



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS NOS CONTEXTOS DA PRÁTICA**

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

Fátima de Jesus dos Santos Pires

Porto, Maio de 2011





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS NOS CONTEXTOS DA PRÁTICA**

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

Fátima de Jesus dos Santos Pires

Sob orientação de Mestre Amélia Rego

Porto, Maio de 2011

## Resumo

O relatório que apresentamos, surge no âmbito do plano de estudos do terceiro Mestrado de Enfermagem com Especialização em Médico – Cirúrgica, levado a cabo pela Universidade Católica Portuguesa.

Os objectivos deste relatório são documentar toda a aprendizagem em campo de estágio, a sua fundamentação através da pesquisa bibliográfica e também servir como instrumento de avaliação na fase final do curso. Descreve um percurso de aprendizagem enquanto aluna da especialidade, não só pelo desenvolvimento de competências definidas para o campo de estágio, mas também pela partilha de informação proveniente da experiência profissional, contribuindo desta forma para o desenvolvimento profissional das equipas onde estivemos inseridas, nomeadamente através da formação em serviço. Apresentamos actividades centradas no cliente crítico e em situações mais complexas, dando ênfase à importância da prática baseada na evidência, para a prestação de cuidados de qualidade, bem como as dificuldades sentidas, mais especificamente nos Sistemas de Informação em Enfermagem.

Apresentado sob a forma descritiva, resulta da pesquisa bibliográfica que fundamenta a prática diária em contexto de estágio, da reflexão pessoal e crítica e sobretudo da prestação directa de cuidados ao cliente do foro médico – cirúrgico. No contexto geral de uma especialização em Enfermagem, traduz particularmente as competências adquiridas em diferentes níveis de actuação, considerando os diferentes domínios preconizados pela Ordem dos Enfermeiros: Domínio da prestação de cuidados gerais, Domínio da prestação de cuidados especializados, Domínio da gestão de cuidados, Domínio da responsabilidade ética e legal e por fim o Domínio da gestão da qualidade.

Concluimos que o estágio proporcionou aquisição de conhecimento e também desenvolvimento de habilidades para a prestação de cuidados diferenciados e globais ao cliente na área da Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica. As páginas que apresentamos, constituem a descrição das actividades realizadas para dar resposta aos objectivos pré-definidos em diferentes áreas de actuação: Enfermagem peri – operatória, Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos, com realce à troca de experiências e à abordagem directa do cliente em estado crítico.



## Abstract

This present report appears in the third syllabus of Nursing Master of Specialization in Medical - Surgical, promoted by the Catholic Portuguese University. The goals of this report are documenting all learning in the training field, its reasoning through literature research and also serving as an evaluation tool at the final stage of the course.

It describes a learning path as a student of the specialty, not only by developing competencies defined for the training field, but also by sharing information from the experience, thus contributing to the professional teams in which we have participated, including the job training.

We present activities focused on the critical patient and the more complex situations, emphasizing the importance of evidence-based practice in order to promote nursing care with quality as well the difficulties we have been through, specifically about Nursing Information Systems.

This report relates the literature research which supports the daily practice in the training context, the personal reflection and criticism and above all the direct nursing care to the medical surgical patients. In the general context of the nursing specialization, it particularly translates the skills acquired in different levels of action, considering the different areas recommended by the Nurses Association: Scope of general care services, Scope of specialized care services; Scope of managing care services, Scope of legal and ethical responsibility and finally the Scope of quality management.

We conclude that the stage have provided the knowledge and the skills to enable differentiated and global caring to each patient in Nursing Medical - Surgical specialization. The pages of this report describe all the activities we realized in order to validate the predefined goals in different areas as: Preoperative Nursing, Emergency Service and Intensive Care Unit, enhancing the exchange of experience and the direct approach to the critical patient.



“ Sei que o meu trabalho é uma gota no oceano, mas sem ele, o oceano seria menor”

Madre Teresa de Calcutá



## Agradecimentos

- À Mestre Amélia Rego, pelo acompanhamento, motivação, disponibilidade, orientação e profissionalismo
- À família pelo apoio e compreensão
- À Cecília pela força
- Aos amigos pelo incentivo

A todos muito obrigada



## Lista de Siglas

AORN - Association of PeriOperative Registered Nurses

AVC – Acidentes Vascular Cerebral

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CIPE – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral de Saúde

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica

ECG - Electrocardiograma

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

OBS – Observações

OE – Ordem dos Enfermeiros

PA – Pressão Arterial

PCR – Paragem Cárdio- Respiratória

PIA – Pressão Intra – Abdominal

PIC – Pressão Intra – Craniana

PVC – Pressão Venosa Central

SAM – Sistema de Apoio Médico

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem

SU – Serviço de Urgência



TA – Tensão Arterial

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TVM – Traumatismo Vértebro – Medular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCPA – Unidade de Cuidados Pós – Anestésicos

UDC – Unidade de Decisão Clínica



ÍNDICE	pág.
0 – INTRODUÇÃO	11
1 – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/ DESENVOLVIDAS	15
1.1 – DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	15
1.1.1 – Actividades desenvolvidas	16
1.2 - DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS	28
1.2.1 - Actividades desenvolvidas	29
1.3 – DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS	35
1.3.1 - Actividades desenvolvidas	35
1.4 – DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE ÉTICA E LEGAL	39
1.4.1 - Actividades desenvolvidas	40
1.5 – DOMÍNIO DA GESTÃO DA QUALIDADE	42
1.5.1 - Actividades desenvolvidas	43
2 – CONCLUSÃO	44
3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	51
Anexo I – Caracterização física/ organização dos serviços onde foram realizados os estágios	
Anexo II – Estudo de Caso – “ Aneurisma da Aorta Abdominal”	
Anexo III – Poster elaborado no Módulo de estágio Peri – operatório – “Áreas do Bloco Operatório”	

Anexo IV – Abordagem teórica do traumatismo vertebro – medular

Anexo V – “Guia de utilização do ventilador de emergência/ transporte” – realizado no Módulo de estágio – Serviço de Urgência

Anexo VI - Formação “Higienização das mãos”; Planificação da formação; Fundamentação teórica e apresentação em diapositivos – realizada no Módulo de estágio – Cuidados Intensivos

Anexo VII – Formação “ Visita pré-operatória de Enfermagem”; Fundamentação teórica e apresentação em diapositivos – realizada no Módulo Peri-operatório

Anexo VIII – Abordagem teórica da patologia – Acidente Vascular Cerebral

## 0-INTRODUÇÃO

A Enfermagem, como disciplina do conhecimento, tenta responder aos desafios de uma sociedade cada vez mais demarcada pela economia do mercado, tendo como orientação o respeito pelas necessidades individuais fundamentais através de uma abordagem personalizada e global.

No âmbito do terceiro curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, faz parte a elaboração de um relatório, de forma a dar visibilidade às competências definidas no plano de estudos e desenvolvidas na unidade curricular de estágio.

O modelo preconizado pelo processo de Bolonha revelou-se um desafio importante, que permitiu a promoção de um espírito mais crítico e reflexivo, contribuindo para a autonomia e a responsabilidade durante o processo de aprendizagem.

O estágio foi realizado em instituições que se articulam com a Universidade Católica Portuguesa, através de protocolos com o Instituto de Ciências da Saúde. Ele dividiu-se em três módulos, realizados em contextos diferentes: Módulo I – Serviço de Urgência; Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos e Módulo III – Opcional – Peri – operatório, com uma carga horária de 180h para cada módulo.

O estágio proporcionou momentos de aprendizagem contínua, em que a teoria e a prática se conjugaram para o desenvolvimento profissional e pessoal e também para o desenvolvimento de competências especializadas referentes ao título de Enfermeiro Especialista, conforme o decreto-lei nº 111/2009 de 11 de Setembro do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na área da Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

A curiosidade do saber, aliada à actualização científica, criou a oportunidade de contacto com novas realidades, consideradas necessidades cada vez mais cruciais. Assim, podemos concordar que *“o conhecimento é o lema da era em que se vive, sendo que no caso da Enfermagem tem que passar por um crivo da experiência prática, objectiva, transformando-se em competência”* (Mesquita 2005, p.5).

O Módulo I de estágio foi efectuado no serviço de urgência do Hospital Escala Braga, no período de 4 de Outubro a 26 de Novembro de 2010. O serviço de urgência desta unidade hospitalar é um serviço polivalente constituindo o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência, em conformidade com o disposto no despacho do Ministério da Saúde nº 18459/2006, de 30 de Julho. O regulamento define os princípios da estrutura, processo e resultado que conduzem à gestão necessária para o bom funcionamento do serviço e a devida prestação de cuidados.

O hospital pelas suas valências médico – cirúrgicas é tido como um hospital de primeira linha, recebendo clientes da área correspondente.

A prestação de cuidados abrange todos os grupos etários e, de acordo com as suas necessidades, presta serviços que vão desde a observação ao tratamento da doença, incluindo a reanimação e o suporte avançado de vida. A elevada afluência de clientes aliado as condicionantes físicas do serviço levam a um esforço e uma exigência na adequação dos cuidados que prestamos. Da grande diversidade de clientes e patologias a quem prestamos cuidados as alterações respiratórias e cardiovasculares caracterizaram a população maioritariamente adulta e idosa.

Durante a nossa permanência, acompanhamos o enfermeiro tutor, na prestação de cuidados individualizados ao cliente nas diversas áreas do SU, nomeadamente nos posicionamentos, com alternâncias de decúbito, medidas de higiene de forma a proporcionar o melhor conforto possível, e execução de técnicas invasivas e não invasivas. Participamos activamente, na prestação de cuidados diferenciados a vários níveis mais especificamente na assistência ao cliente inserido no circuito da via verde AVC (Acidente Vascular Cerebral). A abordagem ao politraumatizado constituiu também uma prática diária, esta pressupõem capacidade de gerir informação e mobilizar conhecimentos com vista a uma actuação mais rápida e eficiente. Ao acompanharmos a equipa neste contexto de sala de emergência, verificamos algumas dificuldades, por exemplo, com as exigências de operacionalidade do ventilador de transporte disponível. Tratando-se de uma equipa constituída por Enfermeiros experientes, mas também por Enfermeiros com menos experiência, testemunhamos alguma dificuldade na utilização do mesmo. Para dar resposta a esta necessidade, elaboramos de um guia de manuseio do ventilador, simples e prático, facilitando assim uma melhor integração dos mesmos.

O Módulo II do estágio foi efectuado na Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar do Alto Ave - Unidade de Guimarães, no período de 29 de Novembro 2010 a 29 de Janeiro de 2011. É uma unidade constituída por um espaço autónomo, com profissionais e estruturas próprias e individualizadas. Pela sua capacidade multidisciplinar e polivalência admite clientes do foro médico e cirúrgico, mas apenas em idade adulta.

Aqui, prestamos cuidados de Enfermagem ao cliente em estado crítico, nomeadamente ao cliente cirúrgico, desde a sua admissão na unidade até à sua transferência para o internamento de origem. Apesar do cliente ventilado não se revelar uma novidade, prestar cuidados ao mesmo permitiu identificar algumas particularidades da Enfermagem em Cuidados Intensivos, e assim estimular o desenvolvimento de algumas competências para a resolução de dificuldades, como por exemplo a comunicação e a compreensão do cliente entubado mas consciente.

Atendendo a falta de experiencia profissional na utilização dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE), elaboramos um estudo de caso, com o objectivo de promovermos a aprendizagem sobre a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), após alguma pesquisa e trabalho prático nesta área.

O Módulo III de estágio – opcional, foi levado a cabo na área do peri – operatório, na Unidade Local de Matosinhos – Bloco Operatório, no período de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010.

Atendendo a que o percurso profissional como Enfermeira do Bloco Operatório nomeadamente na Anestesiologia desde alguns anos, a integração e a prestação de cuidados mostrou-se de certa forma facilitada.

Descrevemos o serviço como sendo muito completo, faltando a cirurgia cardiotorácica para completar o leque de valências cirúrgicas. Realçamos a especialidade de neurocirurgia, porque ainda não tínhamos tido oportunidade de contactar presencialmente.

Participamos activamente como elemento integrante nas equipas, como Enfermeira de anestesia, como Enfermeira circulante e como Enfermeira na unidade de cuidados pós-anestésicos. Identificamos especificamente uma necessidade formativa, e com a

colaboração do Enfermeiro responsável pela formação em serviço, elaboramos um trabalho sobre a “Visita Pré-operatória de Enfermagem”, para dar resposta às necessidades dos clientes no período pré-operatório, culminando na verificação da importância da informação como método minimizador da condição de ansiedade e medo próprios desta fase. Desta forma, o trabalho consistiu na apresentação de um documento escrito sobre esta temática, bem como na sua apresentação à equipa, lançando o desafio para a sua posterior implementação.

O presente relatório surge como o resultado de uma longa aprendizagem e crescimento contínuo, bem como da reflexão e consciencialização de todas as dificuldades sentidas ao longo deste percurso, pelo que pretende responder aos seguintes objectivos:

- Responder a uma necessidade curricular;
- Descrever as actividades para o desenvolvimento de competências;
- Documentar a aprendizagem efectuada;
- Facultar uma visão organizada das experiências vivenciadas;
- Servir como instrumento de avaliação para a conclusão da especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica;

A escolha da estrutura deste documento escrito serve de continuidade ao projecto de estágio onde foram planeadas estratégias para o desenvolvimento de competências propostas pelo plano de estudos. A metodologia pela qual optamos foi o método descritivo e reflexivo das actividades realizadas, tendo por base a pesquisa bibliográfica, referenciada segundo a norma portuguesa, para documentar a prática clínica.

## 1 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS /DESENVOLVIDAS

A ambivalência de sentimentos apresenta-se como um impulso que impera a curto e médio prazo. Desta forma o que descrevemos é resultado de um investimento pessoal, e também da observação e participação directa dos cuidados efectuados.

O estágio proporcionou experiências únicas e essenciais para o desenvolvimento de competências, quer humanas quer técnicas e relacionais, de forma a adquirir “(...) *um nível desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades ( ...)*” (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Assim, no que confere às competências delineadas pela Universidade para os campos de estágio, foram desenvolvidas actividades e estratégias de actuação, direccionadas para os domínios do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, da prestação de cuidados especializados, da responsabilidade ética e legal e domínio da gestão de qualidade. As actividades desenvolvidas, são experiências vivenciadas, descritas de forma crítica e reflexiva, permitindo a aprendizagem, um contributo para a consecução e desenvolvimento de conhecimentos.

### 1.1- DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

O exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal, entre o Enfermeiro e outra pessoa. Quer o Enfermeiro, quer a outra pessoa (cliente), possuem crenças, valores e desejos de natureza individual, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. O Enfermeiro, deve distinguir-se pela formação e experiência para entender e respeitar os outros, sem juízos de valor relativamente à pessoa a quem presta cuidados de saúde, pois “*acredita-se que o cuidado de enfermagem tendo origem numa longa tradição cristã, deve estar atento às actuais necessidades da saúde, dos indivíduos, famílias e comunidades, em ambientes complexos, em constante mudança e interacção*” (Vieira 2009, p.129).

### 1.1.1- Actividades desenvolvidas

Exercer Enfermagem perante um cliente concreto e inserido num determinado contexto é complexo, exigente, e pressupõe habilidades e conhecimentos específicos. Na prática de Enfermagem é possível distinguir o Saber como e o Saber que, reflectindo-se o primeiro no domínio das habilidades, e o segundo no saber teórico articulado com a linguagem. Desta forma foram desenvolvidas actividades de forma a dar resposta aos objectivos do plano de estudos, para a aquisição e desenvolvimento de competências.

#### Competência:

- Gerir e interpretar de forma adequada a informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e da sua formação pós graduada;
- Manter de forma contínua e autónoma o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;

A aprendizagem passou por um processo contínuo e diário, mantido nos três módulos, “ricos” em oportunidades de troca de experiências. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009) “*o título de enfermeiro reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de Enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade, nos três níveis de intervenção*”. Cabe ao Enfermeiro especialista acrescentar a estas competências, qualidades técnicas, humanas e relacionais de acordo com a sua área de especialização.

O serviço de urgência é um serviço polivalente constituído ao nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência. Tem por objectivo primordial, 24 horas/dia, a observação, o tratamento e o encaminhamento de clientes urgentes e muito urgentes (definidos segundo a metodologia do Sistema da Triagem de Manchester), colaborando activamente na abordagem e tratamento dos doentes emergentes. A caracterização física do serviço, organização e estrutura é apresentada em anexo (ANEXO I).

Durante o estágio, colaboramos e participamos na abordagem ao cliente com patologia traumática, na preparação pré-operatória, bem como no encaminhamento dos clientes

para a realização de exames complementares de diagnóstico. Uma vez interiorizada a dinâmica do serviço, participamos na prestação de cuidados directos ao cliente em contexto de urgência, tais como cateterismos venosos e vesicais, entubações nasogástricas, tratamentos a feridas traumáticas. Relembrar os procedimentos, posicionamentos e preparação psicológica, para punções torácicas, abdominais e lombares, quer sejam diagnosticas ou evacuadoras, bem como os respectivos materiais utilizados, foram de vital importância para a nossa prestação em cuidados de Enfermagem nesta área. Participamos também nos cuidados ao doente crítico e ao adulto idoso.

Efectuamos pesquisa bibliográfica sobre temas para fundamentar a prática diária dos cuidados, e consultamos os protocolos terapêuticos do serviço, nomeadamente o instituído para o Traumatismo Vértebra Medular (TVM), via verde AVC, crises convulsivas e abordagem do politraumatizado, razão porque estamos de acordo com Pinto (2006, p.12) ao afirmar que *“é necessário pensar bem, educar o pensamento, objectiva-lo... no sentido de aprimorarmos o que fazemos”*.

A experiência pessoal e a familiarização com algum material cirúrgico (campos, fios de sutura e pinças) facilitaram a colaboração com as equipas médicas, com quem participamos activamente na pequena cirurgia, para correcção de esfacelos, drenagens de hematomas e extracções de corpos estranhos, bem como na realização de pensos, após os respectivos procedimentos. Procuramos sempre esclarecer as dúvidas e efectuar os respectivos ensinamentos, quer ao próprio cliente quer ao acompanhante.

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) é uma unidade que presta cuidados a clientes apenas em idade adulta. É um espaço autónomo, com pessoal e estruturas próprias e individualizadas. A caracterização do serviço, bem como a forma como se encontra organizado e estruturado é, também, apresentada em anexo (ANEXO I).

São prestados cuidados a clientes com os mais variados quadros clínicos, sendo os mais frequentes os relacionados com a patologia do foro respiratório, de etiologias múltiplas e quase sempre com necessidade de ventilação invasiva, mas também pós-operatórios de cirurgias major, das várias especialidades cirúrgicas. Durante o estágio, tivemos oportunidade de nos familiarizarmos com aspectos próprios da ventilação mecânica,

preparação e administração de nutrição entérica e parentérica e alguma terapêutica específica, auxiliada sempre pelo recurso à pesquisa bibliográfica.

O Cuidar numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente implica materiais que obedecem a normas específicas indicadas pelo fabricante, revelando-se o seu conhecimento fundamental para a sua correcta utilização. As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) continuam a ser um local único e evoluído, no qual estão integrados cuidados Médicos, de Enfermagem e meios técnicos sofisticados na assistência diferenciada ao cliente em estado crítico.

A cirurgia é sempre uma experiência única. É um momento crítico para o cliente, para a família e também para toda a equipa multidisciplinar que participa no procedimento cirúrgico. O cliente confronta-se com situações desconhecidas e com riscos obrigatórios, que perturbam a dinâmica familiar, pessoal e até social. A cirurgia programada exige por parte do cliente e da sua família, a mobilização de recursos emocionais e físicos para um processo de adaptação a uma situação durante um período da sua vida. O Enfermeiro peri-operatório desempenha um papel importante na satisfação das necessidades do cliente, nomeadamente a necessidade de informação relativamente à cirurgia a que vai ser submetido. O medo do desconhecido, a dependência dos outros, o desconforto, a possível alteração da imagem corporal e preocupações familiares são potenciais fontes de ansiedade, muitas vezes originadas pela falta de informação ou pelas experiências pessoais de outras pessoas. A informação transmitida deve ser a mais personalizada possível e adequada às necessidades de cada cliente. É importante que a abordagem não seja só o acto cirúrgico, mas sim algo mais abrangente, envolvendo aspectos psicológicos, sociais e, não menos importantes, os espirituais. Desta forma o estágio no peri-operatório permitiu uma abordagem assistencial ao cliente nas várias especialidades cirúrgicas.

O papel do Enfermeiro peri-operatório definiu-se e estandardizou-se por intermédio da organização profissional de Enfermeiros peri-operatórios, a *Association of PeriOperative Registered Nurses* (AORN). Segundo esta organização, o Enfermeiro peri-operatório utiliza o processo de Enfermagem, desenvolve um plano e coordena os cuidados prestados ao doente cirúrgico. Perante isto deve possuir conhecimentos necessários para planear, avaliar e intervir nos resultados das intervenções. Na prática, a

formação passou pela oportunidade de esclarecimento dos familiares que acompanhavam os clientes à entrada do bloco operatório sobre a intervenção cirúrgica e a técnica anestésica, e pelos cuidados prestados no pós-operatório imediato, com destaque para o controlo da dor nos pós – operatório. O esforço, a necessidade de aprendizagem, a motivação e o pensamento crítico, bem como todo o processo de troca de experiências foram a chave no desenvolvimento do estágio do peri-operatório, uma vez que *“a enfermagem é fundamentalmente um exercício de decisão e julgamento acerca das diversas situações com que se depara”* (Pinto 2006, p.12).

A descrição física do serviço, bem como a sua respectiva estrutura, pode ser observada no anexo (ANEXO I), tal como a referente aos outros dois locais já indicados.

#### Competência:

- Produzir um discurso pessoal, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;

O estágio em contexto de urgência revelou-se um desafio, pois a diversidade, a intensidade e a dinâmica dos cuidados neste contexto são deveras intensos, não obstante, um serviço de urgência cria algumas barreiras pela necessidade de resposta quase imediata.

Ao longo do estágio as várias situações de doença com que nos deparamos, foi uma constante, com necessidade crescente de adquirir e mobilizar conhecimentos teórico-práticos, para assim conseguirmos planear e decidir de forma mais autónoma possível, os cuidados a prestar ao doente em estado crítico. Numa tentativa de dar resposta, procuramos essencialmente aplicar conhecimentos adquiridos ao longo da formação profissional e académica, bem como enfatizar a importância da troca de experiências num contexto de aprendizagem.

Competência:

- Reflectir sobre a prática, de forma crítica;

Durante o estágio procuramos reflectir sobre a actuação, bem como nos aspectos a melhorar na convicção de que *“a prática exige espaços de reflexão e diálogo nas equipas a fim de potenciar a criatividade e aumentar a qualidade de resposta às solicitações dos doentes”* esta ao *“ser exercitada constitui-se um processo privilegiado de desenvolvimento profissional”* (Rego, 2010, p.89).

O Enfermeiro adquire conhecimentos e desenvolve capacidades para elaborar um discurso adequado sobre o que é efectuado, no decurso da sua actividade profissional, dirigido ao cliente que cuida. É importante manter-se um discurso coerente com a prática diária, tendo presentes os momentos de reflexão entre profissionais, susceptíveis de desencadear processos de aprendizagem.

O estágio privilegia momentos de reflexão sobre o que fomos e de que forma adquirimos o conhecimento. Cury (2005), citado por Coelho (2007, p.124), refere que *“cada um de nós precisará de muitos sonhos para ser um profissional que procura a excelência, amplia os horizontes, fica atento às pequenas mudanças...tem ousadia para fazer das suas falhas e dos seus desafios um canteiro de oportunidades”*.

Competência:

- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;

Nos serviços de saúde onde são prestados cuidados de Enfermagem, a qualidade dos mesmos emerge como um imperativo de intervenção para todos os envolvidos na prestação de cuidados ao cliente.

A afluência de clientes a um Serviço de Urgência é tipicamente muito grande, e com situações clínicas que exigem cada vez mais cuidados diferenciados, associados às condições físicas crescentemente insuficientes, a prestação de cuidados individualizados tornou-se um desafio. A conquista da autonomia e a procura de níveis cada vez mais

elevados de qualidade do desempenho profissional envolvem os enfermeiros que procuram alternativas para a prestação da melhor assistência.

