas do enfermeiro especialista para responder às necessidades da pessoa em situação crítica e sua família em contexto perioperatório. A escolha do tema decorreu após alguma reflexão sobre a minha experiência profissional e de uma necessidade identificada e validada pela equipa de enfermagem: Os cuidados de Enfermagem Especializados na Área da Pessoa em Situação Crítica: a visita pré-operatória como fator facilitador no processo de transição saúde-doença. A hospitalização, e particularmente a experiência cirúrgica, constituem um desafio ao normal funcionamento do organismo para a pessoa em qualquer momento da sua vida, ou seja, uma interrupção do processo contínuo de saúde. O cliente cirúrgico, seja de natureza traumática ou médica, encontra-se num processo de transição saúde-doença. Pelo que considerei a Teoria de médio alcance das transições de Meleis para sustentar a temática em desenvolvimento. A necessidade de reconhecer os problemas e as necessidades globais do cliente levou a que, antes da cirurgia, o enfermeiro fosse ao seu encontro, com o objetivo de o conhecer, através da visita pré-operatória. Esta permite ao enfermeiro conhecer as necessidades do cliente, a formulação de um plano de cuidados individualizado e a comunicação de informações relevantes ao bloco operatório ainda antes da chegada do cliente, elevando os standards do cuidar. É um veículo de comunicação entre o internamento e o bloco operatório, permitindo a continuidade do cuidado de enfermagem ao cliente desde que este é admitido até ter alta hospitalar. As atividades desenvolvidas que estiveram na base deste relatório, refletiram-se na aquisição e desenvolvimento de competências de especialista na área deste mestrado.

Palavras-Chave: visita pré-operatória; cuidados perioperatórios; enfermagem

ABSTRACT

The following report supports the learning course undertaken along the Curricular Unit Stage with Report of the 1st Course of Master Nursing Degree in the area of specialization Person in Critical Situation, with the purpose to develop competences of expert nurse in this area through a project methodology and a reflexive analysis.

The thematic in study addresses the development of scientific, technical and relational skills specific to the expert nurse in order to answer to the person in critical situation and his family needs in the perioperative context. The theme choice occurred based on my professional experience and on an identified need, which was validated with the nursing team: Specialized nursing care in the area of person in critical situation: the nursing preoperative visit has a facilitator in the health-disease transition process.

Hospitalization and surgical experience, constitutes a challenge to the normal body functions to people in their lives, this is, an interruption in their continuous health process. The surgical client, whether from traumatic or medical causes, encounters himself on a health-disease transition process. Whereby I considered the Meleis middle range theory of transitions to sustain the theme area in development.

The need to recognize the client problems and global needs led to, before the surgery, the nurse to come to his encounter, trough the preoperative visit. This allows nurses to know the client's needs, to plan individualized cares and to transmit relevant information to the surgical theatres before the client's arrival, raising standards of care. It constitutes a vehicle of communication between theatres and other care units, allowing a nursing care continuous from the moment of the client's hospital admission to his discharge.

The developed activities that this report was based on, have led to the acquisition and development of expert nurse skills in this Master Degree area.

Keywords: preoperative visit; perioperative care; nursing

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PSC – Pessoa em Situação Crítica

OE – Ordem dos Enfermeiros

MDP – Modelo de Desenvolvimento Profissional

SIECE – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas Enfermagem

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

BO – Bloco Operatório

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

VPOS – Visita Pós-operatória

VPO – Visita Pré-operatória

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

SAV – Suporte Avançado de Vida

ONR – Ordem de Não Reanimar

ATCN – Advanced Trauma Care for Nurses

PNCI - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figuras:

Figura 1 - Tomada de decisão clínica baseada na evidência	14
Figura 2 - Modelo de formação e prática da enfermagem perioperatória	19
Figura 3 - Fatores que influenciam a comunicação interpessoal	25
Figura 4 - Tipos de transições, adaptado da teoria das transições de Meleis	31
Figura 5 - Transições: uma teoria de médio alcance	32
Figura 6 - Controlo da dor no adulto	45
Figura 7 - Escala numérica da dor	46

Tabelas:

Tabela 1 - Paradigmas do pensamento de enfermagem	17
Tabela 2 - Métodos de monitorização do cliente durante a anestesia	40
Tabela 3 - Comparação dos vários tipos de anestesia	42
Tabela 4 - Ansiedades e medos relacionados com a cirurgia	47
Tabela 5 - - Ensinos pré-operatórios	49

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	10
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
1.1 Evidência científica	15
1.2 A pessoa em situação crítica no perioperatório	22
1.3 A comunicação	24
1.4 Teoria de médio alcance das transições de Afaf Meleis	29
2. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	34
2.1 Adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC em situação emergente e na antecipação da instabilidade	38
2.2 Adquirir e desenvolver competências na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos à PSC	41
2.3 Adquirir e desenvolver competências na gestão da dor e do bem-estar da PSC	43
2.4 Adquirir e desenvolver competências na assistência à PSC e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença	46
2.5 Adquirir e desenvolver competências na gestão da comunicação interpessoal com a PSC e família	50
2.6 Adquirir e desenvolver competências no estabelecimento da relação terapêutica com a PSC e família	52
2.7 Adquirir e desenvolver competências nos cuidados de enfermagem especializados em PSC na resposta perante pessoas em situação de catástrofe ou emergência multi-vítima	54
2.8 Adquirir e desenvolver competências na prevenção e controlo de infeção nos cuidados à PSC	55
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	62
Anexo I - Descritores de Dublin para o 2º Ciclo de formação	
Anexo II - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	
Anexo III - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC	
Anexo IV – Técnicas de Comunicação Terapêuticas	
Anexo V – Cronograma dos Estágios	
Anexo VI – Pós-Graduação em Anestesiologia e Controlo da Dor	
Anexo VII – Curso de Suporte Avançado de Vida	
Anexo VIII – Panfleto da Visita Pré-Operatória	
Anexo IX – Folha de Registo da Visita Pré-Operatória	
Anexo X – Jornal de Aprendizagem 1º Estágio	
Anexo XI – Jornal de Aprendizagem 2º Estágio	
Anexo XII – Ação de Formação “Comunicar com a Pessoa Ansiosa”	
Anexo XIII – Estudo de Caso de Visita Pré-Operatória	
Anexo XIV – Advanced Trauma Care for Nurses	
Anexo XV – Folhas de Avaliação do Percurso de Aquisição/desenvolvimento de Competência	

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da unidade curricular estágio com relatório, inserida no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em enfermagem Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A elaboração deste relatório pretende mostrar o percurso efetuado nos estágios e que conduziu à aquisição e desenvolvimento de competências em cuidados de enfermagem especializados na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC). Os objetivos delineados tiveram como foco de atenção a aquisição de competências nesta área específica, considerando os contextos em que se desenvolviam.

Benner (2001, p. 14) refere que *“as práticas crescem através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados. As práticas não podem ser completamente objetivadas ou formalizadas porque elas têm sempre de ser trabalhadas em novas formas, no âmbito de interações particulares que ocorrem em momentos reais”*, o que revela a utilidade dos estágios em contexto de prestação de cuidados, assim como a realização do relatório de estágio, para a promoção da aquisição e desenvolvimento de competências que foi concretizado.

Para Benner (2001, p. 43) e de acordo com o modelo de competências de Dreyfus, a pessoa *“passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: Iniciado, Iniciado avançado, Competente, Proficiente e Perito.”* A enfermeira perita, segundo Benner (2001, p. 51), *“tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis.”* Após a realização dos estágios, e com a elaboração do relatório de estágio, quero evidenciar como adquiri e desenvolvi competências nos cuidados de enfermagem especializados na área da PSC que, segundo o modelo de competências de Dreyfus, me conduziram em direção ao nível de proficiência de perito. Estas competências permitem-me agir como perito na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e seus significativos que vivenciam situações críticas de saúde, bem como criar condições que garantam a prestação de cuidados de qualidade.

As competências especializadas decorrem do aprofundamento dos domínios de competência do enfermeiro de cuidados gerais, concretizando-se em competências comuns e específicas. A certificação destas competências clínicas especializadas leva, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2009, p. 10), a que se assegure que o enfermeiro especialista tenha conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todas os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção. A OE tem desenvolvido o Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP), integrado no Sistema de Certificação de Competências e o Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem (SIECE). Para a OE (2009, p. 4), o “*SIECE tem como finalidade a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde em geral e de enfermagem em particular, através do acréscimo de especialidades e de enfermeiros especialistas, acompanhando o desenvolvimento da disciplina e da profissão de enfermagem no contexto pós-modernidade.*”

O MDP sustenta a organização da individualização das especialidades clínicas em enfermagem através de um eixo estruturante e de eixos organizadores, sendo o eixo estruturante, o alvo de intervenção, a entidade beneficiária dos cuidados de enfermagem – a pessoa, família e a comunidade e como eixos organizadores, os processos de saúde/doença e o ambiente. (Enfermeiros, Modelo de Desenvolvimento Profissional, 2009, p. 6) O eixo estruturante respeitante a este mestrado tem como alvo de intervenção a “Pessoa ao Longo do Ciclo de Vida” na medida em que é dirigida à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e sua família. A enfermagem perioperatória abrange todo o ciclo de vida da pessoa e família. A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP) refere que, “*com a evolução tecnológica, hoje em dia é possível efetuar cirurgias que atravessam transversalmente o ciclo de vida do indivíduo, isto é, desde a cirurgia intra-uterina à colheita de órgãos post mortem.*” (2006, p. 3)

Este MDP propõe um perfil de competências comuns e específicas para o enfermeiro especialista, designadamente a responsabilidade profissional, ética e legal; a gestão da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A problemática em estudo trata do desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais específicas do enfermeiro especialista para responder às necessidades da PSC e sua família em contexto perioperatório.

Assim, e de modo a desenvolver estas competências, escolhi uma área temática com a qual me identifico e que penso de grande valor para a prestação de cuidados na área da PSC, tema este que me permitiu a aquisição/desenvolvimento de competências nos cuidados de enfermagem especializados na área da pessoa em situação crítica:

Os cuidados de Enfermagem Especializados na Área da Pessoa em Situação Crítica: a visita pré-operatória como fator facilitador no processo de transição saúde-doença.

A escolha da temática decorreu após alguma reflexão sobre a prática profissional e prende-se com a inexistência desta no meu local de trabalho (bloco operatório), mas creio que seria de extremo valor para a organização a implementação destas visitas, na medida em que considero que são um fator de segurança e qualidade para o cliente, assim como um fator de motivação para o enfermeiro. Pretendo assim desenvolver competências de perito na área que me permitam à posteriori, a elaboração de um projeto de implementação desta no meu hospital. A escolha dos locais de estágio para o desenvolvimento destas competências está relacionada com a sua pertinência e com a experiência oferecida pelas diferentes realidades, na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e sua família/pessoas significantes em contexto perioperatório. Realizei estágios em dois blocos operatórios de hospitais centrais de Lisboa, assim como o acompanhamento do percurso perioperatório efetuado pelos clientes nos serviços em que estiveram.

A Enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento e da práxis, deve fundamentar as suas intervenções em teorias que sustentem a avaliação das necessidades das pessoas, em todas as fases da vida, pois, através dessa avaliação de necessidades, surge a implementação de atividades e por conseguinte a avaliação das mesmas.

As teorias fornecem uma estrutura para a compreensão de situações complexas de que são exemplo os vulneráveis processos de transição e as respostas da pessoa aos mesmos. Assim, e tendo em consideração que a hospitalização, e particularmente a experiência cirúrgica, constituem um

desafio ao normal funcionamento do organismo para a pessoa em qualquer momento da sua vida, ou seja, uma interrupção do processo contínuo de saúde. O cliente cirúrgico, seja de natureza traumática ou médica, encontra-se num processo de transição saúde-doença. Por isso, e após ter refletido acerca de algumas teorias de enfermagem, considero que a Teoria de médio alcance das transições de Meleis é a que melhor se adapta ao contexto da temática em desenvolvimento. De acordo com Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000, p. 27), *“a teoria de médio alcance das transições fornece uma visão mais aprofundada sobre as transições, proporciona guidelines mais específicos para a prática e orienta questões de investigação mais sistemáticas e coerentes.”*

Durante o meu percurso, que teve início com a elaboração do projeto de estágio, evoluiu com a realização dos estágios e culminou com a elaboração do relatório, tive em consideração as competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação (anexo I) e também as competências comuns (anexo II) e específicas (anexo III) do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC.

Este relatório está organizado em 4 capítulos, sendo que no primeiro será exposta a fundamentação teórica, no segundo capítulo será feita análise reflexiva do percurso de aquisição de competências, no terceiro capítulo farei algumas considerações finais e o quarto capítulo diz respeito às referências bibliográficas.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo vou abordar a evidência científica relevante para a área temática, a pessoa em situação crítica no perioperatório, a comunicação, e a teoria de médio alcance das transições de Meleis. A revisão da literatura efetuada contribuiu para aumentar o meu nível de conhecimentos, e para me tornar perito nesta área, pois “a documentação sistemática das competências da perita constitui uma primeira etapa para o desenvolvimento de conhecimentos clínico.” (Benner, 2001, p. 60)

A prática baseada na evidência tem vindo a ganhar peso no contexto da prática da enfermagem. O desenvolvimento de pesquisas na enfermagem é fundamental, pois permite a construção de um corpo de conhecimento próprio, propicia a melhoria dos cuidados ao cliente, com base no conhecimento científico, enriquecimento do profissional e da sua prática, e facilita a procura de soluções para os problemas vivenciados no dia-a-dia (Galvão, Sawada, & Rossi, 2002, p. 693). A figura 1 apresenta a construção de um modelo de prática de enfermagem baseada em evidências de acordo com a definição de Ingersoll citada por Rothrock (2008, p. 5), “o uso consciencioso, explícito e judicioso da informação teórica, com base em pesquisa, ao tomar decisões sobre a aplicação de cuidados a indivíduos ou grupos de pacientes em consideração às necessidades e preferências dos indivíduos.”

