



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

Relatório de Estágio

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

por
Carla Sofia Lopes Barbosa

Abril, 2009



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

Relatório de Estágio

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

por

Carla Sofia Lopes Barbosa

Sob Orientação da

Professora Lúcia Rocha

Abril, 2009

RESUMO

O presente Relatório insere-se no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa. Este trabalho surge como um documento ilustrativo da aprendizagem adquirida durante o Estágio, realizado nos Serviços, de Urgência, de Cuidados Intensivos de Cardiologia e Bloco Operatório, do CHVNG/E.

Descreve o que foi realizado, através da reflexão crítica dos objectivos gerais e específicos traçados, bem como dá visibilidade às actividades desenvolvidas, relatando as situações/problemas encontrados, referindo as estratégias sugeridas para a sua resolução, assim como descreve as competências adquiridas.

O Estágio referente ao Módulo I foi realizado no Serviço de Urgência. Proporcionou-me perceber a dinâmica dos cuidados prestados ao doente crítico nas diferentes áreas da urgência, permitindo-me mobilizar/adquirir conhecimentos e competências na área: da triagem, amarelo/laranja, verde/azul, pequena cirurgia, ortopedia e sala de reanimação.

O Estágio correspondente ao Módulo II decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia, permitindo-me aprofundar/melhorar conhecimentos e competências na área de cuidados intensivos.

Ao Módulo III correspondeu um estágio opcional sobre Enfermagem no Perioperatório, permitindo-me mobilizar/adquirir conhecimentos e competências para assistência ao doente nas diferentes fases do perioperatório.

A metodologia escolhida para a realização deste trabalho baseia-se no método descritivo e analítico através da reflexão e exposição das diferentes actividades realizadas, confrontando-as com as actividades propostas no Projecto de Estágio.

Com este trabalho pretendo demonstrar de uma forma global as competências adquiridas, sua importância e relevância para o cabal desempenho da função de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

The present report is included on a Master study plan in Nursing, specialization in Surgery Nursing, lectured by Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa. This work appears as an illustrative document of the knowledge acquired during the Training performed on the following services: Emergency unit, Cardiology Intensive care unit and Operating room from CHVNG/E.

It describes what was performed through critical reflection from both general and specific goals, and highlights the activities developed, highlighting the activities for achieving these goals on the situations / problems encountered, indicating the suggested strategies to address them and their implementation, and show skills acquired.

The training referring to module I was performed in the Emergency room unit. It enabled me with the understanding of the dynamic of the care performed to the critical patient, in the different emergency areas, allowing me to achieve knowledge and skills in the area of: triage, yellow/orange, green/blue, small surgery, orthopedic and reanimation room.

The training referring to module II was performed in the Intensive care unit of Cardiology enabling me to improve the knowledge and skills in the area of intensive care unit.

The module III referred to the optional training about Nursing in Operation room allowing me to achieve knowledge and skills on assisting the surgical patient on all stages of the surgery.

The chosen methodology for the development of this work is based on descriptive method and analytic thinking through reflection and exposure to the different activities performed, confronting them with the ones proposed on The Training project.

With this work it's my goal to highlight in a global way the achieved skills, its importance for the accurate development of the nursing work, specialized in Medical surgical nursing.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a disponibilidade e colaboração prestada por:

Exmo Sr. Enfermeiro Paulo Couto, Sra. Enfermeira Judite Pacheco e Sr. Enfermeiro Alcino (Enfermeiros Tutores nos Módulos I, II e III, respectivamente);

Exma Sr.^a Professora Lúcia Rocha (Professora Orientadora do Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Relatório).

A todos os enfermeiros dos vários serviços onde efectuei os meus estágios, os quais foram um pilar importante no desenvolvimento das várias competências.

LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS

AAM – Auxiliar de Acção Médica
AESOP – Associação de Enfermeiros de Salas de Operações Portuguesas
APPT – Tempo Tromboplastina Activada
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BIA – Balão Intra-aórtico
BO – Bloco Operatório
CCI – Comissão de Controlo de Infecção
CHVNG/E – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CMEEMC - Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Médico-Cirúrgica
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
DGS – Direcção Geral de Saúde
DN – Diário de Notícias
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
EAP – Edema Agudo Pulmão
ECG - Electrocardiograma
EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EESC – Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária
Enf.^a - Enfermeira
FiO₂ – Fracção de Oxigénio inspirado
I:E – Relação Inspiração/Expiração
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
INR – International Normalized Ratio
MI – Membros Inferiores
OBS – Sala de Observação
PCR – Paragem cardio-respiratória
PEEP – Pressão Positiva no Final de Expiração
RIH – Reanimação intra-hospitalar
SAM – Sistema de Apoio Médico
SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SU – Serviço de Urgência
TAC – Tomografia Axial Computorizada
TAE – Técnico auxiliar de emergência
TOT – Tubo Orotraqueal
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

	Página
0. INTRODUÇÃO	9
1. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO ESTÁGIO	12
1.1. Módulo I – Serviço de Urgência (SU)	12
1.2. Módulo II – Cuidados Intensivos (UCIC)	26
1.3. Módulo III – Enfermagem no Perioperatório (BO)	42
1.4. Competências Desenvolvidas	52
2. CONCLUSÃO	58
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
4. ANEXOS	64
▪ Anexo I – Panfleto – “Guia de Orientação para a Família/Visitas”	
▪ Anexo II – Panfleto – “Guia de Orientação para Cirurgia Cardíaca”	
▪ Anexo III – Check-list – “Auditoria em Cateteres Intravasculares”	
▪ Anexo IV – Check-list – “Equipamentos do Recobro”	
▪ Anexo V – Protocolo de Preparação do Doente para Cirurgia	

ÍNDICE DE QUADROS

Página

Quadro n.º1 – Quadro ilustrativo da relação cor atribuída/ urgência da situação/ tempo previsto de espera	13
--	-----------

0. INTRODUÇÃO

A realização deste Relatório insere-se no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa. Surge como resposta a uma exigência pedagógica no âmbito da Unidade Curricular: Relatório, que decorreu no segundo e terceiro semestres do curso acima referido e constitui um documento ilustrativo da aprendizagem adquirida durante o Estágio.

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de Enfermagem Avançada ao doente adulto e idoso com doença grave sendo especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico. Para desenvolver estas competências foi necessário adquirir saberes, fazer a ligação entre a teoria e a prática, desenvolver um espírito crítico-reflexivo para me ajudar a mobilizar, aprofundar e adquirir conhecimentos para a adaptação a novas situações e consequente resposta aos constantes desafios de Enfermagem.

O Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, no seu artigo 7º descreve o conteúdo funcional da categoria de Enfermeiro Especialista. Também o regulamento geral do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional prevê no seu plano de estudos para a obtenção de grau de Mestre a realização de um estágio, descrevendo os objectivos a atingir, orientando globalmente as competências a desenvolver.

A este estágio correspondem 30 ETCS (créditos), num total de 750 horas de trabalho. Destas, 540 horas são de contacto, sendo as restantes 210 horas para o trabalho individual. A referida Unidade Curricular divide-se em 3 Módulos: Módulo I – Serviço de Urgência; Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios e Módulo III – Opcional (Enfermagem no Perioperatório).

A cada um dos Módulos correspondem 10 ETCS (créditos), ou seja 250 horas de trabalho total, das quais 180 horas de contacto e as restantes 70 horas de trabalho individual.

Encontrando-me a exercer funções no Serviço de Medicina 4 do CHVNG/E, esta foi a instituição seleccionada para realizar o meu estágio, uma vez que se trata de um hospital central, com uma abrangência quase total das várias valências médicas. O desejo de conhecer o trabalho de enfermagem efectuado nos vários serviços da instituição é também uma justificação para a selecção deste local.

O Estágio referente ao Módulo I, foi realizado no Serviço de Urgência, entre 6 de Outubro a 22 de Novembro de 2008. A opção por este serviço foi a de tentar perceber a dinâmica dos cuidados prestados ao doente crítico, podendo mobilizar/adquirir conhecimentos e competências nesta área e permitindo-me, ainda, com a obtenção de uma visão global melhorar o meu desempenho no serviço de Medicina 4, após a transferência dos doentes para os cuidados sob a minha responsabilidade.

O CHVNG/E tem instalado algumas valências altamente diferenciadas que são consideradas como referência na Zona Norte e que lhe permitem assegurar integralmente o funcionamento de um Serviço de Urgência Polivalente, de acordo com os requisitos legais.

Segundo as Recomendações sobre a Organização dos Espaços do Serviço de Urgência pela Direcção Geral das Instalações e Equipamentos de Saúde (Ministério da Saúde, 2006), o CHVNG/E contempla no seu SU vários espaços recomendados, tanto das áreas clínicas, como não clínicas.

O Estágio correspondente ao Módulo II decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia do referido CHVNG/E, entre 24 de Novembro de 2008 a 31 de Janeiro de 2009. A escolha da referida Unidade para o desenvolvimento do estágio deve-se ao facto de eu ter um particular interesse em aprofundar/melhorar conhecimentos e competências na área de cuidados intensivos vertente cardiologia, nomeadamente por trabalhar num serviço de Medicina Interna onde muitas vezes se encontram internados doentes do foro cardíaco.

A UCIC iniciou o seu funcionamento em Outubro de 1990 com 3 camas, em Janeiro de 1991 aumentou a sua capacidade para 6 camas e actualmente tem a sua lotação máxima com 8 camas. Recebe doentes vindos directamente do SU, da Unidade Intermédia de Cardiologia, do Laboratório de Hemodinâmica e ainda de outros serviços desta Instituição. A transferência de doentes oriundos de outras Unidades de Saúde é também uma realidade deste serviço, uma vez que se trata de um serviço de referência na área específica da cardiologia.

Ao Módulo III correspondeu um estágio opcional, tendo-me sido permitido optar por uma área profissional específica em função do meu projecto profissional. A minha opção recaiu sobre Enfermagem no Perioperatório, uma vez que esta era uma realidade que sempre tive interesse em aprofundar, de forma a mobilizar/adquirir conhecimentos e competências relativas para assistência ao doente nas diferentes fases do perioperatório. Decorreu entre 12 de Maio a 7 de Julho de 2008 no Bloco Operatório Central.

O BO Central é constituído por 5 salas operatórias, sendo uma delas destinada a situações de urgência. O BO funciona com cirurgias programadas de segunda a sábado e tem sempre uma equipa para situações de urgência durante 24 horas. Realizam-se cirurgias de um vasto leque de especialidades cirúrgicas, designadamente Cirurgia Geral, Cardiorrácica, Urologia, Oncológica, Ortopédica e Vasculiar.

Este Relatório surge, assim, com o intuito de realçar o que foi realizado durante os 3 Módulos atrás referidos, através de uma reflexão crítica relativa aos objectivos gerais e específicos traçados para cada Módulo, bem como, dar visibilidade às actividades desenvolvidas para a concretização dos referidos objectivos, relatar as situações/problemas encontrados, referir as estratégias sugeridas e respectiva implementação para a sua resolução, assim como, mencionar as competências adquiridas, respeitando sempre os princípios Éticos e Deontológicos descritos no Código Deontológico do Enfermeiro.

Este relatório tem como objectivos: dar a conhecer a capacidade de identificar e analisar problemas, desenvolver estratégias, implementar soluções, demonstrar a capacidade de reflectir sobre as acções realizadas e as suas implicações éticas e sociais e revelar, ainda, capacidade de descrever adequadamente as conclusões alcançadas e obtenção do grau de mestre, após aprovação positiva na dissertação pública de natureza científica.

A metodologia escolhida para a realização deste trabalho baseia-se no método descritivo e analítico através da reflexão e exposição das diferentes actividades realizadas durante os vários módulos, confrontando-as com as actividades propostas no Projecto de Estágio, que procuram dar resposta aos diferentes objectivos a que me propus, assim como, através de uma análise crítica de possíveis situações/problema detectadas, sugerindo estratégias e respectiva implementação, e a identificação das respectivas competências adquiridas ou desenvolvidas durante o Estágio nos 3 Módulos.

Com este trabalho pretendo demonstrar a importância do Estágio ao longo dos 3 Módulos na aquisição de competências e da necessidade da constante mobilização de conhecimentos, necessários ao percurso de aprendizagem e enriquecimento pessoal e profissional indispensáveis ao cabal desempenho da função de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este relatório encontra-se dividido em 3 partes: na introdução é realizada uma breve contextualização dos 3 módulos, justificação das opções realizadas, caracterização sumária dos locais de estágio.

O desenvolvimento encontra-se dividido em 4 pontos. Os 3 primeiros (pontos 1.1. a 1.3.) referem-se ao estágio realizado em cada uma das 3 áreas de actuação (SU, UCIC e BO). Para isso tive necessidade de fazer uma distinção entre os objectivos traçados para cada Módulo, assim com as respectivas reflexões críticas, com base nos objectivos específicos e actividades propostas.

No ponto 1.4. faço uma análise das competências inerentes ao grau de Enfermeiro Especialista que foram adquiridas ao longo dos 3 módulos enunciando os contributos de cada um deles para a sua aquisição.

Na conclusão encontra-se uma breve síntese dos aspectos considerados mais relevantes.

1. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO ESTÁGIO

Num contexto de prática clínica, o meu principal objectivo foi de adquirir competências específicas na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, proporcionando-me um contacto com novas realidades e experiências, possibilitando-me uma intervenção ajustada às necessidades detectadas.

Para cada um dos 3 Objectivos Gerais do Plano de Estudos foram traçados Objectivos Específicos e enunciadas actividades/estratégias que foram sendo desenvolvidas ao longo do Estágio, tendo por base o conteúdo do Projecto inicialmente elaborado.

Neste capítulo é realizada uma abordagem crítica e reflexiva dessas mesmas actividades/estratégias, salientando a sua relevância e adequação. A abordagem será descrita para cada um dos Módulos de Estágio: Módulo I: Serviço de Urgência; Módulo II: Cuidados Intensivos e Módulo III: Enfermagem no Perioperatório.

1.1. Módulo I – Serviço de Urgência (SU)

Para operacionalizar o **Objectivo Geral**: “Saber aplicar os conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica”, delineei três objectivos específicos, que passo a referir:

- ✓ Avaliar e analisar todo o processo de abordagem ao doente crítico;
- ✓ Compreender a dinâmica dos cuidados prestados;
- ✓ Colaborar na gestão dos recursos humanos e materiais.

Actividades realizadas:

- Entrevista com a Enfermeiro Tutor e restante equipa multidisciplinar para recolha de informação relacionada com a dinâmica dos cuidados prestados ao doente crítico;
- Interrelacionar e integrar conhecimentos apreendidos no CMEEMC;
- Estabelecer prioridades para os problemas identificados;
- Colaborar na admissão e estabilização do doente crítico;
- Executar técnicas e procedimentos específicos de enfermagem;
- Interrelacionar e integrar conhecimentos apreendidos nas aulas teóricas;
- Ser capaz de detectar alterações fisiopatológicas mais comuns no doente crítico;
- Observar o papel desempenhado pela Enfermeiro Especialista na gestão de recursos humanos e materiais;
- Colaborar nas actividades relacionadas com a gestão do serviço.

Durante o estágio, tive oportunidade de passar pelas diferentes áreas da urgência, triagem, área amarelo/laranja, área verde/azul, pequena cirurgia, ortopedia e sala de reanimação.

Pude constatar as realidades das diferentes áreas, permitindo-me, assim, analisar todo o processo de abordagem ao doente crítico nas respectivas áreas.

Enfermagem de Urgência é a prestação de cuidados em indivíduos, de todas as idades, que apresentem alteração da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras informações. Os cuidados de enfermagem de urgência são episódicos, primários e, normalmente agudos (Sheehy, 2001).

A seguir descrevo as diferentes áreas da urgência.

Triagem

A Triagem no Serviço de Urgência tem como objectivo único priorizar os doentes consoante a gravidade clínica como se apresentam no Serviço.

Após efectuar a inscrição na admissão de utentes, o utente é encaminhado para o gabinete de triagem, onde será atendido por um Enfermeiro, que lhe fará algumas perguntas sobre o motivo da sua vinda e após uma observação rápida e objectiva lhe atribuí uma “cor”.

Existem cinco cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, cada uma representa um grau de gravidade e o tempo ideal em que o doente deverá ser atendido. Com exemplifica o seguinte quadro.

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO ALVO
1	Emergente	Vermelho	0 minutos
2	Muito urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Pouco urgente	Verde	120 minutos
5	Não urgente	Azul	240 minutos

Quadro n.º1 – Quadro ilustrativo da relação cor atribuída/ urgência da situação/ tempo previsto de espera.

A Triagem de Manchester surgiu para existir um atendimento mais rápido, sistematizado, tendo por base as queixas do doente, para posteriormente definir a prioridade de atendimento e encaminhar para a respectiva área clínica.

Passei pela triagem, onde detectei alguns problemas, designadamente, a não existência de fluxograma para hipertensão e nenhum discriminador indicativo do valor da tensão arterial. Como sabemos, hoje em dia há cada vez mais doentes hipertensos.

Normalmente, os doentes hipertensos são encaminhados pelo Centro de Saúde, para o Hospital.

Como é que os enfermeiros fazem a triagem e resolvem esta situação?

Os enfermeiros escolhem o quadro indisposição no adulto: avaliam a tensão arterial, imprimem o episódio e escrevem a caneta o valor da tensão arterial do doente e referenciam ao médico da área amarelo/laranja ou verde/azul.

Na triagem pude encontrar vários doentes referenciados pelo Centro de Saúde, com carta, referindo a hipertensão, e outros que fizeram uma avaliação da tensão arterial, e por sugestão do farmacêutico recorrem ao hospital.

A fim de melhorar os meus conhecimentos relativos acerca da Triagem realizei uma pesquisa relativa ao método de Triagem de Manchester.

Se analisarmos quais os sinais vitais que são avaliados na triagem, deparamo-nos com o facto de a avaliação da tensão arterial, não ser pedida em nenhum fluxograma.

Embora, a avaliação da tensão arterial não faça parte de nenhuma avaliação por parte do enfermeiro da triagem, eles possuem um monitor com saturímetro, frequência cardíaca, avaliação da tensão arterial, que em muitas situações é importante a avaliação destes sinais vitais.

Normalmente, quando os doentes vêm referenciados do Centro de Saúde com carta, o doente é triado, e recebe uma cor de acordo com o fluxograma e é orientado para a respectiva área de observação clínica.

Se verificarmos quais são os discriminadores gerais na Triagem de Manchester podemos constatar: risco de vida (discriminador específico: compromisso da via aérea, estridor, apneia ou dispneia e ausência de pulso ou choque); dor (discriminador específico: dor severa, moderada e qualquer dor); hemorragia (discriminador específico: hemorragia exsanguinante, grande hemorragia incontrolável, pequena hemorragia incontrolável); grau de estado de consciência (discriminador específico: convulsão actual, alteração do estado de consciência e história de perda de consciência); temperatura (discriminador específico: hipotermia, adulto quente e febrícula) e agravamento (discriminador específico: problema recente, lesão/ferimento recente) (Grupo Português de Triagem, 1997).

Os Discriminadores, como nome indica, são factores que fazem discriminação de doentes de forma a permitir a inclusão destes numa das cinco prioridades. Podem ser gerais ou específicos, como atrás descrito.

Ao analisar esta situação, verificamos não existir nenhum fluxograma que nos peça a avaliação da tensão arterial. A forma como os enfermeiros tentam resolver este problema é utilizando como fluxograma indisposição do adulto e como discriminador a dor.

Parece ser uma boa estratégia para tentar contornar o problema, mas não é de todo a mais correcta. Pois podemos estar a falsear a razão pela qual o doente vem ao SU. Uma estratégia para tentar resolver este problema, era propor um estudo de quantos doentes dão entrada no SU com hipertensão arterial. Com fundamentação nos resultados obtidos propor ao Grupo Português de Triagem, uma reformulação dos discriminadores, incluindo a avaliação da tensão arterial, como discriminador específico.