A prestação de cuidados implica uma componente de humanização, ou seja, à competência técnica deve associar-se o cuidado humano. Na filosofia do cuidar, Watson citada por Neil (2002, p.165) faz referência ao mesmo “*como uma essência da prática de Enfermagem*” e ainda “*o cuidar é uma ideia moral, mais do que um comportamento orientado pela tarefa e inclui características como a ocasião do cuidar interpessoal e humano que ocorre quando existe um verdadeiro relacionamento entre enfermeiro e doente*”.

Em contexto da área de Observações (OBS), Unidade de Decisão Clínica (UDC), áreas médica e cirúrgica, as equipas utilizam o método individualizado de trabalho. Desta forma, o atendimento não é fragmentado originando a satisfação do cliente e também dos Enfermeiros que executam. Também desta forma “*os Enfermeiros têm um melhor conhecimento do utente, o que permite que o plano de cuidados se torne mais individualizado*” (Cruz 2002, p.26).

Participamos na prestação de cuidados individualizados, planeamos e executamos intervenções particularmente na avaliação de parâmetros vitais, cateterismos venosos ou vesicais, administração de fármacos e hemoderivados, com responsabilidade e autonomia. Acompanhamos clientes para a realização de técnicas imagiológicas com administração de produto de contraste, e assim reforçar a importância dos conhecimentos avançados em contexto de emergência, dado o risco de choque anafilático durante este procedimento.

Na sala de emergência, cada enfermeiro assume a execução de um determinado procedimento, determinado pelo método de trabalho por tarefa. Este método enfatiza a atribuição de tarefas e procedimentos aos membros de uma equipa, de forma a tornar aquele momento crucial num momento de interação, com o objectivo comum de restabelecer ou manter as funções vitais do cliente. Na prática existe o denominado “*team leader*”, habitualmente médico, responsável pelas indicações e condução do caso clínico que se apresenta à equipa. Equipa esta com funções pré-determinadas e bem definidas, sobretudo em três posições de destaque: o elemento responsável pela via aérea, o responsável pela circulação e o responsável pela administração de fármacos.

Durante estas fases, exigentes e extenuantes da reanimação e/ou ressuscitação, apenas cada um assumindo o seu papel é possível manter a organização e sequência ordenada de atitudes. Salienta-se também a necessidade de vários elementos destacados para efectuar compressões torácicas de forma a evitar a exaustão física que as mesmas causam no reanimador, e assim se manter a eficácia das mesmas durante toda a reanimação.

Identificamos cuidados de Enfermagem com necessidade de continuidade após a alta, nomeadamente a necessidade de posicionamentos, cuidados de higiene e conforto, bem como alimentação. Assim procuramos uma educação diária para a saúde, dirigida aos prestadores de cuidados, familiares ou não, procurando a melhor forma de garantir a continuidade de cuidados.

Como uma espécie de reflexão nesta fase de descrição das actividades, parece pertinente enunciar o conceito de Enfermagem de Virgínia Henderson, citado por Margarida Vieira (2009, p.78) “*o enfermeiro assiste pessoas doentes e saudáveis, como eles fariam por si próprios, se tivessem força, vontade e conhecimento (...)*”. Quando a doença ou a incapacidade surgem tornam-se prementes as necessidades de respostas intencionais, na procura do equilíbrio que leve os clientes que cuidamos ao conforto e ao bem-estar.

Relativamente aos registos, nem todos se encontravam informatizados. Os que efectivamente se encontravam já informatizados, baseavam-se no Sistema de Apoio Médico (SAM), sendo desenvolvido um perfil para todos os elementos de Enfermagem da urgência, para desta de forma acederem aos registos. Após um período de integração/aprendizagem desenvolvemos autonomia na utilização do programa.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009) “*os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas*”, requerendo desta forma a sensibilização para lidar com as diferenças no decurso do exercício profissional.

Na UCIP para a prestação de cuidados é utilizado o método individual de trabalho, uma vez que este é o que melhor viabiliza a prestação de cuidados de qualidade. Com este método, “*cabe a cada enfermeiro a responsabilidade de cuidar o cliente, na sua globalidade, tendo em vista a sua integridade física, psicológica e intelectual*” (Cruz

2002, p.26). Desta forma são atribuídos a cada Enfermeiro um número de clientes aos quais ele presta cuidados globais.

Para responder à necessidade de integração na equipa e no serviço, bem como melhorar a prestação de cuidados directos, consultamos as normas e os procedimentos existentes no serviço.

O cliente em estado crítico, devido à necessidade frequente de intervenções, está sujeito a estímulos constantes, tais como o ruído provocado pelos alarmes dos monitores, a aspiração de secreções, os posicionamentos rigorosos e, entre outros, os cuidados de higiene. Estes podem traduzir-se em manifestações de “stress” e ansiedade, que se repercutem, por vezes, em instabilidade fisiológica. Atendendo a que, o sono constitui um aspecto fundamental no bem-estar e no equilíbrio do indivíduo, quer a nível psicológico, quer a nível fisiológico, numa UCI, manter esta homeostasia é um desafio exigente. A frequente interrupção do padrão do sono conduz a efeitos, tais como a irritabilidade, a ansiedade e a exaustão física. Houve oportunidade para observar que a equipa se encontrava sensibilizada para proporcionar, sempre que possível, um ambiente calmo e seguro. O horário das visitas ia de encontro a esta necessidade de estabilização e equilíbrio, evitando-se procedimentos invasivos no período de repouso, a não ser que os mesmos se revelassem necessários.

O processo de integração na prestação de cuidados foi gradual, assumimos responsabilidades e autonomia para com os clientes atribuídos sob orientação da Enfermeira tutora. Tivemos oportunidade de participar na preparação da unidade, nos testes de ventiladores e montagem dos mesmos, bem como na organização de todo o material técnico, desde seringas e bombas perfusoras, sistemas de monitorização, sistemas de vácuo e outros, sendo a sua reposição da responsabilidade dos assistentes operacionais. Em colaboração com a Enfermeira tutora, procedemos à avaliação inicial e objectiva dos clientes provenientes do bloco operatório e também do SU. Participamos também na transferência do cliente para outros serviços, aquando a estabilização do seu quadro clínico. Esta transferência é sempre planeada com o serviço receptor, sendo o cliente acompanhado por um assistente operacional e um Enfermeiro.

Todas as actividades são registadas com base no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), tornando possível, nos respectivos serviços de internamento, a

continuidade do plano de cuidados iniciados na UCIP, uma vez que se trata de um sistema comum onde a informação pode ser consultada e partilhada.

Dadas as dificuldades sentidas na utilização do SAPE e na compreensão da taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), procedemos à elaboração de um estudo de caso (ANEXO II) de forma a melhor compreender esta organização sistematizada dos cuidados, respeitando as fases do processo de Enfermagem, através da classificação dos fenómenos acções e resultados de Enfermagem.

Em contexto de bloco operatório procuramos prestar cuidados de forma autónoma, atendendo às diferentes funções que cada enfermeiro integra dentro da sala cirúrgica. Desenvolvemos responsabilidade acrescida no seio de um serviço em que o trabalho em equipa é extremamente importante e valorizado. O papel do Enfermeiro peri-operatório pode ser descrito como um conjunto de actividades orientadas não só para a técnica mas também para as necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar.

Também a Associação dos Enfermeiros de Sala de operações Portugueses (AESOP) define cuidados perioperatorio como um *“conjunto de actividades desenvolvidas pelos enfermeiros no perioperatorio para dar resposta as necessidades do doente submetido a cirurgia e/ou qualquer procedimento invasivo.”* Sempre orientada e apoiada pelo Enfermeiro tutor, participamos no serviço do bloco, nomeadamente através da chamada dos clientes das diversas especialidades, do acolhimento, confirmação da identidade e da cirurgia proposta e confirmação do consentimento informado assinado. Nestas ocasiões tivemos oportunidade de apreciar o papel do enfermeiro perioperatorio como o de “advogado” do cliente, avaliando a sua capacidade na tomada de decisão e confirmando que o cliente recebeu a informação necessária para assinar o consentimento e esclarecer dúvidas existentes.

Na unidade de cuidados pós anestésicos (UCPA), cooperamos na transferência de clientes para a UCI e também para os serviços de onde eram provenientes, prestamos cuidados inerentes à pessoa no período pós-operatório imediato, nomeadamente a monitorização continua de parâmetros vitais, oxigenoterapia, registos de drenagens, estabilização hemodinâmica, tendo sempre presente os e critérios de avaliação para posterior alta. Nas cirurgias de otorrinolaringologia e cirurgia pediátrica efectuamos

ensinos às mães, nomeadamente sobre a profilaxia da hemorragia, controlo da dor e também sobre o início da alimentação no pós-operatório imediato.

Em contexto de estágio a metodologia de trabalho permitiu a prestação de cuidados de forma contínua, autónoma, bem como um conhecimento mais global dos clientes.

Competência:

- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;

Um trabalho em equipa é um trabalho realizado por profissionais de diferentes categorias e/ou papéis para cumprir um objectivo comum. As consequências de um mau ambiente relacional são graves para cada um dos profissionais, mas principalmente para o cliente que busca ajuda e resposta nos nossos cuidados.

Os profissionais constituem uma mais-valia dos recursos existentes numa instituição hospitalar. A riqueza e a complexidade própria dos seres humanos requerem do Enfermeiro muita energia, sensibilização e poder de comunicação. O desenvolvimento de competências na área relacional é um factor muito importante para se poder fazer a diferença.

O trabalho em equipa não é uma actividade automática, mas sim uma qualidade a ser desenvolvida do ponto de vista colectivo. Os grupos profissionais de uma instituição, tais como os Médicos, os Enfermeiros e outros, possuem funções e competências diferentes, mas que apenas em equipa interdisciplinar conseguem a excelência dos cuidados ao cliente na sua plenitude. Para que o trabalho em equipa seja bem sucedido é necessária uma adequada comunicação interdisciplinar com confiança e abertura. A comunicação “(...) é um dos meios mais eficazes para a mudança de atitudes, já que constitui a essência vital à condução dos homens” (Morais, 2002, p.25).

A Enfermagem peri-operatória constitui um processo dinâmico, cognitivo e técnico dirigido para a assistência ao cliente, antes, durante e após a intervenção cirúrgica. Revela-se de extrema importância, o conhecimento das funções que cada elemento exerce na sala operatória para uma melhor organização e rentabilidade dos cuidados.

Na dinâmica dos cuidados, desde os posicionamentos, a técnicas mais invasivas e técnicas de reanimação, contribuímos sensibilizadamente para o trabalho em equipa, compreendendo a importância da comunicação e do espírito de inter-ajuda.

### Competência

- Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros, quanto ao público em geral;
- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêuticas no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;

O termo comunicar, provem do latim *comunicare*, que significa pôr em comum. “Comunicar está na essência do mundo vivo, mais objectivamente comunicar está na essência do homem” Martins (2002, p.43), revelando-se essencial para o funcionamento de uma equipa multidisciplinar.

Uma das habilidades fundamentais na prestação de cuidados reside na capacidade que o Enfermeiro tem para ouvir e compreender as necessidades sentidas pelo cliente.

A comunicação abrange todos os comportamentos incluindo as atitudes verbais e não verbais, sendo considerada esta última como a expressão mais fidedigna dos sentimentos verdadeiros.

Em contexto de cuidados intensivos, a comunicação com o cliente ventilado, ou simplesmente sedado tornou-se uma inquietação. No início do turno em conjunto com o Enfermeiro tutor abordávamos o cliente pelo nome, fazíamos a nossa apresentação e cumprimentávamos o mesmo. Não sendo aqui possível estabelecer um diálogo, consideramos o toque como o meio de comunicação não verbal de extrema importância na prestação de cuidados de Enfermagem. Consideramos o toque, mais do que uma técnica, mas sobretudo uma forma de comunicação e de cuidar o outro no seu todo. A informação através de gestos em cuidados intensivos assume particular atenção, pois, muitas vezes, o cliente ventilado encontra-se apenas privado da forma oral de comunicação, restando-lhe a linguagem gestual para ser compreendido. De forma

autônoma tentamos compreender o cliente. Se esta comunicação se revelava de todo incompreensível providenciávamos outras formas de comunicar, por exemplo, através da escrita, fornecendo material que permitisse ao cliente expressar-se de forma compreensível.

Esclarecemos dúvidas à família sempre que solicitada, tentando mantê-la o mais próximo possível do cliente em ambiente de cuidados intensivos através de um intencional tom de voz calmo e controlado.

Uma comunicação eficaz em ambiente clínico é um desafio, contudo no SU o desafio revela-se ainda maior atendendo à natureza das situações urgentes/emergentes que aí se encontram. A comunicação é um instrumento fundamental para os clientes que necessitam de cuidados pois *“não podemos esquecer que a comunicação vai mais além das palavras, sejam elas escritas ou faladas. A postura, os gestos, o olhar, o tom de voz e a maneira de tocar o outro, são algumas das muitas maneiras que temos de transmitir e receber informação”* e *“...aprender os mistérios do toque, faz parte do processo de humanização da relação enfermeiro/doente”* (Silva 2006, p.95).

A comunicação entre o Enfermeiro e o cliente é fundamental para a descoberta de necessidades, e em contexto peri-operatório em que o cliente está privado do seu meio e entregue a uma equipa, por vezes desconhecida, comunicar torna-se fundamental para ambas as partes. Assim, procuramos desenvolver estratégias para comunicar com o cliente, procurando uma comunicação eficaz, acessível e perceptível. Como forma de desmistificar o bloco operatório, em concordância com o Enfermeiro tutor, elaboramos um poster que serviu como um instrumento simples e esclarecedor do ambiente do bloco operatório (Anexo III).

#### Competência:

- Tomar iniciativas a ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área EEMC;

O estágio tornou-se um local próprio para o desenvolvimento da criatividade enquanto alunos da especialidade. Mantivemos sempre o espírito crítico e, em colaboração com o

Enfermeiro tutor, fomos detectando alguns aspectos que suscitaram discussão, nomeadamente algumas situações relacionadas com a prescrição de procedimentos e a realização de manobras invasivas em clientes com alguma dependência física mas conscientes, orientados e colaborantes. Reporta-se em concreto á da técnica de algáliação para colheita de urina asséptica. Com consciência do risco acrescido de infecção com a execução desta técnica, procuramos em conjunto com a equipa, encontrar processos de mudança, adequando a intervenção ao cliente, que resultassem na melhoria dos resultados.

Competência:

- Colaborar na integração de novos profissionais;

Durante o estágio, não tivemos oportunidade de colaborar na integração de novos profissionais, pois durante o mesmo, apenas coincidiram alunos da licenciatura em Enfermagem. No entanto, contribuiu para a partilha de informações e orientação dos alunos, contribuindo desta forma para o desenvolvimento de competências dos futuros profissionais.

## 1.2 – DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

A utilização do processo de enfermagem confere uma abordagem científica na resolução de problemas. O Enfermeiro especialista deve possuir competências adequadas às necessidades específicas de cada cliente, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009) “*O título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de Enfermagem*”.

A formação especializada deve incentivar o desenvolvimento do pensamento reflexivo no seio das equipas, contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento de profissionais cada vez mais competentes na sua área de actuação. A autonomia implica

também responsabilização pelo processo de cuidados de Enfermagem aplicado a cada cliente, e isto depende de como cada elemento de Enfermagem utiliza o seu conhecimento no seio da equipa que integra.

### 1.2.1-Actividades desenvolvidas

A profissão de Enfermagem tem sido marcada por inúmeras mudanças e é uma profissão que tem desenvolvido esforços para passar da tecnicidade centrada na doença para uma corrente de valorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados. Torna-se fundamental que os Enfermeiros sejam capazes de conhecer melhor a pessoa a quem prestam cuidados e que consigam estabelecer relação de ajuda precisando para isso de desenvolver competências específicas.

#### Competência:

- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas segundo uma perspectiva profissional e académica avançada;
- Demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área da EEMC;

A prática do Enfermeiro do SU implica tomada de decisões, capacidade analítica e científica na recolha de dados e qualidade de reflexão crítica. A qualidade dos cuidados e a excelência do exercício profissional é uma exigência baseada na evidência. Assim, mobilizamos conhecimentos em conjunto com o Enfermeiro tutor para dar resposta ao cliente em situação crítica. Aplicamos protocolos, nomeadamente o protocolo instituído para a actuação perante o cliente com TVM e crise convulsiva. Para dar respostas às dúvidas suscitadas no decurso destas situações procedemos à pesquisa bibliográfica sobre os temas. Em anexo (ANEXO IV) encontra-se o resultado da pesquisa.

A área distinta e diferenciada do SU, onde a vida se sobrepõe à morte e por vezes esta se sobrepõe à vida e a destreza técnica impera, é sem dúvida a sala de emergência.

Sendo esta área também da responsabilidade do Enfermeiro especialista, sempre que foi accionada integramos a equipa de intervenção.

Os critérios de admissão na sala de emergência são a prioridade vermelha, segundo o sistema de triagem de *Manchester*, e aqueles referenciados pela equipa da viatura de emergência médica e reanimação. Sendo o factor tempo crucial, a assistência nos primeiros momentos deve ser ordenada para permitir a estabilização e diminuir o risco de lesões.

Observamos e participamos na avaliação inicial do cliente politraumatizado, aplicando de forma sequencial os protocolos de reanimação, monitorizando e administrando terapêutica de emergência. Colaboramos na realização de técnicas invasivas, tais como cateterismos arteriais e venosos centrais, e executamos técnicas de mobilização e posicionamentos adequados à situação do cliente.

Presenciamos e colaboramos na colocação de dispositivos para avaliação da pressão intracranéana (PIC). Executamos posicionamentos para diminuição da mesma e adequadas à situação clínica do cliente, monitorizamos os valores de PIC, comunicando e registando sempre as alterações significativas.

A emergência interna consiste numa emergência aplicada nas instalações do hospital, excluindo as situações de emergência ocorridas no serviço de urgência. É assegurada por uma equipa composta por um médico e por um enfermeiro com formação em suporte avançado de vida e estava disponível 24 horas por dia.

Os critérios para activação da equipa de emergência interna incluem, para além das paragens cardio-respiratórias, as alterações agudas da permeabilidade da via aérea, as alterações significativas da frequência respiratória e cardíaca, a hipotensão acentuada, a deterioração súbita do estado de consciência (queda de dois pontos na Escala de Coma de *Glasgow*), as convulsões prolongadas e repetidas e qualquer doente que cause preocupação súbita. Existe um número de activação, sendo o BIP activado por mensagem de voz do serviço.

A activação precoce da equipa de emergência é vital para evitar mortes, paragens cardio-respiratórias e admissões não planeadas nas Unidades de Cuidados Intensivos.

Como elemento integrante da equipa, todos os aspectos burocráticos e técnicos relacionados com a activação da equipa de emergência interna foram também acompanhados no sentido de compreender a dinâmica da gestão dos recursos humanos. Sempre que a equipa era activada era preenchido um duplo impresso, ficando o original no processo do doente e o duplicado arquivado na sala de emergência para fins estatísticos. Na sua deslocação, o Enfermeiro leva consigo um monitor desfibrilhador e fármacos de emergência previamente preparados (atropina + adrenalina).

Neste âmbito acompanhamos o Enfermeiro tutor em duas situações distintas: um pós – operatório de colecistectomia, cujo doente foi transportado para a sala de emergência, onde se iniciou ventilação controlada e monitorização. O outro caso foi também um pós-operatório de uma tiróidectomia devido a edema cervical anterior extenso, sendo também submetido a ventilação mecânica.

As UCI diferenciam-se pela sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica, pelos recursos humanos altamente especializados e pela gravidade do estado clínico dos clientes aí atendidos. A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) define como doente crítico aquele que “... *por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica...*”.

Tivemos oportunidade de aperfeiçoar técnicas, tais como: verificação do posicionamento do tubo endotraqueal; avaliação da pressão do cuff para minimização das extubações acidentais e das lesões na traqueia; aspiração de secreções da naso e orofaringe através de técnica asséptica; alteração dos parâmetros ventilatórios de acordo com as prescrições; desmames ventilatórios, passando pela ventilação espontânea com recurso a peça em T até à extubação; e colheitas de sangue arterial para monitorização das trocas gasosas de extrema importância em doentes ventilados.

Prestamos cuidados para a prevenção de infecções associadas aos cuidados de saúde, de acordo com as recomendações da Direcção Geral de Saúde (DGS) 2007, e também de acordo com as normas da Comissão de Controle de Infecção (CCI) da instituição. Nos cuidados directos ao cliente em isolamento de contacto utilizamos medidas de protecção (luvas, batas, máscara e barrete), conforme o protocolo do serviço. Na prevenção da infecção dos cateteres vasculares avaliamos diariamente sinais de infecção no local de

inserção e substituímos pensos quando necessário, tal como em relação a todos os locais de inserção de drenos e outros dispositivos. Providenciamos material e assistência para a colocação de dispositivos de monitorização invasiva e tratamos da sua manutenção.

Registamos os valores de pressão venosa central (PVC), pressão arterial (PA) e da pressão intra-abdominal (PIA). Em todos os procedimentos procuramos sempre manter as medidas de prevenção e controle de infecção.

Observamos e auxiliamos na colocação do dispositivo cateter duplo lúmen na veia femoral para hemofiltração. A monitorização da função renal é de grande importância em cuidados intensivos, porque a insuficiência renal constitui uma das complicações mais frequentes e mortais em clientes críticos. Monitorizar a temperatura corporal e o débito cardíaco é vital, uma vez que as complicações desta técnica são a hipotermia, devido à exposição contínua de sangue extra-corporal a uma solução dializante à temperatura ambiente, podendo ter como consequências alterações no débito cardíaco e arritmias cardíacas. Para prevenir a formação de trombos e obstrução de todo o circuito é necessária a utilização de anticoagulantes, nomeadamente a heparina.

Monitorizamos e avaliamos a tolerância alimentar de forma a prevenir complicações e a garantir o esvaziamento gástrico, posicionando os clientes com cabeceira elevada. Em situações de estase gástrica prevenimos a aspiração de vômito promovendo a drenagem gástrica e cumprindo pausas nocturnas.

Em contexto de cliente crítico, o 1º elo da cadeia de sobrevivência é o reconhecimento precoce da situação de risco de paragem cardio-respiratória (PCR). Em contexto hospitalar, na PCR a divisão entre o suporte básico de vida (SBV) e o suporte avançado de vida (SAV) é ténue e o mais importante é o início precoce das manobras pelos profissionais devidamente treinados e capacitados (Recomendações para a Reanimação do *European Resuscitation Council*: 2010). Em colaboração com o Enfermeiro tutor participamos na admissão de um cliente vindo do SU hemodinamicamente instável e com um quadro de eminente PCR. Participamos nas manobras de reanimação seguindo o algoritmo do suporte avançado de vida.

A Enfermagem peri-operatória é praticada na sala de operações e engloba os períodos do pré, do intra e do pós-operatório. Utilizamos o processo de Enfermagem elaborando

um plano de cuidados organizado de forma a ir de encontro às necessidades do doente submetido a cirurgias ou procedimentos invasivos. A especialidade de neurocirurgia revelou-se fascinante e uma mais-valia no seu percurso profissional.

Em colaboração com o Enfermeiro tutor participamos na anestesia, na monitorização, nos posicionamentos e providenciamos acessos venosos de grande calibre. Colaboramos também na função de Enfermeiro circulante. Observamos a actuação da enfermeira instrumentista desde a confirmação de todo o material cirúrgico até à preparação das mesas cirúrgicas.

Atendendo a que o bloco operatório é um serviço complexo e com riscos acrescidos tornou-se primordial a existência de práticas e estratégias para a melhoria dos cuidados e ambiente seguro. Neste contexto gostaria de salientar, dada a sua importância, a triagem de resíduos hospitalares, sendo o bloco operatório um local onde a quantidade produzida é elevada e perigosa. Assim se justifica a separação obrigatória, através despacho nº 16/90 de 21 de Agosto segundo o qual *“foram definidas normas de organização e gestão dos resíduos hospitalares, então consideradas inovadoras, que revelaram ser um contributo válido para a disciplina desta problemática”*. Actuamos sempre na triagem dos resíduos hospitalares, de acordo com as normas existentes no serviço.

Perante a grande complexidade tentamos mobilizar conhecimentos e técnicas para a nossa prestação de cuidados de forma progressiva, atendendo sempre às bases científicas.