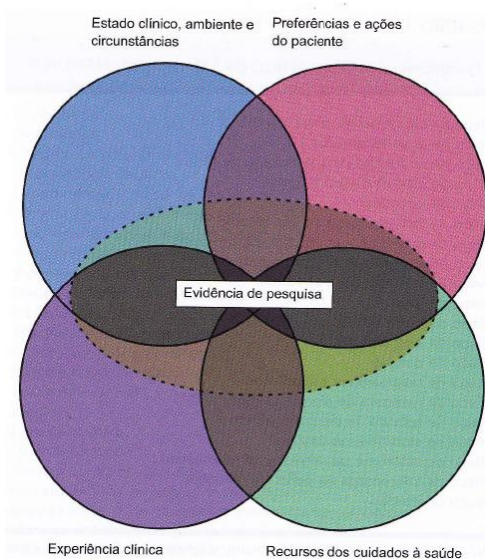


Figura 1- Tomada de decisão clínica baseada na evidência (Rothrock, 2008, p. 8)

A revisão da literatura efetuada, permitiu-me realizar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família no perioperatório. A tomada de decisão sustentada na evidência científica produzida permitiram responder às necessidades individuais numa perspectiva holística. A prática baseada na evidência constitui-se como um imperativo ao exercício profissional.

1.1 Evidência científica

Desde que existimos, temos a necessidade de sermos cuidados e é daí que nasce a necessidade de cuidar dos outros, tal como refere Collière (1989, p. 236), *“cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.”* Ao longo dos tempos, a enfermagem perioperatória tem, progressivamente, evoluído dando maior ênfase ao cuidar holístico da pessoa para a satisfação das suas necessidades em substituição de uma intervenção exclusivamente técnica.

Ao longo dos tempos e face às mudanças socioculturais, económicas, políticas e tecnológicas, que se têm verificado, a enfermagem, assim como outras profissões, tem vindo a evoluir e a desenvolver os seus conhecimentos. Como enfermeiro em busca do conhecimento e do desenvolvimento de competências, é essencial ter um leque de conhecimentos teóricos que sustentem o meu agir e permitam aperfeiçoar a prestação de cuidados. Assim, conhecer e refletir sobre os paradigmas da enfermagem é indispensável para compreender a natureza dos cuidados e a condição da enfermagem atual. Lopes (1999, p. 34) refere, nesse sentido, que Kérouac *et al.* (1994) estudaram a evolução das escolas de pensamento em enfermagem aferindo que a sua evolução se relaciona com a predominância das ideias e valores inerentes a uma determinada época, podendo atualmente coexistir ideias de diversos paradigmas, entendidos como um conjunto de crenças, de valores, de leis, de princípios, de metodologias e respetivas formas de aplicação. A disciplina de enfermagem passou por três paradigmas a que atribuíram a seguinte nomenclatura: categorização, integração e transformação.

Lopes (1999, p. 35) expõe que o paradigma da categorização (com início por volta do século XVIII-XIX) representa os fenômenos de um modo isolado, orientando o pensamento para a pesquisa de um fator causal, responsável pela doença, ocorrendo mudanças como resultado de condições anteriores. A pessoa é vista como um ser fragmentado e o ambiente é algo que está isolado da pessoa, são duas entidades independentes. Identificam-se duas orientações distintas na enfermagem: uma centrada na saúde pública, que se interessa pelas condições de saúde em que vivem as pessoas (com medidas de higiene e salubridade) e outra orientada para a doença, encontrando-se ligada à prática do início da medicina técnico-científica (devido à evolução científico-tecnológica para diagnosticar e para tratar) e fundamentada na especialização das tarefas na prestação dos cuidados.

O paradigma da integração é a sequência do anterior (tendo surgido por volta dos anos 50), perspectivando “os fenômenos como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais” (Lopes, 1999, p. 39). Há a orientação da enfermagem para a pessoa. Lopes (1999, p. 40) de acordo com Kérouac et al (1994) diz-nos que a pessoa é entendida como um todo em interação e os cuidados de enfermagem são prestados com a finalidade de assistir a pessoa em todas as suas dimensões, surgindo a expressão “a pessoa como um ser bio-psico-socio-culturo-espiritual”. O autor, também de acordo com Kérouac et al (1994), revela que é neste período que se desenvolvem os primeiros modelos conceituais para precisar a prática dos cuidados de enfermagem e para orientar a formação e a investigação. Há ainda a referência por parte do autor a Meleis (1991) explicando que a linguagem e a atitude dos enfermeiros se modifica lentamente, quer na relação com o “cliente” (em detrimento de “doente”), quer na sistematização dos cuidados (desde a observação ao diagnóstico, e do cuidar à sua avaliação posterior).

O início do paradigma da transformação deu-se nos anos 70 e representa a base de uma abertura das ciências de enfermagem sobre o mundo. Em 1978 a Organização Mundial de Saúde elabora a declaração de Alma-Ata propondo um sistema de cuidados em que “os homens têm o direito e o dever de participar individualmente e coletivamente no planejamento e na implementação de medidas de proteção sanitárias que lhes são destinadas” (Lopes, 1999, pp. 44-45). Este paradigma representa uma mudança de mentalidade,

perspetivando os fenómenos como únicos, jamais iguais a um outro. A pessoa é colocada acima da instituição e a enfermeira assume-se como advogada do cliente posicionando-se ao seu lado. O enfermeiro ao garantir todos os cuidados requeridos por uma pessoa, coresponsabiliza-se com ela no processo de cuidados. O enfermeiro e a pessoa passam a ser parceiros nos cuidados individualizados, sendo que a inter-relação entre enfermeiro e cliente ganha desta forma o seu autêntico significado. Neste contexto, a pessoa é considerada indissociável do seu universo, e os cuidados de enfermagem têm como intuito o bem-estar da pessoa e a satisfação das suas necessidades individuais, sendo crucial a parceria de trabalho enfermeiro / cliente.

É neste paradigma que me coloco, considerando ser aquele que melhor integra a complexidade e a incerteza do mundo de hoje. A tabela 1 apresenta os paradigmas abordados na perspetiva do enfermeiro e na perspetiva da pessoa.

Tabela 1 - Paradigmas do pensamento de enfermagem, em consonância com Lopes (1999)

Paradigma da Categorização	Paradigma da Integração	Paradigma da Transformação
<p>O enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervém para fornecer o melhor ambiente possível para que as forças da natureza permitam a cura e a manutenção da saúde. • Vê a pessoa como um todo formado pela soma das partes em que cada uma é reconhecida e independente. • Está centrado nas tarefas a desenvolver e não nas pessoas. • Justifica o que faz pelas tarefas pré-estabelecidas. • A pessoa não participa nos cuidados. 	<p>O enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervém para agir. • Avalia as necessidades da pessoa tendo em conta as suas percepções e a sua globalidade. • Olha a pessoa como um todo formado pela soma das partes que estão interligadas (ser bio-psico-sócio- culturalo-espiritual). • É um conselheiro perito que ajuda a escolher os comportamentos de saúde melhor adaptados a um funcionamento pessoal e interpessoal mais harmonioso. • A pessoa participa nos seus cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidar visa o bem-estar tal como a pessoa o define. • Intervém para estar com, acompanhar as pessoas nas suas experiências de saúde e individualizar os cuidados. • A pessoa é um todo indissociável, maior e diferente que a soma das suas partes em relação mútua e simultânea com o que a rodeia e em constante mudança. • O enfermeiro acompanha a pessoa nas suas experiências de saúde, seguindo o seu ritmo e a sua direção. • Tomada de consciência da interação constante entre o ser humano e o planeta, numa perspectiva que traduz uma visão sistémica.

No início do século XX, muitos procedimentos cirúrgicos eram realizados no domicílio do cliente e o papel da enfermagem centrava-se na preparação do ambiente e no suporte ao cliente. A complexidade crescente dos procedimentos e as exigências que se colocavam ao médico em termos de tempo levou a que por volta de 1920 e 1930, a maioria dos médicos se encontrassem associados a hospitais. Os enfermeiros forneciam assistência técnica ao cirurgião. (Phipps, Sands, & Marek, 2003, p. 525) A enfermagem perioperatória contemporânea, ao contrário dos primeiros anos, encontra-se centrada no cliente, em vez de orientada para as tarefas inerentes.

Em Portugal, a grande evolução na enfermagem perioperatória deu-se a partir da década de noventa, quando os enfermeiros encetaram o uso do processo de enfermagem, em detrimento do modelo biomédico. (AESOP, 2006, p. 3)

A utilização da designação “enfermagem perioperatória” prende-se com a necessidade de descrever um conjunto de intervenções associadas à experiência cirúrgica. A palavra perioperatória engloba três fases: pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória (Bolander, 1998, p. 1698):

- **Fase pré-operatória:** começa quando a cirurgia é planeada e termina com a transferência do cliente para a marquesa operatória no Bloco Operatório (BO);
- **Fase intraoperatória:** inicia-se com a transferência do cliente para a marquesa operatória e termina com a sua transferência para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA);
- **Fase pós-operatória:** corresponde à recuperação. Inicia-se com a admissão na UCPA e termina quando o processo de cicatrização estiver concluído.

A necessidade de reconhecer os problemas e as necessidades globais do cliente levou a que, antes da cirurgia, o enfermeiro fosse ao seu encontro, com o objetivo de o conhecer. Iniciando uma relação que só termina com a visita pós-operatória (VPOS) para a avaliação dos cuidados. Assim, o enfermeiro perioperatório tem desenvolvido novas competências nas áreas da comunicação/relação e informação/educação para a saúde. (AESOP, 2006, p. 3) O avanço científico e tecnológico da anestesia e da cirurgia, bem como da especificidade do cliente cirúrgico com inúmeras patologias associadas, exige ao enfermeiro perioperatório uma atualização teórico-prática contínua para

prestar cuidados a clientes, principalmente em situação de doença crítica, de uma forma rápida e eficaz. Como tal o enfermeiro perioperatório necessita estar preparado para atender clientes com alterações hemodinâmicas importantes que requerem e exigem uma aquisição de conhecimentos específicos que possibilite a tomada de decisão em conformidade. De acordo com a AESOP (2006, p. 7), “o enfermeiro perioperatório é responsável pelos cuidados individualizados que presta em unidades ou serviços onde se encontram doentes agudos ou em estado crítico, submetidos a exames ou intervenções cirúrgicas, de forma a responder efetivamente às necessidades de cada doente, e às suas expectativas relacionadas com as suas convicções e experiências cirúrgicas anteriores.” A enfermagem perioperatória compreende a promoção da saúde, prevenção, reabilitação e medidas que visam a preservação do ambiente, em clientes que estão em situação crítica ou de stress. Para que tal seja possível, é necessário disponibilidade, responsabilidade, conhecimentos técnico-científicos e relacionais, julgamento clínico, pensamento crítico, investigação e conhecimento profissional.

As funções do enfermeiro perioperatório permanecem desconhecidas de grande parte da população, e são também desconhecidas por profissionais de saúde de outras áreas de intervenção. Atualmente, o enfermeiro perioperatório, desenvolve funções de prestador de cuidados, de advogado do doente, de líder, de investigador, de educador e de gestor. A AESOP divulgou um modelo avançado de enfermagem perioperatória (Figura 2) cujo centro representa a formação específica necessária à prática profissional em relação às funções anteriormente descritas.



Figura 2 – Modelo de formação e prática da enfermagem perioperatória (AESOP, 2006, p. 9)

Os cuidados de enfermagem perioperatória têm como objetivo a promoção, prevenção e segurança do doente/família durante um período concreto de vivência cirúrgica, assegurando a continuidade de cuidados de enfermagem. Partem também de um conhecimento prévio da pessoa, das suas necessidades através da Visita Pré-Operatória (VPO), para que possa ser feito um planeamento e uma intervenção personalizada, terminando com uma avaliação dos cuidados através da VPOS. Os cuidados de enfermagem perioperatória requerem uma preparação dentro da área específica onde se inserem. Encontramos, quatro tipos de intervenções, complementares, com a possibilidade de rotatividade entre elas: circulante, instrumentista, anestesia e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA).

O enfermeiro de anestesia deverá “... *manter uma observação e vigilância intensivas; ter capacidade para despistar sinais e sintomas de complicações que possam surgir; estar apto a atuar em situações de urgência e emergência*” (AESOP, 2006, p. 110). O enfermeiro circulante tem “*atribuições específicas de responsabilidade no que se refere à segurança do doente e equipe cirúrgica, segurança do ambiente, controlo da infeção e gestão de riscos inerentes a um BO e gestão organizacional da sala operatória*” (AESOP, 2006, p. 129). O enfermeiro instrumentista tem como função “*prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação para que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para o doente e equipa cirúrgica*” (AESOP, 2006, p. 139).

Na UCPA o enfermeiro desenvolve os seus cuidados, “*investindo toda a sua experiência e saber na prevenção de complicações anestésico-cirúrgicas, na deteção precoce e tratamento daquelas que não forem evitáveis e na preparação do doente para a reabilitação e recuperação do seu equilíbrio fisiológico e capacidades funcionais, de forma rápida e num ambiente de segurança e conforto*” (AESOP, 2006, p. 160).

Galvão, Sawada & Rossi (2002, pp. 694-695) referem que “*o planeamento da assistência de enfermagem no período perioperatório proporcionará uma assistência integral e individualizada para o paciente cirúrgico e sua família, possibilitando a implementação de intervenções que atendam às reais necessidades do paciente, minimizando sua ansiedade e os riscos inerentes ao procedimento anestésico cirúrgico*”. A VPO constitui-se como uma oportunidade fundamental para avaliar as necessidades individuais do cliente

cirúrgico. Avaliar a situação, fazer diagnósticos de enfermagem e planejar intervenções de um modo sustentado permitem, pela proximidade conseguida com o cliente, responder às suas necessidades.

Souza, Souza, Pinto, Cortez, Carmos & Nascimento (2010, p. 116) abordam a VPO dizendo que esta *“é relevante e envolve a influência mútua e o processo de comunicação entre o enfermeiro e o paciente e deve ser encorajada e ensinada...”* e que *“... o período que antecede o internamento apesar de ser curto, é ideal para orientação e esclarecimento quanto a dúvidas em relação à cirurgia, e o enfermeiro tem a obrigação legal e moral para fazê-las de forma clara, diagnosticando alterações emocionais e fisiológicas, e tomando medidas interventivas adequadas, realizando cuidados e procedimentos, ajudando na adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, amenizando seus medos e ansiedade fazendo com que o paciente aceite melhor o que acontece com ele e enfrente o problema, proporcionando uma cirurgia tranquila e uma boa recuperação”*.