Outra situação que detectei na Triagem de Manchester, foi a de um doente que se queixou com mau estar com evolução de alguns dias, tendo sido triado com a cor verde. Após várias horas de espera, foi observado na área verde/azul pela Médica, que lhe pediu um ECG, aquando a sua realização, é lhe diagnosticado EAM. Sendo encaminhado para área amarelo/laranja. Colaborei na abordagem a este doente, de acordo com o apreendido nas

aulas de patologia do CMEEMC: monitorização do doente; colocação de oxigenoterapia por ventimask a 50%; cateterização de acessos periféricos (num acesso perfunde 50 mg de dinitratos em 200cc de soro fisiológico a 10 ml/h e no outro administra-se terapêutica, 2mg de Morfina, ácido acetilsalicílico 1800 mg por via endovenosa); administração de antiagregante plaquetar (300 mg de clopidogrel, por via per-os e enoxaparina 40mg por via subcutânea). De seguida, o doente foi transferido para o Laboratório de Hemodinâmica, para a realização de cateterismo. Foi acompanhado pelo Enfermeiro Responsável pelos transportes e pelo Cardiologista.

Se as queixas do doente tivessem sido mais específicas, com dor pré-cordial ou dor torácica, teria sido encaminhado de imediato para realização ECG e o atendimento teria sido mais rápido.

Achei o tema da triagem interessante, motivando-me a pesquisar artigos de opinião acerca da triagem.

Segundo um estudo levado a cabo por Paulo Freitas, em 2008, no Hospital Amadora-Sintra, chegou a conclusão que o Sistema de Triagem de Manchester “nunca impedirá a morte de ninguém”, e que é um instrumento “muito poderoso de previsão de morte e de doença grave”. Este estudo avaliou cerca de 600 mil episódios de urgência que correspondem a triagem, a internamento, a mortalidade e garante que a percentagem de erro em Portugal é inferior a 20%, a prevista em Inglaterra.

Outro artigo, evidência que o problema da Triagem de Manchester é o de que ao tentar reduzir os doentes a protocolos mais ou menos rígidos, tem forçosamente de colocar situações díspares no mesmo saco e pecar por excesso.

A conclusão a que chegaram foi a de que o facto da Triagem de Manchester ter sido aferida num sistema de saúde completamente diferente do nosso. Por exemplo, não têm neurologistas no SU, nem a principal causa de morte são os AVC. Sendo estes desvalorizados pelo sistema, o que pode ter implicações na janela terapêutica para intervenção aguda nos AVC isquémicos. Paradoxalmente, num país que está a criar uma via verde dos AVC, os sinais neurológicos focais estão em terceira linha e apenas conseguem um amarelo.

Refiro algumas vantagens da Triagem de Manchester: informatização e organização da triagem em alguns hospitais, sendo efectuada num espaço físico condigno e reservado.

Área Amarelo/laranja

Na área amarelo/laranja pude finalmente perceber a razão pela qual os colegas do SU se debatem no dia-a-dia por melhores condições físicas e estruturais, apesar das instalações serem novas.

Esta área, apesar de ter um espaço mais amplo que nas antigas instalações e ter tirado os doentes do corredor, tem menos espaço que a mesma área nos contentores, que asseguraram o serviço durante as obras (havia um espaço independente para a área amarela e para a área laranja). Aqui é um único espaço partilhado, onde as macas com os doentes se acumulam lado a lado, sem condições de privacidade, quase sem espaço para chegarmos aos doentes e sem as devidas distâncias aconselhadas pela Comissão de Controlo de Infecção

deste hospital. O espaço não permite ter uma visão global. Os doentes, apesar de não ser o desejado acabam por permanecer internados mais de 24h, em macas estreitas, sem grades e com colchões pouco apropriados para doentes acamados, muitos deles com úlceras de pressão.

Segundo o CCI deste hospital, têm preconizado como ideal para a estrutura física das diferentes áreas, as seguintes condições:

- As salas de internamento devem ter no máximo quatro camas, contabilizando-se cerca de nove metros quadrados para cada cama. Todavia a área amarelo/laranja não foi estruturada para ser uma sala de internamento, por isso não cumpre os requisitos;
- As camas devem ter uma distância mínima entre si e das paredes de um metro, sendo o ideal de pelo menos 1,30 m. Este item não é cumprido nesta área;
- Cada cama deve ter disponível, um conjunto de tomadas constituído, no mínimo: por uma de oxigénio, uma de vácuo, uma de ar comprimido e pelo menos três de electricidade. Muitas vezes no SU, os doentes dividem a mesma saída de oxigénio;
- Deve existir uma casa de banho por cada quatro camas, sendo o rácio mínimo de um chuveiro por cada doze camas. No SU, em cada sala de espera existe uma casa de banho, e existe uma junto a área amarelo/laranja;
- Em cada sala deve estar disponível um lavatório ou um dispositivo alternativo de solução alcoólica para a higiene das mãos, idealmente junto à entrada da porta da sala de internamento. Na área amarelo/laranja existem três lavatórios, onde se encontram as soluções alcoólicas para higienização das mãos (este item é cumprido);
- As portas das salas utilizadas para passagem de camas e macas, designadamente, nas salas de urgência devem ter no mínimo 1,40 m de largura útil e serem constituídas por duas folhas (este item é cumprido nesta área);
- Os corredores destinados a circulação de macas, camas e cadeiras de rodas devem ter no mínimo 2,20 m de largura, não devendo ser utilizados como áreas de espera. Muitas vezes encontram-se doentes internados nos corredores.
- Idealmente devem existir circuitos separados para limpos e sujos. No entanto, apesar desta medida trazer benefícios de ordem prática e de organização hospitalar, não constitui uma medida fundamental na prevenção da infecção através do meio ambiente, desde que o princípio de contenção na fonte seja respeitado, isto é, que os materiais, resíduos hospitalares e roupas sejam recolhidos junto ou muito próximo da cama ou unidade do doente e que circulem bem acondicionados e em meios de transporte adequados para o fim a que se destinam. Este ponto não é cumprido na íntegra, pois só existe uma sala de sujos, em todo o SU e os AAM tem de andar de aparadeira e urinol na mão, pelo corredor fora, até chegarem à sala de sujos. Também deve ser um aspecto a melhorar nesta área, além dos outros atrás referidos.

Outra situação que merece ser referenciada nesta área é a sua disposição: a sala de enfermagem fica entre paredes impossibilitando a percepção de todos os doentes e o que se passa com eles.

É uma área onde existe uma sobrelotação de doentes, encontrando-se os doentes internados da área laranja misturados com doentes da área amarelo/laranja. A única coisa que permite distinguir os doentes internados dos outros, é uma folha A4 que está colocada numa parede ao lado do doente, onde identifica: nome do doente, n.º de maca, data de internamento e OBS laranja.

Então quando chega a hora da medicação, encontrar doentes internados misturados com os doentes da área amarelo/laranja é muito complicado, e a forma como eles se encontram divididos é completamente aleatória, evidenciando-se deste modo a falta de organização.

Para quem chega a este serviço é muito complicado trabalhar, pois conseguir organizar-se no meio desta confusão, é muito difícil, só o simples facto de encontrar um doente, por vezes é complicado, principalmente quando são afásicos.

Para esta área encontram-se destacados três enfermeiros: um responsável pela área amarela, um responsável pela área laranja e um responsável pelos doentes internados.

Na área amarelo/laranja encontram-se doentes com patologia cardíaca, pulmonar respiratória, desequilíbrios hidro-electrolíticos, intoxicados e doentes vindos da sala de reanimação, que ficam na Box vermelha ou na OBS laranja.

Foi um das áreas que gostei e me foi particularmente útil conhecer, atendendo a que os doentes internados no serviço onde exerço as minhas funções (Medicina 4) provêm de lá. Ao passar nesta área pude perceber a forma como os doentes chegam ao serviço de Medicina com úlceras de pressão, maus cuidados de higiene, pensos secundários repassados entre outras coisas.

Normalmente nesta área não se fazem abordagens ao doente crítico. Esta abordagem está mais direccionada para a sala de reanimação.

A prestação de cuidados, por parte do enfermeiro na área amarelo/laranja, é puramente técnica, tendo como base o modelo biomédico, em que as intervenções interdependentes se sobrepõem às autónomas.

Basicamente nesta área, o doente é observado pelo Médico, que posteriormente, faz a prescrição no “Alert” e o Enfermeiro valida a prescrição e administra ao doente.

Área Verde/azul

Na área verde/azul constatei que os doentes triados chegam a esperar cerca de 6 horas para serem atendidos. Uma grande percentagem dos doentes que recorrem ao SU fazem-no por situações que se houvesse uma rede de Cuidados de Saúde Primários que funcionasse na plenitude, certamente reduziria o recurso ao Hospital de um n.º significativo de doentes e permitiria que os doentes que realmente precisam do atendimento hospitalar não tivessem de esperar cerca de 6 horas para serem atendidos. Daqui resulta um ciclo vicioso, que aumenta os tempos de espera e o desespero de quem espera. A abordagem ao doente nesta área resume-se a administração de terapêutica.

Pequena Cirurgia e Ortopedia

De referir que a pequena cirurgia é uma área que dá resposta à área amarelo/laranja do foro cirúrgico e ortopédico. Nesta área efectuei tratamentos a alguns ferimentos: colaborei na prestação de cuidados de conforto aos doentes internados com fracturas trocantéricas, na administrei medicação e preparei doentes para o bloco operatório.

Os doentes nesta área encontram-se na mesma situação dos doentes internados na área amarelo/ laranja, com a agravante do espaço ser mais reduzido e terem que ficar por vezes no corredor. No entanto, também não são em número tão elevado como os doentes que acorrem à área amarelo/ laranja, por ser uma valência mais específica.

Verifiquei, como os colegas preparam os doentes para o bloco: vestem a bata, colhem análises sanguíneas, colocam acesso venoso e a soroterapia prescrita. Esperam que doente seja chamado para o bloco operatório, sendo para aí transportado pelo AAM. O que deveria acontecer era o seu acompanhamento pelo Enfermeiro e AAM, pois há informações, acerca do doente, que têm de ser referenciadas ao colega do bloco.

Um ponto importante, de que tanto se fala hoje em dia, é do banho antisséptico nas 24 horas anteriores à cirurgia e no dia da cirurgia, o que não acontece neste serviço. Quando perguntamos a razão por não prestarem este cuidado ao doente, dizem que as instalações não têm condições adequadas para prestação deste cuidado.

Os Enfermeiros dos cuidados gerais têm de ter inerente ao seu exercício profissional: adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses, legalmente protegidos, dos cidadãos. O exercício da actividade profissional dos Enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Reportando-me ainda a falta do banho antisséptico, em meu entendimento, embora entendendo a dificuldade existente, que este problema deveria ser corrigido mudando certas atitudes/comportamentos que poderão estar enraizados.

Sala de Reanimação

Na minha passagem pela sala de reanimação, foi-me explicado o funcionamento da mesma, quais os protocolos de actuação em relação à Via Verde AVC e Coronária e Reanimação Intra-Hospitalar, como actuam o RIH1 e RIH2: o RIH 1 fica responsável pelo A (Via aérea) e B (Ventilação) e o RIH 2 fica responsável pelo C (Circulação) na abordagem ao doente crítico.

Na sala de reanimação têm sempre preparado os fármacos de emergência. São eles: adrenalina, atropina e uma seringa com 20 cc de soro fisiológico e um soro fisiológico de 500cc com sistema de soros e torneira, que se não forem utilizados são substituídos cada 24 horas.

Têm protocolado todo material das técnicas de enfermagem e interdependentes: uma estante com gavetas, onde cada gaveta está identificada com a técnica, por exemplo, algaliação, entubação nasogástrica, torocentese e cateter venoso central. Aquando da abordagem ao doente crítico, só precisamos de tirar a gaveta ou gavetas e coloca-la no carro de apoio, para depois executarmos ou colaborarmos na técnica ao doente crítico.

Devido ao facto de termos todo o material preparado para a técnica conseguimos poupar muito tempo na abordagem ao doente crítico.

Na sala de reanimação deparei com doentes com os seguintes diagnósticos: AVC (Via Verde AVC); Edema Agudo do Pulmão e Enfarte Agudo do Miocárdio (Via Verde Coronária).

Quando um doente vem referenciado com via verde AVC, o RIH1 já tem conhecimento da situação, pois o CODU informa o RIH1, via telefónica, para activar a via verde. Então, o RIH1 activa a via verde, isto é, acciona o Médico de Medicina Interna, e aguarda-se a chegada do doente na sala de reanimação.

A abordagem ao doente crítico com suspeita AVC é a seguinte: avaliação do estado neurológico; monitorização do doente (TA, FC, Saturação de Oxigénio, Temperatura Axilar); colocação de acesso venoso periférico; punção venosa para hemograma, bioquímica e 2 estudos de coagulação e pesquisa de glicemia capilar.

Enquanto enfermagem realiza protocolo de actuação, os Médicos fazem a avaliação do doente e preenchem o protocolo de registo de AVC.

O doente tem de preencher os seguintes critérios de elegibilidade para terapêutica fibrinolítica no AVC: idade superior 18 e inferior a 80 anos; o início dos sintomas tem de ser inferior a 3 horas; TA igual ou inferior a 185/110 mmhg (sem medidas agressivas).

Depois desta avaliação o doente segue para TAC, monitorizado e acompanhado pelo Médico e Enfermeiro. Após a realização do TAC segue para sala de reanimação para o Médico analisar o relatório do TAC e decidir quanto a actuação a seguir.

O protocolo de actuação deve ser terminado no prazo de 1 hora.

A primeira vez que fiquei na sala de reanimação foi accionada via verde AVC, através do CODU, dando entrada na sala uma doente com 72 anos, que tinha uma prioridade II, isto é um quadro neurológico detectado ao acordar e com tempo de duração entre 3 e 24 horas, em doente previamente independente.

Foi monitorizada, puncionado acesso venoso periférico, feita colheita de sangue para hemograma, bioquímica e 2 estudos de coagulação. Os tubos de sangue da doente são rotulados com identificação da mesma é colocado um colante verde, para no laboratório saberem que se trata de uma Via Verde e ser dada prioridade. Realizada pesquisa de glicemia capilar, verificou-se que a doente se encontrava normoglicémica. Posteriormente foi realizar TAC sem contraste. Todas estas actividades decorreram num tempo de 15-20 minutos. É muito importante respeitar o tempo preconizado no protocolo de actuação nos doentes com AVC, que não deve exceder 1 hora.

A decisão clínica foi a de que a doente não reunia condições para realizar trombólise. Então foi encaminhada para a OBS laranja.

Na entrevista de 30/9/08 ao DN o Dr. Rui Ferreira referiu que as vias verdes facilitam o encaminhamento rápido de doentes para os Hospitais, já estão a conseguir evitar centenas de mortes por ano, com excepção do AVC, salientando que a mortalidade relacionada com a doença isquémica cardíaca, que engloba o enfarte do miocárdio, caiu mais de 22% entre 2006

e 2007. É o primeiro sinal de que a introdução da via verde coronária está a garantir um atendimento mais atempado aos utentes e acesso aos tratamentos mais eficazes.

Desta vez, entrou um doente trazido pela VMER com EAM.

Cerca de metade das mortes por EAM ocorrem nas primeiras 2 horas, após o início dos sintomas e cerca de 2/3 ocorrem na comunidade, sem que o doente tenha assistência médica.

A avaliação inicial de um doente com EAM deve ser efectuada em 10 minutos, não devendo exceder os 20 minutos. A primeira etapa é estabelecer o diagnóstico. Este baseia-se na existência de dor torácica com carácter opressivo, de localização retroesternal, com 20 minutos (ou mais) de duração, sem alívio com nitroglicerina sublingual e apresentação dos seguintes sinais de diagnóstico: palidez, sudorese e os resultados do ECG.

Colaborei com o Enfermeiro Tutor na abordagem a um doente com EAM, consistindo: na avaliação física do doente; na monitorização do mesmo; na colocação de oxigenoterapia por ventimask a 40%; na punção venosa de dois acessos venosos periféricos, por um encontra-se a perfundir perfusão de Nitratos (são hemodinâmicos, sendo também eficazes no alívio da dor); administração de AAS (a administração da aspirina constitui um importante benefício adicional ao uso de trombolítico, alcançando-se uma redução combinada de mortalidade de 50 doentes para cada 100 tratados) e administração de 2 mg de morfina, por via endovenosa.

Foi realizado um ECG, pela Técnica de Cardiopneumologia. Após a estabilização do doente, foi o mesmo transportado até ao Laboratório de Hemodinâmica, para realizar cateterismo cardíaco, a fim: obter a confirmação da presença de doença cardíaca de que se suspeita, incluindo doença coronária, doença cardíaca congénita, doença valvular e doença miocárdica; determinar a localização e gravidade do processo patológico.

Tivemos outro caso, em que o doente que foi trazido da área laranja, com diagnóstico de Edema Agudo do Pulmão (EAP). Tratou-se de um doente com 68 anos com problemas cardíacos, apresentando dispneia e sudorese intensa.

O EAP é a consequência do desequilíbrio das forças de Starling, com a acumulação de fluído no interstício e alvéolos pulmonares. É um síndrome clínico que se caracteriza por uma emergência médica, determinada pelo acúmulo anormal de fluídos no compartimento extra vascular pulmonar, resultando em hipoxémia, aumento do trabalho respiratório, diminuição da complacência pulmonar e alteração da relação ventilação-perfusão.

Os sintomas mais frequentes são: dispneia; aumento da frequência respiratória; pele fria pálida e húmida; acidose metabólica; fadiga; cianose; diminuição da saturação de oxigénio.

Os meios auxiliares de diagnóstico para além do exame clínico são: radiografia do tórax, onde são visíveis infiltrações alveolares e intersticiais, gasimetria, hemograma, bioquímica, enzimas cardíacas e ECG.

A abordagem realizada ao doente consistiu em: sentar o mesmo com cabeceira a 90° e membros inferiores pendentes (optimizar ventilação através do posicionamento), monitorização do doente (vigilância dos sinais vitais), colocação de máscara de alto débito (oxigenar o doente), colocação de acesso venoso periférico para a administração de 60 mg de lasix e

300mg de hidrocortisona, nebulização com combivent e pulmicort e algaliação (para monitorizar débito urinário).

Após a estabilização do doente, este voltou para área laranja, a fim de lhe darem continuidade aos cuidados de enfermagem.

De referir a importância dos saberes adquiridos ao longo CMEEMC, para minha actuação na sala de reanimação.

No início e final de cada turno, ajudei: a repor os materiais utilizados na sala de reanimação; a efectuar a verificação do funcionamento do ventilador da sala e de transporte, dos desfibriladores da sala e de transporte; na preparação da medicação mais utilizada em situações de Suporte Avançado de Vida; na verificação da funcionalidade das saídas de Oxigénio (O₂) e das balas de transporte; assim como na verificação das condições dos ambús de cada uma das unidades da sala de reanimação.

O desenvolvimento desta actividade ajudou-me a perceber a orgânica da sala de reanimação e quais as funções inerentes ao cargo de Enfermeiro, responsável pela mesma.

Foi gratificante, ter passado pela sala de reanimação, pois pude pôr em prática os meus saberes, alguns adquiridos com experiência profissional e outros nas diferentes disciplinas do curso do Mestrado.

Para a realização de todas actividades atrás descritas muito me ajudaram os conhecimentos apreendidos nas aulas teóricas das diferentes disciplinas do CMEEMC.

Após a passagem pelas diferentes áreas do SU, a fim de concretizar os objectivos atrás descritos de “Avaliar e analisar todo o processo de abordagem ao doente crítico e o de Compreender a dinâmica dos cuidados prestados”, posso concluir que o enfermeiro que trabalha no Serviço de Urgência acaba por reproduzir um modelo assistencial biomédico, tecnicista, centrado no corpo da pessoa, em que as necessidades psicossociais dos individuais são postas em segundo plano durante a prestação de cuidados de enfermagem. Isto gera, além de uma fragmentação teórico-prática, uma contradição teórico-prática na profissão, em função de que a humanização no contexto hospitalar é preconizada e defendida pelos profissionais, mas que na prática e neste contexto, pouco representa e pouco se realiza.