Competência:

- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Identificar as necessidades formativas na área da EEMC;
- Promover a formação em serviço na área das EEMC;

Durante o curso do estágio no Serviço de Urgência foram detectadas algumas dificuldades no manuseamento e utilização do ventilador em uso na sala de emergência.

Com o objectivo de minimizar estas dificuldades sugerimos a elaboração de um guia de utilização do ventilador de emergência /transporte (ANEXO V). Não sendo possível a sua apresentação, ficou disponível no serviço.

A formação em serviço na unidade de cuidados intensivos é pratica constante, adquirindo aqui um papel preponderante o Enfermeiro responsável pela mesma. Constatamos a existência de um plano de formação no serviço com as necessidades identificadas pela equipa.

Verificamos situações pontuais referentes aos assistentes operacionais nos cuidados aos clientes. Em concordância com o Enfermeiro tutor sugerimos uma formação de sensibilização sobre “Higienização das mãos: uma necessidade e uma exigência” cuja planificação, fundamentação teórica e apresentação se encontram disponíveis no serviço, não sendo possível a sua apresentação por falta de disponibilidade no plano de formação (ANEXO VI).

Após conversas informais com as equipas de Enfermagem, concluiu-se sobre uma necessidade do serviço relacionada com a Visita Pré-operatória de Enfermagem. Neste sentido, foi elaborado um trabalho escrito (ANEXO VII), que constituiu a base teórica da proposta que apresentamos no serviço a toda a equipa de Enfermagem e cujos diapositivos constam da mesma forma no presente relatório (ANEXO VII). No decorrer deste percurso, contactamos com elementos facilitadores para o desempenho e outros limitadores. No que se refere aos primeiros, destacamos a disponibilidade e orientação dos enfermeiros tutores, bem como a colaboração da equipa de Enfermagem e a aceitação do Enfermeiro responsável pela formação em serviço. Relativamente aos elementos que dificultaram o desenvolvimento deste trabalho, referimos como aspecto principal a reduzida bibliografia disponível e actualizada, adequada a esta fase avançada da aprendizagem.

Ainda no âmbito desta actividade, desenvolvemos uma proposta dirigida à equipa, composta por dois pontos de crucial importância que a seguir se apresentam:

- 1) Identificação do doente, história da doença actual e antecedentes;
- 2) Levantamento de focos de atenção em Enfermagem, alterados no pré-operatório, de forma a estabelecer intervenções de Enfermagem, permitindo o

esclarecimento de dúvidas, minimizando os medos e reduzindo os níveis de ansiedade face à intervenção cirúrgica.

A necessidade de um número acrescido de recursos humanos, bem como factores de natureza burocrática condicionaram a implementação da proposta, tendo ficado esta no serviço para que outros intervenientes possam dar continuidade ao projecto inicial.

### 1.3– DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

A gestão de cuidados engloba as vertentes da gestão que assegura a disponibilidade de recursos de forma a garantir os cuidados específicos atendendo às condições do cliente e também ao cuidar das suas necessidades.

Os cuidados de Enfermagem não são apenas avaliados pelos ganhos em saúde mas também pelos recursos que são utilizados para obter esses mesmos ganhos. De forma a promover o processo de cuidados ao nível da tomada de decisões e da adequação dos recursos às necessidades “...o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem” OE (2001).

#### 1.3.1-Actividades desenvolvidas

A conquista da autonomia e a procura de níveis de qualidade cada vez mais elevados na prestação dos cuidados pressupõe profissionais capazes e competentes. Segundo Chiavenato (2002), citado por Batista e al (2009, p.28), “o comportamento motivado funciona como um canal através do qual muitas necessidades podem ser expressas ou satisfeitas”.

#### Competência:

- Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área da EEMC;

- Exercer supervisão do exercício profissional na área da EEMC;

Gerir em saúde, tem especificidades que podem tornar a função diferente de qualquer outra equivalente. Em contexto de estágio, verificamos que ser líder exige organização, conhecimentos, respeito, compromisso e presença contínua. Tivemos oportunidade de acompanhar e observar o Enfermeiro Chefe na gestão de recursos materiais e na liderança de toda a equipa. *“O enfermeiro por meio da liderança tenta conciliar os objectivos da equipa de Enfermagem, buscando o aprimoramento da prática profissional e a melhoria da assistência de Enfermagem prestada”* e ainda *“a perícia significa conhecimento, habilidades e capacidades técnicas, requeridas para o desempenho necessário na área de actuação do líder”* (Galvão 2005, p.295).

O Enfermeiro responsável deve também ser capaz de reconhecer as situações causadoras de tensão no local de trabalho, pois gerir conflitos é uma tarefa fundamental na liderança, porque estes conduzem à desmotivação e podem mesmo afectar o desempenho. Na perspectiva de Carvalho (2008, p.94) *“Mobilizar, motivar e comprometer grupos no processo de contínua mudança exige à liderança o conhecimento de todas as ferramentas utilizadas”* e ainda *“a decisão na liderança é um exercício solitário de poder que tem dificuldades em se repartir (...)”*.

Em contexto de estágio tivemos o privilégio de acompanhar o responsável de turno (Enfermeiro tutor) com habilidades, conhecimentos, atitudes e comportamentos motivadores perante a equipa. Foi no SU onde verificamos mais a função do Enfermeiro responsável de turno. No início de cada turno acompanhamos sempre o Enfermeiro tutor aos postos de trabalho, verificávamos se existia alguma anomalia ou conflito que necessitasse de intervenção.

Tivemos também oportunidade de participar na realização do plano de trabalho semanal dos Enfermeiros e dos assistentes operacionais. Colaboramos também com as autoridades policiais nos casos referentes à pesquisa de alcoolemia efectuando as respectivas colheitas de sangue. No final de cada turno participamos no registo e controlo de estupefacientes utilizados no serviço.

Competência:

- Realizar a gestão de cuidados na área da EEMC;

A gestão dos cuidados é uma actividade que envolve recursos, quer humanos quer materiais, definidos pelo serviço. Segundo Frederico e Leitão (1999, p.59). “A organização dos cuidados passa também pelo método de trabalho que mais se adequa à prestação de cuidados individualizados e personalizados”. Desta forma planeamos e participamos nos cuidados ao cliente segundo a metodologia de trabalho existente no serviço. Aplicamos o processo de enfermagem como um instrumento para a resolução de problemas.

Competência:

- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;

O saber é uma oportunidade, uma busca permanente que permite o enriquecimento, quer a nível do ser, quer a nível do ter.

Todo o cliente que recorre ao serviço de urgência apresenta necessidades muito variadas, sendo o sistema de triagem de *Manchester* utilizado como um método de análise e interpretação de situações complexas. As instituições que adoptarem este sistema ficam sujeitas a regras definidas estipuladas pelo Grupo Português de Triagem, cuja auditoria periódica é da sua responsabilidade.

O sistema de triagem funciona de forma organizada, sistematizada e com características próprias, visando um objectivo principal: auxiliar o profissional de saúde à identificação rápida dos clientes com situação de doença e/ou lesão urgente ou emergente. As consultas de triagem devem ser objectivas, mas com base na reflexão sobre o que é transmitido pelo cliente, o que por sua vez, exige do triador, conhecimento, rapidez e uma grande responsabilidade na atribuição da prioridade. Tivemos oportunidade de participar e, fundamentalmente, observar o Enfermeiro tutor na atribuição destas prioridades.

As doenças cardiovasculares são cada vez mais causa de morte, e compreender a abordagem do cliente com suspeita de AVC numa instituição de referência e com protocolo via verde estabelecido foi sem dúvida uma experiência muito enriquecedora. Tivemos oportunidade de acompanhar todo o circuito, desde a admissão até à aplicação dos protocolos terapêuticos e de actuação. Durante o atendimento da situação de AVC mantivemos o cliente em vigilância com monitorização electrocardiográfica e sinais vitais até à obtenção de resultados analíticos e da Tomografia Axial Computorizada (TAC), para em equipa ser decidido sobre a necessidade de trombólise. Apresentamos a pesquisa bibliográfica que responde à necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a patologia em questão (ANEXO VIII).

Relativamente à via verde coronária colaboramos na admissão e tratamento do cliente com bradicardia extrema com necessidade de *pacemaker* externo, sendo da também da nossa responsabilidade o transporte até ao serviço de hemodinâmica, para colocação de um *pacemaker* provisório. De acordo com o Grupo de Trauma do Hospital de S. João, (2002, p.63) “o transporte de doentes críticos apresenta sempre alguns riscos, sendo essencial evitá-los e estar preparado para resolver os acidentes que possam ocorrer”. Acreditamos ter assumido essa responsabilidade com profissionalismo e segurança.

A UCIP apresentou-se como um serviço diferenciado, com tecnologia apropriada e uma equipa de Enfermagem que procurava a abordagem e o conhecimento do cliente na sua dimensão total. Desta forma a evidência sugere a necessidade dos Enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados a indivíduos, famílias e comunidades, não deverem desenvolver as suas práticas de outra forma que não a fundamentada pelo conhecimento científico e pela reflexão contínua. Os Enfermeiros responsáveis pelos cuidados que prestam têm que desenvolver e utilizar um conjunto de competências, não só para rever a evidência, mas também para aplicá-la continuamente na prática.

Competência:

- Formular e analisar questões/ problemas de maior complexidade relacionadas com a formação em Enfermagem de forma autónoma, sistemática e crítica;

O termo complexidade apresentado nesta competência pressupõe profissionais capazes de resposta imediata e bem dirigida aos factores eminentes. Em contexto de estágio estar inserida numa equipa que se destaca pelas suas competências técnicas e humanas tornou-se uma motivação acrescida para a aprendizagem.

Para dar resposta adequada às situações críticas é fundamental que os Enfermeiros do SU sejam diferenciados, experientes e obrigatoriamente com formação específica. Esta formação recomendada pela Comissão Regional do Doente Crítico (2009) inclui o curso de SAV, de transporte de doentes críticos, de emergências pediátricas e o de SBV. A existência de protocolos bem definidos para a via verde AVC permite um atendimento mais rápido e eficaz. A via verde de sépsis e de trauma ficou ainda numa fase inicial de aplicação.

#### 1.4-DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE ÉTICA E LEGAL

O cuidado ao ser humano revela-se na forma como vivemos e na forma como nos relacionamos com os outros. O princípio da dignidade humana é tido como pilar e fundamento ético dos direitos humanos. Também o Código Deontológico, artigo 78º nº1, refere que *“as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa e do enfermeiro”*. A ética exige compromisso pessoal, vontade, sinceridade, responsabilidade e verdade, ainda no Código Deontológico, artigo 79º, alínea 6, acrescenta *“ o enfermeiro assume o dever de proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariam a lei, a ética ou o bem comum...”*.

#### 1.4.1- Actividades desenvolvidas

O ser humano é digno de respeito, e por vezes um simples olhar é uma forma de restituir ao outro a sua condição humana e a sua dignidade, podendo assumir extrema relevância em situações de grande vulnerabilidade. Foram desenvolvidas actividades para dar resposta às competências definidas para este domínio.

##### Competência:

- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas;

Em contexto de estágio, a nossa actuação foi sempre de acordo com as responsabilidades éticas e sociais. Procuramos salvaguardar sempre a intimidade do cliente adequando as medidas de privacidade, respeitando as crenças e, sempre que solicitado, proporcionamos apoio espiritual ou o seu encaminhamento.

No acompanhamento a doentes em fase terminal e de acordo com o Código Deontológico, artigo 87º, alínea b), *“o enfermeiro assume o dever de defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida”*, desta forma, permitimos a presença de familiares perto do doente até ao momento final de vida.

A transmissão de más notícias provoca desconforto nos profissionais e perturbações nos familiares. Procuramos ser precisos e directos na informação que transmitimos, uma vez que *“as más notícias não devem ser dadas de forma agradável, mas devem ser dadas de maneira sensível”* (Silva 2006, p. 95).

Apesar das condições físicas procuramos proporcionar um espaço para a família iniciar o seu processo de luto. Também prestamos cuidados *post – mortem*, com dignidade e respeito.

Competência:

- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEMC;

Em cuidados intensivos onde existem rotinas rigorosas e horários para as visitas, o cuidado centrado na família torna-se mais raro, pois, tal como afirma Day (2006, p. 224) o *“cliente deve ser visto separado da família ou como um único foco de intervenção”*. No entanto, em colaboração do Enfermeiro tutor procuramos ajustar os horários às necessidades das famílias e incentivamos os familiares a permanecerem o mais tempo possível junto do cliente quando este se encontrava em fase terminal. Segundo Leske (2002, p.61), *“existem necessidades sentidas pelas famílias, como a necessidade de segurança e apoio, permanecer junto do doente, sentir-se confortável e ter ajuda especializada”*. Também Morgan e Guitardello (2004, p.200) concluíram que *“as necessidades mais importantes para a família são: saber o tratamento médico; saber que as equipas se interessam pelo doente e ter respostas com honestidade. A informação prestada à família é essencialmente clínica e cabe à equipa médica transmiti-la no final da visita”*.

Atendendo às situações geográficas de muitas famílias e como forma de transmitir alguma tranquilidade sensibilizaram-se que poderiam contactar o serviço sempre que o desejassem. É fundamental que nós, profissionais de saúde, estejamos preparados para compreender as realidades das famílias e saibamos utilizar uma linguagem clara, objectiva e compreensível para toda a família.

No SU, o que a família transmite pode ajudar no planeamento das intervenções e influenciar positivamente os resultados dos cuidados ao cliente. Mostramos disponibilidade e esclarecemos dúvidas sempre que solicitados.

Competência:

- Zelar pelos cuidados prestados na área da EEMC;

Em contexto de estágio mantivemos uma postura responsável na prestação de cuidados ao doente, pedindo a colaboração do Enfermeiro tutor nas situações em que não

conseguíamos dar resposta. Tendo em conta as estratégias estabelecidas pela Organização Mundial de saúde através da *World Alliance for Patient Safety* para 2005/2006 assumidas também pelas assumidas também pelo Ministério da Saúde, tivemos sempre bem presente na prestação de cuidados, os protocolos e as normas existentes no serviço, nomeadamente para a prevenção e controle de infecção associada aos cuidados de saúde, tendo como prática comum os cinco momentos de higienização das mãos (antes do contacto com o cliente, antes de procedimentos assépticos, após exposição a fluidos orgânicos, após o contacto com o cliente e após o contacto com o equipamento e área envolvente do cliente).

Os instrumentos que utilizamos para identificação e registo do risco de queda e risco de úlcera de pressão foram a escala de *Morse* e *Braden*, respectivamente, ambas reconhecidas pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), sendo que se trata de um estágio realizado numa instituição acreditada por esta entidade.

No SU, efectuamos “*check-list*” pré-operatória, confirmando todos os seus itens, bem como em contexto de emergência a “*check-list*” de todos os aparelhos existentes, nomeadamente ventilador, desfibrilhador e mala de transporte, de forma a garantir a segurança dos clientes sob a nossa responsabilidade.

## 1.5– DOMÍNIO DA GESTÃO DA QUALIDADE

A qualidade revela-se uma virtude universal e todos somos responsáveis pela qualidade dos cuidados que prestamos. Segundo Rego (2010, p. 83) “*o objectivo da garantia da qualidade consiste, assim, em assegurar ao consumidor de cuidados de saúde que estes possuem um grau específico de excelência, ou seja, que ultrapassou as suas legítimas expectativas*”.

### 1.5.1- Atividades desenvolvidas

De um modo geral, todos devemos garantir ao cliente cuidados adequados e de acordo com os conhecimentos técnicos, científicos e humanos. Devemos assumir a qualidade com satisfação e segurança.

#### Competência:

- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência:
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;

Em contexto de estágio tivemos oportunidade de consultar normas e protocolos bem instituídos nos serviços e verificar a sua aplicação de forma a prestar cuidados com a máxima qualidade. Para Silva e al (2008, p.37) “*A prática baseada na evidência é tida como a relação entre a teoria e a prática e também como impulsionadora de conhecimento que determina e suporta o desempenho profissional*”. A utilização das medidas de isolamento e a utilização das escalas de *Morse* e *Braden*, permitiram chegar a resultados com base na evidência científica.

Esta prática não retira ao profissional, a capacidade de decisão, segundo Silva (2000) citado por Pinto (2006, p.11) “*a capacidade para combinar o conhecimento e a experiência com a capacidade de pensar tem lugar, é essencial a resolução de problemas complexos*”. Todos somos responsáveis pela garantia da qualidade dos cuidados que prestamos.

## 2 – CONCLUSÃO

Sentimos, no final do caminho percorrido, que cada etapa constituiu um desafio, uma luta para alcançar as competências propostas e notar que estamos diferentes, que crescemos e evoluímos na prestação dos cuidados. O estágio foi determinante na aquisição e desenvolvimento de conhecimentos na área da EEMC em contexto de urgência, cuidados intensivos e peri – operatório através dos objectivos definidos para os mesmos. Para cada competência descreveram-se e fundamentaram-se as actividades desenvolvidas para a aprendizagem, através da reflexão e com recurso à pesquisa bibliográfica e à partilha de experiências pessoais.

O estágio contribuiu para um enriquecimento pessoal e profissional através dos cuidados seguros e individualizados ao cliente em situação crítica. Qualquer rotina, procedimento ou norma são sempre referências do bem-fazer que suportam a decisão, não podendo em situação alguma substituir a decisão crítica enfermeiro que em situação concreta tem que decidir o que fazer.

O processo de Enfermagem surge de um modelo metodológico de desempenho sistemático da prática profissional. Desta forma, deve ser compreendido como um meio e não como um fim em si mesmo. O seu bom desempenho acrescenta qualidade aos resultados, melhora a visibilidade e o reconhecimento do profissional.

A Enfermagem baseada na evidência incentiva o profissional à procura do conhecimento científico através da melhor pesquisa bibliográfica. O cuidar em contexto peri-operatório engloba áreas de conhecimento muito abrangentes e com especificidades muito próprias. O cliente cirúrgico no período pré-operatório vive a ansiedade, a insegurança e a angústia provocada pelo aproximar da cirurgia. Desta forma, o Enfermeiro peri-operatório contribui para minimizar estes sentimentos se tiver conhecimento das necessidades do cliente. O planeamento dos cuidados de Enfermagem no período peri-operatório proporciona uma assistência integral e individualizada ao cliente e família, minimizando os riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e anestésico. Atendendo à formação e experiência profissional dos Enfermeiros tutores o processo de integração/aprendizagem revelou-se muito facilitado. Permitiu uma visão

abrangente das necessidades locais, bem como participação activa alcançando os objectivos lançados inicialmente. O reconhecimento do cliente cirúrgico como um todo, a interacção com os seus familiares e o conhecimento de todo o processo inerente ao acto anestésico – cirúrgico constituíram uma espécie de ponte para o êxito dos procedimentos definidos para o cliente.

Enquanto profissional de saúde numa Unidade de Cuidados Intensivos, com toda a sua especificidade, não podemos esquecer que as acções são interpretadas não apenas quando falamos, mas também no modo como nos comportamos, tornando desta forma os sinais de comunicação verbal e não verbais muito importantes para a humanização dos cuidados prestados. Neste módulo de estágio, as dificuldades sentidas nos Sistemas de Informação em enfermagem foram ultrapassadas em colaboração com os Enfermeiros tutores. Através da elaboração de um estudo de caso desenvolveu-se competência na utilização da CIPE, orientando desta forma a prática dos cuidados ao cliente crítico, respeitando as fases do processo de enfermagem.

A consulta de normas e procedimentos foi essencial na orientação para compreender a prática dos cuidados ao cliente em estado crítico. Todas as experiências vivenciadas se revelaram como oportunidades de aprendizagem. Apesar de já familiarizada com o cliente ventilado, houve oportunidade de aprofundamento de competências nesta área.

A relação com a família em cuidados intensivos proporcionou momentos de reflexão com os familiares que ajudaram a compreender e a aceitar a situação clínica do cliente.

A actividade no serviço de urgência permitiu a experiência do esforço, do profissionalismo e das necessidades para lidar com situações complexas, por vezes num espaço físico exíguo. O serviço de urgência pelo número de clientes emergentes, permitiu-nos uma actuação em contexto de sala de emergência, dando oportunidade ao desenvolvimento da enfermagem avançada, através da aplicação de protocolos e algoritmos. Houve também oportunidade de contribuir para a organização do serviço através da elaboração de um guia sobre o funcionamento do ventilador de transporte.

O tempo de estágio revelou-se insuficiente para a realização de alguns objectivos ambiciosos e pertinentes, tais como os relacionados com a investigação, sem deixar de ser na sua essência uma mais-valia no desenvolvimento de competências.



### 3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

#### Livros

ACHLERT Bárbara. 2007. *ACLS – Avanced Cardiac Life Support – Emergências em Cardiologia – Suporte Avançado de Vida em Cardiologia – Um Guia para Estudo*, tradução da 3ª Edição. Elsevier Editora Ltda, Rio de Janeiro, pág. 360 – 374.

ALLIGOOD Martha Raile e TOMEY Ann Marriner. 2002. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*, 5ª Edição, Lusociência, 163-175.

CARVALHO, Mário. 2008. *Gestão e liderança na saúde – Uma abordagem estratégica*. T. Nunes – Industria Gráfica, Lda. Maia. Pág. 89-103

COMITÉ DE TRAUMA DEL COLÉGIO AMERICANO DE CIRURJIANOS. 2004. *Programa Avançado de Apoio Vital em Trauma para Médicos – ATLS*, Sétima Edição, Madrid, pág. 158 – 174.

DAVIE Joseph, URDEN Linda e THELAN Lynne. 1993. *Enfermagem em Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção*, Lusodidacta, pág. 3-36.

FREDERICO, Manuela; LEITÃO, Maria dos Anjos. 1999. *Princípios de administração para enfermeiros*. Formasau, 1ª Edição, Coimbra, pág.159-166

GALVÃO CM, SAWADA NO. 2005. *A Liderança como estratégia para a implementação da Prática baseada em Evidências na Enfermagem*, Ver Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, pág. 294 – 299.

GREEN, Carol; MAREK, Jane e al. 2007. *Enfermagem Medico – Cirúrgica – Perspectivas de Saúde e Doença*, 8ª Edição, Volume 1, Lusodidacta, Loures, Pág. 1- 9 e 245 – 308.

GRUPO TRAUMA HOSPITAL S. JOÃO; MASSADA, Salvador. 2002. *Avaliação e ressuscitação do doente com trauma grave - Normas e orientação clínica e administrativa*. Porto. Pág.63

HARRISON, Tinsley Randolph et al. 2005. *Princípios de Medicina Interna*. 16ª Edição. McGraw-Hill, Madrid, pág. 12236 – 12295 e pág. 12613 – 12621.

LLEVLOT Rabanal; SUESCUN Quesada. 2006. *Actualización en el manejo del TRAUMA GRAVE*, ERGON, Madrid, pág.197-210.

PHIPPS, MONAHAN et al. 2010. *Enfermagem Médico – Cirúrgica – Perspectivas de Saúde e Doença*, 8ª Edição, Lusodidacta, Loures, pág. 2, pág. 181-184, pág. 195 – 206.

REGO, Amélia. 2010. *Reformas no sector da saúde – A equidade em Cuidados Intensivos*. Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda., Lisboa.

SILVA, Maria Julia Paes. 2006. *Comunicação tem remédio. A Comunicação nas Relações Interpessoais em Saúde*, 4ª Edição. Edições Loyola, S. Paulo, pág.95.

TORRES Luís M. et Al. 2002. *Tratado de Cuidados Críticos Y Emergências*, ARAN, Madrid, pág. 1907 – 1921 e pág. 1419 – 1446.

UNAIBOBE (União Nacional das Associações de Enfermeiros de Bloco Operatório com Diploma de Estado). 2001. *Práticas e Referências de Enfermagem de Bloco Operatório*, Edições técnicas e científicas, Lda., Rio de Janeiro, Pág. 94 - 95.

VIEIRA Margarida.2009. *Ser Enfermeiro da Compaixão à Proficiência*, 2ª Edição. Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda, Lisboa, pág. 78, pág. 128-129

#### Revistas

BATISTA, Vera Lúcia Dias e al. 2009. Contribuição das teorias de gestão nas organizações. *Sinais Vitais*. Nº 87, pág. 26-38

COELHO, Maria Teresa Vieira. 2007. *A Enfermagem é divisível... Podemos dizer-la melhor*. *Servir*. Volume 55. Nº4-5, pág.122-124

COELHO, Rosário. 2003. *Reflectir o cuidar*. *Nursing*. Nº177, pág.49

CRUZ, A. e al. 2002. *O método individual de trabalho e as suas implicações*. *Sinais Vitais*. Nº 43, pág. 25-29

DAY, Lisa. 2006. *Family Involvement in Critical Care: Shortcomings of a Utilitarian Justification*, American Journal of Critical Care. Vol.15, nº2, pág. 223-225.