Para Frias, Costa & Sampaio (2010, p. 347) a VPO apresenta como principais desígnios:

- continuidade dos cuidados entre o internamento e o BO;
- promoção e recuperação da saúde;
- preparação da sala de operações de acordo com as necessidades do cliente;
- fornecer esclarecimentos e orientações relacionadas com a cirurgia;
- interação e comunicação cliente/enfermeiro;
- diminuir a ansiedade do cliente e sua família;
- procurar a satisfação do enfermeiro e do cliente.

A VPO, com a identificação dos problemas e levantamento de diagnósticos de enfermagem, para além da elaboração do plano de cuidados, permite que o enfermeiro perioperatório considere a individualidade do cliente e identifique as necessidades que possam interferir no procedimento cirúrgico. Mas, a VPO não permite só a individualização dos cuidados de enfermagem perioperatórios, dá também outra dimensão, mais humanista e menos tecnicista, de quem desempenha funções nesta área. Neste sentido a AESOP (2006, p. 11) refere que *“é na visita que a relação se deve estabelecer, sem*

pressas, num contexto mais calmo e, por isso, um pouco mais protetor para o doente e família”.

A VPOS constitui-se como uma das etapas do processo de enfermagem, constituindo-se em concordância com a AESOP (2006, p. 12) como um momento favorecido para uma abertura à mudança com o intuito da melhoria e otimização dos cuidados prestados. Fonseca & Peniche (2009, p. 432) dizem-nos que, é o momento em que se pode avaliar todo o processo de cuidados perioperatórios fornecidos ao cliente e sua família previamente, permitindo avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Compreender a forma como o cliente experienciou esta fase da sua vida, permite ao enfermeiro refletir sobre a sua atuação durante este período.

Também Razera & Braga (2011, p. 633) abordam a VPOS dizendo-nos que esta pode promover um cuidar mais eficaz, na medida em que proporciona uma avaliação dos cuidados prestados anteriormente pelo enfermeiro.

1.2 A pessoa em situação crítica no perioperatório

Toda e qualquer intervenção cirúrgica é uma situação que expõe o cliente a um stress físico e emocional. Desperta componentes pessoais complexos que se manifestam em emoções, fantasias, atitudes e comportamentos que podem prejudicar o desenvolvimento do ato cirúrgico.

As funções do enfermeiro perioperatório devem ser orientadas em relação às necessidades da pessoa que vai ser submetida a um ato cirúrgico. A este respeito Pinheiro (1996, p. 13), refere que o enfermeiro deve *“identificar as necessidades físicas, psíquicas e sociológicas do doente e pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as ações de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do doente, antes, durante e depois da cirurgia”*. Pretende-se que a enfermagem no BO se torne numa atividade menos fragmentada e mais contínua. Tem com a finalidade cuidar do cliente cirúrgico como um todo, numa perspectiva de continuidade de cuidados. Esta dinâmica vai aumentar o campo de atuação do enfermeiro de sala de operações, o que se traduz na atual tendência da enfermagem perioperatória.

De acordo com Frias, Costa & Sampaio (2010, p. 346) o diagnóstico cirúrgico é considerado como uma ameaça às capacidades do cliente e à própria vida e que *“em maior ou menor grau, a ansiedade está presente na maioria dos pacientes em pré-operatório imediato.”* Para estes autores, esta ansiedade manifesta-se em alterações fisiológicas perceptíveis como a secura da boca e a sudorese. Assim como outras alterações biológicas como a elevação da pressão arterial, da frequência respiratória e cardíaca. Estes sinais e sintomas podem revelar-se problemáticos, na medida em que comprometem o bem-estar e a estabilidade hemodinâmica, podendo levar a complicações na cirurgia e na recuperação do cliente. Razera & Braga (2011, p. 636) constataram que o internamento é percebido pelo cliente como uma experiência desagradável, na medida em que é permeada pelo medo do desconhecido, pelo uso de recursos tecnológicos (muitas vezes invasivos e dolorosos) e pela utilização de uma linguagem técnica e refinada. Encontra-se ainda num ambiente estranho e de estruturas rígidas, partilhando o mesmo espaço com estranhos e pautado pela apreensão quanto à sua evolução clínica. Desta forma o enfermeiro perioperatório deve ter uma visão integral das necessidades humanas do cliente e sua família, necessitando para tal de conhecimentos científicos para o desempenho eficaz das suas funções no sentido de aliviar esta ansiedade, apreensão e medos.

Behice, Serap & Zennure (2007, p. 60) citando White (1986) expressaram que *“a ansiedade pré-operatória é influenciada pela preocupação do doente acerca da sua saúde; incertezas sobre o futuro; tipo de cirurgia e anestesia que vai ser submetido e ao desconforto e dor pós-operatória”*. Os mesmos autores citam ainda Egan et al (1992) que acrescenta ao rol *“a incapacidade; perda de independência e o medo da morte”*. Assim, importa ter o conhecimento de que, existem técnicas e intervenções que podem ser usadas de modo a reduzir a ansiedade no cliente na medida em que esta também interfere com a capacidade deste em entender a informação. Para Smith & Pravikroff (2011, p. 1) *“perceber a razão da ansiedade do doente e depois usar técnicas de comunicação terapêuticas pode ajudar o enfermeiro a desenvolver uma relação terapêutica com o doente. Esta relação é aquela em que o enfermeiro comunica de forma clara e fácil com o cliente/pessoas significativas acerca das suas necessidades e sentimentos relativamente à sua doença e cuidados. O*

enfermeiro usa depois esta informação para planear os cuidados que vão efetivamente ao encontro das necessidades psicossociais e médicas deste”.

A importância da VPO para o estabelecimento de uma relação terapêutica que ajude na diminuição da ansiedade do cliente é reconhecida por Smith & Pravikroff (2011, p. 2) citando Ercl et al, “*o desenvolvimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro e um doente ansioso foi evidenciado reduzir significativamente a ansiedade relacionada com procedimentos cirúrgicos em doentes adultos*”. Ainda de acordo com os estes autores que citam Haugen et al, “*uma intervenção apropriada dos enfermeiros pode reduzir a ansiedade dos doentes na sala de operações*”.

Um ensino pré-operatório eficaz proporcionado na VPO beneficia a capacidade de adaptação do cliente, ampliando a sua capacidade de autocontrolo e reduzindo a ansiedade e desconforto pós-operatórios.

Segundo Rothrock (2008, p. 273) as vantagens da educação do cliente no pré-operatório incluem:

- Acelerar a recuperação;
- Alívio da ansiedade;
- Aumento da autoestima;
- Redução dos custos com a hospitalização;
- Evita queixas sobre os cuidados de saúde;
- Reduz a intensidade da dor percebida imediatamente e residual.

Um cliente bem informado sabe o que esperar de todo o período perioperatório, aumentando a sua participação nas intervenções destinadas a estimular a sua recuperação pós-operatória. A satisfação do cliente e família e a redução do tempo de internamento constituem-se como pontos importantes para uma leitura do desempenho institucional.

1.3 A comunicação

A comunicação facilita a adaptação ao ambiente, a transmissão de ideias, sensações ou sentimentos. É assim fácil perceber que é impossível não comunicar, pois todo o comportamento comunica algo.

A comunicação é um veículo para estabelecer uma relação terapêutica. A relação terapêutica constitui-se como uma relação de ajuda. Lazure (1994, p. 101) cita Brammer que define relação de ajuda como “*uma relação pela qual a pessoa que ajuda proporciona ao cliente certas condições de que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas*”. A relação enfermeiro/cliente é estabelecida para benefício do cliente, sendo, no entanto, mais eficaz se for mutuamente satisfatória. A ajuda que ocorre na relação terapêutica é a razão principal para que essa relação exista e está direcionada para os sentimentos, pensamentos e valores do doente e centra-se na realização desses objetivos.

Para Riley (2004, p. 6) “*a comunicação envolve um processo recíproco de enviar e receber mensagens entre duas ou mais pessoas. A qualquer momento da comunicação interpessoal, enviamos e recebemos mensagens verbais e não-verbais de pensamentos e sentimentos. Muitas variáveis afetam a forma como a mensagem é emitida ou recebida durante o complexo processo de comunicação interpessoal*”. A capacidade de escutar, captar e compreender as mensagens verbais e não-verbais do doente deve ser uma competência do enfermeiro perioperatório, que deve estar disponível e receptivo ao apelo deste. De acordo com Riley (2004, p. 7), “*inúmeras variáveis afetam a comunicação*”. Segundo a autora, estes fatores (Figura 3) dependendo do contexto da situação poderão atuar como barreiras à comunicação eficaz ou ser potencialmente facilitadores da comunicação.

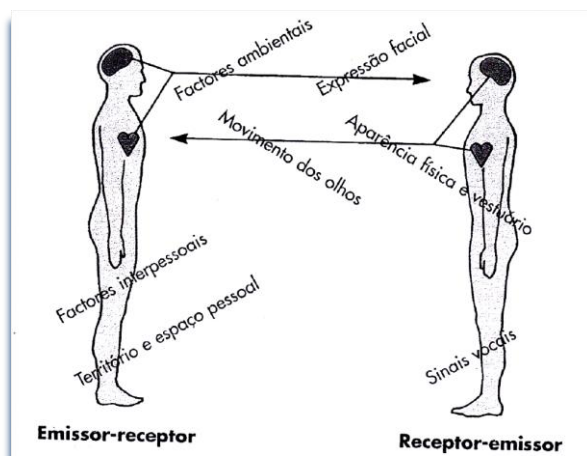


Figura 3- Fatores que influenciam a comunicação interpessoal (Riley, 2004, p. 8)

O enfermeiro perioperatório deve ter em atenção que a cirurgia modifica o estado psicológico do doente e que a sua capacidade de apreensão de mensagens pode estar alterada em função da ansiedade natural deste período e que pode constituir uma barreira à comunicação. Cabe ao enfermeiro do perioperatório o reconhecimento destas barreiras à comunicação, adequando o seu comportamento a cada caso de forma a favorecer a relação terapêutica e a transmissão da sua mensagem durante a realização da visita pré-operatória uma vez que segundo Smith & Pravikroff (2011, p. 1) *“comunicar com um doente envolve a transmissão de informação e envolve também que o enfermeiro escute atentamente, identifique deficits de conhecimento, saiba discernir qual a informação mais pertinente e útil para o doente e a providenciar essa informação para que este a entenda”*.

A VPO de enfermagem ao cliente que vai ser submetido a uma cirurgia, independentemente do tipo de cirurgia que será submetido constitui uma oportunidade deste expressar os seus sentimentos, dúvidas e receios relacionados com os procedimentos que vão ser realizados e com a própria doença. É o momento em que o enfermeiro perioperatório tem oportunidade de estabelecer uma relação terapêutica com o cliente/pessoas significativas, para que as dúvidas e receios possam ser esclarecidos e, essencialmente, a ansiedade possa ser diminuída. É neste momento que a relação de ajuda e a importância da comunicação se revelam fundamentais para a redução de complicações e traumas no que diz respeito ao aspeto emocional do cliente. Revela-se assim, a importância do desenvolvimento de técnicas de comunicação para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz e da importância de reconhecer a ansiedade como um fator fulcral para o sucesso/insucesso da relação.

Smith & Pravikroff (2011, p. 1) referem algumas técnicas de comunicação terapêuticas como: *“uso de perguntas abertas que encorajem o doente/pessoas significativas a partilhar informação; demonstrar respeito; reconhecer que a comunicação não inclui só a interação verbal mas também a comunicação não-verbal, como o tom de voz, a linguagem corporal e a expressão facial; compreender as necessidades do doente/pessoas significativas e usar o silêncio em determinados momentos da conversa de modo a encorajar a partilha de pensamentos e sentimentos sobre a doença e*

seu tratamento”. Assim, existem várias técnicas de comunicação terapêutica que temos ao nosso dispor como a escuta ativa, a partilha de observações, a partilha de empatia entre outras e que se encontram em anexo (anexo IV). Todos os membros da equipa que prestam cuidados ao cliente devem estar familiarizados com as estratégias para comunicação com o cliente ansioso.

Quando comunicamos, ouvimos, observamos, tentamos compreender a mensagem, mas também estamos a ser ouvidos, observados e a tentar dar resposta ao que nos transmitem, daí a importância de desenvolvermos capacidades na área da comunicação verbal e não-verbal.

Há que ter presente que os nossos gestos e palavras, a nossa forma de comunicar, são a base do estabelecimento da relação terapêutica. As palavras podem ser escolhidas e de certo modo controladas mas, os comportamentos não-verbais não são tão facilmente controláveis. Assim, o enfermeiro deve desenvolver as suas capacidades de ouvir e compreender o cliente mostrando-se atento ao seu comportamento, de modo a poder captar as suas mensagens verbais e não-verbais, tendo em consideração que como refere Salgueiro (2000, p. 10) *“a linguagem não-verbal diz-nos tanto ou mais do que a linguagem verbal”*.

De acordo com Riley (2004, p. 6) *“de uma maneira geral, existem dois componentes na comunicação face a face: a expressão verbal dos pensamentos e sentimentos do emissor e a expressão não-verbal. As mensagens cognitivas e afetivas verbais são enviadas através das palavras, inflexões de voz e ritmo do discurso as não-verbais são veiculadas através da expressão do olhar e facial, bem como linguagem corporal”*. É provável que o cliente/pessoas significativas expressem as suas preocupações relacionadas com a doença, a cirurgia ou outros aspetos do seu contexto pessoal como descendentes ou atividade profissional. Assim sendo, o enfermeiro deve estar atento a toda a comunicação verbal e não-verbal da pessoa que tem à sua frente. A postura, a distância, o olhar, o tom de voz podem ser e geralmente são, sinais importantes de como o cliente pode estar a vivenciar aquele momento. Para Riley (2004, p. 6) *“mensagens não-verbais de grande impacto podem ser transmitidas unicamente através dum relance de olhar, um sorriso caloroso ou, no caso do medo, através dos olhos muito abertos”*.