Na concretização do objectivo: Colaborar na gestão de recursos humanos e materiais: recebi orientações da Enf.^a Chefe e colaboradoras, num dos turnos realizados: referiu-se aos assuntos a tratar em reunião a realizar com equipa de enfermagem; demonstrou-me, através de uma apresentação em PowerPoint, que taxa de afluência de doentes que recorrem ao SU não aumentou. O que aumentou foi o de tempo de internamento, o mesmo é dizer a gravidade da situação clínica dos doentes.

Acho interessante referenciar esta constatação, pois existe uma ideia pré-concebida, embora não correspondendo a verdade, que após o encerramento da urgência do Hospital de Espinho aumentou o número dos doentes a recorrer ao SU do CHVNG/E.

Na minha passagem pelo gabinete da Enfermeira Chefe tive ainda possibilidade de observar e participar na organização dos recursos humanos e materiais do SU, cooperando com as enfermeiras que colaboram, diariamente, na gestão do serviço, na requisição de

materiais de uso clínico ao armazém e de medicamentos a farmácia (incluindo os estupefacientes para cofres de cada área).

A Enf.^a Chefe referiu-se ainda ao desenvolvimento de um novo projecto: cada doente terá um encarregado (o convivente significativo). Será a pessoa que ficará responsável pelo doente, só ela terá acesso a informações do doente e ficando responsável pela gestão da informação com a restante família.

Pude ainda entender que a comunicação com 102 enfermeiros, não é fácil, daí a importância de haver um enfermeiro responsável para cada uma das 5 equipas (A; B; C; D e E).

O enfermeiro responsável por cada equipa, realiza as tarefas que lhe são distribuídas pela Enfermeira Chefe e organiza os cuidados de enfermagem na sua equipa com base nos recursos humanos e materiais disponíveis.

Na concretização deste objectivo tive oportunidade de em todos os outros turnos colaborar com Enfermeiro Tutor na gestão dos recursos materiais das respectivas áreas.

Foi importante, para mim, perceber toda a dinâmica empregue na gestão de um serviço, por julgar ser de grande importância para qualquer enfermeiro e em especial para um Enfermeiro Especialista, como colaborador responsável na organização dos serviços.

Relativamente ao **Objectivo Geral**: “ Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”, tracei quatro objectivos específicos:

- ✓ Promover a aquisição e o desenvolvimento do conhecimento e pensamento crítico num contexto de urgência;
- ✓ Aplicar conhecimentos e adquirir competências na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, direccionada para o doente crítico;
- ✓ Desenvolver o estágio de acordo com os Princípios Ético-Legais e Código Deontológico do Enfermeiro;
- ✓ Desenvolver competências relacionais e comunicacionais com o doente e família.

Actividades realizadas:

- Avaliar, registar e reflectir sobre os procedimentos colocados em prática;
- Analisar a humanização dos cuidados existentes no SU;
- Interrelacionar os conhecimentos teóricos adquiridos;
- Mobilizar conhecimentos teórico-práticos anteriormente adquiridos e aplica-los de forma pertinente;
- Planear os cuidados prestados ao doente de risco e família;
- Participar e colaborar activamente na prestação de cuidados;
- Pesquisa bibliográfica acerca da humanização dos cuidados no SU;
- Respeitar os Princípios Deontológicos e Ético-Legais da profissão de enfermagem;

- Comunicar com doente e família, de forma assertiva, promovendo sentimentos de segurança e confiança, estabelecendo uma relação de empatia e de ajuda;
- Respeitar os valores e crenças do doente, encarando-o como um ser biopsicossocial.

Verifiquei que no SU, não existe grande preocupação com a humanização dos cuidados, privilegiando-se a enfermagem direccionada para a parte técnica.

Embora percebendo que o SU é um serviço vocacionado para o atendimento do doente crítico e que temos de ter bem definido mentalmente qual o plano de cuidados a traçar para qualquer doente, com determinado diagnóstico, e que temos de ter os conhecimentos teóricos bem adquiridos, para não ocorrerem erros, não devemos descurar que também é de extrema importância a Humanização dos Cuidados e a nossa relação com o doente.

O SU funciona com a seguinte rotina e circuito em todas as áreas: o doente triado é direccionado para a área correspondente, é observado pelo Médico que faz a prescrição no “alert”, o Enfermeiro vê a prescrição, prepara material para punção venosa e colheita da sangue e prepara terapêutica prescrita, chama pelo doente, confirma a sua identificação, punciona-o, colhe sangue e administra medicação prescrita e de seguida encaminha o doente para a sala de espera e de seguida valida a prescrição.

Pouco ou nada falam com o doente, a maior parte das vezes nem sabem a causa que motivou a vinda do doente a urgência.

Considerando que é de extrema importância a relação de ajuda e a humanização dos cuidados, realizei uma pesquisa bibliográfica acerca desta temática.

As conclusões de um artigo sobre Humanização do Cuidado no Ambiente Hospitalar (Bettinelli, 2003), foram as seguintes: o processo de humanização nas Instituições Hospitalares pressupõe, em primeiro lugar, a compreensão do significado da vida do ser humano, o que não é uma tarefa fácil, pois envolve muitos factores, além de princípios éticos, aspectos culturais, económicos, sociais e educacionais. A maneira de cuidar nem sempre admite resposta adequada e produtiva. Também é importante enfatizar que novos tempos estão a exigir dos profissionais mais competências, não apenas nas áreas científica e tecnológica, mas também na vivência dos valores éticos. A ética vem-se tornando uma necessidade crescente, à medida que se desenvolvem novas tecnologias de cuidado.

De realçar que a qualificação profissional passa também pelo cultivo dos valores éticos, e demonstração de solidariedade, que poderá ser construída na convivência com as pessoas envolvidas no processo do cuidado.

A humanização das relações do cuidado poderá tornar-se realidade quando o contexto social incorporar também essa atitude de humanidade e valorizar a dimensão humana de cada pessoa.

É necessário descobrir o sentido oculto em cada situação da vida. Também os profissionais de saúde precisam de buscar, a cada momento, um sentido oculto no cuidado, a

fundamentação do trabalho ético, reflexivo e solidário. Este é o desafio: viver o cuidado como componente essencial da valorização da vida.

Então humanização decorre do olhar de compreensão e da presença solidária do profissional. Eis a razão, porque urge que trilhemos novos caminhos, onde possamos demonstrar, com intensidade e satisfação, a solidariedade exigida pelo cuidado, e sua consequente e preconizada humanização.

Gonçalves (2004) conclui que o enfermeiro não deve fechar-se sobre a “capa” da capacidade técnica e eficiência, porque muitas vezes o cliente só precisa de ser ouvido, de expôr as suas angústias e preocupações. Perante um enfermeiro “tecnicista”, o cliente vai-se embora sem ter o problema resolvido.

Ser um bom enfermeiro é considerar a Enfermagem como uma profissão de Amor, de ir ao encontro do outro. É o Amor que nos ajuda a ir em frente, a acreditar que um melhor dia virá. É o Amor pelo próximo que nos faz sonhar com a profissão que nos permite ajudar alguém, prestando-lhe uma atenção particular.

O que eu pretendo reflectir com a leitura destes artigos, é que existem duas categorias de enfermeiros, identificando aspectos da respectiva prática. Só existe alguém que nos pode dizer o que fazer para nos tornarmos melhores profissionais, é o doente. Para isso, é necessário saber escutar, ouvir com atenção o que os doentes têm para nos dizer, compreende-los, proporcionando-nos assim, podermos melhorar o nosso desempenho como Enfermeiros, avaliando acções/intervenções, a fim de as melhoramos.

Na prática diária, o enfermeiro deve procurar construir o seu próprio modelo de referências, de acordo com os seus valores e objectivos, o Código Deontológico do Enfermeiro, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e de Cuidados Especializados, entre outros aspectos.

Se analisarmos esta situação a nível jurídico, podemos também concluir que os enfermeiros têm de promover a humanização no atendimento a todos os doentes, desenvolver um bom relacionamento entre os doentes e os prestadores de cuidados de saúde. O doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, e de reabilitação e terminais; tem direito à prestação de cuidados continuados e direito ao cuidado.

Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo de prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Dec-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro).

O Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de Enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competências científicas, técnica humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.

Constatei, que os colegas no SU não prestam cuidados de higiene totais aos doentes internados. Também verifiquei, tratar-se de uma tarefa árdua, pois não possuem cortinas suficientes, e a privacidade do doente não iria ficar assegurada. Verifiquei também que rácio de doentes/enfermeiro, normalmente é superior a 16/1, verificando uma situação do rácio ser de 28/1, impossibilitando o Enfermeiro de avaliar sinais vitais, posicionar e comunicar com os doentes e família. Ou seja face ao número de doentes, a existência de enfermeiros deveria ser superior.

Como atrás referi, existe apenas um Enfermeiro responsável pelos internados na OBS laranja, tornando-se assim impossível prestar cuidados de qualidade nesta área, situação agravada pela inexistência de condições para assegurar a privacidade do doente, ficando muitas vezes uma maca com uma doente do sexo feminino junta com uma maca de um doente do sexo masculino, separada apenas por milímetros, não respeitando sequer as normas da CCI.

No SU existe um gabinete de informação, onde os familiares se dirigem para obter informações do familiar, estas informações são muito vagas e referem-se essencialmente a se o doente fica internado, qual o serviço, se fez análises, ou exames e pouco mais.

Os enfermeiros têm inerente ao seu exercício profissional várias áreas de competências, são elas: prestação de cuidados, comunicação, educação/formação, advogado do doente, análise e investigação, gestão, desenvolvimento da pessoa como profissional e liderança.

A obtenção destas competências dá-se através da aquisição e mobilização de conhecimentos, através de uma formação contínua, da habilidade, do comportamento, da motivação e cultura.

Durante todo o meu estágio, respeitei sempre os direitos do doente, aceitando os seus valores, costumes e crenças espirituais. Prestei os meus cuidados de enfermagem, sempre com base nos Princípios Deontológicos e Ético-Legais da profissão de Enfermagem.

Em relação ao **Objectivo Geral**: “Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”, tracei o objectivo específico:

- ✓ Conhecer e participar no plano de formação contínua do Serviço.

Actividades realizadas:

- Entrevista com a Enfermeira Responsável pela Formação, para recolha de informação, relativa ao Plano de Formação existente;
- Participar activa ou passivamente no Plano de Formação.

O objectivo “Conhecer e participar no plano de formação contínua do Serviço” foi atingido através do trabalho realizado sob a orientação do Enfermeiro Tutor e do Enfermeiro

Responsável pela Formação e através de uma entrevista acerca das necessidades de formação.

Concomitantemente, durante o Estágio e através da realização de um trabalho de grupo detectamos uma necessidade direccionada para os familiares/visitas dos doentes internados.

Este trabalho consistiu na elaboração de um panfleto de Acolhimento dirigido aos Familiares/Visitas dos doentes internados nas áreas do SU e para o serviço de OBS (Anexo I), actualizando um já existente informando a dinâmica, orientações e as normas de visitas do serviço, com elevado relevo no domínio do controlo de infecção, através da implementação de medidas como a higienização das mãos e a protecção individual e conseguir, desta forma, melhor o comportamento/atitudes das visitas.

1.2. Módulo II – Cuidados Intensivos (UCIC)

Procurando dar resposta aos objectivos delineados no projecto referentes a este Módulo e às competências inerentes, desenvolvi o meu crescimento neste âmbito, na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia.

Os cuidados de enfermagem têm como objectivo proporcionar cuidados contínuos de elevada qualidade, permanecendo sempre alerta às necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais do doente, com um ser biopsicossocial.

Para dar resposta ao **Objectivo Geral**: “Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de EEMC”, tracei três objectivos específicos:

- ✓ Compreender a dinâmica dos cuidados prestados ao doente cardíaco;
- ✓ Colaborar na gestão dos recursos humanos e materiais na UCIC;
- ✓ Colaborar, avaliar e analisar todo o processo de abordagem ao doente cardíaco e com alterações hemodinâmicas graves, com necessidade de ventilação invasiva.

Actividades realizadas:

- Entrevista informal com a Enfermeira Tutora e restante equipa multidisciplinar para recolha de informação relacionada com a dinâmica dos cuidados prestados ao doente cardíaco;
- Integrar-me na equipa multidisciplinar, trabalhando em cooperação;
- Recolha de informação através da consulta de normas e protocolos existentes no serviço;
- Ser capaz de detectar alterações fisiopatológicas mais comuns no doente crítico;
- Interrelacionar e integrar conhecimentos apreendidos nas aulas teóricas;

- Observar o papel desempenhado pela Enfermeira Especialista, na gestão de recursos humanos e materiais;
- Colaborar nas actividades relacionadas com a gestão do serviço;
- Executar técnicas e procedimentos específicos de enfermagem na área de Cuidados Intensivos de Cardiologia;
- Conhecer e manipular equipamento específico da UCIC;
- Pesquisar Bibliografia acerca de ventilação invasiva e cateterismo cardíaco.

Passo, de seguida a analisar as actividades realizadas, para atingir os objectivos.

Relativamente ao objectivo específico “Compreender a dinâmica dos cuidados prestados ao doente cardíaco”, verifiquei que as Unidades de Cuidados Intensivos estão direccionadas para o tratamento de doentes graves, passíveis de recuperação ou em risco de vida, o que exige a monitorização constante das funções vitais do cliente, a fim de despistar atempadamente/prevenir complicações. Para tal, nestas unidades existem recursos humanos e tecnológicos altamente sofisticados, com o objectivo de proporcionar assistência adequada, que se revela da mais complexa de todo o sistema de saúde.

A estrutura física é constituída por duas alas: uma com 5 unidades e outra com 3 unidades, comunicando ambas de uma forma directa com a sala de enfermagem. Para além desta comunicação directa existem janelas na sala de enfermagem que permitem uma melhor visualização das unidades 2 a 4 e 7. Nas restantes unidades (1, 5 e 8), não sendo possível esta visualização, existem câmaras de vídeo e sistema sonoro que permitem uma melhor vigilância. No entanto, este espaço deveria permitir uma ampla visão de todas as unidades, a fim de permitir a observação através sala de enfermagem de todos os doentes, o que não acontece.

Esta unidade dispõe de uma forma geral de quase todas as estruturas necessárias ao seu normal funcionamento. No entanto, verifiquei que o funcionamento das portas (abrindo em livro e não de correr) dificulta a passagem de cadeiras de rodas e higiénicas. Por outro lado a sala de despejos encontra-se no lado oposto do corredor, já fora da UCIC, obrigando a que as AAM passem pelo corredor com as cadeiras higiénicas, urinóis e aparadeiras, cruzando-se com as visitas que aguardam no corredor pela visita aos seus familiares e com trabalhadores e doentes de outros serviços que utilizam também esta área comum. Quando a UCIC entrar em obras esta falha deverá ser colmatada.

Tanto mais que a DGS (2003) preconiza que a dimensão e características arquitectónicas sejam as adequadas à missão que está confiada a estes serviços.

Relativamente ao requisitos mínimos para os Serviços de Cuidados Intensivos no que concerne à presença de Médico e de Enfermeiros a DGS (2003) refere que a presença física de Médico qualificado deve ser de 24h (o que se verifica nesta unidade) e a presença de, no mínimo, de um Enfermeiro, com treino específico por cada duas camas, nas 24h (o que também se verifica).

Relativamente a organização funcional, espaço entre as unidades, áreas de armazenamento, pontos de lavagem de mãos, sistemas de monitorização e de perfusão, assim como quanto à presença de outros equipamentos como sejam de ecografia, raio-x, aparelho de gasimetria e desfibriladores bifásicos considero que UCIC se encontra bem equipada.

Existem, no serviço, normas de enfermagem e documentos que se encontram disponíveis para consulta, nomeadamente, a norma que define as actividades de enfermagem nos diferentes turnos; a norma relativa à preparação do doente e material para determinados procedimentos invasivos (colocação de pacemaker provisório, cateterismo cardíaco, BIA, ...); a norma relativa a prevenção de infecção associada a cateteres intravasculares; documentos relacionados com o acolhimento do doente e família na unidade e panfletos explicativos, relacionados com as precauções inerentes ao momento da visita, fornecidos e explicados aos familiares, aquando da entrada do doente.

Durante o estágio, sempre que necessário, consultei as normas de actuação. Estas normas foram-me úteis na preparação de material para determinados procedimentos, designadamente, colocação de cateter venoso central e linha arterial e na execução dos respectivos cuidados de enfermagem.

Relativamente ao objectivo específico “Colaborar na gestão de recursos humanos e materiais na UCIC”, verifiquei que a equipa multidisciplinar é constituída por: a Enfermeira Chefe; 2 Enfermeiras Especialistas (EEMC); 1 Enfermeira Especializada (EESC); 10 Enfermeiros Graduados; 12 Enfermeiros de Nível 1; 1 Médico Especialista em Cardiologia; 3 Médicos Internos residentes, em esquema rotativo ao longo das 24 horas; 7 AAM e 1 Secretária de Unidade. Em cada turno encontram-se 4 enfermeiros.

Duas vezes por semana, no turno da manhã há mais um elemento de enfermagem, a fim de libertar a Enf.^a Especialista para a colaboração com Enf.^a Chefe na gestão do serviço. Nos restantes turnos (para além do turno da manhã) os assuntos relacionados com a gestão são referenciados pelo Enfermeiro responsável de turno no livro de ocorrências.

O método de trabalho utilizado na UCIC é o método individual. Este método consiste na distribuição de dois doentes por enfermeiro, distribuídos segundo o seu grau de dependência. O enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados globais aos doentes que lhe foram atribuídos durante o turno de trabalho. O plano de trabalho é feito, para cada turno, pelo responsável do turno anterior.

Verifiquei que este método apresenta como vantagens: a maior individualização dos cuidados; maior satisfação do doente, pois sabe qual é o enfermeiro que durante o seu turno lhe presta todos cuidados, traduzindo-se numa maior segurança e confiança por parte do doente e correspondente satisfação do enfermeiro. Também ao promover um aumento de responsabilidade do enfermeiro incentiva a melhoria da sua capacidade de decisão, a sua satisfação e motivação para o trabalho, e ainda, melhora a avaliação global dos cuidados de enfermagem.

O sistema de distribuição de materiais utilizado no CHVNG/E, é por níveis de reposição. Quem coordena a reposição dos stocks é o serviço de aprovisionamento. Este

responsabiliza-se pela manutenção dos stocks de materiais nas quantidades que assegurem o consumo estabelecido, de acordo com os serviços.

Relativamente a medicação, esta é prescrita “on-line”, e o registo da sua administração também é feito da mesma forma. Existe um programa informático que permite aos enfermeiros acederem à prescrição da medicação de cada doente e validar a sua administração. Ao validarem a administração da medicação é dado automaticamente baixa no stock da farmácia, com a consequente reposição. Também o material de consumo clínico tem idêntico tratamento: todo o material utilizado tem de ser registado informaticamente para posteriormente ser repostado no serviço. Os stocks de material são repostos duas vezes por semana (terças e quintas) e a medicação três vezes por semana (segunda, quarta e sexta). Considero este sistema, designado de “Armazém Avançado” como uma boa ferramenta para a gestão de stocks, embora impliquem os necessários cuidados na sua actualização permanente, a fim de assegurar que stocks físicos existentes correspondam aos constantes no sistema informático (o que por vezes não acontece).

A Enf.^a Especialista tem também a seu cargo: o controlo dos estupefacientes (quantidade existente/pedidos efectuados), e a responsabilidade da manutenção dos equipamentos promovendo o pedido da sua reparação e confirmação da realização da mesma, em boas condições.

Relativamente ao objectivo específico: “Colaborar, avaliar e analisar todo o processo de abordagem ao doente cardíaco e com alterações hemodinâmicas graves, com necessidade de ventilação invasiva”, verifica-se que a UCIC recebe doentes de vários serviços, sendo os mais frequentes os do SU, do Laboratório de Hemodinâmica e da Unidade Intermédia de Cardiologia.

É um dos serviços que apresenta maior ligação com o Laboratório de Hemodinâmica, porque por um lado recebe os doentes que entram de urgência e efectuam cateterismo cardíaco, e por outro, envia doentes para realização dos exames a efectuar neste laboratório.