LESKE, Jane Stover.2002. *Proccols for Practice: Applying Research at Bedside*. Critical Care Nurse. Vol22, nº6, pág.61-65.

MARTINS, Catarina Afonso. 2002. *A comunicação na equipa de Enfermagem*. Sinais Vitais. Nº 45, pág. 43-46

MENDES, Catarina. 2006. *Dilemas éticos no cuidar em Enfermagem entre a teoria e a prática*. Servir. Volume 54. Nº 6, pág. 280-286

MESQUITA, Ana Cristina.2005. *Sobre a mudança...* Revista Portuguesa de Enfermagem. Nº 4, pág.5

MORAIS, Ana Maria Martins. 2002. *Gestão de Conflitos*. Nursing. Nº 172, pág.25

MORGON, Fernanda H.; GUIRARDELLO, Edinéis B. (2004). *Validação da Escala da Razão das Necessidades de Familiares em Unidade de Terapia Intensiva*. Revista Latino – Americana de Enfermagem. Vol.12, nº 2, pág. 198-203.

PETRONILHO, Fernando. 2003. *S.I.E. – Reformulação/ Implementação: Que contributos para a reflexão e melhoria das práticas?* Sinais Vitais. Nº 48, pág. 19-22

PINTO, Nuno Manuel Teles. 2006. *A importância do pensamento crítico para a decisão em Enfermagem*. Revista Portuguesa de Enfermagem. Nº 6, pág. 11-15

SILVA, Anabela e al. 2006. *Técnicas de Comunicação com o doente ventilado*. Sinais Vitais. Nº 68, pág. 49-53

SILVA, Alzira Amélia e al. 2008. *Prática baseada na evidência: Investindo na qualidade em enfermagem*. Sinais Vitais. Nº79, pág. 37-42

Entidades

COMISSÃO REGIONAL DO DOENTE CRÍTICO. 2009. Um ano de reflexão e mudança. Administração Regional de Saúde do Norte. IP. Pág. 14,15

DIRECCÇÃO GERAL DA SAÚDE. 2007. Programa Nacional de Prevenção da Infecção associada aos cuidados de Saúde. Pág. 6,7

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2001. Divulgar – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual – Enunciados descritivos. Lisboa. Pág.15

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2003. Divulgar – Competências dos Enfermeiros de cuidados Gerais. Lisboa. Pág.16

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2009. Estatuto – Nova Redacção conferida pela Lei nº111/2009 de 11 de Setembro. Lisboa.

ORDEM DOS MÉDICOS. 2008. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos – Transporte de doentes críticos. Lisboa.

#### Legislação Consultada

Decreto-lei nº 161/96, de 4 de Setembro – Regulamento do Estatuto Profissional dos Enfermeiros

Despacho do Ministério da Saúde nº 18459/2006, de 30 de Julho

# ANEXOS



## Anexo I

Caracterização física/ organização dos serviços onde  
foram realizados os estágios



## CARACTERIZAÇÃO FÍSICA DA UNIDADE LOCAL DE MATOSINHOS – HOSPITAL PEDRO HISPANO

A cidade de Matosinhos encontra-se situada num dos concelhos mais importantes do país. O concelho definitivo só foi criado no século XX, sendo que dez freguesias fazem parte deste concelho, onde se situa a unidade.

A Unidade local de Matosinhos, pretende obter a excelência na integração entre cuidados de saúde primários e cuidados diferenciados, constituindo um modelo de referência nacional desta integração.

Apresenta como Missão: Identificar as necessidades em saúde da população do Concelho de Matosinhos e dar-lhes uma resposta integrada, oferecendo um contínuo de cuidados e serviços, disponíveis através de uma rede de prestação de fácil acesso e circulação, que permitam ganhos em saúde, com uma eficiência técnica e social de nível superior, prestando ainda cuidados hospitalares directos à população do concelho da Maia e cuidados hospitalares de referência à população de Vila do Conde e Póvoa do Varzim.

Dos cuidados de saúde primários fazem parte quatro centros de saúde e um centro de diagnóstico de pneumologia.

Dos cuidados diferenciados faz parte o Hospital Pedro Hispano e na saúde pública, encontra-se a unidade de saúde pública e o observatório da saúde.

### CARACTERIZAÇÃO DO BLOCO OPERATÓRIO

O bloco operatório situa-se no piso 1, na ala este, numa área bem delimitada do hospital, com acesso às enfermarias e ao serviço de urgência, com 3 elevadores à sua entrada.

É composto por 10 salas operatórias que se encontram distribuídas de acordo com as especialidades cirúrgicas que operam nesta instituição, e uma área destinada a cuidados pós-anestésicos.

## ESTRUTURA FÍSICA

O bloco operatório está dividido em três alas:

- **Ala Norte:** Sala 1 – otorrinolaringologia; Sala 2 – Ginecologia, obstetrícia e urologia; Salas 3 e 4 - cirurgia geral e maxilo – facial; Sala 5 – Urologia e ginecologia. 5 salas de indução; 3 salas de desinfecção; 4 salas de armazém de material, 1 refeitório, 1 sala de anatomia patológica, vestiários masculinos e femininos, com acesso directo para o exterior do Bloco Operatório; corredor de apoio com material de aprovisionamento, 1 copa, 1 sala de reuniões, 8 salas de apoio com mini biblioteca e secretariado.
- **Ala Central:** 2 gabinetes de coordenação, sala de recepção de doentes com transfer, parque de tampos no corredor principal com telefone para o exterior, sala de autoclave para esterilizações urgentes, transfer de saída de doentes para a respectiva cama, sala de desinfecção de camas e tampos e por fim, parque de estacionamento de camas.
- **Ala Sul:** Sala 6 – destinada para a urgência (embora possam ser utilizadas outras salas dependendo da especialidade); Sala 7 – Oftalmologia; Sala 8 e 9 – Neurocirurgia e Otorrinolaringologia; Sala 10 – Ortopedia e ortopedia infantil; 5 salas de indução; 3 salas de desinfecção; 5 salas de armazém de material, 1 sala de relatórios; farmácia; sala de elevador de sujos; sala de elevador de limpos; sala de armazém de material esterilizado e por fim a unidade de cuidados pós anestésicos com sala de Enfermagem; sala de apoio à higiene e sala de armazém. (No **ANEXO II** apresento a distribuição das salas por especialidade, facilitando a visualização do leitor)

Existe um corredor de limpos, amplo que percorre as três alas e dá acesso a todas as zonas do serviço e a duas saídas de emergência, onde circulam os profissionais do bloco operatório, doentes e material esterilizado.

De salientar também um corredor de sujos que percorre as alas norte e sul com acesso a todas as salas operatórias e que se destina à saída de lixos e material sujo através de uma porta unidireccional, aberta apenas no final da cirurgia, quando o doente sai da sala. Neste corredor devem circular os funcionários que não trabalham directamente nas salas, bem como os lixos, roupas e material cirúrgico contaminado.

Para cada sala operatória existe uma entrada directa da sala de indução e da sala de desinfectação, como comunicação para o corredor de sujos, da mesma forma com corredor unidireccional.

A sala de indução é um espaço amplo onde o doente aguarda antes do inicio da cirurgia. Nesta sala também se encontra material de apoio ao carro de anestesia.

Nas áreas de desinfectação encontram-se as rampas de lavagem, com os devidos desinfectantes das mãos, mascaras cirúrgicas, bem como algum material esterilizado.

A unidade de cuidados pós anestésicos é constituída por nove unidades individualizadas e devidamente equipadas com monitorização e material específico necessário. De realçar a existência de um ventilador e um carro de emergência.

O acesso de pessoal autorizado ao bloco operatório é feito exclusivamente pelo vestiário.

## RECURSOS HUMANOS

Sendo o bloco operatório um serviço tão específico e tão diversificado, e neste caso concreto, dadas as suas dimensões existe um grande número de intervenientes responsáveis pelo bom funcionamento do mesmo:

- 1 Director de serviço
- 1 Enfermeira chefe
- 77 Enfermeiros
- 2 assistentes técnicos
- 16 assistentes operacionais

Estão ainda atribuídas responsabilidades aos elementos de enfermagem, nomeadamente na área de formação; na área das especialidades cirúrgicas e também a existência de elos de ligação com controlo de infecção e qualidade.

Em cada turno são destacados três elementos com as diferentes funções (anestesia, circulante e instrumentista), para cada sala cirúrgica, um enfermeiro responsável de turno e dois elementos para a unidade de cuidados pós anestésicos.

Sendo um bloco operatório, com funcionamento de urgências 24h, existe sempre uma equipa com três elementos de enfermagem destacada para este fim.

#### ARTICULAÇÃO DO BLOCO OPERATÓRIO COM OUTROS SERVIÇOS

Para que um serviço com a especificidade do bloco operatório, funcione em toda a sua plenitude, é necessário e fundamental, a sua articulação com os diversos serviços, nomeadamente: laboratório; internamento; esterilização; serviço de hemoterapia, radiologia, aprovisionamento, farmácia, anatomia patológica, rouparia e serviços de instalações e equipamentos.

## **Caracterização do serviço de Urgência**

### **Estrutura física**

Quanto à sua estrutura física, o SU é formado por uma entrada geral e uma entrada de emergência (esta só aberta pelo interior em caso de emergência). A primeira dá acesso ao átrio onde se localizam a recepção e duas salas de espera, uma para a urgência pediátrica (17 anos e 361 dias) e a outra para a urgência de adultos.

A sala de espera pediátrica tem acesso para o interior e apresenta:

- Uma pequena sala de estar;
- Duas salas de observação médica;
- Uma sala de tratamento;
- Uma sala de internamento para observações com 4 camas;

A sala de espera de adultos, dá acesso a uma área com:

- Quatro salas de observação médica (1,2,3,4);
- Uma sala de ortopedia (8);
- Duas salas de cirurgia (6,7);
- Sala de isolamento (9);
- Uma sala de Raio X;
- Duas salas de triagem (Posto 1/Posto 2);
- Sala de intervenções área médica;
- Sala de Nebulizações;
- Unidade de decisão clínica (UDC);
- Sala de Observações (OBS);

- Uma sala de trauma / intervenções cirurgia e ortopedia;
- Sala de emergência;
- Sala do doente muito urgente (SDMU);
- Dois WC para utentes;
- Um WC para funcionários;
- Uma sala de stock;
- Uma copa;
- Gabinete de administração;
- Polo 2

## **Recursos Humanos**

- Pessoal de Enfermagem

Os Enfermeiros exercem funções no serviço com chefia de Enfermagem e escala própria. Funcionam por turnos na prestação de cuidados, nos postos de trabalho de acordo com a categoria profissional, por postos de trabalho e são coordenados pelos elementos mais diferenciados.

Trabalham exclusivamente no serviço, 60 Enfermeiros, que se distribuem por um enfermeiro chefe, 9 Enfermeiros Especialistas, 33 Enfermeiros Graduados e 17 Enfermeiros.

A equipa de Enfermagem encontra-se distribuída pelos diferentes sectores do SU, como se pode verificar no da seguinte forma:

- Turno da manhã (8h30m – 15h) – 13 ou 14 Enfermeiros, fazendo parte o Enfermeiro Chefe e/ou Enfermeiro colaborador na gestão do serviço e um responsável de turno (Enfermeiro Especialista)
- Turno da tarde (14h30m – 22h) – 12 Enfermeiros, onde se encontra um responsável de turno (Enfermeiro Especialista)

- Turno da noite (21h30m – 9h) – 9 Enfermeiros, onde se encontra também um responsável de turno (Enfermeiro Especialista)
- Pessoal médico

Formado por equipas de especialidades médicas e cirúrgicas, bem como com um grupo de elementos externos, responsáveis por assegurar as funções de clínica geral, nas 24 horas.

- Pessoal Técnico de Imagem

Trabalham neste serviço, permanentemente dois técnicos de radiologia, cedidos pelo Departamento de Imagiologia, assegurando todos os meios auxiliares de diagnóstico, referentes à imagiologia.

- Assistentes Operacionais

Trabalham no SU 47 assistentes operacionais, divididos pelos diferentes postos de trabalho.

- Área Administrativa

Esta é dotada de 10 funcionários e um chefe de secção, que têm como função gerir todos os assuntos administrativos, em que está implícita a inscrição e a alta dos utentes.

Encontra-se sempre no serviço, um elemento médico com funções de Chefe de Equipa de Urgência, elemento fundamental para o bom funcionamento do serviço, e substituindo legalmente o Director, quando este não se encontra presente.

### **Estrutura orgânico-funcional**

Conhecer a estrutura orgânico-funcional de um serviço de saúde implica conhecer todos os elementos que fazem parte da organização e, mais especificamente, as relações inter e intrapessoais que se estabelecem de forma a possibilitar uma comunicação funcional.

Através do diálogo informal com a equipa de enfermagem, foi possível o esclarecimento de algumas dúvidas iniciais. Relativamente a esta estrutura, o SU encontra-se dividido por áreas de actuação e prestação de cuidados. O processo inicia-se

com a inscrição do utente na admissão/secretaria, seguindo para o posto de triagem, de onde pode ser encaminhado para as mais diversas áreas que constituem a urgência: área cirúrgica, área ortopédica, área médica, pediatria, obstetrícia/ginecologia ou directamente para outras especialidades, no caso de já vir referenciado. Sempre que se trate de uma situação emergente, o utente entra directamente e é triado à posterior, no mais curto espaço de tempo possível.

Passo a descrever os cuidados prestados em cada área de intervenção:





- Posto de Triagem 1 e 2

O Enfermeiro responsável pelo posto 1 de triagem tem a responsabilidade de efectuar as triagens referentes aos adultos, enquanto o responsável pelo posto 2, tem a seu cargo a triagem de crianças. Sendo que, em caso de maior afluência, poderão cooperar mutuamente.

De acordo com Sheehy's (2001:117) triagem, pode ser definida como “um processo usado para determinar a gravidade de uma doença ou lesão, em todos os doentes que dão entrada na Urgência”. Mesmo transferidos de outro hospital, os doentes são novamente triados, sendo importante que o doente e acompanhantes compreendam que este processo não irá fornecer qualquer diagnóstico.

A admissão ao SU pode ser feita através de modos distintos: referenciados pelo medico assistente, ou por iniciativa própria.

### **Quadro síntese da Triagem de Manchester**

Emergente		Vermelho	Atendimento Imediato
Muito Urgente		Laranja	Atendimento até 10 min
Urgente		Amarelo	Atendimento até 60 minutos
Pouco Urgente		Verde	Atendimento até 2 horas
Não Urgente		Azul	Atendimento até 4 horas

- Área de primeira observação

Após a triagem, os utentes são observados inicialmente, numa das seguintes áreas:

- Área de emergência – esta sala tem capacidade para receber em simultâneos dois doentes, sejam adultos ou crianças. É assegurada pela equipa de emergência, constituída por dois médicos da escala de emergência interna e dois enfermeiros. Compete a esta equipa (alertada pelo alarme sonoro), a observação imediata dos doentes conduzidos a esta sala, bem como a coordenação com as diversas especialidades.

Enquanto o doente permanece neste local, ou realizar exames complementares de diagnóstico, está sob a responsabilidade desta equipa. Se necessário, é pedida colaboração de medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, pediatria, ou outra área, desde que a situação clínica assim o exija, dependendo portanto, da patologia em causa.

- Área de adultos – dividida em área médica e cirúrgica (cirurgia e ortopedia), sendo ambas constituídas por equipas próprias;
- Área pediátrica – asseguradas pelas equipas próprias da pediatria;
- Área de ginecologia e obstetrícia – assegurada pela especialidade médica competente, escalada para a urgência;
- Psiquiatria – nem sempre existe médico especialista no serviço. Sempre que se encontra presente, os casos são encaminhados directamente para a especialidade.

Após uma avaliação inicial do utente, este será encaminhado de acordo com a sua situação clínica, sendo que, não se verificando a alta para o domicílio, poderá seguir os seguintes trajectos:

- Unidade de cuidados intermédios – sempre que um doente é transferido para esta unidade, deverá ser acompanhado por um enfermeiro, que transmite toda a informação ao colega desta área. O objectivo de encaminhar os doentes para esta unidade é essencialmente, permitir uma maior vigilância, com monitorização contínua. Este internamento será apenas por um período de 24 h, sempre que haja necessidade de prolongar este tempo, deverá ser feito novo internamento.

Daqui o utente, poderá ter alta para o domicilio ou ser transferido para um serviço de internamento ou outra unidade hospitalar.

- Unidade de decisão clínica (UDC) – Tal como na unidade anterior, o utente vem acompanhado pelo enfermeiro. Aqui são observados utentes provenientes das diferentes salas, de acordo com a especialidade para a qual foram encaminhados. Deverão ser admitidos nesta unidade, todos aqueles cuja situação clínica, carece de vigilância e recursos materiais e humanos adequados à gravidade da situação. Contudo, não é possível uma monitorização contínua. Aqui, além do programa terapêutico, são também efectuadas determinadas técnicas, nomeadamente paracenteses, toracocenteses, punções lombares, entre outras.

Também nesta unidade, os utentes, dependendo da sua situação clínica, terão alta clínica, ou serão transferidos para a unidade de cuidados intermédios ou serviço de internamento.

- Sala do doente muito urgente (SDMU) – esta sala foi concebida para utentes, que não tendo critérios para ocupar a sala de emergência, requerem ainda assim, uma observação contínua e rápida. Exemplos destas situações, são consideradas as Vias Verdes (Acidente Vascular Cerebral ou Coronária)

O conceito de Via Verde, é entendido como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento, tratamento das situações clínicas graves acima referidas. Tendo sido verificados alguns atrasos e dificuldades na admissão dos doentes de Via Verde, tornou-se imperativo redefinir a admissão destes, no serviço de urgência, a fim de assegurar um circuito mais eficaz neste tipo de situações.

Assim existem procedimentos para a Via Verde:

1º Doente referenciado no pré-hospitalar - é admitido pela porta de emergência e encaminhado para a SDMU, sendo um enfermeiro responsável pela área médica que assegura a assistência inicial ao utente, transferência para equipa destacada para a Via Verde e também pela realização da triagem e registo informático. Logo que criadas todas as condições necessárias, o utente será encaminhado para o respectivo serviço (neurologia ou cardiologia), para a continuidade de cuidados em tempo útil, nomeadamente a necessidade de trombólise ou estudos e tratamentos hemodinâmicos de cardiologia.

2º Doente não referenciado pelo pré – hospitalar – quando admitido no serviço de urgência e se suspeita, ou se constata a necessidade de Via Verde, é encaminhado para SDMU e daí segue o mesmo percurso explicado no ponto anterior.

Em todo o processo, este tipo de utentes são considerados como prioritários, pelo que todo o processo administrativo, deverá ser rápido e eficaz, não constituindo qualquer obstáculo à prestação de cuidados imediatos.

Além da vertente técnica, a vertente humana está bem presente em todas as áreas de intervenção, visto tratar-se de um serviço onde as pessoas se encontram fragilizadas e apresentam situações clínicas de instalação súbita, muitas vezes responsáveis pela angústia marcada, quer no próprio doente, quer na família.



# CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DO CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE – GUIMARÃES

## **Caracterização da Unidade**

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), situa-se no Piso 2, Corpo 4. É uma localização funcional, uma vez que a pequena distância de encontro serviços fundamentais de apoio à UCIP como sejam Bloco Operatório (acesso interno directo) e serviço de Imagiologia com TAC disponível 24 horas. Uma vez que os médicos da UCIP são ainda responsáveis pela assistência à sala de reanimação do SU, a sua localização a pequena distância, tem particular relevância.

## **Estrutura Física**

A UCIP é composta por duas zonas restritas:

1. Unidade de internamento – local de permanência dos clientes e gabinete de enfermagem;
2. Áreas de apoio – áreas de sujos, variam arrecadações, gabinetes, copa e vestiários.

## **Recursos Humanos**

Os recursos humanos da UCIP assentam em quatro categorias profissionais:

- Assistentes Operacionais – 8
- Enfermeiros – 20 (cinco especialistas incluindo a chefe)
- Médicos
- Secretária de Unidade – 1

## Horário

O horário da equipa de enfermagem é elaborado tendo como base o Decreto – Lei nº 437/91 de 08/11. Está sempre sujeito a aprovação pela Direcção de Enfermagem.

Na UCIP os turnos têm a seguinte duração:

Manhã – 08h30m até 15h30m

Tarde – 15h00 até 22h00

Noite – 21h30m até 09h00

Toda a equipa trabalha com horário rotativo (manhã, tarde e noite), excepto a Enfermeira Chefe – horário fixo com manhãs de segunda a sexta-feira. Pontualmente existem horários especiais tendo em conta as situações particulares previstas na Lei.

## Farda

A equipa da UCIP possui fardamento específico

	Blusa	Calças	Calçado específico para UCIP	Bata
Enfermeiros, Médicos, Assistentes Operacionais	✓	✓	✓	
Secretária de Unidade			✓	✓
Visitas do Exterior				✓

A saída da UCIP obriga ao uso da farda geral do hospital, para os diferentes grupos profissionais.

## Visitas

Todos os clientes internados na UCIP podem, receber visitas de familiares. O período da visita decorre em dois períodos (12h00m – 12h30m; 16h30m – 18h00), sendo

permitida a entrada de dois familiares directos, por cliente e por dia, podendo permanecer no local durante 15 minutos cada um. O regulamento das visitas da UCIP encontra-se no panfleto elaborado pela própria unidade e que é entregue aos familiares conviventes nas primeiras visitas. Além de informações referentes às visitas o referido panfleto possui outras informações de utilidade relevante para os familiares, como sejam o funcionamento genérico da UCIP.

Casos excepcionais serão ponderados pelo médico ou enfermeiro responsáveis, no que respeita a alargamento/encurtamento do período de permanência, número de visitas ou mesmo alteração do horário.

### **Informação na UCIP**

A UCIP privilegia a informação intra e entre os diferentes grupos profissionais. A transmissão da informação a nível transversal e vertical, de forma atempada e correcta é chave para o sucesso.

A organização do processo do doente obedece à norma 0089\_Nor\_MOI.

O Processo Médico é todo em suporte papel.

O Processo de Enfermagem tem como suporte o SAPE, sendo referência a CIPE. Os registos dos parâmetros monitorizados na monitorização contínua de cabeceira, são impressos automaticamente às 7h00 e apensos ao processo no separador “Registos de Enfermagem”.

O SIE vigente na UCIP é regido por Norma Específica.

Para além da informação em documento é fundamental a informação/comunicação.



## Anexo II

Estudo de Caso – “Aneurisma da Aorta Abdominal”



## Índice

0 – INTRODUÇÃO.....	3
1 - DOENTE COM ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL.....	5
1.1.HISTÓRIA DA DOENÇA.....	8
1.2.AVALIAÇÃO INICIAL.....	9
1.3.PLANO DE CUIDADOS.....	10
2 – CONCLUSÃO.....	22
3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23

## 0 – INTRODUÇÃO

No desenvolvimento do Módulo II, levado a cabo na Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar do Alto Ave, inserido no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Médico-Cirúrgica, surgiu a oportunidade de realizar um estudo de caso. Segundo Fortin (2006) *“O estudo de caso consiste numa investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização”*, refere ainda que *“ Este tipo de investigação é útil para verificar uma teoria, estudar um caso que é reconhecido como especial e único, explicar relações de causalidade entre a evolução de um fenómeno e a intervenção...O que caracteriza antes de tudo o estudo de caso é a subtilidade com o qual é possível acumular dados sobre um caso particular”*.

Dadas as características do local de estágio, seleccionar um doente para prosseguir um trabalho, tornou-se um pouco difícil. Neste âmbito, a escolha do doente não foi de todo aleatória, pois o tempo de permanência do mesmo no serviço, a sua patologia, bem como a sua evolução levaram à sua escolha, com o qual, tive oportunidade de prestar cuidados individualizados, de forma a cuidar o doente na globalidade, tendo em vista a sua integridade física, psíquica e social.