Razera & Braga (2011, p. 636) explicam que a nossa forma de falar e o que

falamos tem especial importância no estabelecer da relação terapêutica, uma vez que a utilização de termos técnicos pode ampliar a insegurança do cliente (que desconhece esta linguagem técnica). Assim, ter consciência do aspeto não-verbal nas interações com o cliente e sua família, torna-nos mais atentos às diversas reações apresentadas pelos clientes. A forma como nos dirigimos ao cliente, os nossos gestos, a nossa postura, são também indicadores para este do nosso interesse, da nossa ajuda, ou seja, é útil que consigamos fazê-lo sentir que é importante para nós, que somos alguém em que pode confiar e que está ali para o ajudar. Araújo, Silva & Puggina (2007, p. 423) escrevem que *“a linguagem não-verbal é o reflexo do estado emocional da pessoa e, portanto, é subjetiva, assim como os sentimentos. Pelo facto de a sociedade considerar alguns sentimentos negativos, o paciente não verbaliza a sua tristeza, raiva, vergonha, medo, mas expressa de modo não-verbal e geralmente inconsciente, por meio de seu tom de voz, expressão facial, gestos, postura corporal”*, assim poderá dizer-se que como diz o povo a linguagem não-verbal “é o espelho da alma”, isto é, transmite-nos a linguagem das emoções mais profundas do nosso ser. Por tudo isto, é importante o enfermeiro adquirir competências na área da comunicação e do cuidar, só assim poderá ler e tentar compreender “o espelho da alma”, estabelecendo uma relação de ajuda, que lhe permite traçar um plano de cuidados adequado e individualizado, obtendo a satisfação do cliente, mas também a sua de realização profissional. Assim, importa desenvolver competências na área da comunicação. Para o enfermeiro perioperatório a comunicação não é apenas mais um instrumento básico para o estabelecimento da relação terapêutica, mas sim, uma competência essencial para ajudar o cliente em todas as suas dimensões, ou seja poder cuidar o cliente de uma forma holística. Prochet & Paes da Silva (2010, p. 120) contam que o conhecimento e o uso dos recursos e técnicas comunicacionais, verbais ou não-verbais auxiliam a construção da competência no cuidar, uma vez que, a comunicação competente se expressa quando o enfermeiro permite vivenciá-la, ouve o outro, tem em atenção o não-verbal, consegue suprimir barreiras à comunicação, mostra afetividade, fornece feedback das mensagens e se encontra determinado em investir no autoconhecimento. A consciencialização da importância da comunicação e o desenvolvimento de competências nesta área, respeitando os conceitos e

pressupostos envolvidos, pode influenciar no alcance dos cuidados ao cliente perioperatório e sua família.

1.4 Teoria de médio alcance das transições de Afaf Meleis

A transição saúde-doença, acompanhada ou não de outras transições encontra-se presente no perioperatório dos clientes PSC e suas famílias. Devemos, por isso, estar atentos aos processos e às consequências das transições na vida dos nossos clientes e família, para estarmos capacitados a desenvolver intervenções que visem a melhoria dos resultados de saúde, ajudando-os a lidar com as mudanças e a reorganizar o seu *self* pois, como expõem Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000, p. 13), “os enfermeiros são frequentemente os primeiros prestadores de cuidados de saúde aos clientes e suas famílias que se encontram num processo de transição”. Podemos então considerar-nos numa posição privilegiada no que respeita à identificação do processo de transição e na assistência diferenciada às necessidades que a transição traz para o cliente e sua família.

Na procura da excelência dos cuidados, interessa identificar processos de transição, a fim de definir intervenções que permitam ultrapassar a transição de forma saudável, uma vez que, segundo Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000, p. 22) “a preparação antecipada facilita a experiência da transição (...) o conhecimento do que esperar durante o processo e que estratégias podem ajudar a geri-la”. A VPO e a VPOS revelam-se essenciais nesse sentido pois, permitem uma comunicação e suporte emocional eficazes, facilitando a identificação dos processos da transição em curso e levando ao levantamento das necessidades de forma a poder planear-se os cuidados em conformidade com estas.

Schumacher & Meleis expressam que “porque as transições têm um efeito profundo relacionado com a saúde nos clientes, há a necessidade de desenvolver terapêuticas de enfermagem para a saúde que previnam as consequências negativas e melhorem os resultados de saúde” (1994, p. 125).

A VPO vai ao encontro da prevenção de consequências negativas e da

melhoria dos resultados de saúde, revelando-se como um facilitador do processo das transições. É importante que o enfermeiro perioperatório identifique o tipo de transição que o cliente está a vivenciar para que possa desenvolver um plano de intervenção que seja adequado às necessidades reais deste.

A definição de transição segundo Meleis e que encontramos num número significativo de fontes que recorrem aos trabalhos efetuados pela autora consiste na *“passagem de uma fase da vida, condição ou estatuto para outro... a transição refere-se tanto ao processo como ao resultado de complexas interações entre a pessoa e o ambiente. Pode envolver mais que uma pessoa e está embebida no contexto e na situação. As características que definem transição incluem o processo, a percepção da desconexão, e os padrões e resposta”* (Schumacher & Meleis, 1994, p. 122).

Para Schumacher & Meleis (1994, p. 119) *“os encontros entre enfermeiro e cliente ocorrem com frequência durante períodos de transição, períodos de instabilidade precipitados por mudanças desenvolvimentais, situacionais ou de saúde-doença”*. O enfermeiro encontra-se por isso numa situação privilegiada no que concerne a uma intervenção terapêutica para o ajudar a ultrapassar este período de transição.

O modelo das transições de Meleis explora tipos e padrões de transições, propriedades da experiência, condições (facilitadoras ou inibidoras), indicadores processuais e indicadores de resultados esperados da intervenção profissional, em concordância com Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000, p. 16). As transições quanto a sua natureza podem ser de diferentes tipos: desenvolvimento, situacional, saúde-doença e organizacional, como se pode ver na figura 4.

Segundo Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000, p. 17) as transições podem apresentar diferentes modelos: singular (ocorre um só tipo de transição), múltiplo, sequencial, simultâneo, relacional ou não relacional.

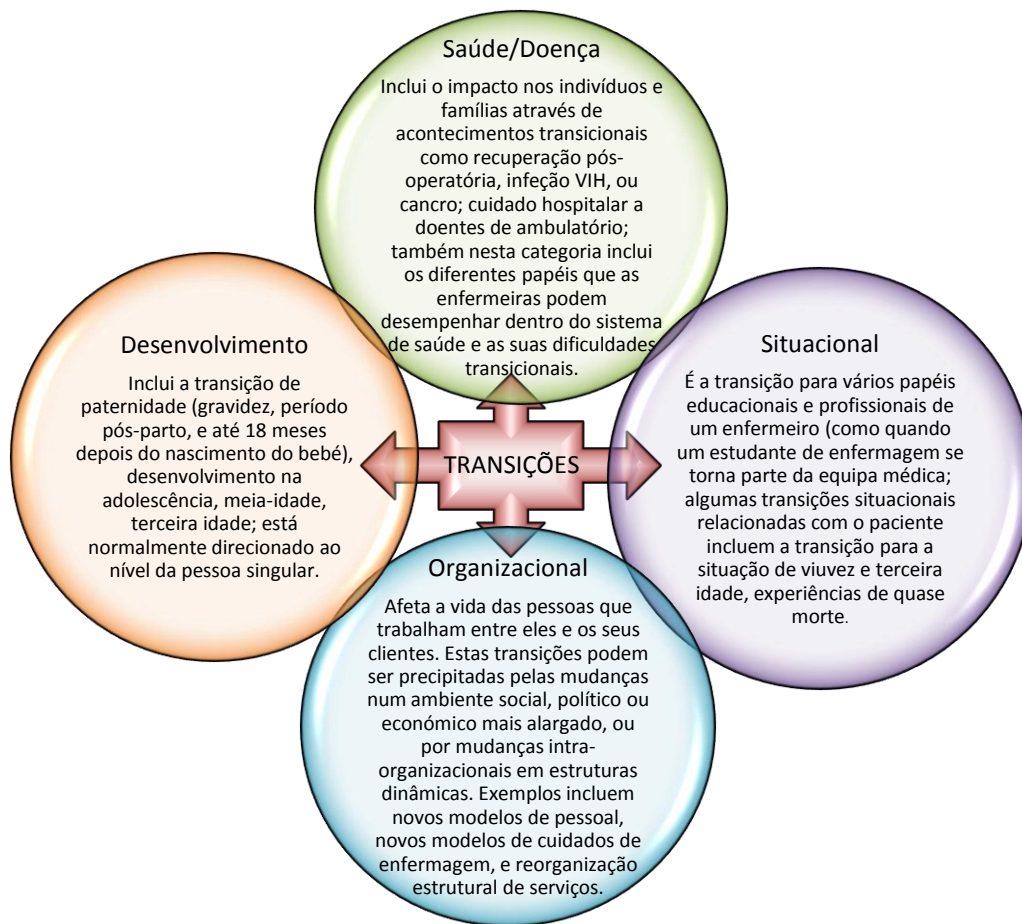


Figura 4 – Tipos de transições, adaptado da teoria das transições de Meleis (Schumacher & Meleis, 1994)

Não devemos esquecer que para Schumacher & Meleis (1994, p. 121) “as transições são processos complexos e múltiplas transições podem ocorrer durante um determinado período de tempo”. Meleis, Sawyer, Im, Messia & Schumacher (2000, p. 13) referem que “as transições são mutuamente o resultado de e resultam na mudança de vidas, saúde, relações e ambientes”. Como enfermeiros devemos entender o processo de transição e ter um papel ativo neste. Para tal temos de ter em consideração a natureza das transições, as condições da transição, os padrões de resposta e as intervenções terapêuticas de enfermagem como esquematizado na figura 5.

Há a considerar cinco propriedades de acordo com Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000, p. 18): conhecimento (*awareness*), ajustamento (*engagement*), alterações e diferenças (*change and difference*), período de experiência (*transition time span*) e situações críticas e eventos (*critical points and events*). Sendo que o conhecimento (*awareness*), que está relacionado com a perceção, conhecimento e reconhecimento da experiência de transição

se mostra importante para o seu sucesso.

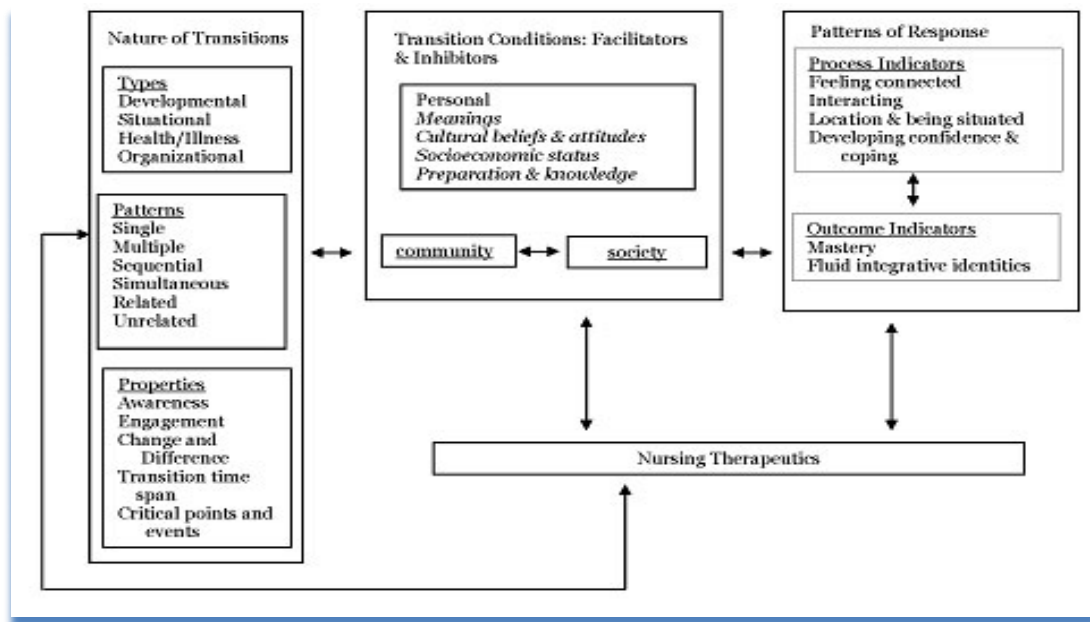


Figura 5 - Transições: uma teoria de médio alcance (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000, p. 17)

No que respeita a condições de transição Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000, pp. 21-24) referem que podem ser facilitadoras ou inibidoras de uma transição saudável, podem ser pessoais: significados (*meanings*), crenças culturais e atitudes (*cultural beliefs and attitudes*) nível socioeconómico (*socioeconomic status*) e preparação e conhecimento (*preparation and knowledge*). Podem ainda ser comunitárias e sociais.

Quanto a modelos de resposta podemos levar em atenção os seguintes indicadores processuais como mencionam Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000, pp. 24-25): sentir-se conectado, interação, estar localizado e situado e desenvolvimento de confiança e coping.

Temos também os indicadores de resultados descritos por Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000, pp. 25-27) que se referem ao domínio de novas competências imprescindíveis para lidar com a transição e a reformulação de identidades, sendo que ambos refletem um resultado saudável em lidar com o processo de transição: a mestria e a identidade flexível e integrada.

As intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser entendidas como uma

ação interventiva ao longo do processo de transição e antecedida de compreensão do mesmo (propriedade e condições inerentes). Se o enfermeiro tiver conhecimento de todo o processo que envolve a transição, neste caso que também se relaciona com a experiência cirúrgica, pode avaliar, planejar e implementar estratégias que de acordo com Schumacher & Meleis (1994, p. 125) são de prevenção, promoção e intervenção terapêutica para o processo de transição. As intervenções de enfermagem visam evitar as consequências negativas e melhorar os resultados de saúde, ajudando a lidar com as mudanças e a reorganizar o *self*.