Durante o estágio passei, três turnos, no Laboratório de Hemodinâmica. Este possui três salas distintas onde são efectuados os diferentes procedimentos invasivos, nomeadamente: sala de pacing, sala de estudo electrofisiológico, sala de angiografia e recobro - onde os doentes, submetidos a qualquer um destes exames, permanecem sob vigilância, até serem transferidos para outro serviço ou então, e como acontece na maior parte dos casos, até terem alta para o domicílio.

Como não tinha muitos conhecimentos acerca do cateterismo cardíaco, achei pertinente, realizar uma pesquisa bibliográfica acerca deste tema.

O cateterismo cardíaco é, nos tempos de hoje, essencial para a avaliação da anatomia e fisiologia do coração e da sua vasculatura. É um processo de diagnóstico extremamente valioso, para obtenção de informações detalhadas acerca da estrutura e função das cavidades e válvulas cardíacas e dos grandes vasos.

Baseia-se na introdução de um pequeno cateter numa artéria ou numa veia, geralmente de um braço (radial) ou de uma perna (femural), que avança pelos vasos principais

até às cavidades do coração. A abordagem por mim observada no Laboratório Hemodinâmica foi pela femural à direita.

Pude colocar em prática os conhecimentos que pesquisei, pois tive a meu cargo doentes antes e pós o cateterismo, podendo explicar-lhes em que consiste o exame e a prepara-los para a realização do mesmo.

Esta preparação consistiu na preparação emocional do doente, saber os antecedentes de alergia a contrastes, manter o doente em jejum, 6 a 12 horas, efectuar tricotomia inguinal bilateral (na abordagem femural), inserir cateter venoso periférico no membro superior esquerdo e monitorizar sinais vitais.

Os cuidados de enfermagem realizados aos doentes pós cateterismo, consistiram: instalar comodamente o doente na enfermaria; monitorizar a frequência cardíaca e tensão arterial de 15 em 15 minutos durante 1 hora e depois de 30 em 30 minutos durante 3 horas; manter o doente em repouso, na cama, durante 12 a 24 horas (se abordagem femural); explicar ao doente que tem de manter imobilizado o membro onde foi efectuada o cateterismo; vigiar o penso compressivo no local da punção para vigiar sinais de hemorragia; verificar pulsos distais, coloração, temperatura e a sensibilidade do local da punção; proporcionar dieta ligeira, após 3 horas do cateterismo; durante as primeiras 24 horas, após o cateterismo controlar os líquidos ingeridos e eliminados (incentivar o doente a ingerir líquidos para eliminar contraste e verificar primeira micção espontânea) e observar o local de punção após retirar o penso para despiste de hematoma, hemorragia, inflamação e/ou edema.

Todos estes cuidados, pós cateterismo foram visionados e executados por mim na UCIC, pelo que posso concluir que, para além constituir uma prática corrente dos enfermeiros é efectuada da forma mais correcta.

Esta unidade encontra-se dotada de alta tecnologia, alguma da qual nunca antes visualizada nem manuseada por mim.

Outro factor que me causou particular interesse, foi a ventilação mecânica invasiva, não só por ser uma novidade, mas também porque senti, no primeiro contacto, alguns receios e dúvidas na sua manipulação e cuidados associados. Para tentar colmatar estes meus receios e dúvidas, decidi realizar pesquisa bibliográfica acerca deste tema, com forma de alicerçar por mim, os conhecimentos adquiridos no CMEEMC, para posteriormente poder mobiliza-los.

A ventilação mecânica é um método de suporte para o doente, durante uma enfermidade aguda, não constituindo, nunca, uma terapia curativa e o seu emprego implica riscos próprios, devendo a sua indicação ser prudente e criteriosa e a sua aplicação cercada por cuidados específicos.

São variadas as modalidades de ventilação mecânica actualmente disponíveis, e a escolha do modo mais ajustado para cada situação depende das características do doente, do tipo de ventilador disponível e da experiência da equipa na sua manipulação. Os objectivos da ventilação mecânica invasiva são: melhorar as trocas gasosas, reverter a hipoxémia, atenuar a acidose respiratória aguda, atenuar a dificuldade respiratória, diminuir o consumo de oxigénio

relacionado com a respiração, reverter a fadiga muscular respiratória, evitar a progressão da lesão pulmonar e permitir a reparação dos pulmões e vias aéreas.

Existem vários modos ventilatórios que permitem explorar a ventilação do doente e possibilitam ainda o controlo dos mais variados parâmetros tais como Volume, Pressão, relação I:E (relação Inspiração/Expiração), PEEP (Pressão Positiva no Final da Expiração), FiO₂ (fracção de O₂ inspirado), volume corrente, tempo inspiratório, entre outros.

Ao longo do estágio foram-me atribuídos cuidados a duas doentes ventiladas: a primeira tinha dado entrada no serviço havia 4 dias atrás. Esta doente veio transferida do Hospital Pedro Hispano, por tromboembolismo e fractura do úmero.

Encontrava-se ventilada com TOT, n.º 7, com o modo de ventilação mandatária assistida. Este modo ventilatório controla o fluxo e o volume inspiratório e assiste o doente ao detectar o início do seu esforço inspiratório e acciona os parâmetros pré-definidos no modo.

A segunda doente encontrava-se ventilada com o modo ventilação mandatária controlada. Este modo ventilatório controla o fluxo e o volume inspiratório e expiratório e é totalmente independente do doente.

Pude acompanhar a doente no transporte da mesma, até ao serviço de radiologia, a fim de realizar TAC, para avaliação das sequelas causadas pela paragem cardio-respiratória que sofreu no SU e tromboembolismo pulmonar maciço que lhe foi diagnosticado. Durante o transporte apresentou boas saturações de oxigénio e sinais vitais estáveis.

O TAC relevou lesões extensas a nível cerebral e torácico. No final do exame a doente voltou para a UCIC.

Prestei assistência avançada as duas doentes em estado crítico e cuidados de Enfermagem específicos desta área do intensivismo, designadamente, uma vigilância constante individualizada e global; um controle de sinais vitais e monitorização cardíaca; monitorização de trocas gasosas e padrão respiratório – capnografia, gasometria e oximetria; observação de sinais neurológicos; aspiração de secreções; observação de sinais de hiperinsuflação – observar volume corrente predeterminado e fiO₂; controle da pressão do “cuff” – devido a lesão de laringe e traqueia; higiene oral; fixação e mobilização do TOT; controle do nível nutricional; controle do nível de sedação do doente e utilização de bloqueadores neuromusculares – observar fluxo dos fármacos, avaliando a sua eficácia; observação do sincronismo entre as doente e o ventilador; controle de infecção – uso de técnicas assépticas; desmame – iniciado quando atendidas as exigências de estabilidade clínica, hemodinâmica, funcional respiratória e valores de gasimetria.

Tornou-se assim possível a realização de procedimentos e intervenções que considerei importantes para o desenvolvimento de competências.

Após a aprofundar estes conhecimentos passei a sentir-me mais segura relativamente aos procedimentos acima referidos, e procurei prestar cuidados de enfermagem, sob orientação, mantendo-me sempre vigilante quanto a possíveis complicações. Creio que posso dizer que foi importante para mim e para a minha evolução a prestação directa destes cuidados não descurando sempre o apoio da minha tutora e de toda a equipa.

Resultado de muita perseverança e aplicação considero que este objectivo geral e os específicos que lhe correspondem foram por mim atingidos, conseguindo realizar todas as actividades que me propus e por conseguinte considero ter dado mais um passo na aquisição de competências, correspondentes aos objectivos referidos.

Na continuidade do presente trabalho, e para operacionalizar o **Objectivo Geral**: “Capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”, tracei dois objectivos específicos, que passo a referir:

- ✓ Desenvolver conhecimentos e adquirir competências na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, direccionada para o intensivismo, vertente doente cardíaco;
- ✓ Desenvolver competências relacionais e comunicacionais com o doente e família, internado na UCIC.

Actividades realizadas:

- Interrelacionar os conhecimentos teóricos adquiridos;
- Avaliar, registar e reflectir sobre os procedimentos colocados em prática;
- Mobilizar conhecimentos teórico-práticos, anteriormente adquiridos e aplica-los, de forma pertinente;
- Planear os cuidados prestados ao doente cardíaco e família;
- Participar e colaborar activamente na prestação de cuidados;
- Realização de técnicas e procedimentos de enfermagem, segundo os princípios científicos e normas do serviço;
- Pesquisa bibliográfica sobre Pericardiocentese, BIA e Pacemaker provisório;
- Respeitar os princípios Deontológicos e Ético-Legais da profissão de enfermagem;
- Comunicar com doente e família, de forma assertiva, promovendo sentimentos de segurança e confiança, estabelecendo uma relação empática e de ajuda;
- Respeitar os valores e crenças do doente, encarando-o como um ser biopsicossocial.

De seguida passo a analisar as actividades realizadas para atingir este objectivo.

O Enfermeiro Especialista deve desempenhar todas as competências inerentes aos enfermeiros de cuidados gerais, acrescidas de outras que lhe garantem o reconhecimento e diferenciação, nomeadamente no que diz respeito ao saber-saber, ao saber-fazer, e ao saber-ser, na sua área de especialização.

A fim de dar cumprimento ao preceituado no n.º 3 do Artigo 7º do Decreto de Lei 437/91 de 8 de Novembro, os objectivos que norteiam a actuação de uma Enfermeiro Especialista prendem-se com as diversas áreas que a enfermagem abrange e com o desenvolvimento de competências, nomeadamente:

- Capacidades ao nível da comunicação, com profissionais e com não profissionais;
- Identificar necessidades formativas, promover formação em serviço e auto-formação;
- Participar e promover a investigação e aplicar os resultados desta na prática;
- Demonstrar conhecimento aprofundado na área de especialização;
- Capacidade de reagir a situações imprevistas e complexas;
- Adoptar uma metodologia de trabalho eficaz;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e responsabilidades sociais e éticas;
- Respeitar a dignidade e individualidade, crenças e cultura dos clientes;
- Capacidade de trabalho em equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Demonstrar iniciativa e criatividade na resolução de problemas;
- Saber liderar equipas e exercer supervisão do exercício profissional;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros;
- Realizar gestão de cuidados, de recursos materiais, equipamentos e humanos;
- Colaborar na integração de novos profissionais.

Estas competências, ao serem desenvolvidas com mestria e qualidade, fazem do enfermeiro especialista um Mestre, um Perito. Segundo Patrícia Benner (2001) à medida que os enfermeiros vão adquirindo experiência clínica, mudam a sua orientação intelectual, integrando, seleccionando os conhecimentos e reajustando os critérios de tomada de decisão, abandonando a mera execução seriada e repetida das tarefas, como haviam aprendido durante a sua formação académica.

Neste sentido, e tendo em consideração as competências supracitadas, considero que o Enfermeiro Especialista desempenha um papel fundamental e único para o desenvolvimento da profissão e sua inerente valorização e reconhecimento social.

A Enf.^a Tutora do meu estágio - Enfermeira Especialista do quadro, com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desempenha um papel muito importante na UCIC, e demarca-se dos demais elementos pela demonstração de capacidades, nomeadamente:

- Comunicação, revelando-se o elo de ligação entre os elementos das diferentes classes profissionais, o elemento moderador entre os elementos da mesma classe e a ponte entre os vários profissionais e o doente e família;
- Identificação de necessidades formativas dos enfermeiros, sendo o elemento propulsor da formação em serviço e da auto-formação;
- Participando, promovendo e incentivando a investigação acerca de assuntos importantes para a melhoria da qualidade de cuidados da UCIC e posteriormente aplicando os resultados desta na prática;
- Demonstrando conhecimento aprofundado na área EEMC em geral e, na área da cardiologia em particular;
- Reacção a situações imprevistas e complexas, sendo o elemento pioneiro a tomar decisões e activar meios com vista, à sua resolução;

- Adopção de uma metodologia de trabalho eficaz, planeando cuidadosamente as suas actividades, de acordo com as necessidades de cada doente e orientando os colegas;
- Tomando decisões fundamentadas atendendo às evidências científicas e responsabilidades sociais e éticas e respeitando a dignidade e individualidade, crenças e cultura, de forma exemplar;
- Liderando equipas, exercendo supervisão do exercício da sua profissão, colaborando na integração de novos profissionais, sendo o elemento de confiança de todos os enfermeiros que exercem funções na unidade;
- Gestão de cuidados, de recursos materiais e humanos, sendo o elemento de confiança da Enfermeira Chefe que lhe delega esta função.

A demonstração das capacidades da Enf.^a Tutora na UCIC, atrás enunciadas, favorece o bom funcionamento do serviço; estimula o bom relacionamento entre os profissionais e bom ambiente por sentimento de pertença e de integração na equipa; favorece a boa prática pela existência do elemento de referência que apoia e colabora; estimula a qualidade dos cuidados e conseqüentemente a satisfação do doente e família, pelo acompanhamento cuidadoso, e pela boa gestão de recursos humanos e materiais.

Por tudo isto, é sem dúvida um elemento de referência e imprescindível ao bom funcionamento da unidade.

Na UCIC pude observar uma Pericardiocentese, a um doente com o diagnóstico de derrame pericárdico. Como não tinha conhecimentos acerca desta técnica, realizei uma pesquisa bibliográfica, para fazer a interligação e mobilização dos conhecimentos.

Trata-se de uma técnica invasiva que envolve directamente o coração, provocando uma grande ansiedade e medo de morrer por parte do doente, pelo que o apoio emocional é extremamente importante para diminuir a ansiedade e obter a colaboração do doente.

A pericardiocentese consiste na punção do saco pericárdico, com um cateter, para extrair líquido.

Esta pesquisa facilitou-me o acompanhamento do doente, acima referido, entendendo o seu estado de ansiedade antes e durante a realização da técnica e a necessidade de comunicar/informar com o doente, de uma forma adequada, a fim de tentar reduzir o seu nervosismo.

Após a punção do saco pericárdico, o doente apresenta bradicardia e dor. Segundo indicação médica foi-lhe administrado 2 mg de morfina (tratamento da dor) e 1 mg de atropina (tratamento da bradicardia sinusal). O objectivo da administração da atropina foi o de aumentar a frequência cardíaca, por apresentar uma bradicardia sinusal. Após administração do fármaco o doente passou a apresentar uma melhoria da frequência cardíaca.

Formulei os seguintes diagnósticos de enfermagem para o doente: ansiedade, risco de perda sanguínea, dependência nos auto-cuidados em grau moderado, risco de arritmia, dor e ferida por cateter venoso periférico na mão esquerda e ferida cirúrgica no local de realização de pericardiocentese.

Com base nos diagnósticos de enfermagem, atrás descritos, formulei as seguintes intervenções:

- Esclarecer o doente, a fim de reduzir a sua ansiedade e promover a sua colaboração na realização da técnica;
- Realizar tricotomia do tórax, a fim de facilitar a técnica e prevenir a infecção;
- Inserir cateter venoso periférico na mão esquerda e colocar soro fisiológico em curso, a fim de administrar terapêutica, em caso de urgência;
- Preparar o material necessário para técnica;
- Assistir o doente a posicionar em semi-fowler, com cabeceira elevada a 45-50°, a fim de colocar o coração em contacto directo com a parede torácica, facilitando a inserção da agulha no saco pericárdico;
- Monitorizar contínua dos sinais vitais, a fim de detectar precocemente os sinais das complicações: arritmia, hipertensão ou hipotensão;
- Vigiar ritmo cardíaco;
- Vigiar dor e monitorizar dor;
- Gerir analgesia;
- Administrar terapêutica se prescrita pelo Médico;
- Colaborar com o Médico, a fim de facilitar a colheita de líquido para análise;
- Após a técnica de pericardiocentese: executar e vigiar penso compressivo no local da punção com técnica asséptica, a fim de prevenir a infecção e promover hemostase; transmitir ao doente a necessidade de manter repouso no leito nas primeiras seis horas após a punção, a fim de evitar complicações relacionadas com a técnica; vigilância de sinais vitais, estado de consciência, coloração da pele e mucosas, sinais e sintomas de derrame pericárdico de 8/8 horas, nas primeiras 48 horas, após pericardiocentese, a fim de despistar, precocemente, complicações como o choque, tamponamento cardíaco); vigiar sinais inflamatórios no local do cateter venoso periférico; monitorizar e vigiar dor e gerir analgesia.

São determinantes para o sucesso da pericardiocentese: a articulação do doente/enfermeiro/médico; o pensamento preciso, rápido e organizado, de forma a identificar correctamente problemas reais ou potenciais; a definição de estratégias de intervenção e o proceder a uma avaliação correcta e imediata da situação e das acções desenvolvidas.

As oportunidades, no início do estágio, de contactar com doentes mais complexos, designadamente doentes com Balão Intra-aórtico (BIA) ou com Pacemaker Provisório foram muito escassas. No entanto no decorrer do mesmo essas oportunidades foram surgindo bem como as dificuldades sentidas no início foram ultrapassadas.

Como prestei cuidados a estes doentes, tive necessidade de recorrer a conhecimentos teóricos leccionados na disciplina de Médico-Cirúrgica II e Patologia, bem como de fazer pesquisa bibliográfica nesta área.

O Balão intra-aórtico - dispositivo utilizado para aumentar o fluxo de sangue, melhorando a sua irrigação e o seu desempenho e tem a função de uma bomba propulsora de

sangue. O BIA funciona por contrapulsção, ou seja, ele insufla na diástole. Desta forma, há um aumento do fluxo de sangue para as artérias coronárias e desinsufla na sístole, aumentando o fluxo do sangue para fora do coração. O procedimento de instalação do BIA é simples, sendo realizado, em geral, apenas com uma anestesia local. O balão é introduzido pela artéria femural. Após a anestesia é introduzido na artéria femural um cateter contendo um balão na sua extremidade e posicionado na artéria aorta. Este cateter é então conectado a um módulo externo, responsável pela insuflação do balão e sincronizado com o ciclo cardíaco.

Enquanto o doente permanecer com o BIA, o repouso no leito é obrigatório e a sua permanência na Unidade de Cuidados Intensivos. O tempo de uso do balão dependerá da gravidade e da evolução do quadro (em geral 24 a 72 horas).

No CHVNG/E os BIA são colocados na sala de Hemodinâmica, com recurso a fluoroscopia.

Durante a permanência do BIA, o doente deve estar hipocoagulado com heparina em perfusão para prevenção da formação de trombos. A estes doentes é colhido sangue, diariamente, para determinação do INR e ajuste da perfusão de heparina, realizado pelo banco de sangue.

De seguida menciono alguns dos cuidados que prestei a doentes com BIA e a respectiva justificação:

- Vigiar sinais de perda sanguínea, por o doente se encontrar hipocoagulado com heparina;
- Executar tratamento ao local do BIA com penso compressivo, a fim de prevenir infecção, hemorragia e hematoma;
- Vigiar penso secundário, a fim de despistar sinais de perda sanguínea;
- Vigiar coloração, temperatura e pulso dos MI, a fim de vigiar sinais de hipoperfusão por posicionamento incorrecto do BIA;
- Vigiar pulso radial esquerdo, a fim de despistar migração do BIA a montante;
- Monitorizar débito urinário, a fim de despistar migração do BIA a jusante;
- Monitorizar TA, FC e ritmo, a fim de despistar complicações;
- Verificar onda e ritmo do BIA, a fim avaliar o correcto posicionamento do BIA;
- Explicar ao doente o motivo da restrição de movimentos dos MI, a fim de obter colaboração, diminuir a ansiedade e evitar deslocação do BIA;
- Elevar a cabeceira ao máximo de 30°, a fim de proporcionar conforto e evitar dobrar o cateter;
- Ensinar ao doente os movimentos que pode realizar com os MI, a fim de facilitar o retorno venoso e prevenir acidentes tromboembólicos e úlceras de pressão.