Como enfermeira, aprendi com a experiência e com a vida, que somos a todo o tempo, sujeitos a provas. Provas essas que temos de dar resposta, mesmo não fazendo parte dos conteúdos teóricos leccionados, emergem como necessidade de ocasião, pelo que o presente estudo de caso procura vir de encontro a uma necessidade sentida para este fim, fundamentando a actuação na prática e apresentando-se como uma mais-valia, em contexto de estágio.

Farei referência, essencialmente à patologia em causa, bem como à história da doença e do doente em estudo, associadas ao plano de cuidados, com base no Processo de Enfermagem.

O Processo de enfermagem visa um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de acções dinâmicas e relacionadas para a sua realização, implicando habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afectivas, que ajudam a determinar o fenómeno observado e o seu significado. Desta forma, como elemento fundamental para a

orientação da prática de enfermagem, contribui numa proporção fundamental para este estudo de caso, recorrendo à nomenclatura CIPE, em uso no serviço em epígrafe.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), utilizada no serviço, com base nos registos informatizados na aplicação SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), foi o principal instrumento de informação, para documentar o processo de cuidados ao doente em estudo.

Com a elaboração deste estudo, pretendo dar resposta aos seguintes objectivos:

- Desenvolver conhecimentos e aptidões na aplicação e linguagem CIPE;
- Aprofundar conhecimentos sobre a patologia do doente em estudo;
- Apresentar um plano de cuidados de enfermagem, com base na nomenclatura CIPE;

O resultado deste trabalho é fruto da pesquisa bibliográfica, da consulta do processo informático do doente, bem como do acompanhamento diário ao longo do estágio nesta unidade de cuidados intensivos.

## 1 - DOENTE COM ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL

O aneurisma aórtico define-se como uma dilatação persistente e delimitada do lúmen aórtico, pelo menos 1,5 vezes ao esperado, podendo afectar um ou mais segmentos do vaso.

O aneurisma verdadeiro afecta as 3 camadas constituintes do vaso e distingue-se do pseudoaneurisma, na medida em que neste estão alteradas as camadas íntima e média, e a dilatação está rodeada apenas pela adventícia ou, por vezes, um coágulo perivascular.

Os aneurismas também se podem ser classificados segundo o seu aspecto macroscópico. Nos fusiformes há envolvimento de toda a circunferência do segmento vascular. Nos saculiformes está só afectada uma porção da circunferência e verifica-se uma evaginação da parede vascular.

Quanto à localização, os aneurismas aórticos podem classificar-se em abdominais e torácicos. Os aneurismas da aorta torácica descendente frequentemente prolongam-se para além do diafragma e denominam-se toracoabdominais.

- **Etiologia e factores de risco**

O aneurisma da aorta abdominal é a forma mais frequente e a sua etiologia mais comum é a aterosclerose. Dentro da porção abdominal da aorta o local predominante é infrarrenal.

A idade é um importante factor de risco, com a incidência máxima após os 55 anos nos homens e os 70 anos nas mulheres.

É 4-5 vezes mais prevalente no sexo masculino, outros de riscos importantes são o tabagismo, a dislipidemia, a hipertensão arterial crónica e a história familiar, a considerar que no doente em estudo, se verificavam como factores de risco, a idade, hipertensão arterial e dislipidemia associadas.

- **Clínica**

Geralmente o aneurisma abdominal é assintomático e pode detectar-se durante uma avaliação de rotina através da palpação de uma massa pulsátil e não dolorosa, bem

como um achado radiológico ou ecográfico realizados por outras razões. No entanto, à medida que o aneurisma se expande pode tornar-se doloroso.

Alguns doentes podem queixar-se de fortes pulsações abdominais e outros de dor torácica, lombar ou escrotal. A dor provocada pelo aneurisma anuncia a sua ruptura e é uma emergência médica. Mais frequentemente a ruptura acontece sem aviso e tem sempre elevado risco de fatalidade.

A formação de um trombo no interior do aneurisma predispõe à embolia periférica.

- **Prognóstico**

O prognóstico depende do tamanho do aneurisma e da gravidade das patologias associadas, nomeadamente doença coronária e cerebrovascular. O risco de ruptura é proporcional ao tamanho. Os aneurismas com diâmetro inferior a 5 cm têm um risco de 1-2% ao ano, e aqueles com diâmetro superior têm um risco de ruptura anual que pode chegar aos 20-40%.

- **Diagnóstico**

A maioria dos aneurismas da aorta abdominal é assintomática e descobre-se incidentalmente após uma avaliação rotineira, por exemplo através da palpação de uma massa abdominal, pulsátil e não dolorosa, ou aquando da realização de um exame imagiológico por outras razões.

Nalguns doentes, o aneurisma não roto pode produzir sintomas, sendo a dor a manifestação mais frequente. Esta pode localizar-se no hipogastro ou na região lombar podendo ser persistente ou lancinante, durando entre horas a dias.

A expansão rápida e a ruptura iminente podem manifestar-se através do aparecimento ou da progressão da sintomatologia dolorosa. Nalguns doentes a primeira manifestação é a morte súbita.

Em apenas 1/3 dos casos se apresenta a tríade patognomónica de ruptura: dor abdomino-dorsal, massa abdominal pulsátil e hipotensão.

Por vezes simula outros quadros abdominais e o diagnóstico torna-se difícil acarretando atrasos no tratamento.

A ruptura com choque hemorrágico e morte pode acontecer muito rapidamente, embora circunstancialmente a hemorragia possa ser contida por tecidos periaórticos.

Na radiografia abdominal pode identificar-se o contorno calcificado do aneurisma. Contudo, 25% dos aneurismas não se encontram calcificados e por isso não se visualizam na radiografia simples.

A ecografia abdominal pode determinar as dimensões do aneurisma e também revelar trombose mural. Assim, a ecografia pode ser usada para a medição regular do tamanho do aneurisma, bem como no diagnóstico dos indivíduos em risco (história familiar, doença aterosclerótica ou doença aneurismática de outros territórios arteriais).

A tomografia computadorizada com contraste e a ressonância magnética permitem a identificação e a determinação do tamanho dos aneurismas.

No estudo dos doentes candidatos a correção cirúrgica quase sempre se realiza uma aortografia contrastada, com os inerentes riscos de hemorragia, anafilaxia e ateroembolia. Com esta técnica é possível conhecer a extensão do aneurisma, sobretudo os seus limites superior e inferior, bem como a doença aterosclerótica vascular associada. No entanto, a presença de coágulos murais pode reduzir o tamanho do lúmen e assim a aortografia pode subvalorizar o real diâmetro do aneurisma.

- **Tratamento**

A ressecção cirúrgica e a colocação de enxerto estão indicadas no aneurisma da aorta abdominal de qualquer tamanho que se expanda com rapidez ou que produza sintomas.

No caso dos aneurismas assintomáticos recomenda-se a cirurgia se o diâmetro ultrapassar os 5,5 cm.

Nos aneurismas com diâmetro <5 cm a atitude médica pode ser o seguimento periódico e regular através de exames não invasivos, tal como a ecografia.

No caso concreto dos aneurismas infra-renais existe actualmente a possibilidade de colocação percutânea de uma endoprótese.

## 1.1.HISTÓRIA DA DOENÇA

O Senhor AAS, deu entrada no serviço de urgência do CHAA, no dia 01/12/2010, por apresentar dor intensa, palidez acentuada no MIE, com início súbito após exposição ao frio. Apresentava pulsos femurais e poplíteos palpáveis, pulsos distais também palpáveis, embora filiforme e bradicárdico.

Como o início do aquecimento e terapêutica instituída, apresentou-se clinicamente melhor, extremidades inferiores quentes, embora mantendo cianose á esquerda, e também dor a nível gemelar.

É diagnosticado uma isquemia aguda do Membro Inferior Esquerdo e proposta cirurgia, que se realiza a 2/12/2010 – Tromboembolectomia poplítea distal do MIE + fasciectomia fechada das locas tibiais.

Sr. AAS, mantém-se internado até 18/12, altura em que inicia um quadro de vômitos, diarreia e dor abdominal, realiza TAC de urgência que revela Rotura de Aneurisma Abdominal. Foi admitido no Bloco Operatório de emergência com correcção cirúrgica, estabilização hemodinâmica e metabólica no intra-operatório.

Após a cirurgia, o doente é transferido para Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, onde permaneceu até 10/01/2011. Aquando da sua admissão na UCIP, foram definidas algumas atitudes terapêuticas, nomeadamente:

- Algaliação (Sonda Foley nº 16, colocada no Bloco Operatório);
- Sonda nasogástrica em drenagem (Sonda nº 18, narina direita, nível IV, colocada no Bloco Operatório);
- Entubação orotraqueal (TOT nº 7, nível 22, colocado no BO);
- Cateterismo arterial (Artéria radial esquerda, colocado no BO);
- Cateterismo Venoso Central (Jugular direita, 3 vias, colocado no BO);
- Cateterismo venoso periférico (nº 18, fossa ante cubital direita);
- Ventilação invasiva – Ventilação mecânica
- Vigilância global da UCIP (2/2h);
- Monitorização da glicemia capilar (6/6h);

- Monitorização da pressão venosa central (PVC) (676h).
- Monitorização da pressão intra abdominal (PIA) – atitude terapêutica acrescentada a 22/12/2010.

Durante a permanência na unidade, foi efectuado de uma forma gradual o desmame ventilatório: Peça em T, máscara de oxigénio com expirometro e Fi O<sub>2</sub> a 40% e finalmente canula nasal.

Manteve:

- Algaliação;
- Sonda nasogástrica;
- Monitorização invasiva, com avaliação da PVC e pressão arterial;
- Terapêutica analgésica;
- Antibioterapia;
- Broncodilatadores e adjuvantes;
- Suporte nutricional (inicialmente nutrição parentérica, passando numa fase posterior para alimentação entérica, iniciando ainda alimentação cremosa, que tolerou.

Aquando da alta da unidade, foi suspensa monitorização invasiva, mantendo algaliação, SNG e cateter venoso periférico.

## 1.2.AVALIAÇÃO INICIAL

De acordo com Watson *“cuidar é um termo de Enfermagem que representa os factores que os enfermeiros utilizam para prestar cuidados de saúde aos doentes... ao responder aos outros, como indivíduos únicos. A pessoa que cuida entende os sentimentos do outro e recolhe a sua singularidade”*. Para determinar se o cuidar é a essência da Enfermagem, a investigação e a prática, devem centrar-se tanto nos resultados subjectivos como objectivos do doente.

A avaliação inicial de enfermagem é efectuada na admissão do doente e informação subjectiva que deverá ser efectuada nas primeiras 24h após a admissão do doente na unidade.

Nome: AAS

Idade: 68 anos

Raça: Caucasiana

Estado Cívil: Casado

Filhos: 2 filhos adultos – sexo masculino

Residência: Guimarães

Profissão: Reformado

Antecedentes pessoais: Hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade

### 1.3.PLANO DE CUIDADOS

Os cuidados de saúde são dinâmicos, sujeitos aos seus próprios contextos e desenvolvimentos, bem como às mudanças constantes que influenciam a vida das pessoas e / ou comunidades. Assim de forma a organizar o cuidado, a CIPE foi utilizada como Sistema de Classificação de fenómenos que *“são irregularidades notáveis e discerníveis da prática clínica observada pelos enfermeiros”* e das acções de enfermagem *“ que se entendem genericamente em comportamentos dos enfermeiros na prática”* e *“ como a acção realizada, no caso concreto, em resposta a um diagnóstico de enfermagem, tendo em vista produzir resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem”* (Fernando Petronilho:2006).

De salientar que *“a informática em enfermagem, não deverá estar centrada nas tecnologias dos computadores, mas na natureza de enfermagem”* Filipe Pereira:2004, citado por Fernando Petronilho: 2006, contudo os sistemas informatizados, têm vindo a constituir uma prática diária nos cuidados de enfermagem, sendo que, na unidade onde decorreu o estágio é uma prática implementada e em uso na totalidade dos cuidados prestados, pelo que o plano de cuidados que apresento para o doente em estudo, se refere exclusivamente à nomenclatura CIPE, de acordo com o sistema informatizado SAPE, bem como as intervenções de enfermagem em parceria com os fenómenos e diagnósticos de enfermagem levantados para a situação clínica do doente em causa. Assim, passo a apresentar os focos de atenção, implicados no doente com a situação patológica que tenho vindo a apresentar, bem como, as intervenções de Enfermagem e

as atitudes terapêuticas inerentes aos cuidados de Enfermagem por mim prestados, enquanto aluna do estágio de especialidade.

<b>Foco de Atenção: Úlcera de Pressão</b> - <i>“Úlcera com as características específicas: Dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada”</i>		
<b>Início</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Fim</b>
19-12-2010	Risco elevado de úlcera de Pressão	10-01-2011
<b>Início</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Fim</b>
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Posicionar a pessoa 3/3h</li></ul>	10-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manter pele sem humidade</li></ul>	10-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorizar condição da pele</li></ul>	10-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vigiar perfusão tecidual periférica</li></ul>	10-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorizar risco de úlcera de pressão através da “escala de Braden”</li></ul>	10-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vigiar maceração</li></ul>	10-01
<b>Resultado obtido: Baixo Risco de úlcera de Pressão</b>		

<b>Foco: Ferida Cirúrgica</b> - <i>“Ferida com as características específicas: Corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infecção ou pus”</i>		
<b>Início</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Fim</b>

19-12	Ferida Cirúrgica Actual	10-01
<b>Início</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Fim</b>
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Executar tratamento à ferida cirúrgica</li> </ul>	10-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remover material de sutura</li> </ul>	21-12
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar penso</li> </ul>	10-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar abdómen</li> </ul>	10-01
<b>Resultado obtido: Ferida cirúrgica em normal evolução cicatricial</b>		

**Foco: Dor** - *“Percepção com as características específicas: Aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.”*

<b>Início</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Fim</b>
19-12	Dor grau 3 (0-10)	20-12
<b>Início</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Fim</b>
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir sobre técnicas de defesa alérgica</li> </ul>	20-12
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar dor</li> </ul>	20-12
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar dor através de escala de dor</li> </ul>	20-12
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar sinais externos de dor</li> </ul>	20-12

19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gerir analgesia</li> </ul>	20-12
<b>Resultado obtido: Dor Ausente</b>		

<b>Foco: Conforto</b> - <i>“Status com as características específicas: Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.”</i>		
<b>Início</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Fim</b>
21-12	Ferida Cirúrgica Actual	10-01
<b>Início</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Fim</b>
21-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover conforto</li> </ul>	10-01
21-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vigiar sinais de desconforto</li> </ul>	10-01
<b>Resultado obtido: Conforto Melhorado</b>		

<b>Foco: Vômito</b> - <i>“Processo do Sistema Gastrointestinal com as características específicas: Expulsar ou trazer de volta alimentos processados ou conteúdo gástrico através do esófago e para fora da boca.”</i>		
<b>Início</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Fim</b>
25-12	Vômito Actual	30-12
<b>Início</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Fim</b>
25-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover conforto</li> </ul>	30-12
25-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gerir ambiente físico</li> </ul>	30-12

25-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter presença durante o vómito</li> <li>• Vigiar vómito</li> </ul>	30-12
<b>Resultado obtido: Controlo dos vómitos</b>		

**Foco: Sono** - *“Repouso com as características específicas: Redução recorrente da actividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, actividade corporal diminuída, e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos.”*

**Padrão de sono:** *“Hábito”*

Início	Diagnóstico de Enfermagem	Fim
25-12	Padrão de sono alterado	03-01
Início	Intervenções de Enfermagem	Fim
25-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuir estímulos durante a noite</li> </ul>	03-01
25-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir ambiente físico</li> </ul>	03-01
25-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar o sono</li> </ul>	03-01
<b>Resultado obtido: Padrão de sono parcialmente restabelecido</b>		

**Foco: Confusão** - *“Processo de Pensamento Distorcido com as características específicas: Compromisso da memória com desorientação em relação ao tempo, local ou pessoa; desorientação, discurso incoerente, agitação, ausência de sentido de direcção.”*

Início	Diagnóstico de Enfermagem	Fim
30-12	Confusão Actual	10-01
Início	Intervenções de Enfermagem	Fim
30-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover orientação</li> </ul>	10-01
30-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gerir ambiente físico</li> </ul>	10-01
30-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vigiar confusão</li> </ul>	10-01
<b>Resultado obtido: Confusão Ausente</b>		

**Foco: Febre** – *“Termorregulação com as características específicas: Elevação anormal da temperatura corporal; alteração do centro termorregulador do termostato interno, associada a um aumento da frequência respiratória, aumento da actividade metabólica, taquicardia com pulso fraco ou cheio e com ressalto, agitação, cefaleia ou confusão; a subida rápida da febre é acompanhada por calafrios, tremores, arrepios, pele pálida e seca; a crise ou descida da febre é acompanhada por pele quente e ruborizada e de suor.”*

Início	Diagnóstico de Enfermagem	Fim
08-01	Febre Intermitente	10-01
Início	Intervenções de Enfermagem	Fim
08-01	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover arrefecimento natural</li> </ul>	10-01
08-01	<ul style="list-style-type: none"> <li>Optimizar temperatura corporal</li> </ul>	10-01
08-01	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorizar temperatura corporal</li> </ul>	10-01

**Resultado obtido: Febre Ausente**

**Foco: Auto-cuidado** “*Actividade Executada pelo Próprio com as características específicas: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária.*”

Início	Diagnóstico de Enfermagem	Fim
01-11	Potencial para os Autocuidados	10-01
Início	Intervenções de Enfermagem	Fim
01-11	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assistir a pessoa a lavar a boca</li> </ul>	10-01
01-01	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar banho na cama</li> </ul>	10-01
01-11	<ul style="list-style-type: none"> <li>Executar higiene genital</li> <li>Providenciar equipamento adaptativo para o auto cuidado: higiene</li> <li>Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares articulares activos</li> <li>Avaliar aprendizagem de habilidades</li> </ul>	10-01

**Resultado obtido: Potencial para o Auto cuidado melhorado**

No contexto do exercício da prestação de cuidados de Enfermagem, deparamo-nos na nossa rotina diária, com a necessidade premente de trabalhar em equipa, com um único objectivo comum, o de promover o bem-estar e a melhoria das situações clínicas dos doentes, cuja responsabilidade é nossa. Nesta linha de pensamento, a Ordem dos Enfermeiros (2001), refere que “*O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num*

contexto de actuação multiprofissional. Assim, distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes) – por exemplo, prescrições médicas – e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas).”. Perante o descrito, passo a apresentar o conjunto de intervenções interdependentes levadas a cabo, no processo de cuidar e estabilizar o doente em estudo.

<b>Prescrição: Ventilação Assistida</b>		
<b>Início</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Fim</b>
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vigiar mucosa labial</li></ul>	26-12
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Optimizar ventilação</li></ul>	26-12
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gerir dispositivos médicos</li></ul>	26-12
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorizar pressão de planalto na ventilação mecânica</li></ul>	26-12
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorizar condição da ventilação através do ventilador</li></ul>	26-12
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vigiar ventilação</li></ul>	26-12
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorizar pressão do cuff traqueal</li></ul>	26-12
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vigiar secreções traqueobrônquicas/ cavidade oral</li></ul>	26-12
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gerir oxigenoterapia</li></ul>	26-12
26-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Executar desmame do ventilador</li></ul>	26-12
26-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Instruir técnica respiratória</li></ul>	26-12
26-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Instruir técnica de tosse</li></ul>	26-12

<b>Prescrição: Cateter Venoso Periférico</b>		
<b>Início</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Fim</b>
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Executar tratamento ao local de inserção do cateter</li> </ul>	04-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remover cateter venoso periférico</li> </ul>	04-01
04-01	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inserir cateter venoso periférico</li> </ul>	09-01
09-01	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trocar cateter venoso periférico</li> </ul>	10-01
09-01	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar a inserção do cateter venoso periférico</li> </ul>	10-01
09-01	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar penso do cateter venoso periférico</li> </ul>	10-01

<b>Prescrição: Cateter Venoso Central</b>		
<b>Início</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Fim</b>
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Executar tratamento ao local de inserção do cateter</li> </ul>	04-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trocar sistemas de perfusão no cateter venoso central</li> </ul>	04-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar a PVC</li> </ul>	04-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar local de inserção do cateter central</li> </ul>	04-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar penso</li> </ul>	04-01
04-01	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remover cateter central</li> </ul>	04-01

<b>Prescrição: Hemoterapia</b>		
<b>Início</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Fim</b>

19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar hemoterapia</li> </ul>	10-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar hemoterapia</li> </ul>	10-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar hemoterapia</li> </ul>	10-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar resposta/ reacção hemoterapia</li> </ul>	10-01

**Prescrição: Cateter Arterial**

Início	Intervenções de Enfermagem	Fim
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trocar sistema do cateter arterial</li> </ul>	10-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar a inserção do cateter na artéria radial esquerda</li> </ul>	10-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar penso do cateter arterial</li> </ul>	10-01

**Prescrição: Sonda nasogástrica**

Início	Intervenções de Enfermagem	Fim
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar a pessoa</li> </ul>	19-12
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inserir sonda nasogástrica</li> </ul>	19-12
30-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trocar sonda nasogástrica</li> </ul>	02-01
30-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drenar conteúdo gástrico através da sonda nasogástrica</li> </ul>	02-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentar a pessoa</li> </ul>	02-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar conteúdo gástrico</li> </ul>	02-01
02-01	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar nariz</li> </ul>	02-01

02-01	<ul style="list-style-type: none"><li>• Remover sonda nasogástrica</li></ul>	05-01
02-01	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vigiar a refeição</li></ul>	10-01

**Prescrição: Sonda Vesical**

Início	Intervenções de Enfermagem	Fim
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trocar cateter urinário</li></ul>	10-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vigiar eliminação urinária</li></ul>	10-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vigiar meato urinário</li></ul>	10-01

**Prescrição: Drenos aspirativos**

Início	Intervenções de Enfermagem	Fim
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Executar tratamento ao local de inserção do dreno</li></ul>	20-12
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vigiar local de inserção do dreno</li></ul>	20-12
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vigiar penso da inserção do dreno</li></ul>	20-12
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vigiar a eliminação de líquido através do dreno</li></ul>	20-12
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vigiar funcionalidade dos drenos</li></ul>	20-12
20-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Remover dreno</li></ul>	20-12

**Prescrição: Sinais Vitais**

<b>Início</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Fim</b>
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorizar frequência cardíaca</li></ul>	10-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorizar temperatura corporal</li></ul>	10-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorizar dor através de escala de dor</li></ul>	10-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorizar tensão arterial</li></ul>	10-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorizar SatO2</li></ul>	10-01

**Prescrição: Glicemia Capilar**

<b>Início</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Fim</b>
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorizar glicemia capilar</li></ul>	10-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vigiar sinais de hiperglicémia</li></ul>	10-01
19-12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vigiar sinais de hipoglicémia</li></ul>	10-01

## 2 – CONCLUSÃO

A abrangente amplitude de um estudo de caso, é uma forma facilitadora de abordar situações/problemas que fomentam o desenvolvimento e o conhecimento em Enfermagem. A sua concretização proporciona uma aquisição de conhecimentos e envolvimento científico, quer na área da patologia, quer nos conceitos e terminologia na área da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Se por um lado a CIPE, é uma linguagem universal necessária para a prática de Enfermagem, *“relacionando a Enfermagem actual com as diferentes terminologias existentes para a Enfermagem e os cuidados de saúde...”* (CIPE Versão 1: 2005), por outro lado, a identificação de determinados termos dificulta a aplicação.

Com a elaboração deste estudo de caso, tentei de forma sistematizada e organizada, aplicar a nomenclatura CIPE, sendo que por um lado conduziu a um grande empenhamento pessoal, visto no exercício da minha profissão não contactar diária e directamente com a mesma.

Desta forma, os objectivos que me propus atingir com a elaboração deste estudo de caso, foram atingidos, pois considero ter havido evolução das competências quer científicas, quer técnicas e relacionais, permanecendo o maior tempo possível em interacção permanente com o doente em estudo.

Sendo que a principal barreira à concretização do mesmo, foi a utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, como um instrumento básico e imprescindível no contexto deste estágio e nesta Unidade de Cuidados Intensivos, considero ter constituído uma oportunidade única no desenvolvimento de planos de cuidados e avaliação da evolução das intervenções, bem como uma inigualável percepção da tão utilizada linguagem CIPE, no contexto de inúmeros serviços na actualidade.