As transições são acompanhadas por uma ampla gama de emoções, muitas devidas a dificuldades encontradas durante a transição. Além do aspecto emocional, o bem-estar físico é também importante, uma vez que o desconforto físico pode interferir negativamente numa passagem bem-sucedida. Esta será melhor sucedida se for tido em conta o que desencadeia a mudança, a antecipação dos eventos, a preparação para mover-se dentro da mudança e a possibilidade de ocorrências múltiplas de transições simultaneamente. Durante o processo de transição originam-se comportamentos que podem ou não ser observáveis. São esses comportamentos a desorientação, o stress, a irritabilidade, a ansiedade, a depressão, as mudanças no auto conceito, as mudanças no desempenho de papel, as mudanças na autoestima entre outros. Se o enfermeiro tiver conhecimento destes padrões pode avaliar, planejar e implementar estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica para o processo de transição, tendo como objetivo restabelecer a conexão e instabilidade geradas. Neste sentido Schumacher & Meleis dizem que *“porque as transições têm um efeito profundo relacionado com a saúde nos clientes, há a necessidade de desenvolver terapêuticas de enfermagem para a saúde que previnam as consequências negativas e melhorem os resultados de saúde”* (1994, p. 125). A VPO e a VPOS revelam-se essenciais nesse sentido pois permitem uma comunicação e suporte emocional eficazes, permitindo a identificação dos processos da transição em curso e levando ao levantamento das necessidades de forma a poder planejar-se os cuidados em conformidade com estas.

2. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A prática baseada na evidência permite a identificação das necessidades e o planejamento dos cuidados de enfermagem ao cliente cirúrgico. Criam-se deste modo as condições indispensáveis para que se alcancem os resultados desejados, durante o processo cirúrgico. O enfermeiro especialista é um perito na sua área de cuidados, através do desenvolvimento de competências, do conhecimento científico, da investigação e inovação, e torna-se num elemento de referência para a equipa. Como expõe Benner (2001, p. 33), citando Dreyfus, *“a enfermeira perita apercebe-se da situação como um todo, utiliza como paradigmas de base situações concretas que ela já viveu e vai diretamente ao centro do problema sem ter em conta um grande número de considerações inúteis”*. A competência refere-se a *“um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”* (Enfermeiros, 2003, p. 16). Ser competente implica saber mobilizar os recursos, capacidades e conhecimentos perante uma situação específica, e no momento adequado. A vivência das situações, e a reflexão sobre a prática, com o objetivo de melhorar a atuação permite-nos crescer como pessoas e profissionais competentes. Benner (2001, p. 33) menciona que a perícia nas tomadas de decisões complexas, permite compreender situações clínicas, e que os conhecimentos implicados na perícia clínica permitem o desenvolvimento da prática de enfermagem, e da ciência em enfermagem. Assim, é na prática que desenvolvemos as nossas competências técnicas e relacionais, associadas ao conhecimento científico.

Como finalidade deste relatório defini a aquisição/desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem na área de especialização PSC no âmbito dos cuidados ao cliente perioperatório. Neste domínio, tive em consideração a particularidade da VPO, na medida em que a realização desta por um perito se constitui como uma mais-valia para o cliente pessoa em situação crítica. Para alcançar esta finalidade tracei objetivos com o intuito de adquirir/desenvolver competências nesta área de especialização durante a realização dos estágios. Foram estes os objetivos delineados:

- 1º - Adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC em situação emergente e na antecipação da instabilidade;
- 2º - Adquirir e desenvolver competências na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos à PSC;
- 3º - Adquirir e desenvolver competências na gestão da dor e do bem-estar da PSC;
- 4º - Adquirir e desenvolver competências na assistência à PSC e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença;
- 5º - Adquirir e desenvolver competências na gestão da comunicação interpessoal com a PSC e família;
- 6º - Adquirir e desenvolver competências no estabelecimento da relação terapêutica com a PSC e família;
- 7º - Adquirir e desenvolver competências nos cuidados de enfermagem especializados em PSC na resposta perante pessoas em situação de catástrofe ou emergência multi-vítima;
- 8º - Adquirir e desenvolver competências na prevenção e controlo de infeção nos cuidados à PSC

Nos próximos subcapítulos irei analisar cada um dos objetivos descritos anteriormente, descrever as atividades desenvolvidas para os atingir, assim como a análise do percurso que me levou ao desenvolvimento das competências específicas de cada objetivo.

Na fase do desenho de projeto durante o 2º semestre do mestrado realizei três turnos nos blocos operatórios centrais de dois hospitais públicos da área da grande lisboa, de forma a avaliar a pertinência dos mesmos como local de estágio para o 3º semestre do mestrado. A escolha destes teve em conta que ambos possuem a VPO, tendo peritos nesse domínio. Estas idas a campo permitiram-me elegê-los como campos de estágio adequados à aquisição e desenvolvimento de competências na área de especialização do mestrado.

O primeiro contexto de estágio foi o BO central de um hospital central público da zona ocidental de lisboa, decorreu de 10 de outubro de 2011 a 16 de novembro de 2011. Aqui tive a oportunidade de cuidar de clientes no seu percurso perioperatório, começando no pré-operatório, através da VPO nos serviços de internamento (cirurgia, ortopedia, ginecologia) e na unidade de cuidados intensivos cirúrgicos. No intraoperatório, realizei o acolhimento ao

bloco operatório e prestei apoio à anestesia e à cirurgia. No pós-operatório imediato, prestei cuidados na UCPA e fiz o transporte dos clientes à unidade de cuidados intensivos (UCI).

O segundo estágio realizou-se no BO central de um hospital público da zona central de Lisboa, tendo lugar de 28 de novembro de 2011 a 16 de fevereiro de 2012 conforme cronograma em anexo (anexo V). Prestei neste contexto, cuidados ao cliente PSC, através da VPO nos serviços de internamento (cirurgia, ortopedia e urologia), durante o intraoperatório e no pós-operatório imediato na UCPA ou realizando o seu transporte para a UCI. Realizei também a VPOS que se encontra instituída neste hospital, fator diferenciador do primeiro contexto de estágio.

De forma a facilitar a minha integração nestes locais, foi fundamental conhecer aspetos relacionados com a estrutura física, dinâmica organizacional e funcional dos serviços, fundamental para a aquisição e desenvolvimento de competências em cuidados de enfermagem especializados na área da PSC. A constante cooperação da enfermeira orientadora e da equipa multidisciplinar bem como, a autonomia que me foi progressivamente concedida marcaram o desenvolver destes estágios. Ao longo do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, procurei que as intervenções realizadas fossem baseadas na evidência científica, evoluindo na tomada de decisão, a qual beneficiou de uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar.

Para a aquisição e desenvolvimento de competências durante o estágio importa a reflexão crítica sobre as perspetivas de intervenção do enfermeiro perito em enfermagem à pessoa em situação crítica, repensando a teoria implícita nas práticas e o desenvolvimento de estratégias de aprendizagem focadas na ação/reflexão. No decorrer dos estágios, muitas foram as situações vivenciadas que me permitiram a utilização do pensamento crítico e reflexivo. A análise reflexiva permite questionarmos as nossas práticas diárias, melhorando assim a nossa atitude para com a PSC e as intervenções com o intuito de alcançar a excelência nos cuidados prestados. Para Alarcão, a experiência refletida tem valor formativo, *“experiências de vida como ocasiões de reflexão são hoje expressões correntes que traduzem uma atitude perante a formação: a atitude de que a compreensão da realidade que constitui o centro de aprendizagem é um produto do sujeito como observador e de que a*

experiência, para ser formativa, tem de ser conceptualizada, refletida” (2001, p. 54). A partilha de experiências e reflexões com os profissionais dos serviços onde desenvolvi competências foram muito enriquecedoras e contribuíram de forma positiva para o meu processo de aprendizagem. Alguns destes momentos ficaram expressos na forma de jornal de aprendizagem, estudo de caso, panfleto, portefólio e ação de formação que foram discutidos e me ajudaram a melhorar o nível de análise e reflexão que também se traduziram numa melhoria nos cuidados prestados. Segundo Alarcão & Rua (2005, p. 14) nas estratégias de aprendizagem/supervisão, destacam-se vários tipos de estratégias de ação e reflexão e que envolvem entre outras o questionamento crítico, análises de casos e narrativas de situações e reações, se possível, por escrito porque o ato de escrita é um ato reflexivo. Sendo exemplos, o diário de bordo, o portefólio reflexivo ou o jornal de aprendizagem. A elaboração do próprio relatório de estágio constituiu outro momento de reflexão e autocrítica, pois através dele foi possível refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, bem como, do percurso académico.

Durante o processo de aquisição de competências em cuidados de enfermagem especializados na área da PSC foram recrutados vários tipos de saberes mobilizados pela enfermagem (saber empírico ou ciência de enfermagem, saber do domínio do conhecimento científico; saber ético; saber pessoal; saber estético ou arte de enfermagem), mobilizam no enfermeiro competências cognitivas (raciocínio lógico, resolução de problemas); competências afetivas (a arte de cuidar); e competências estéticas e reflexivas (o conhecimento de si e a transferência para outras situações). (Serrano, Costa, & Costa, 2011, p. 16)

No Diário da República (2011, p. 8656) vem esclarecido que *“a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”*. Levando em conta a

citação anterior, o cliente cirúrgico enquadra-se no perfil PSC descrito, necessitando de uma vigilância intensiva das suas funções vitais e de uma monitorização e terapêutica adequadas às suas necessidades, seja de natureza traumática ou médica, sendo nesse caso relevante que os enfermeiros que o cuidam desenvolvam as suas competências nos cuidados de enfermagem especializados na área da PSC. O enfermeiro perioperatório é responsável pelos cuidados individualizados em unidades ou serviços onde se encontram doentes agudos ou em estado crítico, submetidos a procedimentos invasivos e/ou cirúrgicos. No dia-a-dia os enfermeiros perioperatórios deparam-se com situações que envolvem dor, sofrimento e ameaça de vida, num ambiente rodeado de muita tecnologia, o que pode conduzir a uma menor humanização dos cuidados de enfermagem. Deve-se por isso procurar o equilíbrio da tecnologia com a humanização dos cuidados, isto é, a tecnologia deve ser encarada como aliada a prestar cuidados com qualidade na dicotomia do cuidar/humanizar o cliente e sua família.

2.1 Adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC em situação emergente e na antecipação da instabilidade

O Diário da República (2011, p. 8656), refere que “*considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística*”. Esta mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas por parte do enfermeiro especialista em enfermagem em PSC surge para dar resposta à competência “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”. Para dar resposta ao objetivo as atividades realizadas foram as seguintes:

- Pesquisa em bases de dados e centros de documentação tendo como palavras-chave: paciente crítico; monitorização; cuidados anestésico-cirúrgicos;
- Conhecimento da estrutura física, dinâmica organizacional e funcional do BO, UCPA e serviços de internamento onde se realiza a VPO;

- Aplicação de protocolos de cuidados ao cliente no BO e UCPA;
- Vigilância dos parâmetros hemodinâmicos e atuação em conformidade com as alterações;
- Realização de registos;
- Reflexão e discussão com os orientadores.

A realização dos estágios possibilitou a prestação de cuidados em contexto perioperatório a clientes PSC e famílias, mobilizando para tal conhecimentos e habilidades múltiplas. Estes conhecimentos e habilidades foram desenvolvidos durante o percurso anterior ao mestrado, e também adquiridas e desenvolvidas no âmbito do mestrado e dos estágios. Assim, através de estratégias de ação/reflexão, e com a orientação da professora tutora e das enfermeiras orientadoras dos contextos de estágio, pude responder às solicitações dos clientes numa perspectiva holística do cuidar. O enfermeiro perioperatório presta cuidados em locais onde os clientes requerem avaliações complexas e terapias e intervenções de grande intensidade e vigilância contínua. Para tal é necessário possuir um corpo de conhecimento, habilidades e experiência para prestar cuidados aos clientes e família, criando ambientes humanizados. Prestei cuidados à PSC no BO em ambos os contextos de estágio, na fase intraoperatória, inclui-se o momento de acolhimento, os procedimentos de anestesia e o tempo cirúrgico, e na UCPA, fazendo a antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. Assim, e em colaboração com os anestesiológicos, fui responsável pelo cliente numa fase de grande dependência pelo que, de modo a poder identificar prontamente focos de instabilidade, mantive uma observação e vigilância intensivas, fazendo uso de uma monitorização (tabela 2) invasiva e não invasiva do cliente. Tive também a capacidade para despistar sinais e sintomas de possíveis complicações relacionadas com a vertente cirúrgica e anestésica e da situação de doença crítica e ou falência orgânica dos clientes a que prestei cuidados intraoperatórios. Respondi ainda de forma pronta e antecipatória a esses focos de instabilidade, quer pela vigilância e monitorização, quer pela instituição de terapêuticas adequadas a estes. Um padrão de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC é, *“a intervenção precisa, eficiente, em tempo útil, eficaz e de forma holística face à pessoa em situação crítica”* (Enfermeiros, 2011, p. 4). Este padrão de qualidade pode considerar-se

relacionado com outro que aborda *“a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da pessoa em situação crítica, relativamente aos quais o enfermeiro especialista tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis”* (Enfermeiros, 2011, p. 5).