Após a estabilização clínica do doente, inicia-se o processo de desmame. Começa-se por programar o BIA de 1:2 e, se não houver alterações hemodinâmicas, altera-se para um 1:3. Posteriormente, após a verificação do valor do APPT, e se este se encontrar com um valor inferior 60 segundos, procede-se a remoção do BIA. Depois de se removerem os pontos de fixação da pele, a Enfermeira procede à extracção do balão, de forma lenta. Após a sua

remoção, permite-se uma pequena perda de sangue, para prevenir a deslocação de trombos e embolização distal. Segue-se uma compressão manual durante cerca de 30 minutos, seguida de penso compressivo. É necessária vigilância dos pulsos pediosos, coloração e temperatura dos membros, bem como do penso, a fim de prevenir o risco de hemorragia.

Tive oportunidade de colaborar no desmame e na extracção de um BIA, aplicando as intervenções de enfermagem atrás descritas: executei compressão manual durante 20 minutos seguida de penso compressivo. O doente ficou sem hematoma e sem equimose. Não se verificaram sinais de comprometimento circulatório, nem perdas hemáticas.

Existe, no serviço, uma máquina para avaliação do tempo de tromboplastina activada (APTT). A obtenção deste valor é útil aquando da extracção de introdutores arteriais/venosos, uma vez que, durante a realização de intervenções coronárias por via percutânea, é administrada heparina. Os introdutores são retirados quando o valor de APTT se encontra abaixo de 60 segundos, porque o risco de perda sanguínea pela ferida cirúrgica pelo introdutor é mínimo.

Para realizar esta análise, a máquina de APTT precisa de uma pequena quantidade de sangue, que é colocada numa “tira” de plástico. Esta amostra de sangue normalmente é colhida pelo introdutor, após ter sido retirada uma quantidade de sangue equivalente a 20 ml, com objectivo de desperdiçar a heparina que se encontra no lúmen do introdutor.

Durante o estágio tive oportunidade de manusear este equipamento, de acordo com o atrás descrito.

A utilização de pacemaker provisório pode ser necessária nos casos de bradicardia duradoura com repercussão hemodinâmica (Ratton, 2005).

O pacemaker provisório, normalmente, é colocado pelo Médico da UCIC ou pelo Cardiologista de Urgência, com o apoio de um elemento de enfermagem, utilizando para tal, a sala de electrofisiologia do Laboratório de Hemodinâmica.

Nos doentes com pacemaker provisório, os cuidados de enfermagem, no que toca à imobilização do membro, são semelhantes aos do doente com BIA. De seguida enumero os cuidados de enfermagem, com a respectiva justificação entre parênteses:

- Vigiar perda sanguínea (hipocoagulação);
- Realizar penso compressivo na região inguinal (hipocoagulação, vigiar ferida cirúrgica);
- Vigiar coloração, temperatura e pulso dos membros inferiores onde está o electrocateter (vigiar sinais de hipoperfusão);
- Monitorizar TA, FC e ritmo (despistar complicações);
- Explicar ao doente o motivo da restrição de movimentos dos MI (obter colaboração, diminuir ansiedade e evitar deslocação do electrocateter);
- Elevar a cabeceira ao máximo de 30° (proporcionar conforto e evitar dobrar o electrocateter);
- Ensinar ao doente os movimentos que pode realizar com os MI (favorecer retorno venoso/ prevenir acidentes tromboembólicos e úlceras de pressão);

- Vigiar parâmetros do pacemaker e efectuar registos (garantir o correcto funcionamento).

A uma das doentes com pacemaker provisório, a quem prestei cuidados, foi suspensa a administração de heparina de baixo peso molecular, por apresentar perda sanguínea e hematoma, no local de inserção do electrocateter. Após esta terapêutica ter sido suspensa, deixou de se verificar perdas hemáticas. Posteriormente, foi colocado um pacemaker definitivo.

Na sociedade e mundo actual muitos são os avanços científicos e tecnológicos. Por vezes, a tentação de por à prova essas novas tecnologias e de treinar certos tipos de técnicas, faz com que a linha que traça o limite entre o que é ou não ético se torne esbatida. Em todos os nossos procedimentos devemos atender à vontade do doente. Para tal, é necessário que este esteja informado sobre o seu estado de saúde, bem como das opções terapêuticas possíveis. Só um doente bem informado, poderá tomar uma decisão consciente. Verifiquei durante o meu estágio que é prática informar o doente acerca do seu estado de saúde e procedimentos a efectuar, solicitando-lhe, justificadamente, o seu consentimento informado para os actos de enfermagem e também para os actos que implicam ou não risco.

Relativamente aos valores e crenças do doente encarando-o com um ser biopsicossocial, segundo Pupulim (2002), os doentes encaram o internamento como factor de despersonalização por associarem à dificuldade de manter a sua identidade, intimidade e privacidade. O ambiente hospitalar é por si só stressante por diversos factores, essencialmente para o doente, por perder o controlo sobre os que o afectam, e dos quais depende para a sua sobrevivência.

Assegurar a privacidade dos doentes, para além de constituir um dever do Enfermeiro constitui um direito preconizado pela Carta dos Direitos dos doentes.

Verifiquei durante o estágio que os enfermeiros, de forma a assegurar a privacidade dos doentes, utilizam sempre as cortinas (dado tratar-se de um serviço aberto), cobrindo as partes do corpo dos doentes que não necessitam de ficar expostas durante os procedimentos e solicitam aos familiares/visitas que se retirem da unidade sempre que se vai realizar alguma intervenção. Verifiquei, no entanto, algumas excepções face existência situações pontuais em que esta preocupação foi descurada pelos enfermeiros ao realizarem determinadas tarefas, designadamente, na colaboração na técnica de Pericardiocentese, na remoção do BIA e introdutores, e sem disso se aperceberem, contribuíram para que o desconforto e timidez do doente. Estas ocorrências não alteraram a minha apreciação global de haver preocupação na UCIC com esta temática.

De referir, ainda, que os doentes pelo facto de estarem internados numa unidade de cuidados intensivos, só por si já acarreta uma conotação algo pesada, pois aos cuidados intensivos é, normalmente associada uma situação de gravidade. A necessidade de estarem monitorizados, a imensidão de fios a eles conectados, os alarmes que estão constantemente a tocar, o barulho que por vezes é inevitável, mesmo no período nocturno, são susceptíveis de causar stress nos doentes. O mesmo acontece com a família. É necessário, por isso estar

particularmente atento aos sinais que possam demonstrar sinais de stress, no sentido de se poder actuar adequadamente e da forma já atrás descrita.

Acrescento que na comunicação que estabeleci com os doentes tentei ser congruente, preocupando-me com minha linguagem corporal e expressão facial, a fim de haver sintonia com a mensagem verbal que passava ao doente.

Os doentes internados neste serviço podem receber visitas no período compreendido entre as 11 e as 21 horas. É permitida a entrada de uma pessoa de cada vez, durante um período de 10 minutos. No entanto, este limite de tempo não é estanque e, na maioria das vezes, é ultrapassado.

Não existe um enfermeiro responsável pela informação dada à família. Normalmente, a informação é dada pelo enfermeiro que tem o doente ao seu cuidado em cada turno. Tenta-se que haja um elemento da família a quem seja veiculada a informação relativa ao doente (normalmente o convivente significativo). No entanto, se outro familiar pedir informações, estas não são negadas.

Relativamente à comunicação com os doentes ventilados, como referem Sá e Machado (2006), o facto de um doente ventilado mecanicamente não se conseguir exprimir nem ser compreendido pelos outros é por si só uma factor de stress para esse mesmo doente, porque o coloca numa situação de desvantagem por não conseguir expressar os seus sentimentos e emoções, tal situação pode ser vector de sentimentos como ansiedade, frustração e insegurança, pelo que sugerem técnicas tão variadas como desde a entrega de um lápis e um papel até à elaboração de quadros com letras ou frases mais frequentes, ou até mesmo a formulação de códigos como um simples piscar de um olho, o acenar da cabeça ou o movimentar um dedo, de forma a que o doente se consiga exprimir e manter a comunicação com os outros que o rodeiam.

A enfermagem tem como objectivo ajudar os doentes, essa ajuda só é possível se existir um clima de confiança e de comunicação, pelo que cabe aos enfermeiros dar ênfase a esse aspecto durante a prestação de cuidados aos doentes.

Este facto, sempre que o doente não se encontrava sedado, era alvo da atenção dos enfermeiros da unidade, tentando perceber se o doente se sentia cómodo, se tinha dores, ou se necessitava de algo.

No que concerne à família do doente internado numa UCI, os enfermeiros devem ter em conta que, a família é a célula da organização social, uma vez que é nela que cada indivíduo se forma como pessoa e que quando este tem por alguma razão a sua saúde abalada, toda a estrutura e dinâmica familiar são também afectadas.

Uma vez que a doença e a hospitalização de um dos membros de uma família pode actuar como fonte de stress e provocar uma situação de crise torna-se importante dar todo o apoio aos familiares de um doente internado e toda a família deve ser encarada como uma unidade de crise e por isso ser alvo das intervenções de enfermagem, até porque quando esse internamento é numa UCI, a ansiedade pela presença de tantos equipamentos de alta tecnologia, monitores, ventiladores, onde o tempo de permanência de visitas é mais limitado, é

agravada e aumentada, e ao se mostrar disponível à família o enfermeiro poderá reduzir essa ansiedade e permitir que a família seja envolvida nos cuidados ao doente.

A prestação de cuidados de enfermagem baseados numa evidência científica, implicou mobilizar saberes adquiridos durante o percurso profissional e fundamentados durante o CMEEMC, bem como a partilha de conhecimentos com os elementos da equipa.

Relativamente ao **Objectivo Geral**: “Ser capaz de comunicar as conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades”, delineei dois objectivos específicos:

- ✓ Conhecer e participar no plano de Formação em Serviço;
- ✓ Aplicar o processo de enfermagem.

Actividades realizadas:

- Assistir às formações em serviço;
- Identificar a necessidade de formação da equipa;
- Aprofundar conhecimentos sobre o sistema de registos de enfermagem relacionados com o doente do foro cardíaco.

Relativamente a área de formação, eu e a minha colega de estágio observamos o conteúdo dos panfletos do serviço, e a forma como se encontrava o Guia de Orientação para Cirurgia Cardíaca (composto por 4 folhas A4, com informação demasiado detalhada e que na qual não se referia aos cuidados a ter após o regresso a casa). Resolvemos então realizar um novo guia em forma de panfleto, a fim de mostrar ao doente em que consiste a cirurgia cardíaca, fazer-lhe a descrição do que se passa no Bloco, na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiorácica, no serviço de internamento de Cardiorácica e cuidados a ter após regresso a casa (Anexo II).

Outro trabalho que me foi sugerido, foi a elaboração de uma Check-list de auditoria à norma de cateteres intravasculares.

Esta check-list tem como objectivo: avaliar se os colegas aplicam bem a norma de enfermagem dos cateteres intravasculares e, também para verificar se existe uma uniformização dos cuidados prestados (Anexo III).

Durante o estágio tive várias oportunidades de aplicar o processo de enfermagem utilizado na instituição.

A CIPE é uma classificação de fenómenos, acções e resultados de enfermagem, que descreve a prática de enfermagem. Fornece uma terminologia que pretende ser uma matriz unificadora onde as taxonomias e classificações já existentes se possam entrecruzar, de forma a permitir comparar dados.

É um instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem, que fornece dados representativos dessa prática em sistemas de informação de saúde globais, e que pode ser usada para dar visibilidade à prática de enfermagem nos sistemas de informação de saúde.

Estes dados permitem identificar o contributo da enfermagem para os cuidados de saúde e assim, serem usados para assegurar a qualidade ou promover a mudança na prática de enfermagem através do ensino, da gestão, da política e da investigação.

Para tornar este instrumento mais funcional e aplicável à prática diária dos enfermeiros foi criado o SAPE, que permite o registo informático de todas as informações e alterações verificadas ao longo da avaliação de enfermagem. Também este se encontra em aperfeiçoamento, de acordo com as necessidades sentidas pelos enfermeiros.

Assim, quando um doente é admitido na UCIC, é efectuada uma avaliação inicial, onde são registadas todas as informações pessoais relevantes, nomeadamente, pessoa significativa, hábitos pessoais, e antecedentes.

De seguida são avaliados os fenómenos de enfermagem, ou seja, os aspectos da saúde com relevância para a prática de enfermagem, e levantados diagnósticos de enfermagem que com estes se relacionam, designadamente grau de dependência no autocuidado, arritmia, dor, ferida por cateter venoso periférico, perda sanguínea e feridas cirúrgicas.

Após serem levantados os diagnósticos de enfermagem, são formuladas as intervenções respectivas, para posteriormente serem medidos os resultados de enfermagem. Estes resultados são resultantes das intervenções de enfermagem, medidos ao longo do tempo, sob a forma de mudanças efectuadas nos diagnósticos de enfermagem.

Assim, à entrada são levantados alguns diagnósticos de enfermagem que, ao longo do internamento do doente, vão sendo dados como terminados, devido à adequação das intervenções seleccionadas e efectuadas. No entanto, em alguns doentes, devido ao seu quadro de instabilidade/gravidade, verifica-se uma abertura e término de diagnósticos contínuo, devido ao constante aparecimento de fenómenos de enfermagem relevantes. Para além destas informações, o SAPE permite ainda o registo da execução de prescrições médicas.

No entanto, e em virtude de o SAPE se encontrar em processo de aperfeiçoamento, paralelamente aos registos informáticos são efectuados registos em suporte de papel, na folha de diário multidisciplinar, nomeadamente: monitorização dos sinais vitais, parâmetros ventilatórios, perfusões em curso, valores de glicemia capilar e valores de gasimetria arterial.

Durante o estágio desenvolvido na UCIC, tive oportunidade de observar, apreender, analisar e, posteriormente, efectuar registos de enfermagem, de acordo com o sistema instituído no serviço. Desta forma, pude participar no sistema de registos de enfermagem, segundo a taxonomia da CIPE e através do SAPE, sendo que no final do estágio, havia adquirido conhecimentos e capacidades para o efectuar por completo, inclusive no que se refere à entrada de um doente, que se revela mais exaustiva e pormenorizada e, por isso mesmo, de extrema importância.

Este sistema de registos de enfermagem não constitui novidade. Reparei que embora a CIPE esteja implementada na maioria dos serviços deste hospital, existem diferenças na parametrização, uma vez que esta foi feita por grupos (Medicina, Cirurgia e Cardiologia), mas

falta ainda a uniformização para todo o hospital. Só desta forma falaremos a mesma linguagem.

Por exemplo, na UCIC: os colegas levantam como diagnóstico de enfermagem: ferida por cateter venoso periférico. Já na Medicina nós não levantamos este diagnóstico. Outro exemplo existe um desfasamento quanto ao grau de dependência dos doentes nos dois serviços, enquanto num serviço lhe é atribuído moderado, noutra (o meu) é lhe atribuído grau reduzido.

A minha opinião é que a CIPE, embora possa não ser o sistema ideal, é sem dúvida melhor do que os registos em texto livre aos quais estávamos habituados. Este sistema, de alguma forma, veio ajudar a organizar os registos e a pôr em evidência certas actividades de enfermagem que pareciam despercebidas porque não eram registadas. É contudo necessário registar alguns aspectos em texto livre, como é o caso de um agravamento súbito da situação do doente ou uma situação urgente, caso contrário, poderá perder-se alguma informação importante.

É também necessário que os parametrizadores dos serviços cheguem a um consenso, para que, pelo menos dentro do mesmo Hospital, se fale uma mesma linguagem. Só assim a CIPE poderá atingir o objectivo a que se propõe: estabelecer uma linguagem comum acerca da prática da enfermagem.

1.3. Módulo III – Enfermagem no Perioperatório (BO)

Para atingir o **Objectivo Geral**: “Saber aplicar os conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de EEMC”, delineei três objectivos específicos, que passo a descrever:

- ✓ Compreender a dinâmica dos cuidados prestados ao doente cirúrgico;
- ✓ Avaliar e analisar todo o processo de abordagem ao doente cirúrgico;
- ✓ Colaborar na gestão dos recursos humanos e materiais do Bloco Operatório Central.

Actividades realizadas:

- Demonstrar uma atitude de saber ser, saber estar, saber fazer e saber ouvir;
- Entrevista com a Enfermeiro Tutor e restante equipa multidisciplinar, para recolha de informação relacionada com a dinâmica dos cuidados prestados ao doente cirúrgico;
- Interrelacionar e integrar conhecimentos apreendidos no CMEEMC;
- Executar técnicas e procedimentos específicos de enfermagem;
- Realizar pesquisa bibliográfica acerca das funções do enfermeiro anestesista, circulante e instrumentista;

- Observar o papel desempenhado pelo Enfermeiro Especialista na gestão de recursos humanos e materiais.

Um correcto planeamento e programação num Bloco Operatório é indispensável para um funcionamento seguro, eficiente e eficaz do mesmo. Neste contexto torna-se urgente a reavaliação e monitorização das instalações existentes.

Durante o meu estágio verifiquei que BO apresenta deficiências e falhas físicas que condicionam o seu normal funcionamento. Encontrando-se já em remodelação e alargamento segundo os requisitos propostos pela AESOP.

A AESOP (2006) refere-se à estrutura e localização de um ambiente cirúrgico, como uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objectivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida. Preconiza a existência de 3 áreas: área livre, área semi-restritiva e área restritiva.

Área livre - inclui a zona de recepção e acolhimento do doente, pessoal e materiais.

Área semi-restritiva - inclui as áreas de apoio as salas de operações, armazéns de material limpo, gabinetes, corredores de acesso às áreas restritivas, entre outras. As circulações estão limitadas ao pessoal e doente e é necessária farda do bloco, cabelos protegidos e calçado antiestático.

Área restritiva - inclui a sala de operações, sala de pré anestesia (que o bloco onde estagiei na possui), sala de desinfecção e armazém de apoio de material estéril. A circulação é limitada aos profissionais e doentes. É obrigatório fardamento, touca, máscara cirúrgica, desde que o material estéril esteja aberto e calçado apropriado.

Neste bloco encontram-se presentes estas três áreas, e os profissionais cumprem os requisitos em relação a utilização de touca, farda própria e máscara cirúrgica.

Na organização do bloco operatório é fundamental a definição de circuitos em três grandes grupos com áreas de acesso diferentes e separadas: doentes, pessoal e material.

Importância, da definição destes circuitos têm como objectivo manter o princípio da assépsia progressiva, o que verifiquei, ao longo do meu estágio, nem sempre existir.

O princípio de uma cama hospitalar não entrar no bloco, não é cumprido. Por vezes os doentes vêm na sua cama e só são transferidos já dentro do BO para a maca do recobro. Apesar do Enfermeiro mandar desinfectar as rodas da cama com lixívia, este procedimento não deveria acontecer. Como sabemos os microorganismos, permanecem em superfícies sólidas durante semanas, e ao deixar entrar camas no BO, podemos estar a contamina-lo, e a pôr em risco os outros doentes cirúrgicos.

Este bloco tem duas entradas para os doentes que funcionam, simultaneamente, como portas de saída, o que não está correcto. Os doentes dos serviços: vascular, urologia, urgência e cardiotorácica entram pela entrada do BO e os doentes da cirúrgica geral e unidade de cuidados intensivos polivalente entram pela saída.

É também pela porta da saída que entra o material de consumo clínico e por onde saem os resíduos hospitalares, que por vezes ficam à saída do BO em carro próprio.

Também o Bloco Operatório deve ficar situado numa área isolada da circulação geral do Hospital, mas acessível aos serviços: de urgência, unidade de cuidados intensivos, serviço central de esterilização, serviços de apoio e de internamento. Constatei que o Bloco se encontra numa posição central na estrutura do hospital.

O recobro é o local onde são prestados cuidados de curta duração após anestesia e intervenção cirúrgica, até que o doente recupere o seu estado de consciência e apresente sinais vitais estáveis. Ao Enfermeiro do Recobro, segundo AESOP deverá corresponder as seguintes funções: restabelecimento do equilíbrio fisiológico do doente; controlo dos efeitos residuais da anestesia; despiste e tratamento de complicações e controle da dor.