3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLIGOOD Martha Raile e TOMEY Ann Marriner. 2002. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*, 5ª Edição. Lusociência, 163-176.

FORTIN Marie Fabienne. 2009. *O Processo de Investigação – Da concepção à realização*, 5ª Edição. Lusociência – Edições técnicas e científicas Lda, 164-165.

HARRISON et al. 2002. *Princípios de Medicina Interna*, 15ª Edição. Mc Graw Hill Interamericana, 1618 – 1642.

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 1 – 2005

Universidade do Minho - Escola de Enfermagem – Fernando Petronilho, 2006.

## Anexo III

Poster elaborado no Módulo de estágio Peri – operatório  
“Áreas do Bloco Operatório”



# Áreas do Bloco

Área Livre

Área Semi-Restrita

Área Restrita

Circulação não Limitada

Circulação Limitada

Circulação Limitada  
aos Profissionais e doentes



É necessário farda,  
Calçado do bloco  
E cabelo protegido.



É obrigatório fardamento,  
touca, máscara cirúrgica  
quando material estéril  
aberto.



Zona de recepção e acolhimento  
do doente, pessoal e materiais.

Áreas de apoio às salas de operações,  
armazéns de material limpo, gabinetes,  
corredores de acesso às áreas restritas,  
entre outros.

Sala de operações, sala de pré-  
anestesia, sala de desinfecção,  
armazém de apoio, armazém de  
material estéril.



## Anexo IV

Abordagem teórica do traumatismo vertebro – medular;

Abordagem teórica da Crise Convulsiva



## **Traumatismo Vértebro – Medular**

O **traumatismo vertebro - medular (TVM)** inclui todas as lesões traumáticas que afectam, em conjunto ou separadamente, as diferentes estruturas (ossos, ligamentos, cartilagem, músculo, estruturas vasculares, meninges, raízes e medula) da coluna vertebral em qualquer nível.

Num doente de trauma múltiplo, deve ter-se em conta as lesões da coluna vertebral, com ou sem défice neurológico.

Aproximadamente 5% dos doentes com trauma craniano, tem associado lesão da coluna, enquanto 25% dos doentes com lesão da coluna tem, como mínimo um traumatismo craniano moderado. Aproximadamente 55% das lesões da coluna ocorrem na região cervical, 15% na região torácica, 15% na união toraco-lombar e 15% na lombo – sagrada.

Todos os profissionais de saúde, responsáveis por estes doentes, devem estar conscientes que a manipulação, os movimentos e/ou imobilização inadequados do doente com lesão da coluna, pode causar lesão medular adicional e gravar o prognóstico geral do doente.

Pelo menos 5% dos doentes apresentam um início dos sintomas neurológicos, ou agravamento dos pré-existentes à chegada do serviço de urgência. Isto normalmente deve-se à isquemia e progressão do edema da medula espinal, mas também pode ser causada por uma não imobilização adequada. Enquanto a coluna do doente está protegida, a avaliação e exclusão de lesões, podem ser deferidas de forma segura, especialmente quando existe instabilidade sistémica, por exemplo hipotensão e respiração inadequada

### **Referências anatómicas**

A coluna vertebral é composta por 33 vértebras (7 cervicais, 12 torácicas ou dorsais, cinco lombares, cinco sagradas e quatro coccígeas). As vértebras cervicais, torácicas e lombares são interligadas por discos cartilagosos intervertebrais e articulações. As duas primeiras cervicais apresentam uma estrutura diferente, que permite a flexão, extensão e rotação. A articulação atlanto-occipital, formada pelos côndilos occipital e

facetar do atlas, é menos estável em crianças (os côndilos são proporcionalmente mais pequenos e horizontais), por isso é mais comum o seu deslocamento. A articulação atlanto-axial (C1 - C2) tem duas vertentes, entre as facetar do atlas e axis e entre o arco anterior de C1 do processo odontóide do axis.

Dentro da coluna encontra-se o canal vertebral que é atravessado pela medula espinhal. É delimitado na sua parede anterior pelos corpos vertebrais, discos e ligamento longitudinal posterior, nas paredes laterais pelos pedículos, massas laterais e as articulações inter-apofisárias, e na parede posterior pelas lâminas e ligamentos amarelos. Os ligamentos fornecem estabilidade e mobilidade. Os mais importantes são: anterior, longitudinal posterior e ligamento amarelo (que se inserem entre as laminae), o interespinhoso e supra-espinhoso.

A medula é uma extensão tubular fina do sistema nervoso central que fica dentro da parte óssea do canal vertebral. Origina-se no bulbo raquidiano e continua caudalmente até terminar no filum terminale, um prolongamento fibroso do cone medular que termina no cóccix.

A medula espinhal no adulto tem cerca de 46 cm de comprimento, uma forma oval que é mais larga nas regiões cervical e lombar, onde estão localizados os neurónios que enervam as extremidades superiores e inferiores, respectivamente.

Os nervos espinhais mais inferiores seguem uma trajectória descendente para saírem nos orifícios intervertebrais. A medula é constituída pela substância cinzenta central, constituído por núcleos de neurónios motores, sensoriais e vegetativos (nos cornos anterior, posterior e lateral, respectivamente) e substância branca, constituída pelas vias descendentes (motoras), como os feixes cortico-espinhais anterior e lateral, vias ascendentes (sensitivas) como os cordões posteriores (sensibilidade profunda bilateral), os feixes espinho-talâmicos (sensibilidade térmica e algica contra-lateral) e vias bidireccionais.

A medula espinhal é irrigada pelo sistema arterial anterior, formado pela artéria espinhal anterior ou medular anterior e as artérias radiculares anteriores e, em menor grau pelo sistema arterial posterior formado pelas artérias medulares posteriores e radiculares posteriores.

## **Fisiopatologia**

A lesão traumática vertebro - medular é uma lesão dinâmica na qual podemos distinguir duas fases:

Lesão primária: produzida no momento do traumatismo (fragmentos de osso ou luxações vertebrais podem causar compressão, contusão e laceração medular ,lesões radiculares , meníngeas e vasculares).

Lesão Secundária: imediatamente após a lesão inicia-se uma série de fenómenos inflamatórios, alterações endoteliais vasculares e vasoespasmos que causam uma diminuição na perfusão medular e da PO<sub>2</sub> dos tecidos, causando edema e necrose hemorrágica.

O fluxo sanguíneo medular é autor regulado entre PA média de 60 e 120 mm Hg, ficando dependente da pressão fora destes limites, de modo que a hipotensão arterial pode agravar a isquemia da medula espinhal.

## **Avaliação clínica**

Anamnese: Somente os pacientes conscientes, orientados e colaboradores podem fornecer informações fiáveis sobre o trauma e seus sintomas. Mesmo assim, o paciente pode confundir a dor espinhal com a dor produzida por lesões circundantes à coluna.

A dor de origem radicular pode-se exprimir como dor torácica ou abdominal, e pode não ser referida devido a lesão neurológica ou ao uso de analgésicos.

É importante a informação que as equipas de emergência recolham de polícias, bombeiros e testemunhas.

Sobre o trauma, devemos saber o tipo de acidente, mecanismo da lesão, hora, a situação inicial, terapêutica aplicada e incidentes durante o transporte.

Em relação ao paciente, é importante recolher dados como a sua história pessoal, local e irradiação de dores vertebrais, localização da perda de força e membros afectados, existência de hipoestesia, parestesia, distúrbios do esfíncter e sintomas associados como cefaleia, tontura e dificuldade respiratória.

## **Exploração**

### **Exploração vertebral**

A exploração cervical deve ser feita na pesquisa secundária, com o paciente em decúbito dorsal e com o alinhamento do eixo cabeça-pescoço-tronco-membros.

Com a imobilização adequada pode remover o colar, fazendo um exame cuidadoso cervical (palpação, inspecção e exploração da mobilidade), e observar se existem deformidades, ferimentos, contusões, saliências ósseas, contracturas musculares e alterações na sensibilidade e mobilidade.

Se for detectada ou referida alguma dor ou desconforto, recolocar o colar cervical.

O exame da região posterior é realizado com um mínimo de mobilização do paciente, e mantendo eixo do corpo sincronizado, pelo menos com três pessoas e o examinador, que comanda a operação.

### **Exploração neurológica**

O exame neurológico deve determinar o nível espinhal lesionado, grau da lesão e deverá ser repetido a intervalos regulares uma vez que esta pode piorar. Através da exploração clínica pode ser avaliado o nível de lesão de acordo com a seguinte escala:

- Alcança o nível do ombro com o movimento cotovelo-delhoide – C5
- Flexão antebraço-biceps-C6
- Extensão do antebraço-triceps-C7
- Flexão do punho e dedos-C8
- Separação dos dedos –T1
- Flexão da anca – Psoas – ilíaco -L2
- Extensão do joelho-quadricipes-L3
- Flexão do joelho-biceps femural-L4/L5 até S1
- Dorsiflexão tornozelo-tibial anterior - L4
- Flexão plantar tornozelo-gêmeos-S1

O nível neurológico da lesão é o segmento mais caudal avaliado como normal, tanto para a função motora como sensitiva. A determinação do nível sensitivo realiza-se mediante a avaliação dos dermatomos.

Avaliando previamente o nível de consciência usando a escala de coma de Glasgow, deverão ser explorados os pares cranianos, membros superiores, tronco, pernas e períneo. Este último não pode ser omitido, avaliando a sensibilidade, o tônus e a contracção voluntária do esfíncter anal, a musculatura períneal e os reflexos cutâneos.

As bases do exame neurológico destes pacientes são:

**Força muscular:** A lesão do feixe cortico-espinhal produz deficit ipsilateral que é avaliado pela escala de graduação motora:

0 = ausência de contracção

1 = contracção ineficaz

2 = movimento activo sem vencer a gravidade

3 = movimento que vence a gravidade

4 = movimento contra a resistência

5 = força normal

**Reflexos:** A exploração será tão completa quanto possível, incluindo os reflexos cutâneos. Os reflexos desaparecem durante o choque medular e quando este reverte ocorre uma fase de recuperação com hiperreflexia.

O reflexo bulbocavernoso (estímulo gerado no pénis ou vulva, resultando em uma contracção súbita do esfíncter anal) está sempre presente, mesmo que exista uma lesão medular completa, só desaparecendo durante o período de choque medular.

O reaparecimento do reflexo indica o término do choque medular, e, que o grau de lesão é praticamente definitivo, o que normalmente ocorre no prazo de 48 horas.

**Sensibilidade:** A sensibilidade superficial (fina, dor, tacto e temperatura) é transmitida principalmente pelo feixe espinho - talâmico contra lateral, e explora-se beliscando ou picando a pele com uma agulha.

Os cordões posteriores transmitem bilateralmente a sensibilidade profunda (táctil profunda, proprioceptiva e vibratória) e examina-se com estímulos dolorosos grosseiros, colocação dos membros em posições distintas e através de um diapasão.

**Funções autónomas:** O choque neurogénico resulta de uma alteração das vias simpáticas descendentes da medula espinhal. Esta condição resulta na perda do tônus vasomotor (causando vasodilatação visceral e dos membros inferiores, acumulação de sangue intra-

vascular e hipotensão) e da enervação simpática do coração (causando bradicardia). Portanto, a conjugação de hipotensão e bradicardia devida ao choque neurogénico, não é consequência da hipovolémia verdadeira.

O choque medular é caracterizado pela flacidez e perda de reflexos depois de uma lesão medular.

Avaliação respiratória: A hipoventilação, devida á paralisia dos músculos intercostais pode resultar de uma lesão que afecta a medula espinhal cervical baixa ou torácica alta. Se a lesão ocorre na região cervical alta ou média leva também á paralisia do diafragma devido ao compromisso medular de C3 a C5 que fornece enervação ao diafragma através do nervo frénico.

### **Síndromes clínicas medulares**

Para uma decisão terapêutica, é essencial considerar dois tipos de lesões:

Lesão medular completa: perda de movimento e sensibilidade distais à lesão, incluindo os últimos níveis sagrados , estando presente o reflexo bulbocavernoso.

Lesão medular incompleta: mantém algum tipo de função motora ou sensitiva distal ao nível lesionado com preservação sagrada (sensibilidade perianal, tônus rectal e capacidade de flexão plantar do Hallux). Este paciente pode recuperar algumas das suas funções se for realizada a descompressão e estabilização cirúrgica dentro de 8 horas após o trauma.

Existem 4 síndromes de lesão medular incompleta:

- 1) Síndrome da medula central: Na região cervical caracteriza-se por uma fraqueza mais acentuada das extremidades superiores do que nas inferiores.
- 2) Síndrome Brown-Sequard: lesão unilateral da medula com paralisia espinhal e perda da propriocepção ipsilateral dor e temperatura contralateral.
- 3) Síndrome medular anterior: afecta os dois terços anteriores da medula com paralisia e perda de sensibilidade á dor e temperatura mas com preservação da propriocepção.
- 4) Síndrome medular posterior: Lesão das colunas posteriores unicamente com perda de propriocepção.

## **Tratamento**

### Avaliação primária

- Via aérea com protecção cervical
- Respiração – Avaliar e providenciar uma boa oxigenação, com suporte ventilatório se necessário
- Circulação – Se existe hipotensão, diferenciar o choque hipovolémico do choque neurogénico
- Exame neurológico - Estado de consciência e avaliação pupilar; determinação da escala de coma de Glasgow; reconhecimento de paralisias e parésias.

### Protecção das lesões tardias

Os pacientes com suspeita de lesão da coluna devem ser protegidos de lesões tardias. Esta protecção inclui a aplicação de colar cervical semi-rígido e plano duro, mobilizando o paciente de forma cuidadosa para assegurar o alinhamento neutro de toda a coluna. Os pacientes imobilizados em plano duro tem um alto risco de desenvolvimento de pontos de pressão e úlceras de decúbito. Portanto, os pacientes imobilizados em plano duro devem ser retirados tão cedo quanto possível, por exemplo nas primeiras 2 horas.

### Reanimação com líquidos e monitorização

1. Monitorização da PVC: A administração de líquidos intravenosos geralmente limita-se aos níveis de manutenção, a não ser que seja necessário para o tratamento do choque. Deve-se colocar um cateter venoso central para a monitorização cuidadosa da administração de líquidos.
2. Algáliação: Durante a fase de avaliação primária deve ser colocada uma algália para monitorização do débito urinário e prevenção da distensão vesical.

3. Sonda nasogástrica: Em todos os pacientes com paraplegia e quadriplegia deve ser colocada uma sonda nasogástrica para prevenir a distensão gástrica e a bronco aspiração.

### Administração de esteróides

Aos pacientes com deficits neurológicos secundários a traumatismo não penetrante deve ser administrado Corticosteróide nas primeiras 8 horas da lesão. O medicamento de eleição é a Metilprednisolona (30 mg / Kg), administrada aproximadamente durante 15 minutos.

A dose inicial é seguida por uma dose de manutenção de 5,4 mg/kg/hr, durante as 24 horas seguintes ( se iniciou a medicação nas primeiras 3 horas ) ou durante 48 horas ( se iniciou entre as 3 e 8 horas após traumatismo ).

## Crises Convulsivas

### Definição

Designa-se por crise convulsiva a ocorrência de uma actividade neuronal excessiva, anormal e hipsíncrona. A forma da apresentação clínica depende das funções das áreas afectadas, podendo as manifestações serem de carácter motor, sensitivo, sensorial, autonómico e/ou psíquico.

Em sentido estrito, chamam-se *crises convulsivas* àquelas que cursam com fenómenos motores, e *crises não convulsivas* às que não envolvem. A definição de convulsão deve distinguir-se de epilepsia. A epilepsia designa um transtorno de convulsões recorrentes devido a um processo crónico subjacente. Esta definição implica que uma pessoa que sofra uma ou mais convulsões, devidas a factores corrigíveis ou evitáveis, não possui necessariamente uma epilepsia.

### Etiologia e Diagnóstico

As convulsões são a consequência de um desequilíbrio entre a actividade excitatória e a inibitória dentro do sistema nervoso central (SNC). Tendo em conta o grande número de factores que controlam a excitabilidade neuronal, não surpreende que existam muitas formas diferentes que podem alterar este equilíbrio e, portanto, muitas causas distintas de convulsões e epilepsia.

Na prática, é útil ter em conta as etiologias das convulsões segundo a idade do doente, uma vez que é um dos factores mais importantes na determinação da incidência e na avaliação das causas mais prováveis.

#### Neonatos (< 1 mês)

- Hipoxia e isquemia perinatal
- Hemorragia intracraniana e traumatismo
- Infecções agudas do SNC
- Transtornos metabólicos (hipoglicemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, deficiência de piridoxina)

- Abstinência de drogas
- Transtornos do desenvolvimento
- Transtornos genéticos

#### **Lactentes e crianças pequenas (> 1 mês e <12anos)**

- Convulsões febris,
- Transtornos genéticos (metabólicos, degenerativos, síndromes epilépticos primários)
- Infecções do SNC
- Transtornos do desenvolvimento
- Traumatismos
- Idiopática

#### **Adolescentes (12-18 anos)**

- Traumatismo
- Transtornos genéticos
- Infecções
- Tumores cerebrais
- Consumo de drogas
- Idiopática

#### **Adultos jovens (18-35 anos)**

- Traumatismo
- Abstinência de álcool
- Consumo de drogas
- Tumores cerebrais
- Idiopática

### **Outros adultos (> 35 anos)**

- Acidentes cerebrovasculares
- Tumores cerebrais
- Abstinência alcoólica
- Transtornos metabólicos (uremia, insuficiência hepática, anomalias electrolíticas, hipoglicemia)
- Doença de Alzheimer e outras doenças degenerativas do SNC
- Idiopática

### **Fármacos e outras substâncias que podem provocar convulsões**

- Antibióticos e antivíricos
- Anestésicos e analgésicos
- Anestésicos locais
- Imunodepressores
- Psicotrópicos
- Consumo de drogas:
- Flumazenil em doentes sob influência de benzodiazepinas
- Antagonista opioide em doentes sob influência de opiáceos

### **Classificação das convulsões**

A identificação do tipo de convulsão é essencial para dirigir o diagnóstico, escolher a terapêutica adequada e determinar o prognóstico.

Em 1981, a Liga Internacional Contra a Epilepsia (ILAE) publicou uma versão modificada da Classificação Internacional das Convulsões Epilépticas, que continua a ser uma referência útil de classificação. Este sistema baseia-se nas manifestações clínicas das convulsões e nos traçados do electroencefalograma (EEG).

Outras características distintivas, tais como a etiologia ou o substrato celular, não são contempladas neste sistema classificativo, apesar de ser expectável que isto se altere no futuro, à medida que se conhecem melhor os mecanismos fisiopatológicos subjacentes às diferentes convulsões.

## **Classificação**

- **Convulsões Parciais**

Convulsões parciais simples (com sinais motores, sensitivos, autonómicos ou psíquicos);

- Convulsões parciais complexas
- Convulsões parciais com generalização secundária
- Convulsões primariamente generalizadas

- **De ausência (pequeno mal)**

- **Tónico-clónicas (grande mal)**

- Tónicas
- Atónicas
- Mioclónicas

- **Convulsões sem classificação**

- Convulsões neonatais
- Espasmos infantis

Um princípio fundamental é que existem dois tipos de convulsões: **parciais (focais)** e **generalizadas**. As parciais são aquelas em que a actividade convulsiva se circunscreve a zonas limitadas do córtex cerebral. As convulsões generalizadas atingem simultaneamente regiões difusas do encéfalo. As primeiras frequentemente aparecem em consequência de anormalidades estruturais do cérebro, ao passo que as segundas

decorrem de anormalidades celulares, bioquímicas ou estruturais com distribuição mais ampla.

## **Tratamento**

O tratamento de um doente com um transtorno convulsivo é quase sempre multimodal e compreende o tratamento dos processos subjacentes causais ou contributivos, a evitação dos factores desencadeantes, a supressão das convulsões recorrentes, através de fármacos e/ou cirurgia, e a orientação dos problemas psicológicos e sociais.

### **Tratamento dos processos subjacentes**

Se a única causa de uma convulsão é um distúrbio metabólico, como por exemplo um desequilíbrio electrolítico ou glicérico, o tratamento passa pela correcção do processo patológico e prevenção da recorrência. Geralmente o tratamento com antiepilépticos não é necessário, excepto se o desequilíbrio metabólico não se possa corrigir rapidamente e o doente esteja em risco de recidiva convulsiva.

Se a causa da precipitação convulsiva é uma medicação (por exemplo teofilina) ou uma droga (por exemplo cocaína), o tratamento passa pela interrupção da administração da (s) substância(s) e antiepilépticos caso o risco de recorrência seja alto.

As convulsões causadas por uma lesão estrutural do SNC, como por exemplo um tumor cerebral, uma malformação vascular ou abscesso cerebral, são passíveis de serem tratadas através da remoção da lesão, apesar de haver sempre o risco do foco convulsivo restar no tecido circundante ou que reapareça, fruto de processos glióticos e inflamatórios. Por este motivo, a maioria dos doentes tratados continuam medicação antiepiléptica pelo menos um ano, retirando-se a medicação após a verificação da não recorrência a seguir a suspensão farmacológica. Na eventualidade de persistência de convulsões pode ser tentado o tratamento através da remoção cirúrgica do foco epileptogénico, se passível de localização e de acesso cirúrgico.

## **Evitar os factores desencadeantes**

Infelizmente, conhece-se pouco acerca dos factores que determinam quando vai ocorrer uma convulsão num doente com epilepsia.

Alguns doentes são capazes de identificar situações que facilitam o aparecimento das convulsões. Entre estas estão o consumo de álcool, a privação de sono, a estimulação visual (videojogos) e a estimulação auditiva (música). Assim, a prevenção também passa pelo aconselhamento a atentar nas condições predisponentes e na sua evitação.

## **Tratamento com fármacos antiepilépticos**

Os antiepilépticos constituem a base do tratamento da maioria dos doentes com epilepsia. A estratégia passa pela prevenção das convulsões, evitando os efeitos secundários indesejáveis, preferencialmente com um único fármaco e em esquema posológico fácil para o doente.

O tratamento farmacológico deve começar-se nas convulsões recorrentes de etiologia desconhecida, incorrigível ou lentamente corrigível. Existe controvérsia sobre quando começar o tratamento no doente que sofreu apenas uma convulsão. Mas existe consenso para iniciar tratamento se a convulsão única ocorrer no contexto de uma lesão identificada (por exemplo tumor, infecção ou traumatismo do SNC) e sinais inequívocos de foco epileptogénico.

## **Aspectos a destacar no tratamento**

### **Tratamento Urgente**

O tratamento urgente persegue 4 objectivos:

- Suporte das funções vitais durante a crise;
- Identificação e tratamento dos factores desencadeantes;
- Supressão da crise;
- Prevenção da recorrência.

Para alcançar o primeiro objectivo, as manobras assistenciais inicialmente aplicadas seguem a sequência universal do suporte básico de vida (abertura da via aérea, suplementação de oxigénio, assistência ventilatória, acesso venoso, suporte circulatório, colheita de sangue para, entre outros, análise toxicológica, controlo da temperatura, etc).

A sequência de atitudes terapêuticas e diagnósticas será ditada pelas circunstâncias clínicas, tipo de crise, duração da crise, história clínica, exame físico e resultados laboratoriais. Por exemplo, se suspeita de intoxicação medicamentosa pode proceder-se à lavagem gástrica e aplicação de carvão activado. Se a crise for prolongada pode optar-se por sedação e apoio ventilatório mecânico. Se se suspeita de consumo excessivo de álcool pode estar indicada a administração de tiamina, glicose e magnésio.

No atendimento de urgência, se a crise dura mais de 2 minutos ou se é recidivante, está indicada a supressão através de fármacos administrados por via endovenosa.

#### **Tratamento urgente – tratamento da crise:**

- Diazepam

10 mg no adulto, lentamente, repetido cada 5 minutos até máximo de 20 mg;

0,25 mg / kg na criança, lentamente, repetido cada 5 minutos até máximo de 10 mg.

- Midazolam (alternativa ao diazepam).

Pode ser usado por via sublingual, nasal ou rectal em caso de acesso venoso difícil.

#### **Tratamento urgente - tratamento da recidiva:**

No tratamento urgente da crise convulsiva que recidiva após a utilização de diazepam, deve optar-se pela introdução de um fármaco antiepiléptico de duração mais longa.