PARÂMETRO	MÉTODOS
Pressão arterial	Auscultação, usando o esfigmomanómetro e o estetoscópio Medição directa com cateter na artéria e ligação a transdutor da pressão (linha arterial) Monitor cardíaco da pressão arterial e frequência cardíaca.
Frequência cardíaca	Palpação superficial da artéria Auscultação cardíaca com estetoscópio ou sonda esofágica Sonda de controlo Doppler aplicada no pulso radial Monitorização contínua do ECG
Situação respiratória	Observação directa dos movimentos do tórax Auscultação do tórax com estetoscópio ou sonda esofágica
Temperatura corporal	Sondas ou tiras na superfície da pele, aplicadas no corpo para controlo da temperatura de superfície Sonda da temperatura interna inserida na nasofaringe, no esófago, na bexiga ou no recto.*
Débito urinário	Algália permanente
Oximetria do pulso	Medição não-invasiva da saturação da oxihemoglobina arterial (SaO ₂)
Capnografia – taxa de dióxido de carbono no final da expiração	Medição não-invasiva da taxa de dióxido de carbono no final da expiração Detecta alterações na situação respiratória, circulatória ou metabólica. Útil para detectar o início de hipotermia inadvertida, hipertermia maligna, e problemas com o equipamento de anestesia

Tabela 2 - Métodos de monitorização do cliente durante a anestesia (Phipps, Sands, & Marek, 2003, p. 566)

Como enfermeiro perioperatório é importante desenvolver competências na área da cirurgia e na área de anestesia. Saliento as várias técnicas anestésicas, os agentes anestésicos, as interações farmacológicas, técnicas e métodos de monitorização. Através do domínio destas competências é possível executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica em ambiente perioperatório. Possibilita um desempenho eficaz e eficiente, de acordo com as reais necessidades do cliente e equipa. É um padrão de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC, *“a correta execução de cuidados técnicos de alta complexidade”* (Enfermeiros, 2011, p. 5) Para a prestação destes cuidados, revelou-se importante a minha experiência anterior na área e a formação durante este mestrado, assim como os contributos da pós-graduação em anestesiologia e controlo da dor cujo certificado se encontra em anexo (anexo VI). Foi também muito importante a orientação e parceria por parte das enfermeiras orientadoras que muito contribuíram com a sua experiência para que desenvolvesse tais competências.

Revela-se também importante estar apto a atuar em situações de urgência e emergência. Nesta perspetiva, no primeiro contexto de estágio, tive a oportunidade de demonstrar conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida (SAV) em algumas situações de peri paragem cardiorrespiratória através da colaboração na realização das manobras de SAV. Para tal, considero ter sido de extrema importância a realização do curso de SAV realizado pelo Departamento de Formação em Emergência Médica no âmbito deste mestrado e cujo certificado se encontra em anexo (anexo VII). Elege-se como padrão de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC, *“a apropriada implementação de medidas de suporte avançado de vida”* (Enfermeiros, 2011, p. 5).

2.2 Adquirir e desenvolver competências na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos à PSC

O enfermeiro perioperatório é também o advogado do cliente, assegurando um ambiente seguro e terapêutico mantendo os padrões de “boa prática”. De acordo com a AESOP (2006, p. 8) ser advogado do cliente, *“inclui a segurança, o conforto e um profundo conhecimento do meio envolvente... pois o doente confia na equipa cirúrgica para resolver as suas necessidades físicas e psicológicas... garante que o consentimento informado não é violado, até que o doente seja capaz de tomar decisões próprias e protege-o contra qualquer dano ou prejuízo”*. Como prestador de cuidados é responsável e responsabilizado por todas as atividades relacionadas com o cuidar e ainda como refere a AESOP (2006, p. 8) *“apoia psicologicamente o doente, a família e outras pessoas significativas”*. Para atingir o objetivo proposto neste subcapítulo desenvolvi as seguintes atividades:

- Pesquisa em bases de dados e centros de documentação com as seguintes palavras-chave: fármacos anestésicos; tipos de anestesia; controlo da dor;
- Implementação, monitorização e avaliação de protocolos terapêuticos relacionados com a anestesia e o controlo da dor no BO e na UCPA;
- Realização de registos;
- Reflexão e discussão com os orientadores.

A AESOP (2006, p. 110) esclarece que a “*palavra anestesia representa para a maioria dos doentes algo de estranho, pelo fato de a perda de consciência retirar o controlo da realidade que os rodeia, traduzindo-se num sentimento de grande insegurança... a falta de informação é a maior causa para tanto medo*”. O processo global da anestesia geral compreende várias fases que resultam da combinação dos efeitos de vários fármacos, com repercussões nos sistemas fisiológicos do cliente, levando-o a um estado de inconsciência, analgesia, amnésia, relaxamento muscular e perda de reflexos num processo de grandes alterações hemodinâmicas. No entanto, além da anestesia geral, existem vários tipos de anestesia como podemos observar na tabela 3.

Tabela 3 - Comparação dos vários tipos de anestesia (Phipps, Sands, & Marek, 2003, p. 560)

TIPO DE ANESTESIA	RESULTADOS ESPERADOS	MÉTODO DE ADMINISTRAÇÃO	RISCOS
Anestesia geral	Inconsciência. Possível a colocação de tubo endotraqueal.	Anestésico injectado no sistema circulatório. Inalação do anestésico	Garganta inflamada Lesão na boca ou dentes Aspiração Pneumonia
Espinal ou epidural	Temporariamente ↓ ou perda de sensibilidade ou mobilidade na parte inferior do corpo	Anestésico injectado através de agulha ou cateter no canal medular ou imediatamente fora dele	Cefaleias Lombalgias Convulsões Dormência persistente Dor residual
Bloqueio de nervos	Perda temporária de sensibilidade ou mobilidade do membro	Anestésico injectado perto dos nervos, resultando em perda de sensibilidade na região da cirurgia	Infecção Debilidade Dormência persistente Dor residual
Anestesia regional intravenosa	Perda temporária de sensibilidade ou mobilidade do membro	Anestésico injectado em veias do braço ou da perna usando um garrote	Infecção Debilidade Dormência persistente Dor residual
Anestesia monitorizada, com sedação	↓ Ansiedade ↓ Dor Amnésia parcial ou total	Medicação injectada no sistema circulatório Inalação de anestésicos	Inconsciência Respiração deprimida
Anestesia monitorizada, sem sedação	Controlo dos sinais vitais Presença imediata do anestesista para intervir, se necessário	Não aplicável	Mais vigil Ansiedade Desconforto

Durante a realização dos estágios, fiz a gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos, relacionados com a anestesia e o controlo da dor no BO e na UCPA. No decurso da implementação destes protocolos terapêuticos realizei uma monitorização e avaliação dos mesmos, implementando quando necessário respostas de enfermagem apropriadas às complicações e aos problemas identificados. Assume-se como um padrão de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC, “*a gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos*” (Enfermeiros, 2011, p. 5).

2.3 Adquirir e desenvolver competências na gestão da dor e do bem-estar da PSC

Strode & Logina (2009, p. 77) referem que “a dor operatória é uma forma típica de dor aguda e está ligada ao traumatismo extenso dos tecidos e ao edema da ferida operatória, que se tornam numa fonte de impulsos nociceptivos permanentes. Se a dor pós-operatória for insuficientemente controlada é um fator de risco para o desenvolvimento de várias patologias, complicações pós-operatórias, assim como de dor crónica.” Revela-se, assim, a importância de uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, otimizando as respostas a esta. Para atingir este objetivo, realizei as seguintes atividades:

- Pesquisa em bases de dados e centros de documentação com as seguintes palavras-chave: controlo da dor; medidas farmacológicas e não-farmacológicas
- Avaliação da dor, implementação, e monitorização de medidas farmacológicas e não-farmacológicas na gestão da dor;
- Realização de registos;
- Reflexão e discussão com os orientadores.

No decorrer dos estágios, realizei pesquisa teórica sobre a dor e o bem-estar da PSC e coloquei em prática essa aprendizagem, nomeadamente no acordar do cliente, orientando-o em relação ao lugar e tranquilizando em como não está só. Informando-o que a cirurgia terminou e que está a recuperar da anestesia. Esclarecendo que a sua família se encontra informada do seu estado e localização. O cliente que recebe esta informação, de acordo com Phipps, Sands, & Marek (2003, p. 612), “recupera mais depressa da anestesia, tem menos complicações e menos dores”.

É frequente a dor e a ansiedade estarem aliadas. Através da realização das VPO tive oportunidade de estabelecer uma relação terapêutica com os clientes, esclarecendo dúvidas e receios e, contribuindo para a redução da ansiedade. A realização das VPO permitiu a identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, permitindo a sua diminuição através do estabelecimento de uma relação terapêutica e possibilitando o planeamento dos cuidados numa perspectiva holística ao cliente PSC. É um padrão de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC, “a gestão do

impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela pessoa/família” (Enfermeiros, 2011, p. 6).

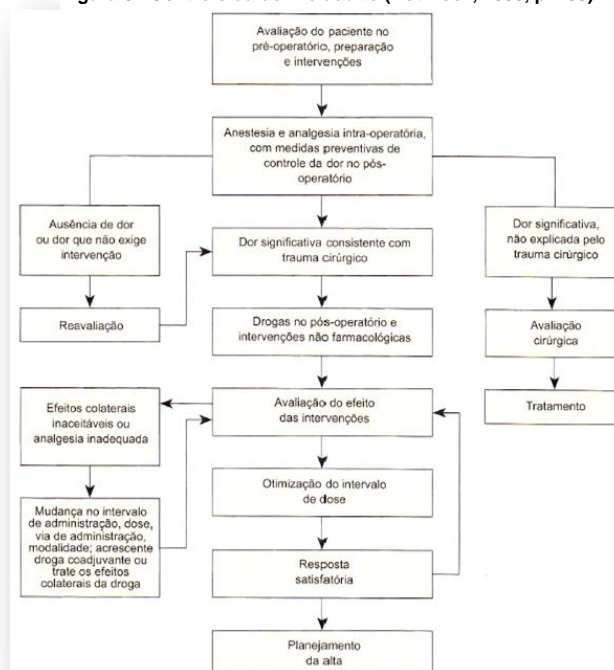
Strode & Logina (2009, p. 77) expõem que *“uma das funções no período perioperatório consiste em fornecer ao cliente informação de como avaliar a dor pós-operatória e quais as possibilidades de terapias de redução da dor”*. Esta informação pode ser dada em qualquer altura, no entanto um dos momentos mais propícios é aquando da realização das VPO, pelo que abordei com frequência a temática da dor quando realizei as VPO, tratando-se como me pude aperceber de um dos maiores receios revelados pelos clientes.

O ambiente de uma UCPA é, muitas vezes, agitado e ruidoso e pode contribuir para aumentar a ansiedade e a dor. Tendo isso em consideração, enquanto permaneci na UCPA, levei a cabo medidas no sentido de a tornar num ambiente menos stressante para os clientes, isto é, reduzi a intensidade da luz ambiente, coloquei música ambiente suave, tive em conta a privacidade destes e quando foi possível impliquei a família na prestação de cuidados, perspetivando o bem-estar físico, psicossocial e espiritual, dando resposta às necessidades da PSC.

Uma forma de controlar a ansiedade e a tensão muscular associados à dor é o uso de técnicas de relaxamento. De maneira a aumentar a eficácia destas deve-se promover um ambiente tranquilo e uma posição confortável. Phipps, Sands, & Marek (2003, p. 612) dizem que *“as técnicas de relaxamento são métodos eficazes de controlo da ansiedade, ao diminuir a capacidade de resposta do sistema nervoso simpático.... eficazes a diminuir a dor pós-operatória, a diminuir a quantidade de analgésicos necessários e, com isso, reduzir os efeitos colaterais, a diminuir o tempo de internamento, e a aumentar os métodos de coping do doente”*. Por isso, utilizei com frequência na UCPA este conhecimento, implementando estas medidas não farmacológicas para o alívio da dor dos clientes que cuidei.

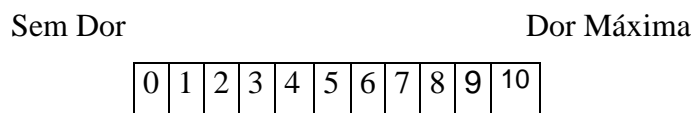
O controlo da dor é uma das prioridades anestésicas e pós-anestésicas. A figura 6 mostra um esquema possível a ter em conta no controlo da dor no perioperatório.

Figura 6 - Controlo da dor no adulto (Rothrock, 2008, p. 258)



O cliente deve ser avaliado quanto à dor na sua admissão na UCPA e a intervalos frequentes. As verificações da intensidade da dor devem ser prioridade, sinais comportamentais como choro ou agitação e indicadores fisiológicos como sinais vitais elevados podem indicar dor. Sendo que para Phipps, Sands, & Marek (2003, p. 610) “*um controlo inadequado da dor pode levar a um tempo de cicatrização prolongado, ao aumento do internamento e a menos satisfação do doente*”. Por tudo isto, uma das minhas prioridades na prestação de cuidados aos clientes prendeu-se com a avaliação da intensidade da dor e na gestão de medidas farmacológicas de combate a esta, seguindo os protocolos existentes na instituição e as prescrições efetuadas. Mas tendo em consideração que os métodos não-farmacológicos de controlo da dor e da ansiedade são adjuvantes importantes das medidas farmacológicas. Strode & Logina (2009, p. 77) sugerem que a “*utilização de escalas de avaliação da dor no processo de cuidar do cliente é um pré-requisito para a prestação de cuidados com sentido*”. Para avaliar a intensidade da dor a escala de intensidade que mais utilizei foi a Escala numérica de intensidade da dor de 0 a 10 (escala validada internacionalmente) exemplificada na figura 7.

Figura 7 - Escala numérica da dor (Saúde, 2003, p. 2)



Resumindo, o controlo da dor pós-operatória é uma componente importante dos cuidados perioperatórios, com o desígnio de diminuir e controlar as complicações pós-operatórias e promover uma recuperação mais rápida e sem sofrimento, tendo por isso merecido um lugar de destaque ao longo dos estágios realizados. Constitui-se como um padrão de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, *“a gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação de instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos – medidas farmacológicas e não farmacológicas – para alívio da dor”* (Enfermeiros, 2011, p. 6).

2.4 Adquirir e desenvolver competências na assistência à PSC e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença

De forma a alcançar este objetivo estabeleci as atividades:

- Pesquisa em bases de dados e centros de documentação com as seguintes palavras-chave: técnicas de gestão de ansiedade; ensino pré-operatório;
- Realizar a VPO promovendo o conforto psicológico através da gestão da ansiedade e do ensino pré-operatório do cliente e família;
- Realização de registos;
- Reflexão e discussão com os orientadores.