A AESOP refere-se também as intervenções de enfermagem a realizar pelo Enfermeiro no Recobro: verificar permeabilidade das vias aéreas; colocar oxigenoterapia se necessário; vigiar sinais vitais; monitorização do estado de consciência; observação da pele e mucosas: coloração e humidade; avaliar o limiar da dor: local e intensidade; vigiar pensos e drenagens; manter o conforto e segurança do doente: roupa da cama aquecida, uso de aquecedor eléctrico, grades na maca, manutenção do alinhamento corporal e posicionamento do doente de acordo com a cirurgia realizada.

Verifiquei durante o estágio que no recobro se encontra apenas um enfermeiro por turno, ficando responsável por receber os doentes para cirurgia e colocar acesso venoso periférico e soroterapia e simultaneamente responsável pela vigilância dos doentes no pós-operatório imediato. É este enfermeiro ainda que transmite a informação ao enfermeiro do internamento quando vem buscar o doente.

As salas de operação possuem apenas três portas: uma dá acesso a uma espécie de antecâmara onde se encontra armazenado material específico das várias especialidades de cirurgia, onde se encontra um lavatório utilizado na lavagem e desinfecção das mãos. Desta antecâmara a outra porta que dá acesso à sala operatória.

A terceira porta, com as medidas adequadas é utilizada para a entrada do doente na sala. Esta porta também é utilizada para a saída do material cirúrgico (utilizado na cirurgia colocado em recipiente fechado e com desinfectante) e para saída de resíduos hospitalares, colocados em recipientes adequados saem por esta porta.

No final da cirurgia as salas são higienizadas pelas AAM supervisionadas pelos enfermeiros (o que nem sempre se verifica).

A actuação da equipa de enfermagem no bloco divide-se em quatro grandes áreas: enfermeiro de anestesia, enfermeiro instrumentista, enfermeiro circulante e enfermeiro do recobro.

A enfermagem perioperatória constitui-se como um processo sistemático, com uma série de passos interligados, seguindo um roteiro para assegurar cuidados de enfermagem, adequados e individualizados, desde o período pré ao pós-operatório.

O período pré-operatório inicia-se no momento em que o doente é informado da necessidade do procedimento cirúrgico e correspondentes acções de enfermagem, visando assegurar as condições físicas e psicológicas adequadas – a figura paradigmática deste período é a visita pré-operatória tendo entre outros objectivos, a finalidade de esclarecer dúvidas, com vista a evitar enganos ou atrasos e a reduzir a ansiedade dos doentes (AESOP, 2007).

Verifiquei que neste BO não se realiza visita pré-operatória, o que julgo fazer reduzir a qualidade dos cuidados prestados. Através de conversas informais com os enfermeiros do serviço neste BO verifiquei que estes não realizam visita pré-operatória, justificando-se que muitas vezes os doentes entram nos serviços de internamento no dia da cirurgia.

Ao longo do estágio verifiquei que a maioria dos doentes chega ao bloco muito ansiosos e que a forma de acalmar é utilizando fármacos. Em meu entendimento que se deveria realizar uma visita pré-operatória a fim de reduzir esta ansiedade.

O Enfermeiro de anestesia só conhece o doente quando vai buscá-lo ao recobro. Confirma a permeabilidade do acesso venoso e transporta-o para a sala de operações.

A AESOP preconiza para o Enfermeiro de anestesia a seguinte actuação: prevenir, reduzir e controlar a ocorrência de situações de risco, pelo facto do doente estar sob o efeito de terapêutica sedativa, com diminuição dos reflexos e sonolência; garantir o bem-estar físico e psicológico; verificar e preparar criteriosamente os materiais e equipamentos, de acordo com o doente e os protocolos instituídos, para evitar factores de risco acrescido, pela possibilidade de ocorrência de falhas na previsão dos mesmos; colaborar eficaz e eficiente em todos os procedimentos e manobras anestésicas e promover um ambiente seguro.

Face ao atrás descrito, a actuação do Enfermeiro de Anestesia é insuficiente a visita pré-operatória.

Na sala de operações e após indicação do Médico Anestesta inicia-se a indução anestésica. A indução anestésica – consiste na administração sequencial protocolada ou não de agentes anestésicos, por via inaladora/endovenosa, seguindo-se a entubação endotraqueal ou mascara laríngea.

Segundo o AESOP as funções do Enfermeiro Circulante variam em função das fases do acto cirúrgico. Assim no pré-operatório terá: de conhecer o programa cirúrgico; de conhecer o doente para poder individualizar os cuidados a prestar; de preparar a sala de operações para a cirurgia; de verificar as lâmpadas do foco; de conectar e verificar o sistema de aspiração; de preparar, organizar todo o material necessário à cirurgia; assegurar que todo o equipamento de emergência esteja sempre disponível; de posicionar o doente.

No intra-operatório terá como funções: a transferência do doente para a marquesa; colaborar com a enfermeira instrumentista na preparação do instrumental cirúrgico; observação constante da técnica asséptica; observar a integridade das embalagens e dos kits cirúrgicos que vão ser utilizados; acondicionar e rotular os produtos colhidos e enviar; fazer registos intra-operatórios; no final da cirurgia proceder à contagem das compressas; colaborar na

execução do penso e retirar o doente da sala para o recobro ou unidade de cuidados pós anestésicos.

Durante o estágio tive oportunidade de verificar que o papel do enfermeiro circulante é complexo, necessita de um elevado tempo de integração, pôr-lhe serem exigidos conhecimentos acerca das várias valências cirúrgicas.

O Enfermeiro Instrumentista colabora directamente com o Cirurgião, segundo AESOP tem funções próprias e dependentes.

As funções próprias são: elaboração do plano de cuidados, tendo em conta as necessidades do doente, da equipa e do tipo de procedimento cirúrgico; preparação do material cirúrgico necessário; lavagem cirúrgica das mãos; vestir e usar a indumentária esterilizada; preparar as mesas operatórias; respeitar a especificidade de cada tempo cirúrgico (a abertura/encerramento; os tempos superficiais/profundos; os tempos de dissecação/excisão; os tempos sépticos/microcirurgia; a colocação de implantes e a colocação de drenagens); manter a vigilância da técnica asséptica cirúrgica; controlar as perdas sanguíneas e/ou outro líquido orgânico, estando atento às compressas e à quantidade de soluto de irrigação, de modo a permitir o balanço hídrico; a substituição de luvas a toda a equipa, nas situações protocoladas e sempre que necessário; a colocação do material corto-perfurante em local próprio; a responsabilização pelos dispositivos médicos, nomeadamente, instrumentos, compressas, suturas e procedendo à respectiva contagem nos tempos protocolados; a conexão das diferentes drenagens e a separação de instrumentos, colocando-os em contentores próprios e providenciando o seu transporte no circuito estabelecido.

As funções dependentes são: a colaboração na antissépsia do campo operatório; a colaboração na colocação dos campos cirúrgicos; a transferência dos instrumentos cirúrgicos em posição funcional; a previsão e adaptação ao ritmo da cirurgia e do cirurgião; a antecipação dos tempos cirúrgicos; a preparação das soluções de irrigação; a preparação dos implantes; a identificação e acondicionamento correcto dos tecidos/produtos orgânicos para exames laboratoriais e a realização do penso cirúrgico.

Durante o estágio observei que o enfermeiro instrumentista é responsável pela organização e gestão de todo o material necessário a cirurgia mantendo sempre a técnica asséptica cirúrgica e supervisionando o cumprimento da assépsia pelos Cirurgiões. Foram-me explicados ainda os princípios básicos subjacentes a disposição da mesa operatória e ao controlo/contagem do material utilizado.

Relativamente ao objectivo específico de “Colaborar na gestão de recursos humanos e materiais no BO Central” verifiquei que os enfermeiros exercem actividades de gestão dos recursos materiais no BO.

O material de consumo clínico no BO é muito diverso, devido às diferentes valências. À medida que se vai consumindo o material pede-se a reposição nas quantidades previstas consumir, de forma a assegurar sempre um stock mínimo.

Esta planeado para o bloco a utilização de uma ferramenta avançada, que permite uma gestão de stocks, assegurando a reposição automática, face a definição de parâmetros

relativos aos níveis de reposição. Sempre que o stock mínimo for atingido, o material será repostado pelo serviço de aprovisionamento.

A gestão dos recursos humanos é realizada pelos Enfermeiros Chefes verificando-se a afectação dos enfermeiros as diferentes salas de operações, segundo as suas competências.

No BO são distribuídos 3 enfermeiros por cada sala: circulante, de anestesia e instrumentista, desempenhando cada um deles, de acordo com o método de trabalho individual, as actividades inerentes a sua função.

A fim de se assegurar a normal funcionalidade do serviço, todas as sextas-feiras é realizada uma reunião com toda a equipa de enfermagem, a fim analisar e resolver problemas relativos ao serviço. Durante o meu estágio foi entendido que não era adequada a minha presença nesta reunião e que um turno na área de gestão era suficiente, o que considerei insuficiente.

Para operacionalizar o **Objectivo Geral**: “Capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”, tracei dois objectivos:

- ✓ Aplicar conhecimentos e adquirir competências na área de Enfermagem no Perioperatório;
- ✓ Desenvolver a capacidade de análise no processo de identificação de situações prioritárias.

Actividades realizadas:

- Interrelacionar os conhecimentos teóricos adquiridos no CMEEMC;
- Avaliar, registar e reflectir sobre os procedimentos colocados em prática no BO;
- Mobilizar conhecimentos teórico-práticos anteriormente adquiridos e aplica-los de forma pertinente;
- Planear os cuidados prestados ao doente cirúrgico;
- Pesquisa bibliográfica acerca das práticas recomendadas para o BO;
- Respeitar os princípios Deontológicos e Ético-Legais da profissão de enfermagem;
- Participar e colaborar activamente na prestação de cuidados no BO.

A fim permitir atingir o cabal desempenho das funções dos enfermeiros, a AESOP fornece aos mesmos linhas de orientação, com fundamentação científica relativamente aos procedimentos mais frequentes em BO, permitindo desta forma atingir a eficiência, eficácia e segurança neste contexto.

Durante o estágio observei o cumprimento das regras de utilização do BO: o uso de roupa própria utilizada por toda equipa multidisciplinar (roupa de algodão, constituída por túnica

e calças e utilização de touca, que deverá ser substituída sempre que a pessoa sai do bloco e necessita de lá regressar). Verifiquei que esta exigência nem sempre é respeitada pela equipa.

A equipa antes de entrar no bloco deveria retirar todos os complementos, designadamente relógio, jóias e outros adornos. Verifiquei que esta recomendação nem sempre é cumprida (vi Enfermeiros com relógio de pulso, Enfermeiras e Médicas com brincos).

Verifiquei que a norma relativa a utilização de máscara cirúrgica era cumprida.

Verifiquei também que alguns Médicos, em vez de utilizar o calçado antiestático adequado para o bloco, usam coberturas nos seus sapatos de uso diário, contribuindo para o aumento do grau de contaminação do BO, já que também são estes os sapatos utilizados aquando da visita médica dos internamentos. Verifiquei que o calçado utilizado pelos Enfermeiros é o adequado, mas deveria ser submetido diariamente à sua lavagem e desinfeção o que nem sempre acontece.

Verifiquei que o betadine é o antisséptico utilizado na antissépsia da pele e mucosas. Embora o betadine seja adequado deveriam respeitar o seu tempo de actuação (3 a 4 min) antes da secagem. Também a forma de aplicação do mesmo – movimentos circulares, partindo do local da incisão para a periferia nem sempre acontece.

A equipa cirúrgica nem sempre a cumpre a ordem referente as regras, preconizadas pela AESOP relativamente a antissépsia do local operatório, isto é, primeiro deveriam realizar a antissépsia do local operatório, de seguida trocar de luvas esterilizadas e só depois vestir a indumentária esterilizada.

De frisar, que a regra de lavagem cirúrgica das mãos é sempre cumprida pela equipa cirúrgica (Médicos e Enfermeira Instrumentista).

Os campos cirúrgicos utilizados no BO são de algodão ou de tecido não tecido. Embora o correcto seja o de apenas a utilização de campos cirúrgicos de tecido não tecido, o que nem sempre acontece.

Os materiais dados para a mesa cirúrgica nem sempre são dados para a mão do enfermeiro instrumentista como é recomendado, mas é respeitada a assépsia.

A utilização da electrocirurgia segue as normas de segurança sendo sempre testada antes de cada utilização. Antes do início do processo cirúrgico é colocado ao doente a placa neutra e assinalado na folha de registos o local onde foi colocada, para posteriormente despiste de possíveis queimaduras provocadas por esta.

Todo o material de diagnóstico e tratamento utilizado, designadamente, bisturi eléctrico, sistema de aspiração, máquina de Rx é devidamente protegido antes de ser colocado junto dos campos operatórios e equipa estéril.

De referir que a segurança do doente na sala operatória, foi sempre assegurada: o correcto posicionamento na marquesa, com cintas de contenção, a fim de evitar a queda e manter o correcto posicionamento; a utilização de almofadas de gel para prevenção de úlceras de pressão e como a constante avaliação dos seus sinais vitais.

Outro aspecto a considerar é o uso das traqueias ventilatórias que não são substituídas de doente para doente, justificando a sua não substituição pelo uso de um filtro com cerca de 99% de eficácia.

A minha área de prestação de cuidados incidiu, essencialmente, na área de anestesia. Segundo AESOP (2006), o Enfermeiro de Anestesia, como elemento responsável pelo doente numa face de dependência, deve manter uma observação e vigilância constantes e ter capacidade de despiste de complicações que entretanto possam surgir. Deve dominar as diferentes técnicas anestésicas e os factores que influenciam a sua escolha. Deve, ainda, conhecer o funcionamento de todo o equipamento anestésico, bem como a de todos os circuitos de manutenção de gases anestésicos. Deve conhecer a acção e mecanismos de interacção dos fármacos utilizados.

Durante o estágio realizei cuidados referentes área de anestesia, designadamente: teste obrigatório do ventilador, o sistema de aspiração e exaustão de gases, a fim de garantir o seu funcionamento e o nível de gases anestésicos (sevoflurano e desflurano).

A decisão sobre o tipo de anestesia a administrar ao doente era da responsabilidade do Médico de Anestesia. Assim o material a preparar dependia do tipo de anestesia prescrito pelo Médico.

A anestesia conduz o doente a um estado de inconsciência, analgesia, amnésia, relaxamento muscular e perda de reflexos. E é constituída pelas seguintes fases anestésicas: pré-anestesia, indução, manutenção e reversão.

A pré-anestésica é realizada na unidade de internamento e consiste na administração, uma ou duas horas antes da cirurgia, de fármacos endovenosos, com a finalidade de evitar ansiedade provocada pelo stress cirúrgico.

A indução consiste na administração sequencial protocolada ou não, de gases anestésicos por via inalatória/ endovenosa, seguindo-se a entubação endotraqueal.

Antes da indução anestésica devemos sempre verificar a permeabilidade do acesso venoso.

Aquando da entubação endotraqueal, no caso de anestesia geral, o Médico Anestesista deve realizar a pré-oxigenação do doente. O enfermeiro deve ainda colaborar na manobra de sellick.

No carro de anestesia são sempre preparados e rotulados os fármacos de indução segundo indicação do Médico Anestesista. Como precaução está sempre preparada e identificada uma seringa com uma ampola de atropina, caso os doentes apresentem bradicardia. Os fármacos habitualmente usados são os que a seguir indico, por ordem sequencial de administração: os analgésicos, sendo o mais utilizado o fentanil, os anestésicos gerais, sendo propofol o mais utilizado e relaxantes musculares, sendo o rocurónio, vecurónio e o cisatracúrio, os mais utilizados.

Após a entubação endotraqueal os olhos do doente são protegidos com penso ocular para evitar lesão da córnea.

Existem algumas diferenças no material de entubação utilizado na cirurgia percutânea de litotricia e tireoidectomia, designadamente a utilização na entubação de um tubo endotraqueal aramado, e posteriormente, realizado o tamponamento da boca com ligadura de cambric embebida em tantum verde para evitar que o tubo “quinque” durante o posicionamento em decúbito ventral no decorrer da cirurgia.

A manutenção anestésica compreende o período durante o qual a cirurgia é realizada. O anestesista escolhe o método de manutenção mais apropriado ao doente, podendo utilizar a combinação de vários fármacos endovenosos com anestésicos inalatórios (anestesia balanceada), ou simplesmente, a associação de diferentes agentes endovenosos (anestesia endovenosa) ou só gases anestésicos (anestesia inalatória).

A cirurgia torácica, abdominal ou toraco-abdominal, caracteriza-se na maioria dos casos por uma prolongada duração e grande agressividade, dada a interferência directa na função respiratória, que passa pela via de incisão torácica, da eventual exclusão pulmonar, da mobilização diafragmática e mediastínica, com as consequências daí resultantes. Nestas cirurgias constatei que se opta por um bloqueio epidural combinado com anestesia geral, aproveitando todas as suas vantagens, nomeadamente, a de possibilitar analgesia do pós-operatório pelo espaço epidural.

Relativamente a dor, o seu controlo torna-se muito importante no doente cirúrgico. Verifiquei existência de grande preocupação dos Médicos e Enfermeiros na avaliação e despiste de complicações resultantes da dor. Para a evitar utilizam frequentemente a via epidural para administração de anestésicos locais e opióides.

Pude verificar que o fármaco mais utilizado por esta via era a morfina devido à sua grande capacidade hidrofílica, alargando a extensão da analgesia, para cima e para baixo da ponta do cateter, tendo um efeito mais duradouro que o fentanil ou o sufentanil, embora com início de duração mais lento.

Ao nível dos registos de enfermagem apenas o enfermeiro de anestesia faz registos relativos à cirurgia e à condição do doente. O enfermeiro circulante apenas regista numa folha de consulta, para fins estatísticos os nomes dos participantes na cirurgia, a hora de entrada do doente na sala, a hora de início da indução anestésica, a hora de início e termo da cirurgia.

Outro aspecto que considero pertinente é a falta de registo na continuidade de cuidados entre serviço de internamento e o BO. Muitas vezes o Médico de Anestesia, ao pretender saber se o doente tinha feito profilaxia antibiótica ou não no internamento, tinha de se contactar o serviço de internamento para questionar o enfermeiro.

Acrescento que o meu estágio se desenvolveu sempre com a preocupação de integrar na minha prática os princípios éticos de acordo com o código deontológico que regula a carreira de enfermagem, bem como a legislação aplicável e respeitando sempre os direitos, valores e crenças dos utentes alvo dos meus cuidados.

Relativamente à aquisição, assimilação e consolidação de competências e novas aprendizagens, considero que ao longo do meu estágio evoluí de forma progressiva, através de uma constante actualização de conhecimentos e empreendendo construtivamente de forma

crítico-reflexiva todas as oportunidades e experiências que me foram disponibilizadas. Não descurei as preocupações de segurança que neste BO se mostram vitais.

Relativamente ao **Objectivo Geral**: “Ser capaz de comunicar as conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades”, delineei dois objectivos específicos:

- ✓ Conhecer e participar no plano de formação em Serviço no BO;
- ✓ Aplicar o processo de enfermagem.

Actividades realizadas:

- Identificar a necessidade de formação da equipa;
- Participar activamente no plano de formação;
- Analisar o processo de enfermagem utilizado no BO.

Na área da formação, em termos formais a minha intervenção baseou-se na elaboração de uma Check-list de Equipamentos do Recobro e do Protocolo de Preparação do Doente para Cirurgia.

A verificação do desaparecimento de cabos de monitores, cabos de ECG e braçadeiras, levou o Enfermeiro Especialista do Serviço a apresentar-nos uma proposta para elaboração de uma Check-list de Equipamentos do Recobro, a fim de assegurar que este material não desaparece-se do recobro. Realizamos essa a check-list solicitada.

A mesma foi implementada e o seu preenchimento tornado obrigatório, em todos os turnos, pelo Enfermeiro do recobro (Anexo IV).

No decorrer do Estágio de Perioperatório realizado no Bloco Operatório Central, do CHVNG/E, sentimos necessidade de elaborar um Protocolo de Preparação do Doente para Cirurgia que validasse o cumprimento das intervenções de enfermagem no pré-operatório, efectuadas nos serviços de internamento (Anexo V).