- Fenitoína (300 a 400 mg/dia)

Adultos: 3-5 mg/kg // Crianças: 4-7 mg/kg

- Carbamazepina (600-1200 mg/dia) // Crianças: 20-30 mg/kg
- Fenobarbital: (60-120 mg/dia)

Adultos: 1-5 mg/kg // Crianças: 3-6 mg/kg

- Ácido valproico: 750-1250 mg/dia // Crianças: 30-60 mg/kg

### **Tratamento prolongado farmacológico**

A prescrição do tratamento antiepiléptico prolongado após a primeira crise quando esta foi diagnosticada como idiopática, é um tema controverso dependendo fundamentalmente do padrão do EEG e do tipo de crise.

### **Tratamento prolongado cirúrgico**

Existe um grupo de doentes com crises parciais complexas, refractárias à medicação e nos quais não existe lesão estrutural identificável. Nestes casos pode-se considerar, em alternativa, a cirurgia. A técnica com melhores resultados é a lobectomia temporal com inclusão do complexo amigdaló-hipocámpico.

### ***Status epilético convulsivo e eclâmpsia***

Por fim, dentro do tratamento das crises convulsivas deve falar-se brevemente sobre duas situações especiais: o *status epilético convulsivo* e a eclâmpsia.

### **Status Epiléptico**

O *status epilético convulsivo* define-se pela presença de convulsões contínuas ou intermitentes com alteração da consciência nos períodos interictais e com duração ente 15-30min (classificação mais clássica) ou necessidade imediata de tratamento supressivo, geralmente quando as convulsões duram mais de 5 minutos (classificação mais abrangente). O *status epilético* é uma urgência médica que deve tratar-se de forma imediata, dado o risco de disfunção cardio-respiratória, hipertermia, alterações

metabólicas e lesão neuronal irreversível. A lesão do SNC é um risco no doente paralisado com relaxantes musculares e que não apresenta actividade exterior visível (actividade motora), mas que é identificável no registo electroencefalográfico.

As causas mais frequentes de estado epiléptico são: incumprimento do tratamento crónico antiepiléptico, distúrbios metabólicos, toxicidade por fármacos, infecções e tumores do SNC, a epilepsia resistente e os traumatismos craneanos.

O *status epiléptico* é evidente quando o doente está a sofrer convulsões manifestas. Contudo, depois de 30-45 minutos de convulsões ininterruptas, os sinais começam a tornar-se mais subtis. Os doentes podem começar a manifestar apenas ligeiros movimentos clónicos dos dedos das mãos ou movimentos discretos dos olhos. Algumas vezes surgem manifestações paroxísticas de taquicardia, hipertensão e dilatação pupilar. Neste casos, o EEG é o método de eleição para fazer o diagnóstico. Por isto, se o doente deixar de ter sinais exteriores de convulsões e continua comatoso deve realizar-se um EEG para excluir a ocorrência de *status epiléptico*.

O tratamento do *status epiléptico* não se afasta do já acima referido (suporte vital, acesso venoso, controlo da temperatura, exploração neurológica, exame laboratorial, etc.). O tratamento farmacológico imediato deve passar pela associação inicial de benzodiazepinas e fenitoína. Se as crises não forem assim controladas recomenda-se a associação de fenobarbital. Alguns autores defendem que nas crianças o fármaco inicial a associar às benzodiazepinas deve ser o fenobarbital. Outros fármacos utilizados no status refractário incluem o pentobarbital, o tiopental e os anestésicos halogenados tipo isoflurano ou sevoflurano.

## **Eclâmpsia**

A eclâmpsia define-se como o aparecimento de convulsões ou coma na grávida com sintomas de pré-eclâmpsia. Podem surgir antes do parto (50%), geralmente após a 27 semana de gestação, durante o parto (25%) e após o parto (25%).

## **Tratamento da eclâmpsia**

O sulfato de magnésio é o agente mais usado na profilaxia e no tratamento da eclâmpsia. Outros fármacos usados são a fenitoína e as benzodiazepinas. O tratamento definitivo consiste no término da gravidez.

## Anexo V

“Guia de utilização do ventilador de emergência/  
transporte” – realizado no Módulo de estágio – Serviço de  
Urgência



## Guia de Utilização do Ventilador de Urgência / Transporte



Fátima Pires – EEMC – Novembro 2010

## O doente com necessidade de Ventilação Mecânica



## Ventilação Mecânica

A **Ventilação Mecânica** é uma das principais modalidades de apoio, usadas em terapia intensiva, quando se verifica depressão da actividade respiratória ou quando não há condições neuromusculares para respirar

## Ventilação Mecânica

Deve utilizar-se quando se verificarem uma série de objectivos físicos e fisiológicos, como sejam:

- ✎ Corrigir a hipoxémia
- ✎ Manter a ventilação alveolar adequada
- ✎ Melhorar o transporte de O<sub>2</sub>, enquanto se estabiliza a patologia de base
- ✎ Proporcionar condições óptimas para o restabelecimento da ventilação espontânea
- ✎ Corrigir as alterações do Equilíbrio ácido-base

## Ventilação Mecânica

Para alcançar os objectivos da **Ventilação Mecânica**, consideram-se os seguintes parâmetros, ajustados de acordo com a situação clínica do doente:

- ✎ FIO<sub>2</sub> – Concentração Fraccional de Oxigénio inspirado
- ✎ Volume corrente (V<sub>t</sub>) – ajustado em ml/kg
- ✎ Frequência respiratória
- ✎ PEEP – Pressão expiratória final positiva
- ✎ Relação I:E – Tempo inspiratório: Tempo expiratório (segundos)
- ✎ Modos Ventilatórios

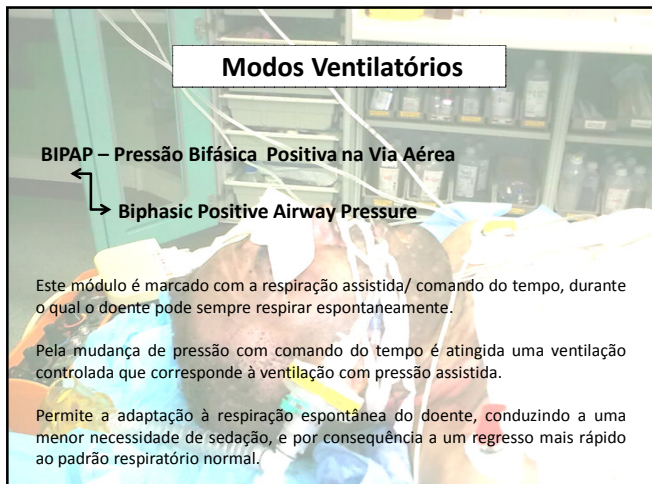
## Modos Ventilatórios

### SIMV – Ventilação Mandatória Sincronizada Intermitente

Combinação entre a ventilação assistida controlada, com ventilação espontânea entre os ciclos assistidos.

Este modo tem em conta a actividade espontânea do doente, sendo a respiração mandatória activa, fixando um valor de segurança em caso de apneia.

No caso de a respiração mandatória coincidir como o início teórico de uma fase expiratória, na prática atrasa-se até ao início da próxima inspiração do doente, sincronizando-se com ele.



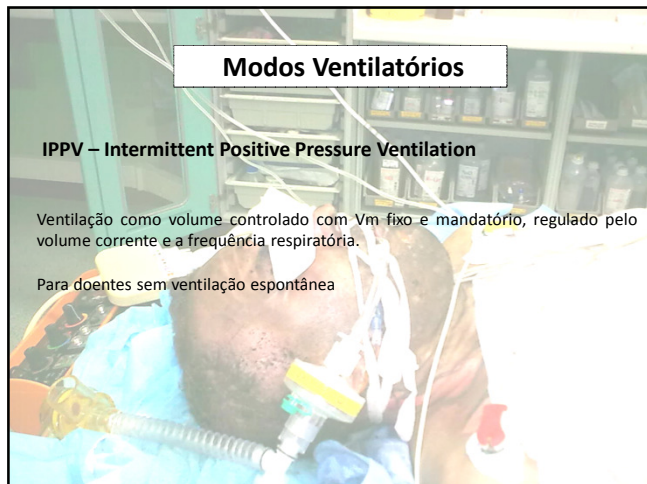
**Modos Ventilatórios**

**BIPAP – Pressão Bifásica Positiva na Via Aérea**  
**Biphasic Positive Airway Pressure**

Este módulo é marcado com a respiração assistida/ comando do tempo, durante o qual o doente pode sempre respirar espontaneamente.

Pela mudança de pressão com comando do tempo é atingida uma ventilação controlada que corresponde à ventilação com pressão assistida.

Permite a adaptação à respiração espontânea do doente, conduzindo a uma menor necessidade de sedação, e por consequência a um regresso mais rápido ao padrão respiratório normal.

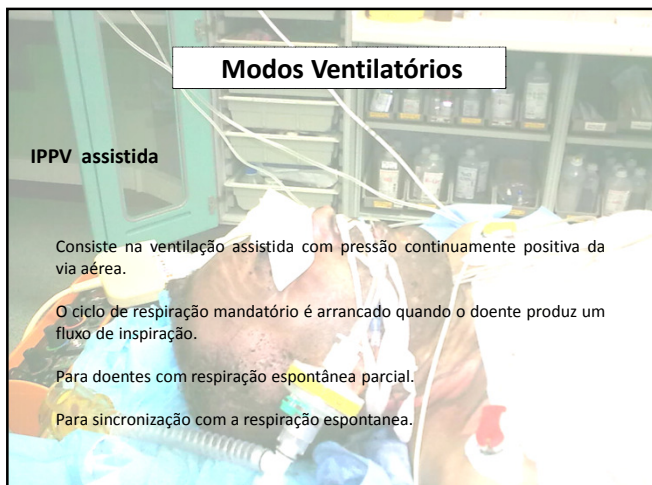


**Modos Ventilatórios**

**IPPV – Intermittent Positive Pressure Ventilation**

Ventilação como volume controlado com  $V_m$  fixo e mandatório, regulado pelo volume corrente e a frequência respiratória.

Para doentes sem ventilação espontânea



**Modos Ventilatórios**

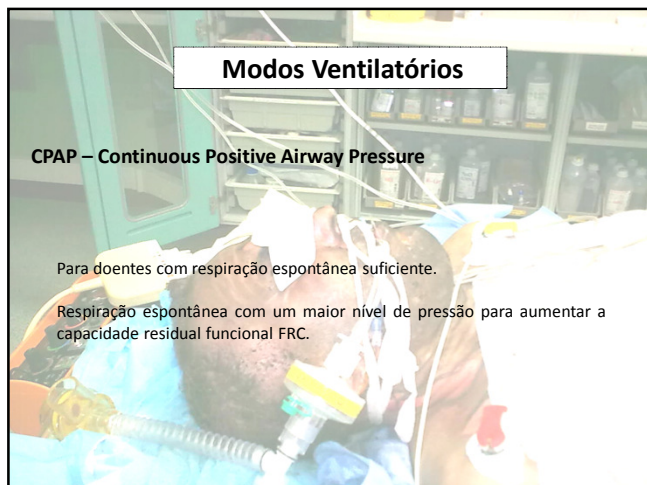
**IPPV assistida**

Consiste na ventilação assistida com pressão continuamente positiva da via aérea.

O ciclo de respiração mandatório é arrancado quando o doente produz um fluxo de inspiração.

Para doentes com respiração espontânea parcial.

Para sincronização com a respiração espontânea.

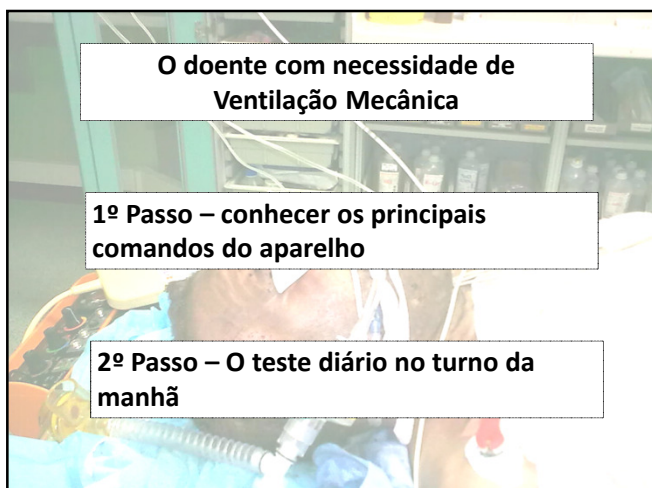


**Modos Ventilatórios**

**CPAP – Continuous Positive Airway Pressure**

Para doentes com respiração espontânea suficiente.

Respiração espontânea com um maior nível de pressão para aumentar a capacidade residual funcional FRC.



**O doente com necessidade de Ventilação Mecânica**

**1º Passo – conhecer os principais comandos do aparelho**

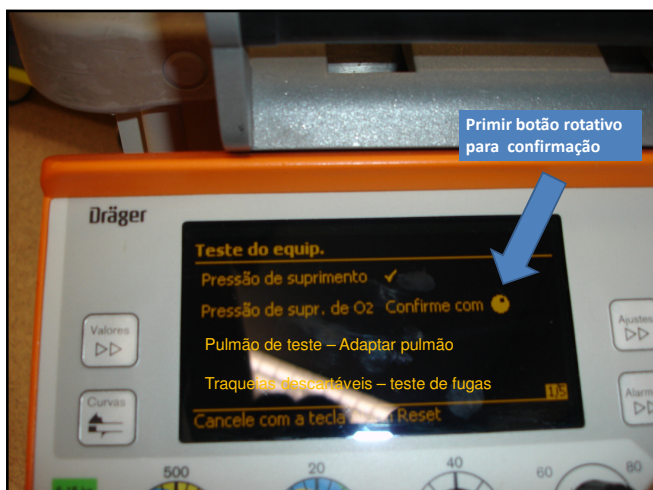
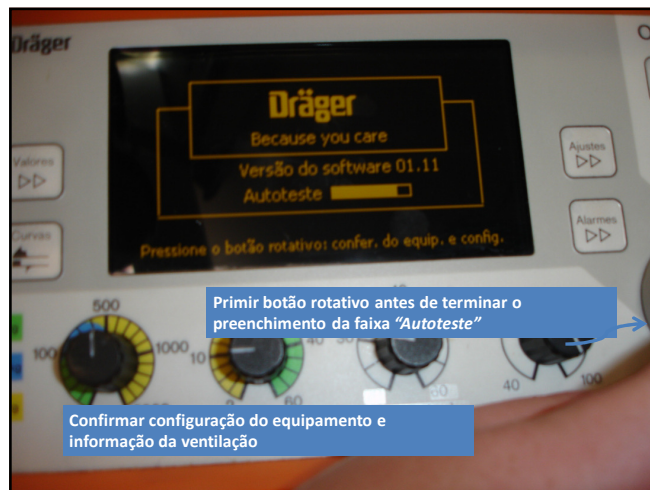
**2º Passo – O teste diário no turno da manhã**



**Consumíveis**

- Traqueias
- Filtros antibacterianos







### Precauções

Manter o aparelho sempre ligado à corrente

Quando utilizado em transporte (dependendo das condições da bateria e partindo do princípio que estão sempre carregadas):

- Bateria carregada com íões de Lítio, sem alimentação de rede numa ventilação "típica" – **aproximadamente 4 horas**
- Bateria carregada com hidreto de metal - níquel, sem alimentação de rede numa ventilação "típica" – **aproximadamente 3 horas**

### Precauções

- Se utilizado na sala de emergência, utilizar o oxigénio disponível na rampa
- Quando utilizado como ventilador de transporte, utilizar a garrafa de oxigénio cheia: equivalente a 200 bar
- No transporte para o exterior levar sempre os cabos eléctricos correspondentes para ligar à corrente eléctrica
- Nos locais onde se efectuam os exames complementares de diagnóstico ligar sempre desconectar o oxigénio da bala e conectar ao oxigénio disponível na rampa

### Precauções

- A utilização/ teste do ventilador não dispensa um Insuflador Manual disponível e funcional

**Precauções**

Exemplo prático:

- Considerando uma garrafa de O<sub>2</sub> cheia, com volume de enchimento equivalente 2,5L e os respectivos 200 bar

Reserva de gás: 2,5L x 200 bar = 500L

- Módulo Ventilatório: IPPV com os seguintes parâmetros:
  - Fr = 10/min
  - Vt = 1L
  - Fi O<sub>2</sub> = 100%
  - Vm (VtxFr) = 10L/min

**Precauções**

Utiliza-se a seguinte fórmula:

$$\text{Período de serviço} = \frac{\text{Reserva de gás (L)}}{(\text{Vm} + 0,5^*) \text{ L/min}}$$

$$\text{Período de serviço} = \frac{500}{10,5} \text{ Aprox. 48 min}$$

\* Consumo próprio do aparelho: 0,5 L/min no máximo

**Precauções**

Não colocar válvulas de dosagem nem debitómetros no abastecimento de gás do Oxilog 3000

Perigo de perturbação da função do aparelho!!!

**Precauções**

- Substituição das traqueias nas 24h após o teste do ventilador se não utilizadas (Recomendações do fabricante)
- Substituição de traqueias + filtro antibacteriano de doente para doente
- Desinfecção com "Preset" após cada utilização (concentração de 1000ppm numa diluição de 3 pastilhas de "Prespt" de 2.5g em 5l de água) com panos específicos
- Esta desinfecção é responsabilidade do assistente operacional destacado para a sala de emergência
- A manutenção é efectuada pela Efacec, encontrando-se sempre um elemento na instituição

**Bibliografia**

- Drager Medical – "Oxylog 3000 – Ventilador de urgência e de transporte – Instruções de Serviço". 1ª Edição. 2002. Alemanha
- Stock M. Cristiane; Perel Azriel – 1999. - Manual de Suporte Ventilatório Mecânico – 2ª Edição; Editora Manole Ltda ; p.7-32.
- Net. À; Benito S. –1998 - Ventilación Mecánica – Tercera edición; Springer – Verlag Ibérica, Barcelona ; p. 101 -121.

## Anexo VI

Formação “Higienização das mãos: uma necessidade e uma exigência”, Planificação da formação;  
Fundamentação teórica e apresentação em diapositivos – realizada no Módulo de estágio – Cuidados Intensivos



## PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO ESTÁGIO DA EEMC, MÓDULO II – UCIP

**Tema:** Higienização das mãos: Uma necessidade e uma exigência      **Data:** 29 de Janeiro de 2011      **Hora:** 15:00

**Duração:** 45 Minutos      **Destinatários:** Assistentes Operacionais da UCIP      **Local:** Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE, Unidade de Guimarães

Objectivos Gerais	Objectivos Específicos	Conteúdo Programático	Metodologia	Equipamentos / Audiovisuais	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar uma prática correcta na higienização das mãos;</li> <li>Proporcionar cuidados seguros.</li> </ul>	<p>No final desta sessão os formandos deverão ser capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reflectir sobre a importância da higienização das mãos no controlo e prevenção da Infecção Associada aos Cuidados Saúde (IACS);</li> <li>Inumerar as formas de transmissão dos microrganismos através das mãos;</li> <li>Identificar os momentos e as indicações para a higienização das mãos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definição de conceitos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Higienização das mãos;</li> <li>Precauções padrão: <ul style="list-style-type: none"> <li>IACS</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>Consequências das IACS: <ul style="list-style-type: none"> <li>IACS mais frequentes</li> </ul> </li> <li>Vias de Transmissão: gotícula, aérea e contacto: <ul style="list-style-type: none"> <li>5 Passos na cadeia de transmissão das IACS</li> </ul> </li> <li>Prevenção das IACS</li> <li>Demonstração da técnica de higienização das mãos</li> </ul>	<p><u>Método Expositivo:</u> Apresentação do tema.</p> <p><u>Método Demonstrativo:</u> Realização da técnica de higienização das mãos</p>	<p>Projector multimédia para apresentação da sessão através de diapositivos</p>	<p>Será realizada através do pedido aleatório, a um dos participantes para exemplificar a técnica de higienização das mãos.</p>

**Elaborado por:**

Fátima Pires  
Susana Martins, alunas da EEMC,



**HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS:  
UMA NECESSIDADE E UMA EXIGÊNCIA**



**Guimarães, Janeiro 2011**

**Fátima Pires/ Susana Martins**

## **Índice**

0 – INTRODUÇÃO .....	3
1 – DEFINIÇÃO DE CONCEITOS.....	5
1.1 Higienização das mãos .....	5
1.2.Precauções Padrão.....	8
1.3 – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) .....	9
2– CONSEQUÊNCIAS DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE..	10
3– VIAS DE TRANSMISSÃO .....	11
4- PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAUDE.....	13
5 – CONCLUSÃO .....	17
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	18

## 0 – INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar tem em Florence uma divisão, o hospital antes e depois de Nighingale, uma vez que foi ela a pioneira na implementação das medidas de higiene e limpeza nas unidades hospitalares, e segundo a mesma “*o mínimo que se pode esperar do hospital é que não faça mal aos doentes*”.

A análise e abordagem da prevenção centrada na pessoa desde há muito que domina as opções para a melhoria da segurança do doente no sistema de saúde. Nesta abordagem a actuação é colocada sobre o profissional responsável de uma unidade.

A higiene das mãos, constitui um tema básico, muito abordado e possivelmente um pouco desgastado, no entanto, a sua importância mantém-se a nível mundial. É efectivamente uma medida simples e barata e, indiscutivelmente a medida isolada mais eficaz no controle da infecção.

Inserido no plano de estudos do 3º mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, o Módulo II de estágio, decorrido na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, conferiu novas oportunidades de aprendizagem e algumas constatações, nomeadamente no que confere à higienização das mãos. No decorrer do mesmo, foram surgindo algumas situações pontuais e algumas questões sobre o tema, pelo que tentamos dar resposta e corrigir alguns aspectos, aquando das discussões construtivas em serviço.

Desta forma, o trabalho “Higienização das mãos: uma exigência e uma necessidade”, surge como uma necessidade de contribuir para uma sensibilização constante da sua importância, pelo que foram traçados os seguintes objectivos:

- Acrescentar algo objecto de inúmeras discussões, no contexto do estágio da especialidade;
- Sensibilizar os profissionais de saúde para a necessidade da higienização das mãos;

- Relembrar as directrizes preconizadas pela Comissão de Controlo de Infecção da instituição.

Ainda que, existente no serviço formação actualizada e recente, considerou-se a formação necessária à mudança de comportamentos.

Este trabalho é meramente descritivo, com recurso à pesquisa bibliográfica, bem como às conversas informais com os profissionais e com base também na observação directa.

## 1 – DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

A infecção decorrente da prestação de cuidados constitui hoje um problema muito real e sério no contexto da qualidade da prestação de cuidados. Em termos epidemiológicos, não restam quaisquer dúvidas acerca da real transmissão de microorganismos através das mãos dos profissionais de saúde (via do contacto directo) para os doentes, dando origem a infecções, consideradas consequências indesejáveis da prestação de cuidados.

Neste contexto, também ninguém põe em causa a importância da prática da higiene das mãos, como sendo uma das integradas no conjunto das Precauções Padrão, mais relevante na prevenção das infecções adquiridas e no controlo da transmissão cruzada da infecção.

### 1.1 Higienização das mãos

A higiene das mãos é uma acção muito simples e com impacto significativo na redução das IACS (Infecção Associada Cuidados de Saúde), mas também na diminuição da resistência aos antimicrobianos e na diminuição dos custos relacionados.

A higienização das mãos é uma designação lata, abrangente, que integra todos os procedimentos destinados a remover a colonização das mãos. Isto pode ser conseguido, quer através da lavagem convencional com água e sabão, quer através da desinfecção das mãos, também definida como antissépsia das mãos, com aplicação de soluções antissépticas de base aquosa ou de base alcoólica.

A lavagem simples/social das mãos é um processo vigoroso e breve de limpeza por acção mecânica, de todas as superfícies das mãos. Refere-se à lavagem das mãos com sabão simples e água, não existindo acção microbiana relevante.

A desinfecção higiénica das mãos/antissépsia das mãos, pode ser efectuada por dois métodos:

1. Lavagem higiénica das mãos, em que é efectuada lavagem com sabão líquido antimicrobiano e água;
2. Fricção higiénica das mãos/desinfecção das mãos sem água, refere-se à descontaminação das mãos por fricção com soluções alcoólicas. Este método só pode ser utilizado se as mãos não estiverem visivelmente sujas.