A realização da VPO é feita na véspera da cirurgia pelo enfermeiro de apoio à anestesia. O mesmo irá receber o cliente no dia da intervenção, tornando-se uma referência para o cliente, na medida em que, este fica a saber que tem alguém que se interessa por ele, que o vai receber e acompanhar durante a cirurgia. Realizei VPO aos clientes PSC nos serviços de internamento. A sua realização possibilitou-me assistir o cliente e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica, tendo em perspetiva que a diminuição da ansiedade e do medo

pertencem aos objetivos principais da VPO. Nesse sentido, Pérez & Garcia (2008, p. 197) revelam-nos que “o cliente que vai ser submetido a um procedimento cirúrgico, seja este eletivo ou de urgência encontra-se sujeito a múltiplos fatores de stress que têm efeito sobre o seu equilíbrio físico e psicossocial. A experiência cirúrgica é um mistério para muitos clientes. O enfermeiro pode revelar-se um ator principal na desmistificação desta experiência, reduzindo a ansiedade e promovendo um período pré-operatório sem complicações, tanto no cliente como na sua família”.

No que diz respeito às perturbações emocionais decorrentes da situação crítica em que os clientes cirúrgicos se encontram, Phipps, Sands, & Marek (2003, p. 528) dizem que “o medo é outra reação emocional, que pode resultar de uma ameaça iminente, consciencializada, como a cirurgia. O medo do desconhecido e a perda de controlo são as reações mais comuns. Outros medos são mais específicos como o tipo, a extensão, e o objetivo da cirurgia”. A tabela 4 mostra alguns fatores desencadeantes de ansiedade e medo.

Tabela 4 - Ansiedades e medos relacionados com a cirurgia (Phipps, Sands, & Marek, 2003, p. 528)

GERAIS
Medo do desconhecido
Perda de controlo
Perda de amor por parte das pessoas significativas
Ameaça à sexualidade
ESPECÍFICOS
Diagnóstico de patologia maligna
Anestesia
Morrer
Dor
Alteração da imagem
Limitações permanentes

Tendo em consideração, a ansiedade e medos decorrentes da experiência cirúrgica vivenciados pelos clientes e família, realizei pesquisa teórica, assim como reflexões críticas com os enfermeiros peritos na realização das VPO nos contextos de estágio. Utilizei estes conhecimentos durante a realização das VPO, isto é, fiz a promoção do conforto psicológico através da gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

A perda de controlo é um dos medos associados à cirurgia, por isso, impliquei os clientes e família no processo de tomada de decisões sobre os cuidados. Para tal fiz uso da escuta ativa e procurei conhecer as suas dúvidas e receios, para ter um maior conhecimento das suas necessidades. Através da sua

implicação no processo de tomada de decisões, estes puderam manter um certo controlo sobre os acontecimentos. Durante as VPO, envolvi a família no ensino pré-operatório na medida em que esta, em geral, se encontra tão ansiosa quanto o cliente e poderá transmitir-lhe esta ansiedade, aumentando os seus níveis em ambos. Phipps, Sands, & Marek (2003, p. 539) dizem que “*o envolvimento da família no ensino pré-operatório reduz a ansiedade do doente e da família, com o resultante aumento na satisfação com os cuidados e a maior colaboração do doente nas rotinas*”.

O ensino pré-operatório tem por objetivo fornecer informações que vão ao encontro das necessidades de aprendizagem do cliente. Smith & Pravikroff (2011, p. 3) referem ser positivo “*antes de contactar com o doente levar material escrito que promova o reforço das informações verbais ao doente/pessoas significativas*”, na medida em que a sua capacidade de apreensão de mensagens pode estar alterada em função da ansiedade natural deste período. Pelo que me fiz acompanhar para a realização das VPO de um panfleto que reforça as informações transmitidas durante a visita. No primeiro contexto de estágio, o panfleto existente para esta finalidade, encontrava-se desatualizado, motivo pelo qual os enfermeiros que realizavam a VPO não o utilizaram. Nesse sentido, planifiquei e produzi, depois de discutir sobre a sua pertinência com a enfermeira chefe e com a enfermeira orientadora, um novo panfleto (anexo VIII). Trata-se de um padrão de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC, “*o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pela pessoa em situação crítica*” (Enfermeiros, 2011, p. 5).

Também a folha de registo da VPO se encontrava desatualizada, pelo que a enfermeira chefe me propôs que integrasse um grupo de trabalho para a atualização da mesma, do qual resultou uma nova folha de registos (anexo IX). Constitui-se como um padrão de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC, “*a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializadas e a existência de um resumo mínimo de dados e core de indicadores de*

enfermagem direcionados para o atendimento da pessoa em situação crítica” (Enfermeiros, 2011, p. 7).

Com o intuito de diminuir a ansiedade e pretendendo acelerar a recuperação e prevenir complicações pós-operatórias realizei o ensino pré-operatório incluindo informações acerca do que pode ocorrer na cirurgia, sobre o que pode sentir durante o período perioperatório e o que pode fazer para reduzir a ansiedade. Estes ensinamentos encontram-se na tabela 5.

Acerca da cirurgia

Consentimento informado
Despiste pré-operatório (análises, história de saúde)
Rotinas pré-operatórias (medicação, dieta zero, duche, preparação da pele, vestuário)
Transferência para o BO (tempo, sala de espera, sala operatória, visitas)
Rotinas na UCPA
Presença de cateteres, drenos, incisões
Métodos de controlo da dor
Rotinas pós-operatórias

Com caráter sensorial

Inserção da agulha
Efeitos da medicação (sonolência, boca seca, amnésia)
Ambiente da sala de operações (frio, luzes, vestuário)
Dor (muscular, incisional, garganta)
Tonturas
Sensações relacionadas com dispositivos invasivos (cateteres, sondas)

Com caráter comportamental

Demonstração e explicação de exercícios (tosse, inspiração profunda, exercícios)
Técnicas de transferência, suporte de incisão

Tabela 5 – Ensinamentos pré-operatórios, adaptado de (Phipps, Sands, & Marek, 2003, p. 539)

Considera-se um padrão de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC, *“o ensino, a instrução e o treino da pessoa em situação crítica sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional”*(Enfermeiros, 2011, p. 6).

O enfermeiro tem o dever de apoiar as decisões do cliente acerca de opções de tratamento de fim de vida. Deve nesse sentido ter conhecimentos e habilidades facilitadoras da “dignificação da morte”. Durante a realização dos estágios, realizei a VPO a um cliente que iria ser submetido a uma cirurgia de caráter paliativo. Na consulta do processo clínico constatei que apresentava uma Ordem Não Reanimar (ONR). Na realização da VPO abordei o cliente quanto à ONR, este referiu que já tinha debatido o assunto com a família e com o cirurgião, e que acordaram que a ONR era para manter durante a cirurgia. O tema foi alvo de uma reflexão crítica com a enfermeira orientadora desse contexto de estágio. A informação da ONR foi transmitida à equipa do BO implicada nos cuidados ao cliente. Embora não tivesse havido lugar a manobras de reanimação no BO ou na UCPA, respeitei a decisão deste e fiz saber da mesma, para que a restante equipa a respeitasse. De acordo com

Phipps, Sands, & Marek (2003, p. 529) “as ONR não são automaticamente suspensas quando o doente entra no bloco operatório... rever a ONR é a forma de garantir a discussão com o doente ou família, sobre os riscos e os benefícios da anestesia e da cirurgia, antes desta. (...) Se a ONR for suspensa, no período intraoperatório, deve haver documentação a indicar quando deve ser retomada”. Constitui-se como um padrão de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC, “a referência das situações problemáticas identificadas, para outros profissionais da equipa multidisciplinar envolvidos nos cuidados à pessoa em situação crítica” (Enfermeiros, 2011, p. 5).

2.5 Adquirir e desenvolver competências na gestão da comunicação interpessoal com a PSC e família

A comunicação constitui um veículo para o estabelecimento de uma relação terapêutica. A VPO é o momento em que o enfermeiro perioperatório tem oportunidade de estabelecer uma relação terapêutica com o cliente e sua família, para que as dúvidas e receios possam ser esclarecidos e a ansiedade possa ser diminuída. É neste momento que a importância da comunicação interpessoal se revela fundamental para a redução de complicações e traumas no que respeita ao aspeto emocional do cliente. Dando resposta ao objetivo deste subcapítulo, as atividades realizadas foram estas:

- Pesquisa em bases de dados e centros de documentação tendo como palavras-chave: comunicação interpessoal; comunicação não-verbal; barreiras à comunicação;
- Elaboração de jornais de aprendizagem relacionados com o tema do objetivo;
- Desenvolvimento de ação de formação, relacionada com o objetivo e necessidade de formação identificada;
- Realização de VPO e VPOS, utilizando técnicas de comunicação verbal e não-verbal, e estratégias facilitadoras da comunicação em clientes com “barreiras à comunicação”;
- Realização de registos;
- Reflexão e discussão com os orientadores.

Durante a realização das VPO e das VPOS no decorrer dos estágios fiz a gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com os clientes/famílias face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde. Para tal procurei o aprofundamento dos conhecimentos em técnicas de comunicação perante a PSC e sua família. O desenvolvimento de competências nestas técnicas de comunicação e em estratégias facilitadoras da comunicação em PSC com “barreiras à comunicação” foi feito através da pesquisa teórica e de uma reflexão crítica diária das VPO e VPOS realizadas, com a orientação das enfermeiras orientadoras dos contextos de estágio. Explorando esta necessidade de reflexão crítica com base na prática diária desenvolvi um jornal de aprendizagem (anexo X) no primeiro local de estágio sobre a comunicação verbal e não-verbal e as “barreiras à comunicação”, utilizando como guia para a reflexão o Ciclo reflexivo de Gibbs.

Estas estratégias foram levadas a cabo na medida em que a capacidade de apreensão de mensagens do cliente que vai ser submetido a uma cirurgia se encontra geralmente alterada devido à ansiedade resultante desta, cabe por isso ao enfermeiro o reconhecimento desta e de outras barreiras à comunicação adequando a sua forma de atuar de acordo com estas, privilegiando assim a relação terapêutica.

No segundo contexto de estágio, elaborei um jornal de aprendizagem (anexo XI), também usando como guia para a reflexão o Ciclo reflexivo de Gibbs e relacionado com a comunicação não-verbal, tendo-me consciencializado da sua importância, não apenas na realização de VPO e VPOS, mas em todos os momentos em que se estabelece uma relação entre cliente e enfermeiro, ou entre o enfermeiro e todos os outros prestadores de cuidados, constituindo-se momentos/oportunidades de aperfeiçoamento das nossas perceções. A este respeito, Araújo, Silva & Puggina (2007, p. 421) referem que *“como a percepção dos sinais não-verbais ocorre em nível consciente, pode ser aperfeiçoada com esforço dirigido para seu aprendizado, treinamento e desenvolvimento”*.

No primeiro local de estágio, identifiquei uma necessidade de formação no serviço, relacionada com o elevado número de novos elementos do BO a realizar a VPO. Estes encontravam-se pouco motivados para a realização da mesma, uma vez que não estavam suficientemente despertos para a sua importância na redução da ansiedade dos clientes e nos benefícios inerentes.

Esta necessidade foi também identificada pela chefia e pela enfermeira orientadora, pelo que foi desenvolvida uma ação de formação no BO que pretendeu ser um contributo válido para a resolução da necessidade, e com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados. O tema desta ação de formação foi “Comunicar com a pessoa ansiosa” (anexo XII) e teve como conteúdos programáticos: a visita pré-operatória como momento de estabelecimento da relação terapêutica; a comunicação interpessoal e potenciais barreiras; a ansiedade pré-operatória; a relação terapêutica como relação de ajuda e técnicas de comunicação terapêuticas. Através das atividades referidas anteriormente, adquiri e desenvolvi competências em técnicas terapêuticas de comunicação que me permitiram adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da PSC e ou falência orgânica, aplicando-as na realização das VPO e VPOS. Refere-se como um padrão de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC, *“a gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica”* (Enfermeiros, 2011, p. 4).

2.6 Adquirir e desenvolver competências no estabelecimento da relação terapêutica com a PSC e família

De forma a alcançar este objetivo estabeleci as atividades:

- Pesquisa em bases de dados e centros de documentação tendo como palavras-chave: relação terapêutica; comunicação terapêutica; relação de ajuda;
- Realização de VPO e VPOS, promovendo o estabelecimento de uma relação terapêutica;
- Elaboração de um estudo de caso tendo como foco de atenção a relação terapêutica;
- Avaliação dos resultados da relação terapêutica estabelecida, através da realização da VPOS;
- Realização de registos;
- Reflexão e discussão com os orientadores.

A realização da VPO permitiu-me gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a PSC e ou falência orgânica e a sua família, na medida em que, permitiu o início da relação terapêutica através de uma comunicação interpessoal e suporte emocional eficazes. Possibilitou-me identificar processos da transição em curso e o levantamento das necessidades da PSC e sua família de forma a poder planear os cuidados de forma individualizada. Schumacher & Meleis (1994, p. 125) dizem que *“porque as transições têm um efeito profundo relacionado com a saúde nos clientes, há a necessidade de desenvolver terapêuticas de enfermagem para a saúde que previnam as consequências negativas e melhorem os resultados de saúde”*. É importante identificar o tipo de transição que o indivíduo está a vivenciar para que se possa desenvolver um plano de intervenção que seja adequado às necessidades reais deste. A VPO revela-se essencial nesse sentido pois permite uma comunicação e suporte emocional eficazes, permitindo a identificação dos processos da transição em curso e levando ao levantamento das necessidades de forma a poder planear-se os cuidados em conformidade com estas. A VPO permite assim, *“a implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em pessoas em situação crítica”*, outro padrão de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC (Enfermeiros, 2011, p. 4). A VPO vai pois no sentido da prevenção de consequências negativas e da melhoria dos resultados de saúde, mostrando-se um condicionador positivo facilitador dos processos das transições. No sentido de aprofundar conhecimentos para o desenvolvimento de competências na relação de ajuda, realizei no segundo contexto de estágio um estudo de caso (anexo XIII) tendo por base a teoria das transições de Afaf Meleis. Um dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica é *“o empenho do enfermeiro especialista, tendo em vista minimizar o impacto negativo na pessoa em situação crítica, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde”* (Enfermeiros, 2011, p. 4). As nossas intervenções devem sempre ser alvo de uma avaliação, assim para avaliar o processo de relação estabelecida com a PSC e ou falência orgânica no perioperatório utilizei a VPOS. A respeito da VPOS, Fonseca & Peniche (2009, p. 432) dizem-nos que, é o momento em que se pode avaliar todo o

processo de cuidados perioperatórios fornecidos ao cliente e sua família previamente, permitindo avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Assim, a opinião do cliente sobre os nossos cuidados permite-nos uma reflexão sobre as nossas atividade e sugerem-nos formas de evoluir competências na “*gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família, em situação crítica*” (Enfermeiros, 2011, p. 4), padrão de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC.