A necessidade de elaborar este documento surgiu por constatarmos que o doente quando chega ao Bloco, vem na maioria das vezes muito ansioso e tenso. Isto traduz-se em vasoconstricção periférica e numa hipersensibilidade à dor. Se vier correctamente preparado do internamento o processo de indução anestésica é iniciado logo de imediato, pelo que o doente não tem que ser submetido a uma punção venosa, que nesta fase é muito mais desconfortável, e não se apercebe de toda a agitação em volta de si, geradora de mais ansiedade. Assim, obtemos ganhos, quer no conforto para o doente, quer em tempos, para se poderem cumprir os Planos Operatórios.

Verificamos, com alguma frequência, que o Enfermeiro de Anestesia só conhecia o doente na Sala Operatória e que nem sempre tinha acesso ao processo clínico, antes de dar início à indução anestésica, pelo que constatamos que seria fundamental a existência de um documento de fácil consulta que caracterizasse, rapidamente, o doente nos pontos essenciais e fornecesse informações precisas ao profissional, para dar continuidade aos cuidados

iniciados. Assim sendo este protocolo (aplicado no meu serviço e no da minha colega) tem como objectivos: melhorar a qualidade dos cuidados prestados; melhorar a transmissão de informação entre os serviços; reduzir a probabilidade de erros; minimizar o desconforto/dor do doente e otimizar a gestão dos tempos operatórios.

Relativamente à aplicação do processo de enfermagem, no BO são efectuados registos manuais numa folha, própria, pelos enfermeiros.

Apenas no intra e no pós-operatório é utilizado um sistema informático - PISCIS[®], por parte do Médico Anestesiologista, para registo de toda a medicação ministrada e de todos os procedimentos efectuados ao doente na área de anestesia. Verifica-se haver redundância de informação, pois também os Enfermeiros procedem ao registo manual da mesma informação, na folha atrás referida.

A meu ver, apesar da redundância estes registos mostram-se muito limitados, porque apenas se descrevem funções interdependentes e a vigilância dos sinais vitais, perdendo-se as acções autónomas de enfermagem.

Ainda outro aspecto limitador deste tipo de registos é que a folha referida só diz respeito ao período operatório.

1.4. Competências Desenvolvidas

O aprofundamento do conhecimento e a aquisição de competências num domínio específico de enfermagem resulta numa profunda compreensão da pessoa e do processo saúde/doença a que esta está exposta.

Nesta parte do trabalho, faço uma análise das competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do Estágio.

Dada a complexidade, a dificuldade de compreensão e a inter-relação existente entre algumas das competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, resolvi agrupá-las em cinco de áreas de actuação.

Área da comunicação

Nesta área agrupo as seguintes competências:

- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionamento, de forma terapêutica, no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de EEMC;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área de EEMC;
- Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto aos enfermeiros quanto ao público em geral;

- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparo;
- Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.

A competência comunicativa tem por base o crescimento e o desenvolvimento humano, o que implica o desenvolvimento de recursos cognitivos, afectivos e psico-motores do enfermeiro para bem cuidar do doente.

É através da comunicação que se estabelece um elo de ligação entre o enfermeiro/utente/família/comunidade, como resposta à satisfação das necessidades humanas básicas.

Pela diversidade de situações vivenciadas ao longo do estágio, recebi contributos e mais-valias em todos os Módulos que constituíram o meu estágio e que me permitiram desenvolver as competências atrás descritas. Assim no Módulo I ao realizar as actividades de: pesquisa bibliográfica acerca da humanização dos cuidados no SU; respeitar os Princípios Deontológicos e Ético-Legais da profissão de enfermagem; comunicar com doente e família, de forma assertiva, promovendo sentimentos de segurança e confiança, estabelecendo uma relação de empatia e de ajuda e respeitar os valores e crenças do doente, encarando-o como um ser biopsicossocial. E ao verificar que no serviço de urgência, não existe grande preocupação com a humanização dos cuidados, privilegiando-se a enfermagem direccionada para a parte técnica, contribuiu para o desenvolvimento deste grupo de competências relativo a área de comunicação.

No Módulo II ao realizar as actividades: respeitar os princípios Deontológicos e Ético-Legais da profissão de enfermagem; comunicar com doente e família, de forma assertiva, promovendo sentimentos de segurança e confiança, estabelecendo uma relação empática e de ajuda e respeitar os valores e crenças do doente, encarando-o como um ser biopsicossocial e também o exemplo da Enf.^a Tutora do meu estágio - Enfermeira Especialista do quadro, com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no seu brilhante desempenho demonstrando possuir elevadas capacidades de comunicação, ao representar um elo de ligação entre os elementos das diferentes classes profissionais e funcionando como elemento moderador entre os elementos da mesma classe e constituindo uma ponte entre os vários profissionais, o doente e família. Tomando decisões fundamentadas atendendo às evidências científicas e responsabilidades sociais e éticas e respeitando a dignidade e individualidade, crenças e cultura, de forma exemplar, contribuiu para o desenvolvimento de competências e alcance de mais-valias nesta área de actuação.

O estágio neste Módulo permitiu-me perceber como é importante o papel do enfermeiro não só na execução das técnicas mas também relativamente à comunicação com os doentes.

Durante os 3 Módulos e no âmbito da comunicação que estabeleci com os doentes procurei ser coerente na utilização da linguagem corporal e expressão facial de forma a estarem em sintonia com a mensagem verbal que tentava passar ao doente.

Também nos 3 Módulos desenvolvi a actividade do saber ouvir. Escutar envolve, acima de tudo, a intenção de atribuir sentido ao que ouvimos, tendo em conta o quadro de referência do doente. Isto implica a necessidade de adoptarmos uma orientação empática que favorece a compreensão do doente.

Área do conhecimento e prestação de cuidados

A área do conhecimento e prestação de cuidados foi bastante trabalhado em todos os Módulos, como tive oportunidade de referir ao longo deste trabalho, e que me permitiram alcançar as competências específicas na área de EEMC, designadamente:

- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na de EEMC;
- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da minha formação pós-graduada;
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- Tomar iniciativa e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de EEMC;
- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de EEMC.

A área de prestação de cuidados especializada foi a mais trabalhada ao longo do estágio. Para a prestação de cuidados baseados numa evidência científica actualizada, diariamente surgiu-me a necessidade de mobilizar saberes adquiridos ao longo do CMEEMC. Durante o estágio pude aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos durante o curso, relativamente ao manuseamento de equipamentos e acessórios específicos na área de urgência, cuidados intensivos e perioperatório.

Atendendo às diferentes especificidades de cada de serviço, tive necessidade de proceder ao planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados para permitir uma correcta identificação dos diagnósticos de enfermagem reais ou potenciais (descritos no Módulo II), para a prática de enfermagem, permitindo o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz e fundamentada.

Em relação à competência demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, em todos os módulos, surgiram situações que nos obrigou a improvisar, nomeadamente no serviço de urgência relativamente aos suportes de soros e aos suportes dos sacos de urina, às saídas de oxigénio e a inexistência de cortinas em quantidade suficiente. No bloco operatório também tive necessidade de improvisar, relativamente ao posicionamento do doente na mesa operatória.

A prestação de cuidados de enfermagem baseados numa evidência científica, implicou mobilizar saberes adquiridos durante o percurso profissional e fundamentados durante o CMEEMC, bem como a partilha de conhecimentos com os elementos da equipa. Utilizamos um elevado nível de comunicação, que garantiu a coordenação bem sucedida dos esforços de cada um dos elementos da equipa de enfermagem, ajudando-nos mutuamente, de forma a fortalecer os relacionamentos, dando-nos um sentimento valioso de pertença e tomada de consciência da importância do trabalho em equipa.

Esta experiência permitiu-me concluir da importância e eficácia do trabalho em equipa.

Área de gestão

Na área de gestão, pude adquirir as competências:

- Realizar a gestão dos cuidados na área de EEMC;
- Colaborar no processo de integração de novos profissionais.

Participar na área de gestão dos cuidados contribuiu para uma percepção da eficácia da organização dos cuidados prestados. A diversidade encontrada na organização de material de consumo clínico, farmacológico, profissionais e registos, realizada em cada um dos locais de estágio permitiu o contacto com as diferentes realidades e uma diversidade de experiências em termos de gestão.

Posso dizer, que em relação de aquisição de competências na área de gestão, esta deu-se na UCIC, porque a minha Tutora era a Enfermeira Especialista, permitindo-me desta forma colaborar na gestão do serviço, e na liderança da equipa e em termos da prestação de cuidados.

Embora não tendo oportunidade durante o meu estágio em participar na integração de nenhum profissional, considero que a integração de novos profissionais muito importante, devendo adoptar-se procedimentos correctos de acolhimento e socialização – designadamente nos primeiros dias e semanas, após a entrada de um novo enfermeiro. Más experiências vividas nesta fase podem prejudicar a cooperação e as relações de confiança entre os elementos da equipa. Prejudicando os resultados da equipa e o seu nível de satisfação.

Área de formação/investigação

A área de formação/investigação foi bastante trabalhada, podendo deste modo adquirir as competências:

- Promover a formação em serviço na área de EEMC;
- Identificar as necessidades formativas na área de EEMC;
- Reflectir na e sobre a prática, de forma crítica;
- Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Participar e promover a investigação em serviço na área de EEMC;

- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Manter, de forma contínua e autónoma, o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

Esta é sem dúvida uma área muito importante, na qual pude conversar com vários profissionais acerca da importância da formação, para o desenvolvimento de capacidades e competências tendo em vista a excelência dos cuidados.

A área de formação é uma das áreas em que o Enfermeiro Especialista pode dar uma maior visibilidade da sua actuação, detectando necessidades de formação, e dando sugestões para possíveis formações em serviço.

Como já abordei anteriormente, verifiquei algumas necessidades formativas nos diferentes locais de estágio, perante as quais estabeleci planos de actuação, alguns deles limitados pelas circunstâncias de ser aluna, designadamente: no Módulo I, a elaboração de panfleto de acolhimento dirigido aos familiares/visitas dos doentes internados nas áreas do SU e OBS; no Módulo II, a elaboração do Guia de Orientação para a Cirurgia Cardíaca, e Check-list de auditoria a norma de cateteres intravasculares; no Módulo III, elaborei a Check-list de Equipamentos do Recobro e o Protocolo de Preparação do Doente para Cirurgia.

Procurei assim, contribuir para: transmissão de informações; mudança de atitudes face ao trabalho e desenvolvimento de capacidades de trabalho.

Em síntese, podemos considerar que a formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem, considerando como um grupo profissional com objectivo comum.

Nesta óptica e no campo de enfermagem a pesquisa e a evidência científica constituem oportunidades que devem ser aproveitadas, a fim de garantir uma melhoria na qualidade do desempenho, traduzindo-se em ganhos em saúde para o doente.

Área de supervisão

Relativamente a área de supervisão, adquiri as seguintes competências:

- Exercer supervisão do exercício profissional na área de EEMC;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros,
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Liderar equipas de prestação de cuidados especializados, na área de EEMC;
- Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área de EEMC.

Exercer supervisão do exercício profissional, implica por um lado zelar pela qualidade dos cuidados e por outro pela promoção do desenvolvimento profissional e pessoal da equipa de enfermagem. A qualidade dos cuidados é essencial para o bom funcionamento de um serviço, traduzindo em ganhos em saúde para o doente. O desenvolvimento pessoal e profissional de cada elemento que constitui a equipa é fundamental para promover a qualidade, através da partilha do conhecimento e realização de formações.

Numa equipa de enfermagem, um sentido comum de identidade ajuda a criar coesão e direcção. Fomentar essa identidade é uma tarefa chave para o gestor/supervisor da equipa. Uma maneira de desempenhar essa tarefa consiste em descobrir e fomentar os valores chave da equipa, razão pela qual, enquanto gestor da equipa é crucial compreender e defender esses valores.

Alguns valores a considerar: excelência no trabalho; respeito pelas pessoas envolvidas, desenvolvimento pessoal e bem-estar dos membros da equipa.

Foi tendo presente estes valores, que serviram de orientação no desenvolvimento do meu estágio ao longo dos 3 módulos.

2. CONCLUSÃO

Este Relatório surge como um documento ilustrativo da aprendizagem adquirida durante o Estágio. Trata-se do culminar de um percurso de aprendizagem e enriquecimento pessoal e profissional, permitindo-me uma constante mobilização de conhecimentos e a aquisição de competências ao longo dos 3 Módulos que constituíram o estágio.

Sendo a enfermagem uma profissão com grande componente técnica e científicos nós, enfermeiros, temos de estar motivados e com uma mente aberta para a aprendizagem constante, com grande capacidade de adaptação às mudanças e às inovações.

Devido a esta evolução permanente torna-se imperioso um acompanhamento contínuo e uma atitude permanente de reflexão e interrogação sobre as práticas por parte dos Profissionais de Enfermagem e uma consequente abertura para aprender e desenvolver as suas competências, onde a formação apresenta um papel primordial.

É com a prática do cuidar em enfermagem que as necessidades de actualização e aperfeiçoamento se manifestam, sendo resultado da reflexão, dos confrontos de ideias e do desenvolvimento das ciências e da tecnologia. Daí a relevância da necessidade de uma formação contínua. A formação produz uma abertura e disponibilidade em aprender, em obter conhecimentos e adquirir determinadas capacidades, que se transformarão em competências.

O presente Relatório foi elaborado com base nos objectivos gerais e específicos delineados, nas competências inerentes à Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo sempre em consideração os conhecimentos adquiridos e as experiências vivenciadas durante o estágio, nos 3 Módulos: Módulo I – SU; Módulo II – UCIC e Módulo III – BO.

No Módulo I para operacionalizar os 3 objectivos gerais, definidos pelo plano de estudos delineei objectivos específicos que me permitiram a realização de actividades nas diferentes áreas do SU (triagem, área amarelo/laranja, área verde/azul, pequena cirurgia e ortopedia e sala de reanimação). Pude constatar as realidades das diferentes áreas permitindo-me, assim, analisar todo o processo de abordagem ao doente crítico e a obtenção de um conhecimento global do SU.

À medida que ia descrevendo as actividades realizadas, fiz uma análise crítica aos aspectos a melhorar no SU. Ao passar pela triagem detectei alguns problemas, designadamente a não existência de fluxograma para hipertensão e nenhum discriminador indicativo do valor da tensão arterial. A fim de melhorar os meus conhecimentos acerca da triagem realizei uma pesquisa relativa ao método de Triagem de Manchester. Neste método de triagem a avaliação da tensão arterial não é pedida em nenhum fluxograma. Uma estratégia para tentar resolver este problema era a de propor um estudo de quantos doentes dão entrada no SU com hipertensão arterial. Com fundamentação nos resultados obtidos, propor ao Grupo Português de Triagem uma reformulação dos discriminadores incluindo a avaliação da tensão arterial, como discriminador específico.

Na área amarelo/laranja pude perceber a razão pelo qual os colegas do SU se debatem no dia-a-dia por melhor condições físicas e estruturais, apesar das instalações serem

novas. Trata-se de um espaço compartilhado, onde as macas com os doentes se acumulam lado a lado, sem condições de privacidade, quase sem espaço para chegarmos aos doentes e sem as devidas distâncias aconselhadas pela Comissão de Controlo de Infecção. Tratou-se de uma área que me foi particularmente útil conhecer, atendendo a que os doentes internados no serviço onde exerço as minhas funções (Medicina 4) provêm de lá.

Na área de formação foi realizado um panfleto de acolhimento dirigido aos familiares/visitas dos doentes internados nas áreas do SU e para OBS.

Durante o estágio na UCIC constatei tratar-se de uma unidade dotada de alta tecnologia, alguma da qual nunca antes visualizada nem manuseada por mim. Por isso senti necessidade da realização de uma pesquisa bibliográfica permanente acerca de diversos temas, tais como: ventilação mecânica, cateterismo cardíaco, balão intra-aórtico, pericardiocentese, para desta forma conseguir atingir as competências inicialmente propostas.

Na área de formação realizei um Guia de Orientação para Cirurgia Cardíaca, uma Check-list de auditoria à norma de cateteres intravasculares.

No BO a minha área de prestação de cuidados incidiu, essencialmente, na área de anestesia, na qual tive de aprofundar conhecimentos acerca dos fármacos mais utilizados nas diferentes fases anestésicas, bem como no correcto posicionamento do doente para acto cirúrgico.

A enfermagem perioperatória constitui-se como um processo sistemático, com uma série de passos interligados, seguindo um roteiro para assegurar cuidados de enfermagem adequados e individualizados, desde o período pré ao pós-operatório.

Verifiquei que neste BO não se realiza visita pré-operatória, o que julgo fazer reduzir a qualidade dos cuidados prestados, reflectindo-se na ansiedade dos doentes demonstrada pelos doentes quando chegam ao BO.

Relativamente, a área de formação elaborei um Check-list de Equipamentos do Recobro e um Protocolo de Preparação do Doente para Cirurgia.

Este estágio proporcionou-me a obtenção e o desenvolvimento de competências em diferentes áreas, designadamente: comunicação, conhecimento, prestação de cuidados, gestão, formação/investigação e supervisão. Permitiu-me, ainda, tomar conhecimento das diferentes realidades e das dificuldades sentidas pelos profissionais de enfermagem, bem como uma partilha de conhecimentos, de experiências e de reflexão sobre diversos aspectos designadamente: a minha actuação, a actuação dos diferentes profissionais, aspectos positivos/negativos de cada experiência vivenciada, a condição social do doente, a posição adoptada pela família e diferentes aspectos éticos, sócio-económicos e culturais. Também esta reflexão contribuiu para o desenvolvimento de competências que irão, certamente, proporcionar melhorias no meu desempenho a todos os níveis, em especial na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Representa, assim, o culminar de um longo trajecto de aprendizagem e enriquecimento profissional e pessoal que, face as competências adquiridas e apesar das dificuldades sentidas, muito contribuiu para melhorar o meu desempenho profissional.

As dificuldades sentidas resultaram da dificuldade de conciliar aulas, estágio e actividade profissional. Estas dificuldades foram sendo colmatadas com a ajuda dos Enfermeiros Tutores, bem como com os elementos das diferentes equipas, que em muito contribuíram com as suas experiências enriquecedoras. Também considerei estas dificuldades como parte fulcral de um processo de aprendizagem e crescimento profissional e pessoal.

Como sugestão gostaria de referir a problemática/dificuldade associada ao cronograma relativo ao período de frequência de aulas, dos exames e ao da concretização do estágio, períodos estes sobrepostos no primeiro estágio, dificuldade agravada, ainda, com o exercício actividade profissional diária. Deveria evitar-se, em simultâneo, a frequência das aulas e do estágio. Por outro lado, considero que a distribuição da carga horária de cada módulo num período tão curto deveria verificar-se num período mais alargado, a fim de facilitar o aprofundar dos conhecimentos, das técnicas, e das actividades inerentes à obtenção e desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista. A minha sugestão será a de reestruturar o cronograma, a fim de evitar a sobreposição do período de estágio com a do período de frequência de aulas, alargando, ainda o período de estágio, a fim de facilitar uma melhor assimilação de todas as actividades a realizar.

O Enfermeiro Especialista deve ser, cada vez mais, um profissional reflexivo e capaz de mobilizar todo um conjunto de informação científica, tecnológica e relacional, alicerçado em saberes providos pela experiência vivida em contexto de prática, evitando uma intervenção fragmentada, descontextualizada e com baixo nível de qualidade. Foi este contexto que conduziu toda a minha actuação e me motivou durante o estágio, que foi sem dúvida exigente, trabalhoso, mas sobretudo muito gratificante e que em muito contribuiu para o meu desenvolvimento e valorização profissional e pessoal.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, Ana Paula; Sousa, Luís. 2004. Cuidar em Enfermagem. Revista Sinais Vitais 56:27-29.

Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. 2005. Práticas recomendadas para o bloco operatório, 1ª ed. AESOP, Lisboa, 132pps.

Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. 2006. Enfermagem perioperatória da filosofia à prática dos cuidados, 1ª ed. Lusodidacta, Loures, 356pps.

Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. 2007. Enfermagem Perioperatória. Revista AESOP VIII: 13.

Bessa, Bruno; Fonseca, Sandra. 2006. O Doente Ventilado da “Limpeza das Vias Aéreas” à “Asfixia”. Revista Sinais Vitais 64:31-38.

Cadete, Elvira; Meira, Lúcia; Graça, Luís. 2000. A Recepção do doente na Sala de Operações. Revista AESOP 1:23-29.

Deglin, Judith; Vallerand, April. 2003. Guia Farmacológico Para Enfermeiros, 6ª Edição. Lusociência, Loures, 97 e 779-782 pps.

Figuereido, N., et al. 2006. CTI – Actuação, Intervenção e Cuidados de Enfermagem. Yendis Editora, São Paulo.

Frederico, Manuela; Leitão, Maria dos Anjos. 1999. Princípios de Administração para Enfermeiros, 1ª Edição. Formasau Editora, Coimbra.

Gonçalves, Pedro Coelho. 2004 Ser um Bom Enfermeiro... Revista Sinais Vitais. 56:61-62.

Grupo Português de Triagem. 1997. Triagem no Serviço de Urgência. Manual do Formando. 15.

Ministério da Saúde. 2007. Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência. Direcção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde.

Natário, A, et al. 2003. Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Direcção-Geral da Saúde, Lisboa.

Neves, Maria da Ajuda. 2005. O bom e mau enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros. 18:79-80.

Phipps, W. et al. 1995. Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e prática clínica, 2ª Edição. Lusodidacta, Lisboa, 638-640 pps.

Pupulim, J.; Sawada, N.. 2002. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. Revista Latino-americana de Enfermagem 10: 433-438.

Ratton, José. 2005. Emergências Médicas e Terapia Intensiva. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

Ribeiro, Gabriela; Rosa, Isabel; Sousa, Luís. 1998. O Doente Submetido a Pericardiocentese Cuidados de Enfermagem. Revista Sinais Vitais 21:23-26.

Sá, Tiago; Machado, Liliana. 2006. Comunicar com Doentes Ventilados. Revista Sinais Vitais 67:29-34.

Santos, Nívea C. M.. 2003. Centro cirúrgico e os cuidados de enfermagem, 1ª ed. Iátria, São Paulo, 180pps.

Santos, Susana. 2005. Cateterismo Cardíaco. Revista Sinais Vitais 58:55-58.

Sheey, Susan. 2001. Enfermagem em Urgência: Da Teoria à Prática. 4ª Edição. Loures. Lusociência.

Teixeira, Joana Martins. 2005. Os Enfermeiros e Humanização – Que Conceito?. Revista Sinais Vitais. 59:55-58.

Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. 2007. Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional.

Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Apontamentos de Enfermagem Médico-Cirúrgica I e II, Patologia Terapêutica, Direito, Dinâmicas Familiares e Gestão. 2007-2008.

Urden, Linda; Stacy, Kathleen; Lough, Mary. 2008. Enfermagem de Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção, 5ª Edição. Lusodidacta, Loures.

Velez, C.. 2002. Expectativas dos familiares de doentes internados na UCI face aos enfermeiros. Nursing 168: 17 – 20.

Fontes da Internet

Benner, P. "De Iniciado a Perito". 2ª Ed., 2001; Disponível em: <http://www.quarteto.pt/olivro/default.asp?PnIDLivro=146> [acedido: 18/12/08].

Bettinelli, Luís; Waskiewicz, Josemara; Erdmann, Alacoque. 2003. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar, 27:231-239. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/is-digital/is-0403/pdf/I023\(4\)111.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/is-digital/is-0403/pdf/I023(4)111.pdf) [acedido: 28/10/08].

CIPE. Disponível em: <http://mimwiki.med.up.pt/index.php/CIPE> [acedido: 14/12/08].

DN. 2008. Vias Verdes Coronárias já evitaram centenas de mortes. Disponível em: http://dn.sapo.pt/2008/09/30/sociedade/vias_verdes_coronarias_evitaram_cent.html [acedido: 28/10/08].

JN. 2008. Sistema de Triagem de Manchester levanta dúvidas. Disponível em: <http://noticias.portugalmail.pt/artigo/20080104/sistema-de-triagem-de-manchester-levanta-duvidas> [acedido: 2/11/08].

Pádua, A.; Martinez, J. 2001. "Modos de Assistência respiratória", 34: 133-142. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/2001/vol34n2/modos_assistencia_ventilatoria.pdf [acedido: 04/12/08].

Legislação

Portugal. Ministério da Saúde. Carreira de Enfermagem: Decreto-Lei, n.º 437/91 de 8 de Novembro.

Portugal. Ministério da Saúde. Código Deontológico do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 104/98.

Portugal. Ministério da Saúde. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril).

Portugal. Ministério da Saúde. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro.

4. ANEXOS

Anexo I
Panfleto - “Guia de Orientação para a Família/Visitas”

Localização:

A unidade de OBS do CHVNG, localiza-se no r/ch do Pavilhão Central.

Contacto: 227865100

Extensão: 11712

Características do serviço:

Este serviço é composto por 7 unidades, na sala central e uma unidade de isolamento para doentes com defesas imunitárias diminuídas ou com potencial contágio para terceiros.

É um serviço destinado ao tratamento de doentes em estado crítico, o que obriga os doentes a estarem monitorizados daí o facto de estarem rodeados de aparelhos e fios.

Informações:

Encontram-se no serviço dois Enfermeiros em permanência física 24h e enfermeiros, junto dos quais as visitas e os acompanhantes devem esclarecer todas as dúvidas. As informações sobre o estado do doente só serão fornecidas pessoalmente a familiares directos pelos Médicos do serviço.

Não podem ser dadas informações sobre o estado do doente pelo telefone.

Orientações para as visitas:

Não receie o contacto com o seu familiar/amigo. Para ele isso é muito importante, ainda que para si isso lhe pareça sem sentido.

Se tiver dificuldade em perceber o que o doente lhe quer comunicar, não fique preocupado. Peça ajuda ao enfermeiro responsável por ele.

Regras de entrada e saída de OBS:

Aguardar na sala de espera sendo depois acompanhado à unidade por uma auxiliar de acção médica.

Ao entrar deve:

-Passar as mãos por uma solução alcoólica (STERILIUM).

Ao sair deve:

-Passar as mãos pela referida solução alcoólica.

Normas para as visitas:

Horário: Das 17h às 17h30 e das 21h às 21h30.

Nº de visitas: Cada doente pode receber duas visitas em cada período, podendo permanecer apenas um de cada vez junto do doente.

As visitas não podem trazer para o doente comida, roupas ou outros objectos pessoais.

Os telemóveis têm que ser desligados antes de se entrar no serviço, pois interferem com o funcionamento dos aparelhos existentes, podendo colocar em risco o doente.

Os visitantes devem seguir rigorosamente as informações do pessoal que trata o doente.

Ao seguir as normas está a ajudar o doente!

PROCURE SER:

Calmo...

Cuidadoso...

Respeitador...

**Lembre-se que poderá haver doentes que
não devem ser incomodados!**



Anexo II
Panfleto – “Guia de Orientação para Cirurgia Cardíaca”

A cirurgia ao coração é muito frequente em todo o mundo e apesar de ser complexa tornou-se uma prática diária no nosso hospital.

O que é a cirurgia cardíaca?

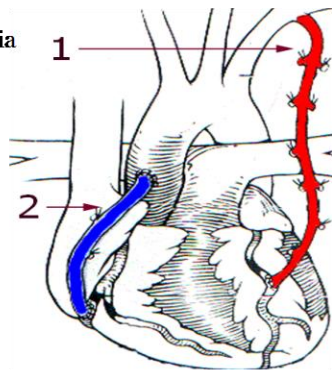
Existem vários tipos de cirurgia ao coração, mas as mais frequentes são a cirurgia coronária e valvular, demorando entre 3 a 5 horas.

Cirurgia coronária

A cirurgia de revascularização do miocárdio, também conhecida como cirurgia de bypass coronário é uma operação em que são utilizadas artérias (mamária ou do antebraço) ou veias (perna) para o restabelecimento do fluxo sanguíneo da coronária doente. O maior fluxo de sangue deverá eliminar a dor do peito (angina), que aparece com o esforço, diminuir o cansaço e aumentar a esperança de vida

Enxerto da artéria mamária interna (peito)

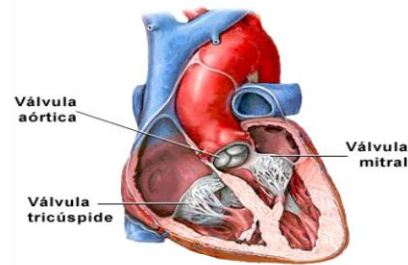
Enxerto da veia safena (perna)



Cirurgia Valvular

O coração é formado por quatro cavidades e entre as cavidades existem válvulas (portas) que se abrem e fecham para deixar o sangue circular pelo coração. Duas dessas válvulas, a mitral e a aórtica, são frequentemente

afectadas por doenças que as tornam demasiado apertadas (estenose) ou demasiado largas (insuficiência). A cirurgia substitui (prótese) ou repara a válvula doente para permitir a diminuição do cansaço e a restauração da sensação de bem-estar.



Antes da Cirurgia:

- Deverá manter-se calmo e confiante na cirurgia;
- Não poderá comer ou beber oito horas antes;
- Poderá ser necessário rapar os pêlos, do peito e da perna;
- Deverá tomar um banho para prevenir a infecção, e vestir uma bata e pôr uma touca;
- Serão guardadas as próteses e pertences pessoais;
- É colocado um soro e dada medicação prescrita pelo médico.

No Bloco Operatório:

- Quando chegar ao bloco vai ser recebido pelo Médico e Enfermeiro de Anestesia;
- O Anestesta vai-lhe dar medicação para não ter dor e colocar um cateter numa veia central (no pescoço) e na artéria (braço);
- Durante a cirurgia manter-se-á a dormir, sob efeito de anestesia geral;
- No final da cirurgia irá ser transferido para uma Unidade de Cuidados Intensivos.

Na Unidade de Cuidados Intensivos Cardio-Torácica:

- Poderá sentir-se confuso e desorientado pelo ambiente estranho e pela medicação, mas rapidamente recuperará;
- Durante este período tente manter-se calmo e siga as indicações que lhe vão sendo dadas;
- Terá a sua volta algumas máquinas e equipamentos que o irão ajudar na sua recuperação;
- Alguns sondas (tubos), poderão ser necessários para a sua recuperação, que serão retirados logo que possível;
- Vai fazer medicação para dor, mas se tiver dor informe o enfermeiro;
- Colabore com os exercícios de respiração profunda e tosse, que lhe serão ensinados para ajudar a uma recuperação rápida e eficaz;
- A sua família poderá fazer visitas curtas nesta unidade.

Na enfermaria da Cirurgia Cardio-Torácica:

- 📖 Vai progressivamente recuperar a sua força e capacidade de desempenhar tarefas;
- 📖 Continue a colaborar nos exercícios de respiração profunda e tosse;
- 📖 Alguns exercícios como mudar de posição, sentar-se na cama ou no cadeirão, vão também ajuda-lo na sua recuperação;
- 📖 Habitualmente permanecerá 5 a 7 dias internado.
- 📖 Quando da alta será encaminhado para o centro de saúde, para a realização dos tratamentos,
- 📖 Antes da sua alta iram lhe ser dadas mais informações e terá oportunidade de colocar as suas dúvidas

Regresso a casa:

- 📖 A sensação de fraqueza é habitual, que vai melhorando 3 a 4 semanas após a cirurgia;
- 📖 Não deve fumar;
- 📖 As feridas precisam de 6 semanas para cicatrizar;
- 📖 Evite fazer esforços, ou carregar objectos nos primeiros meses;
- 📖 Tome a medicação prescrita pelo médico, após a alta;
- 📖 Deve fazer uma alimentação saudável, reduzindo a ingestão de gorduras e de sal;
- 📖 O caminhar progressivamente, mas sem esforço, é uma boa maneira de recuperar forças;

- 📖 Poderá iniciar a sua actividade sexual, a condução e a vida profissional aproximadamente 6 a 8 semanas após a cirurgia;
- 📖 Deve trazer sempre consigo a informação clínica (carta da alta);
- 📖 Terá uma consulta marcada aproximadamente 4 semanas após a cirurgia.

Não tenha receio de colocar questões ou dúvidas a todos os profissionais.



**CENTRO HOSPITALAR
DE VILA NOVA DE
GAIA/ESPINHO, EPE**



**SERVIÇO DE
CARDIOLOGIA**

Anexo III

Check-list – “Auditoria em Cateteres Intravasculares”

AUDITORIA EM CATETERES INTRAVASCULARES
(Cateter Venoso Periférico, Cateter Venoso Central, Cateter Arterial)

Data												
Turno												
Processo N.º												
	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
1. Execução do cateterismo venoso periférico												
Lavagem higiénica das mãos.												
Tricotomia com máquina no local de punção.												
Posicionamento do doente.												
2. Manutenção do cateter venoso periférico, central e arterial:												
Higienização das mãos.												
Uso de luvas limpas na remoção do penso.												
Torneiras no final do prolongador.												
Desinfecção dos acessos das torneiras com álcool antes de aceder ao sistema.												
Acessos das torneiras tapados, quando não utilizados.												
Campo estéril a envolver os lúmens de cateteres.												
Uso de solução antisséptica de base alcoólica na antissépsia no local de punção.												
Uso de pensos estéreis.												
Troca de sistemas de administração intravenosa, torneiras e prolongadores parametrizados no SAPE para serem substituídos a cada 72h/72h.												
Substituição do sistema de monitorização de pressão e solução heparinizada parametrizada de 96/96h na SAPE;												
Desinfecção do diafragma para colheita de sangue com álcool a 70º.												
3. Registo adequado:												
Da vigilância de sinais inflamatórios no local de inserção do cateterismo.												
Execução do tratamento a ferida cirúrgica.												
Da substituição dos sistemas de administração intravenosa, torneiras, prolongadores de 72h/72h.												
Da troca do sistema de monitorização de pressão e solução heparinizada de 96/96h.												
Total												
Auditor												

0 – Não se aplica; 1 – Aplica; 2 – Não executa

Anexo IV
Check-list – “Equipamentos do Recobro”

Bloco Operatório Central
Check-list de Equipamentos do Recobro

Mês	Dia									
Equipamento de Monitorização										
1. Monitor Siemens SC 7000 (n.º 7593)										
• Braçadeira e cabo										
• Saturímetro e cabo										
• Peça das derivações (3 e 5)										
• Cabo de ECG										
• Cabo de alimentação										
• Cabo de ligação ao computador										
2. Monitor Siemens SC 7000 (n.º 7594)										
• Braçadeira e cabo										
• Saturímetro e cabo										
• Peça das derivações (3 e 5)										
• Cabo de ECG										
• Cabo de alimentação										
• Cabo de ligação ao computador										
3. Monitor Siemens SC 7000 (n.º 7595)										
• Braçadeira e cabo										
• Saturímetro e cabo										
• Peça das derivações (3 e 5)										
• Cabo de ECG										
• Cabo de alimentação										
• Cabo de ligação ao computador										
4. Dinamap Plus (n.º 1671, 017163)										
• Braçadeira e cabo										
• Saturímetro e cabo										
• Peça das derivações										
• Cabo de ECG										
• Cabo de alimentação										
5. Dinamap Plus (n.º 1659, 017164)										
• Braçadeira e cabo										
• Saturímetro e cabo										
• Peça das derivações										
• Cabo de ECG										
• Cabo de alimentação										
6. Dinamap Plus (n.º 1653, 019020)										
• Braçadeira e cabo										
• Saturímetro e cabo										
• Peça das derivações										
• Cabo de ECG										
• Cabo de alimentação										
Equipamento de Perfusão										
Seringa de Perfusão B-Braun (n.º 0216853)										
• Cabo de alimentação										
Seringa de Perfusão B-Braun (n.º 005250)										
• Cabo de alimentação										
Seringa de Perfusão B-Braun (n.º 014000)										
• Cabo de alimentação										
Equipamento de Aquecimento										
Aquecedor do leito										
Aquecedor do leito										
Máquinas de Glicemia Capilar										
• One Touch										
• One Touch Ultra easy										
Turno										
Manhã										
Tarde										
Noite										

Obs:

Anexo V
Protocolo de Preparação do Doente para Cirurgia

CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO,EPE

Serviço _____

Pág.01/03

PROTOCOLO DE PREPARAÇÃO DO
DOENTE PARA CIRURGIA

Aprovação:

Equipa de Enfermagem: ___/___/___

Equipa Médica: ___/___/___

Direcção de Enfermagem: ___/___/___

Direcção Clínica: ___/___/___

No decorrer do Estágio de Perioperatório realizado no Bloco Operatório Central, do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., sentimos necessidade de elaborar um documento que validasse o cumprimento das intervenções de enfermagem no pré-operatório efectuadas nos serviços de internamento.

Justificação

Nesta Instituição existem alguns Protocolos de preparação de doentes para intervenções invasivas, que se encontram activos e são cumpridos pelos serviços de internamento, como por exemplo, a preparação para arteriografia, pelo que julgamos pertinente a elaboração de um Protocolo de preparação do doente para cirurgia, a ser implementado nos serviços de internamento

A necessidade de elaborar este documento surgiu por constatarmos que o doente quando chega ao Bloco vem na maioria das vezes muito ansioso e tenso; isto traduz-se em vasoconstricção periférica e uma hipersensibilidade à dor. Se vier correctamente preparado do internamento o processo de indução anestésica é iniciado logo de imediato, pelo que o doente não tem que ser submetido a uma punção que nesta fase é muito mais desconfortável, e não se apercebe de toda a agitação em volta de si geradora de mais ansiedade. Assim, obtemos ganhos quer no conforto para o doente quer em tempos para se poderem cumprir os Planos operatórios.

Verificamos com alguma frequência que o Enf. de Anestesia só conhecia o doente na Sala Operatória e que nem sempre tinha acesso ao processo clínico antes de dar início à indução anestésica, pelo que constatamos que seria fundamental a existência de um documento de fácil consulta que caracterizasse rapidamente o doente nos pontos essenciais e fornecesse informações precisas ao profissional para dar continuidade aos cuidados iniciados. Este documento acompanharia o doente desde a entrada no Bloco e seria entregue ao Enf. de Anestesia permitindo obter ganhos quer na qualidade dos cuidados ao doente, porque conheceria de imediato as suas limitações físicas, quer na redução da probabilidade de Erro.

Objectivos:

- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados;
- Melhorar a transmissão de informação entre os serviços;
- Reduzir a probabilidade de erros;
- Minimizar o desconforto/dor do doente;
- Optimizar a gestão dos tempos operatórios.

PROTOCOLO PARA CIRURGIA

Data da Cirurgia __/__/__ Cama ____

Serviço _____

Cirurgia proposta _____

Limitações físicas S N

(Autocolante)

Antecedentes Médico-Cirúrgicos

Antecedentes Pessoais Alérgicos

Medicação Pré-Operatória administrada S N

Hora: _____/_____

Parâmetros Vitais	__h__min
Tensão Arterial	/ mmhg
Pulso	b.p.m
Temperatura	°C
Sat O2	%
Dx	mg/dl

- Jejum
- Banho antisséptico na véspera e no dia
- Higiene oral
- Tricotomia
- Retirar próteses
- Retirar adornos
- Retirar maquilhagem
- Vestuário adequado – bata e barrete
- Cateter nº 18 ≥ com torneira 3 vias (preferencialmente no membro superior esquerdo e Soro Fisiológico em curso)
- Verificar se doente tem vontade de urinar
- Consentimento Esclarecido Assinado
- Processo Clínico com 30 vinhetas
- Processo Radiográfico _____
- Antibioterapia profilática (para o Bloco) _____

Preparações Específicas S N _____

Obs. _____

Enfº do Serviço (que prepara o doente)

Enfº do Bloco Operatório (que recebe o doente)

(Rubrica / n.º mecanográfico.)

(Rubrica / n.º mecanográfico.)