2.7 Adquirir e desenvolver competências nos cuidados de enfermagem especializados em PSC na resposta perante pessoas em situação de catástrofe ou emergência multi-vítima

Para atingir este objetivo realizei as seguintes intervenções:

- Análise e reflexão relacionada com o objetivo;
- Reflexão e discussão com os orientadores.

A competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem em PSC, “dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação”, apresenta o seguinte descritivo, de acordo com o Diário da República (2011, p. 8657), “*intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica, gere equipas de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta*”. No âmbito do desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista na área deste mestrado, e perspetivando que o desenvolvimento destas é contínuo, no decurso do mestrado atendi a duas unidades curriculares que me proporcionaram o seu desenvolvimento e o treino para poder dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, foram elas, o Suporte Avançado de Vida em Trauma, operacionalizada pelo curso de Advanced Trauma Care for Nurses (ATCN) cujo certificado está em anexo (anexo XIV), e a Intervenção em Situações de Urgência, Emergência e Catástrofe. As atividades desenvolvidas nestas duas unidades curriculares permitiram-me o conhecimento do Plano Distrital e Nacional para catástrofe ou

emergência. Assim como os planos e princípios de atuação nestas e as suas implicações para a saúde, tendo treinado a atribuição de graus de urgência e a decisão da sequência de atuação de forma a poder estar apto a sistematizar as ações a desenvolver neste tipo de situações. Os vários cenários de triagem atendidos no curso de ATCN incluíram a avaliação da articulação e eficácia da equipa, perspetivando a introdução de medidas corretivas na atuação desta. Trata-se de um padrão de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC, *“a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica promotoras da qualidade, tendo em vista uma resposta eficaz e eficiente perante pessoas em situação de catástrofe ou emergência multi-vítima”* (Enfermeiros, 2011, p. 7).

2.8 Adquirir e desenvolver competências na prevenção e controlo de infeção nos cuidados à PSC

Para alcançar este objetivo estabeleci as atividades:

- Análise e reflexão relacionada com o objetivo;
- Atuar nos contextos de estágio de acordo com a “consciência cirúrgica” adquirida e desenvolvida.

No âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em PSC, o Diário da República (2011, p. 8657) apresenta a competência “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”. Para a qual apresenta o seguinte descritivo, *“considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção da vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção”*. Perspetivando o desenvolvimento de competências como um processo contínuo, tive durante o mestrado, momentos de aquisição de conhecimentos e de análise reflexiva

perante esta temática e nomeadamente na unidade curricular Enfermagem em Cuidados Críticos e Urgência onde foi abordada no seu programa, a infeção em ambiente de cuidados intensivos e urgência. Também na unidade curricular Enfermagem e Políticas de Saúde desenvolvi um trabalho de grupo sobre o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção (PNCI) e das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção. O PNCI é um programa de intervenção a nível nacional, proposto pela Direção Geral da Saúde, para aplicação nas unidades de saúde, com a intenção de prevenir e controlar as infeções associadas aos cuidados de saúde no qual o enfermeiro tem um papel preponderante em todo o processo de prevenção e controlo da infeção. O que me permitiu a atualização de conhecimentos relativos ao PNCI e das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção.

Em contexto perioperatório, o controlo da infeção está intimamente relacionado com a assepsia e com todos os procedimentos relacionados com o ambiente cirúrgico, comportamento dos profissionais e tratamento dos dispositivos médicos. Os princípios da técnica asséptica cirúrgica incluem procedimentos de várias ordens que todos devemos monitorizar e corrigir quando acontece uma quebra da técnica. A “consciência cirúrgica” encontra-se intimamente relacionada com a capacidade de monitorização e introdução de medidas corretivas com total autonomia. Tendo desenvolvido a “consciência cirúrgica” através da minha experiência profissional e baseando-me na prática baseada na evidência fiz cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção, monitorizando e avaliando as medidas implementadas nesse sentido. O controlo da infeção é uma área em constante desenvolvimento e atualização, pelo que devemos procurar essa atualização, de modo a limitar ao máximo a infeção. Constitui-se enquanto padrão de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC, *“a liderança na implementação do plano de intervenção e controlo de infeção nomeadamente no que respeita ao estabelecimento de procedimentos e circuitos, requeridos na prevenção e controlo da infeção, face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica”* (Enfermeiros, 2011, p. 8).

Considerando a prática de cuidados realizada e sempre suportada na evidência científica produzida, a reflexão sobre as vivências ao longo dos estágios, as

atividades desenvolvidas, a adoção de estratégias direcionadas para ultrapassar as dificuldades encontradas e validadas pelas enfermeiras orientadoras dos locais de estágio, acredito ter atingido os objetivos a que me propus. Em cada contexto de prática houve lugar a uma avaliação qualitativa parcelar do percurso de aquisição/desenvolvimento de competências, pelo tutor, pelo orientador e pelo estudante, que ficou registado em folha própria para o efeito (anexo XV).

De acordo com o Modelo de Aquisição de Competências de Benner (2001), no início do estágio, encontrava-me no estadió de competente, pois realizo cuidados a clientes em situação crítica em contexto perioperatório à 8 anos, e de acordo com Benner (2001, p. 54), *“a enfermeira competente não tem a maleabilidade da enfermeira proficientes, mas tem o sentimento que sabe bem das coisas que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos”*. No final do estágio, cumpri com os objetivos a que me propus, atingindo assim, o estadió de perito. De acordo com Benner (2001, p. 61), *“a visão de “o que é possível” é uma das características que diferenciam os comportamentos da competência dos da proficiente e por fim dos da perita”*. Através da realização dos estágios, e pelo conhecimento de novas realidades e experiências na prestação de cuidados à PSC em contexto perioperatório, considero ter adquirido e desenvolvido competências científicas, técnicas e relacionais específicas do enfermeiro especialista para responder às necessidades da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica e sua família.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento profissional dos enfermeiros passa essencialmente pela busca pelo conhecimento, no fundo pela aquisição de novos saberes e competências que nos conduzam a uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, isto é, à excelência dos cuidados de enfermagem. É de salientar que o meu percurso esteve assente no Modelo de Aquisição de Competências de Patrícia Benner (2001), na medida em que ao longo do percurso, em cada contexto de estágio, adquiri e desenvolvi competências específicas, tendo em consideração que *“a aquisição de competências baseadas sobre a experiência é mais segura e mais rápida se assentar sobre boas bases pedagógicas”* (Benner, 2001, p. 23). Os estágios realizados ao longo do meu percurso académico representaram oportunidades para a aquisição e o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais para a integração de saberes. Benner (2001, p. 61) refere que a experiência, *“não faz só referência à passagem de tempo. Trata-se antes de melhorar teorias e noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria”*. Ou seja, a aquisição de competências encontra-se intimamente ligada à prática de enfermagem em situações reais. As atividades desenvolvidas ao longo destes estágios contribuíram de forma positiva para aplicar conhecimentos e desenvolver competências, bem como para vivenciar experiências e realidades novas.

A busca pelo conhecimento e pelo aperfeiçoamento não ficará com certeza por aqui, todos os dias surgem novas ideias, novas preocupações, novas ambições e quem sabe novos projetos.

O cuidar, em contexto perioperatório, engloba uma área de conhecimento científico muito abrangente, mas com especificidades próprias que merecem a nossa especial atenção. Efetivamente, o cliente cirúrgico no período pré-operatório vive a incerteza, a angústia, a ansiedade que é provocada pelo aproximar da intervenção cirúrgica. O enfermeiro pode contribuir no apaziguar destes sentimentos, se tiver conhecimento das necessidades do cliente. A VPO de enfermagem permite ao enfermeiro assegurar as necessidades do cliente e a formulação de um plano de cuidados individualizado. Esta constitui-se como

um instrumento de enfermagem para conhecer e manter uma verdadeira e efetiva interação entre o enfermeiro e o cliente, assim como um veículo de comunicação entre as unidades de internamento, qualquer que seja o seu cariz, e o bloco operatório. Permite deste modo que haja uma continuidade do cuidado de enfermagem ao cliente desde que este é admitido até ter alta hospitalar. Esta *“continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem especializados”* (Enfermeiros, 2011, p. 6), constitui-se como um padrão de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC. As intervenções de enfermagem, junto do cliente no pré-operatório, incluem a avaliação fisiológica, psicológica e familiar. Estas intervenções para redução da ansiedade e melhoria dos conhecimentos incluem ensino no pré-operatório, suporte emocional, relaxamento e intervenções terapêuticas medicamentosas. O enfermeiro perioperatório encontra-se assim implicado em todos os aspetos do cuidado ao cliente e não apenas na fase intraoperatória quando este está sedado ou sob influência da anestesia. A VPO estimula no enfermeiro perioperatório uma imagem positiva de si mesmo e contribui para a satisfação no trabalho. Pelo maior contacto com o cliente, as visitas fazem com que a enfermagem perioperatória se torne mais atrativa para os que desfrutam da proximidade com o cliente e com o ensino.

Para reflexão deixo a seguinte citação que me pareceu interessante:

“Em situações de emergência, a visita pré-operatória torna-se uma prioridade baixa, no entanto, uma visita ao serviço de urgência pode providenciar informações essenciais, como a extensão das lesões, permitindo deste modo o planeamento das necessidades a nível do bloco operatório e o tempo estimado para a sua chegada à suite operatória. Permite deste modo planejar cuidados de modo mais eficaz e aumentar as hipóteses de sobrevivência com os melhores resultados” (Wicker & O’Neill, 2006, p. 224). Em toda a pesquisa efetuada, esta foi a única referência relacionada com a VPO ao serviço de urgência, no entanto, na procura pela excelência dos cuidados penso tratar-se de uma questão emergente que deverá ser alvo privilegiado pela investigação.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP. (2006). *ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA - Da Filosofia à Prática de Cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. *Referência* , 53-59.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto e Contexto* .
- Araújo, M., Silva, M., & Puggina, A. (2007). A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. *Revista escola de enfermagem USP* , 419-425.
- Behice, E., Serap, S., & Zennure, K. (2007). The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. *Australian Journal of Advanced Nursing* , 26 (1), 59-66.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bolander, V. R. (1998). *Sorensen e Luckmann - Enfermagem Fundamental* (1ª Edição em Português ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. In *Nursing Research Methodology* (pp. 237-256). Pennsylvania.
- Colliére, M.-F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Enfermeiros, O. d. (2003). *Divulgar: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Enfermeiros, O. d. (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Lisboa.
- Enfermeiros, O. d. (2011). *Regulamento do Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Fonseca, R., & Peniche, A. (2009). Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. *Acta Paulista de Enfermagem* , nº4, 428-433.
- Frias, T., Costa, C., & Sampaio, C. (2010). O impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade de pacientes cirúrgicos. *Revista Mineira de Enfermagem* , 345-352.
- Galvão, C., Sawada, N., & Rossi, L. (setembro-outubro de 2002). A prática baseada em evidências: Considerações teóricas para a sua implementação na enfermagem perioperatória. *Revista latino-americana enfermagem* , pp. 690-695.
<http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>. (s.d.).
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lusodidacta.
- Lopes, M. J. (1999). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral - Alguns dados e implicações*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science* , 12-28.
- Pérez, G., & Garcia, J. (2008). *Enfermería en quirófano: principios de la asistencia de enfermería perioperatória* (11ª Edição ed.). Formación Continuada Logoss.
- Phipps, W., Sands, J., & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica* (Vol. I). Lusociência.
- Pinheiro, M. (1996). Instrumentar - sim ou não. *Revista Enfermagem* , nº1, 13-16.

- Prochet, T., & Paes da Silva, M. (2010). Competência comunicacional: o que é isso? *RECENF - Revista Técnico-Científica*, 8 (25), 118-124.
- Razera, A., & Braga, E. (2011). A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória. *Revista Escolar Enfermagem USP*, 632-637.
- República, D. d. (18 de 02 de 2011). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República, II Série*, pp. 8648-8653.
- República, D. d. (18 de 02 de 2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República, II Série*, pp. 8656-8657.
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em Enfermagem* (4ª Edição ed.). Lusociência.
- Rothrock, J. (2008). *ALEXANDER- Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* (13ª Edição ed.). Lusodidacta.
- Salgueiro, A. (2000). Viver a Relação de ajuda. *Revista Nursing*, n°140, 10-12.
- Saúde, D. G. (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Ministério da Saúde.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 119-127.
- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, n°3, 15-23.
- Silva, D. (2002). Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. *Millenium - Revista do ISPV*, n°26, n.d.
- Smith, N., & Pravikroff, D. (14 de Outubro de 2011). Communication: Communicating with patients who are anxious. California: CINAHL Nursing Guide.
- Souza, L., Souza, M., Pinto, A., Cortez, E., Carmos, T., & Nascimento, R. (2010). Os benefícios da visita pré-operatória de enfermagem para o cliente cirúrgico: revisão sistemática da literatura. *RECENF - Revista Técnico-Científica de Enfermagem*, 8 (25), 111-117.
- Strode, I., & Logina, I. (2009). Assessment of Postoperative Pain in Nursing. *Acta Chirurgica Latviensis*, n°9, 77-80.
- Therapeutic Communication Techniques*. (3 de 11 de 2011). Obtido em 2011, de http://www.snjourney.com/ClinicalInfo/PracticeAreas/Therapeutic_Communication_Techniques.pdf
- Wicker, P., & O'Neill, J. (2006). *Caring for the perioperative patient: essential clinical skills*. Blackwell Publishing.