A temática da higiene das mãos, é um dos componentes básicos de qualquer programa global de controlo de infecção e faz parte integrante dos manuais das Práticas de Controlo de Infecção, de qualquer unidade de saúde, bem como, a política de utilização de antissépticos e desinfectantes na prática clínica.

Gradualmente, as soluções alcoólicas têm vindo a ser introduzidas nas unidades de saúde, como uma alternativa à lavagem das mãos.

Estas soluções têm sido introduzidas com o objectivo de:

- Constituir uma alternativa viável à lavagem das mãos;
- Solucionar problemas da falta de lavatórios em quantidade e em locais estratégicos;
- Tornar o processo de higienização das mãos menos demorado;
- Evitar o stress dérmico e as dermatites de contacto subsequentes à utilização sistemático de água e sabão;
- Motivar os profissionais para a higienização das mãos.

As soluções antissépticas alcoólicas devido ao leque de vantagens que apresentam, constituem de facto uma boa alternativa à lavagem convencional das mãos.

### **Princípios Gerais**

- Manter as unhas curtas, limpas e sem verniz;
- Manter devidamente protegidas as soluções de continuidade da pele;
- Não usar adereços em serviço pois impedem uma correcta lavagem das mãos;

- Friccionar as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger conforme os procedimentos;
- Ter atenção especial aos espaços interdigitais, polpas dos dedos e o dedo polegar;
- Secar bem as mãos;
- Evitar recontaminar as mãos após a lavagem;
- Aplicar frequentemente creme hidratante das mãos;
- O uso de luvas pressupõe sempre a higienização das mãos.

### **Métodos de higienização das mãos**

<b>Método</b>	<b>Agente de Limpeza/ Duração</b>	<b>Área</b>	<b>Objectivos</b>	<b>Indicações</b>	<b>Responsabilidades</b>
Lavagem simples/ Social das mãos	Água e sabão líquido sem antisséptico: 15 segundos	Mãos	Manter as mãos socialmente limpas e remover os microorganismos transitórios	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ao iniciar e terminar o dia de trabalho;</li><li>• Antes e depois da prestação de cuidados (incluindo exame clínico);</li><li>• Antes de comer, manusear alimentos ou preparar medicação;</li><li>• Depois de ir ao WC;</li><li>• Depois de contactar com roupa e equipamentos contaminados;</li><li>• Depois de remover luvas.</li></ul>	Todos

Lavagem higiénica das mãos	Água e solução aquosa antisséptica: 30 segundos	Mãos	Eliminar os microorganismos transitórios e reduzir os microorganismos residentes	<ul style="list-style-type: none"><li>• Antes e depois de Prestar cuidados a doente em isolamento;</li><li>• Antes de cuidar de doentes imunodeprimidos;</li><li>• Antes e depois da visita a doentes em isolamento ou em Unidades de Cuidados Intensivos;</li><li>• Entre duas sequências de cuidados com risco de contaminação no mesmo doente ou entre dois doentes;</li><li>• Após contacto com secreções, excreções ou líquidos orgânicos.</li></ul>	Prestadores de Cuidados
Fricção higiénica das mãos	Solução alcoólica com dermoprotector: 15 a 30 segundos		Eliminar os microorganismos transitórios e reduzir os microorganismos residentes	<ul style="list-style-type: none"><li>• Indicações anteriores com mãos isentas de sujidade e/ou matéria orgânica.</li></ul>	Prestadores de Cuidados

## 1.2. Precauções Padrão

As precauções padrão são medidas mais básicas e as mais importantes para a prevenção e controlo da infeção, se aplicadas sistematicamente.

Devem ser aplicadas sistematicamente por todos os profissionais a todos os doentes de unidades de saúde independentemente do diagnóstico.

A implementação das precauções padrão constitui a estratégia de 1ª linha para o controlo das IACS entre doente e profissionais. Aplicam-se quando se prevê o contacto:

- Sangue e fluidos orgânicos;
- Secreções e excreções (excepto suor);
- Soluções de continuidade da pele e mucosas.

A aplicação das práticas depende da duração e natureza da interacção entre profissional/doente e a possibilidade de antecipar a exposição ao sangue e fluidos orgânicos ou outras exposições patogénicas.

Das precauções básicas ou padrão fazem parte.

- Lavagem das mãos ou higienização das mãos;
- Uso de equipamento de protecção individual (EPI), luvas, bata ou avental, máscara, óculos ou máscara com viseira;
- Controlo ambiental, higienização de superfícies, manuseamento e processamento de equipamento, manuseamento de roupas;
- Saúde e segurança dos profissionais, vacinação, prevenção de acidentes com corto perfurantes;
- Higiene respiratória/etiqueta respiratória.

### 1.3 – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS)

As IACS não sendo um problema novo assumem cada vez maior importância em Portugal e no mundo.

Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infecções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis. Considera-se que a infecção associada aos cuidados de saúde, *“é uma infecção que ocorre num utente*

*durante a prestação de cuidados no hospital, ou em qualquer outra instituição prestadora de cuidados de saúde, a qual não estava presente ou em incubação no momento da admissão” (Ducel G et al. Prevention of hospital-acquired infections. A practical guide. WHO 2002, citado pela Comissão de Controlo de Infecção do CHAA)*

Estão também incluídas as infecções adquiridas no hospital e que só se manifestam após a alta, bem como, *as Infecções adquiridas pelos profissionais, relacionadas com a prestação de cuidados (ocupacionais).*

## 2- CONSEQUÊNCIAS DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

As mãos são o veículo mais comum de transmissão cruzada de agentes infecciosos associados às IACS.

A infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados de saúde prestados é um dos problemas de maior relevância e impacto, sendo reconhecido como causa importante de morbilidade e mortalidade, agravamento do estado de saúde, aumento de internamento, sequelas, custos económicos adicionais elevados, custos pessoais para os doentes e para os familiares.

Considerando-se como mais frequentes as infecções urinárias, cirúrgicas, respiratórias e da corrente sanguínea, interessa acrescentar alguns factores de risco a elas associadas, respectivamente, no que confere às infecções do trato urinário, o cateterismo vesical e os procedimentos invasivos urinários, no que compete à infecção cirúrgica, o uso inadequado de profilaxia antibiótica, a incorrecta preparação cirúrgica da pele e os cuidados incorrectos com a ferida, em relação à infecção respiratória, importa salientar, os cuidados na ventilação mecânica e na aspiração de secreções, bem como, o manuseamento de cateteres vasculares, a idade neonatal e os internamentos nas unidades críticas, no que confere às infecções sanguíneas.

### 3- VIAS DE TRANSMISSÃO

A transmissão da infecção de um doente para outro através das mãos dos profissionais de saúde, requer uma sequência lógica de eventos:

1º Os microorganismos presentes na pele do doente ou que estão depositados nos objectos inanimados na proximidade do doente, podem ser transferidos para as mãos dos profissionais.

2º Estes microorganismos têm que ser capazes de sobreviver pelo menos durante alguns minutos nas mãos dos profissionais.

3º A higiene das mãos entre contactos foi inadequada ou omitida ou o antisséptico usado na higiene das mãos não era adequado ou estava contaminado.

4º As mãos contaminadas dos prestadores de cuidados entram em contacto directo com outro doente, ou com objectos inanimados que irão entrar em contacto directo com o doente.

As vias de transmissão podem ser: via aérea, gotícula, contacto (directo e indirecto).

De acordo com as vias de transmissão as precauções adicionais são:

**Via aérea** (exemplos: varicela, tuberculose, herpes zooster disseminada)

- Quarto individual com pressão negativa e porta fechada;
- Protecção respiratória (respiradores P1 e P2 para os profissionais e visitas);
- Transportar o doente com máscara cirúrgica;
- Avisar os profissionais do local para as precauções a seguir;
- Informar as visitas/família dos cuidados a ter antes e depois de entrar no quarto;
- O número de visitas deve ser reduzido e interdito a crianças;
- Fazer contenção na fonte com individualização do material.

## **Gotículas**

Doentes com infecção confirmada ou suspeita por microorganismos transmitidos por partículas de dimensões superiores a 5µm, como por exemplo, doença estreptocócica, escarlatina, faringite, gripe, meningite por *Haemophilus Influenza* e *neisseria*, parotidite, tosse convulsa e rubéola.

- Quarto individual (se possível), manter uma distância mínima de um metro;
- A porta pode estar aberta;
- Usar máscara e protecção ocular se permanecer a menos de um metro e em procedimentos potencialmente geradores de salpicos de sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções;
- Fazer contenção na fonte com individualização de material;
- Transportar o doente com máscara cirúrgica;
- Avisar os profissionais do local do exame para as precauções a seguir,
- Educação do doente e família.

**Contacto** (alguns exemplos: *staphilococcus áureos* – MRSA, *enterococcus* resistentes à vancomicina, bacilos entéricos gram negativos resistentes às cefalosporinas de 3ª geração, entre outros.)

- Quarto individual ou com outro doente infectado com o mesmo microorganismos;
- Luvas e lavagem das mãos sempre que se entra no quarto e se cuida do doente;
- Uso de bata (quando se prevê um contacto próximo com o doente com superfícies ou objectos utilizados pelo mesmo, caso o doente esteja incontinente, ou com drenagem de ferida não protegida);
- Equipamento “não crítico” deve ser exclusivo do doente, o restante deve ser limpo e desinfectado adequadamente antes de ser utilizado noutra doente;

- Educação do doente e família;
- Contenção na fonte.

#### 4- PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAUDE

Como se tem vindo a descrever, estão validadas e padronizadas as estratégias preventivas para a redução das IACS, sendo que, muitas soluções são simples, requerem poucos recursos e podem ser implementadas em qualquer País. Pelo menos 30% das IACS podem ser prevenidas, pelo que, assenta na base da profilaxia a principal estratégia de intervenção.

Assim, as principais estratégias preventivas, passam por três aspectos relevantes, nomeadamente as medidas gerais, que incluem, a vigilância epidemiológica, as precauções básicas (padrão) e as medidas de isolamento ; o controlo da antibioterapia e as medidas específicas contra as infecções : urinária, cirúrgica, respiratória e da corrente sanguínea.

Conforme, se tem vindo a referenciar a lavagem das mãos constitui, o método mais simples e eficaz na prevenção, contudo, nem sempre é respeitado pelos profissionais de saúde e a literatura aponta alguns aspectos de interesse prático, como causas para a não adesão a esta prática crucial, bem como a classe de profissionais menos sensibilizada para tal, nomeadamente:

- A classe médica;
- Os assistentes operacionais;
- Os profissionais de sexo masculino;
- Local de trabalho, exemplo, os profissionais de uma UCI, possui um elevado número de oportunidades para higienizar as mãos, por hora de cuidados;
- Trabalho contínuo diurno/nocturno; dias úteis/ fins semana;

- Uso de luvas, por vezes inadequado e menosprezando a imprescindível lavagem das mãos associada;
- Actividades constantes que implicam a transmissão de infecções.

Contudo, insurge no factor tempo, o principal obstáculo para a higiene das mãos, uma vez que uma adequada lavagem das mesmas com água e sabão requer 30 segundos, e a maioria dos profissionais, não dispensa em média mais do que 10 segundos, para este fim.

Por sua vez, os próprios profissionais, apontam determinadas causas, para a baixa adesão à prática da lavagem das mãos, nomeadamente:

- Irritação e secura da pele;
- Lavatórios insuficientes ou encontram-se localizados inconvenientemente;
- Falta de sabão ou de toalhetes de papel;
- Carência de pessoal/ excesso de lotação;
- O uso de luvas cria a sensação que não é necessária a higiene das mãos;
- Ausência de *modelo “roll-modell”* a seguir, nos pares ou nos superiores hierárquicos;
- Cepticismo acerca da importância da higiene das mãos na prevenção das IACS;
- Falta de informação científica sobre o impacto da implementação da higiene das mãos dos profissionais de saúde nas taxas de infecção.

A fricção com uma solução alcoólica, veio responder de forma inequívoca, ao constrangimento do tempo, uma vez que se reduz de 30 segundos, na lavagem com água e sabão, para uma fricção eficaz, num período entre os 15 e os 30 segundos, contribuindo assim, para os dois aspectos fundamentais da importância da higienização das mãos.

- 1) Para **protecção do doente** de microrganismos transportados nas mãos dos profissionais ou presentes na pele do doente.
- 2) Para **protecção do profissional** de saúde e do ambiente envolvente.

Interessa ainda neste contexto, apontar as “Regras de ouro” no procedimento da higienização das mãos tão fundamental no contexto que se tem vindo a descrever:

- Deve ser efectuada exactamente onde se estão a prestar cuidados ao doente (no local de cuidados);
- Para a higiene das mãos deverá ser preferida a fricção com a Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA);
- Deverão lavar-se as mãos com água e sabão apenas quando estas estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica;
- Deverá seguir-se a técnica adequada e a duração indicada.

Nesta perspectiva, os cinco momentos fundamentais para o fazer são:

- 1 – Antes do contacto com o doente (higienizar as mãos antes de tocar num doente para o proteger contra microrganismos transportados pelos profissionais)
- 2 – Antes de procedimentos assépticos (higienizar as mãos imediatamente antes de um procedimento asséptico, para proteger o doente de microorganismos prejudiciais incluindo os do seu próprio corpo)
- 3 – Após o risco de exposição a fluidos orgânicos (higienizar as mãos imediatamente após qualquer exposição a fluidos corporais, depois da remoção das luvas, para protecção do profissional)
- 4 – Após o contacto com o doente (higienizar as mãos depois de tocar num doente ou na sua unidade antes de sair do local, para proteger o profissional e proteger o ambiente de trabalho)

5 – Após contacto com ambiente envolvente do doente (higienizar as mãos depois de tocar em qualquer objecto que se encontre na unidade do doente, mesmo que não tenha tocado no doente, para protecção do profissional e do ambiente de trabalho).

Abordando o tema do uso das luvas atrás mencionadas como uma possível barreira à correcta higienização das mãos e consequente prevenção de infecções adquiridas pelos cuidados de saúde, interessa sublinhar que:

- O uso inadequado de luvas torna-se um risco acrescido de transmissão de microrganismos;
- Após o uso, entre a troca de luvas deve-se higienizar sempre as mãos;
- Quando o uso de luvas tem como objectivo proteger o doente, é obrigatória a higiene prévia das mãos;
- A higiene das mãos é independente do uso de luvas. A luva não substitui a necessidade de higienizar as mãos;
- O uso de luvas deve estar relacionado com a possibilidade de exposição a sangue, fluidos orgânicos ou objectos/superfícies/áreas visivelmente contaminadas com esses fluidos ou com agentes epidemiologicamente importantes;
- Devem ser usadas luvas apenas quando indicado.

## 5 – CONCLUSÃO

Estudos em todo o mundo documentam a infecção associada aos cuidados de saúde como uma causa *major* de morbidade e mortalidade. Uma taxa elevada de infecções associadas aos cuidados de saúde evidencia uma má qualidade na prestação de cuidados de saúde e leva a gastos evitáveis. Vários factores contribuem para a frequência destas infecções: os doentes internados estão frequentemente imunodeprimidos, são submetidos a exames e terapêuticas invasivas e as práticas de prestação de cuidados aos doentes, assim como o ambiente hospitalar podem facilitar a transmissão de microrganismos entre os doentes.

Existem microrganismos em toda a parte, contudo a **infecção** só ocorre quando estão presentes três componentes essenciais: o **agente infeccioso**, o **hospedeiro** susceptível e o **meio de transmissão** (qualquer mecanismo que possibilite a transferência do agente etiológico de um hospedeiro a outro ou deste ao meio ambiente e vice-versa, de forma directa ou indirecta).

As infecções adquiridas em ambiente hospitalar regra geral são de difícil tratamento devido à resistência dos microrganismos aos antibióticos existentes. Por esta razão devemos estar cientes que enquanto profissionais de saúde devemos manter comportamentos que preserve a nossa saúde e dos nossos utentes.

È fundamental a tomada de consciência de que a acção simples de higienizar as mãos reduz significativamente as IACS, a resistência aos antimicrobianos e diminui os custos relacionados.

Esperamos que com a realização deste trabalho tenhamos contribuído para diminuição de comportamentos de risco por parte dos profissionais, adoptando práticas correctas de higienização das mãos.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

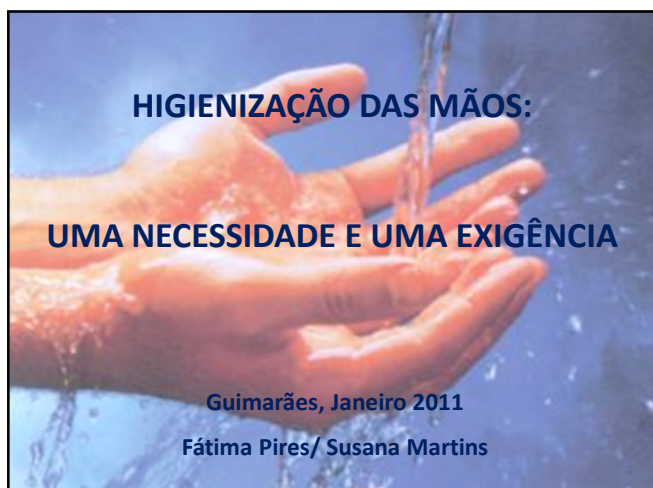

TAVARES Ana Paula et al. 2003. Manual de Controlo de Infecção, Ed. Comissão de Controlo de Infecção do Hospital Pedro Hispano, ISBN: 972-8152-83-3

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE. 2004. Recomendações para a Higienização das Mãos nas Unidades de Saúde. Porto.

Documentação fornecida pela Comissão de Controle de Infecção do Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. 2002. “Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital – Um Guia Prático” – Disponível em [http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/man\\_oms.pdf](http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/man_oms.pdf) [Data Visita: 31/01/2011]


World Health Organization. 2009. “Who Guidelines on Hand Hygiene in Health Care- First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safe Care” – Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf) [Data Visita: 31/01/2011]

## OBJECTIVOS

### GERAIS

- Sensibilizar os profissionais de saúde para a adopção de práticas correctas de higienização das mãos, de forma a aumentar a segurança do doente e reduzir o risco de infecção;
- Identificar os momentos e indicações para a higiene da mãos;
- Aumentar a adesão dos profissionais de saúde à prática de higiene da mãos;



## OBJECTIVOS

### ESPECÍFICOS

- Compreender a transmissão dos microrganismos através das mãos;
- Conhecer produtos disponíveis para a higiene das mãos;
- Conhecer o modelo conceptual dos cinco momentos para a higiene das mão;

## HIGIÉNE DAS MÃOS – UM DESAFIO MUNDIAL

As bases do **controlo de infecção** assentam em **medidas simples** e bem estabelecidas, comprovadamente eficazes e globalmente aceites


## Precauções Padrão (Básicas)

## HIGIÉNE DAS MÃOS – UM DESAFIO MUNDIAL

### PRECAUÇÕES PADRÃO

- Englobam **todos os princípios** essenciais de **controlo de infecção** que são obrigatórios em qualquer estabelecimento de prestação de cuidados de saúde;
- Aplicam-se a **todos os doentes**, independentemente do seu diagnóstico, factores de risco e presumível estado infeccioso, de modo a diminuir o risco tanto de doentes como de profissionais de contraírem uma infecção;
- Criam um **ambiente limpo** e promovem a **segurança** dos doentes a um **nível primário**;

## HIGIÉNE DAS MÃOS – UM DESAFIO MUNDIAL



Está no cerne das precauções padrão e é indiscutivelmente a **medida isolada mais eficaz no controlo de infecção**;

As **mãos dos profissionais de saúde** são o **veículo mais comum na transmissão de microrganismos**;

A **melhoria da higiene das mãos**, em combinação com outras medidas de controlo de infecção, tem sido eficaz na redução da transmissão de agentes patogénicos, tanto em situações endémicas como epidémicas;

Os **profissionais de saúde** continuam a lavar as mãos **menos de metade das vezes que deveriam**;



WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY

MEDIDAS SIMPLES SALVAM VIDAS

Higiene das Mãos



Chave que pode salvar vidas...




Adesão de Portugal  
8 de Outubro de 2008




Compromisso Ministerial

IACS A NÍVEL MUNDIAL

- Cerca 1.4 milhões de pessoas no mundo sofrem de IACS;
- Nos hospitais de países desenvolvidos, 5-10% dos utentes adquirem uma ou mais infeções; em países em desenvolvimento, a proporção de doentes afectados pode ultrapassar os 25%;
- Nas UCI as IACS afectam cerca de 30% dos doentes e a mortalidade atribuível ronda os 44%;



Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

DEFINIÇÃO DE IACS

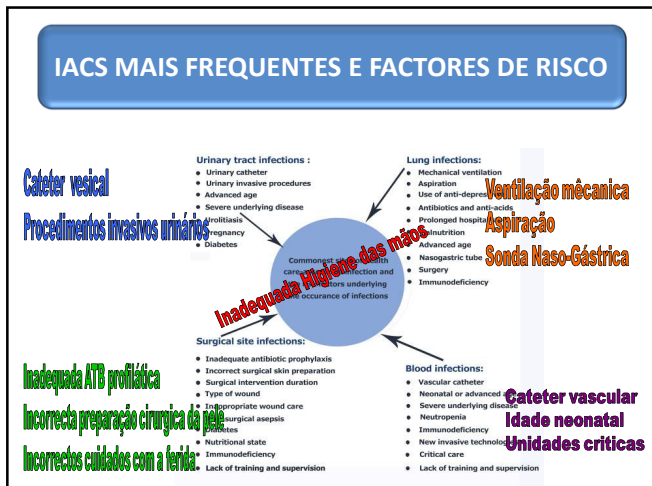
*“É uma infecção que ocorre num utente durante a prestação de cuidados no hospital, ou em qualquer outra instituição prestadora de cuidados de saúde, a qual não estava presente ou em incubação no momento da admissão”;*

Estão também incluídas as infeções adquiridas no hospital e que só se manifestam após a alta, bem como, as **Infecções adquiridas pelos profissionais, relacionadas com a prestação de cuidados (ocupacionais)**;

Ducel G et al. Prevention of hospital-acquired infections. A practical guide. WHO 2002

CONSEQUÊNCIAS DAS IACS

- Agravamento do estado de saúde;
- Aumento do internamento;
- Sequelas;
- Aumento da mortalidade/morbilidade;
- Custos económicos adicionais elevados;
- Custos pessoais para os doentes (qualidade de vida) e para os seus familiares;



### PRINCIPAIS VIAS DE TRANSMISSÃO DE MICROORGANISMOS

(adaptado dos Centers for Disease Control and Prevention)

Vias de transmissão	Reservatório/ Fonte	Dinâmica da Transmissão	Microrganismos
Contato directo	Doentes Profissionais de saúde	Pessoa a pessoa durante a prestação dos cuidados ex: transmissão por aperto de mão, palpação abdominal, cuidados de higiene	<i>Staphylococcus aureus</i> , Bacilos Gram negativos, Virus respiratórios
Contato indirecto	Instrumentos e equipamento de uso clínico	A transmissão ocorre passivamente através de um objecto intermediário (normalmente inanimado); ex. transmissão por não mudar luvas entre doentes, partilha de estetoscópio...	<i>Salmonella</i> spp, <i>Pseudomonas</i> , <i>Acinetobacter</i> , <i>S. maltophilia</i>

### PRINCIPAIS VIAS DE TRANSMISSÃO DE MICROORGANISMOS

Vias de transmissão	Reservatório/ Fonte	Dinâmica da Transmissão	Microrganismos
Goticulas	Doentes Profissionais de saúde	Transmissão através de gotículas (> 5µm) que transferem os microrganismos através do ar quando a fonte ou o doente se encontram demasiado próximas. Ex. Espirito, fala, tosse, aspiração	Influenza vírus, <i>Staphylococcus aureus</i> , Sarampo, Streptococcus A Virus sincial respiratório
Via Aérea	Ar	Propagação de germes (≤ 5µm) evaporados através de núcleos de gotículas do ar ou pó no mesmo quarto ou a uma distância longa. Ex. através de respiração	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> , <i>Legionella</i> spp
Veículo inanimado	Alimentação, água ou medicação	Um veículo inanimado actua como vector de transmissão de agentes microbianos para múltiplos doentes.	<i>Salmonella</i> spp, HIV, HBV, Gram negativos

### TRANSMISSÃO DE MICROORGANISMOS ATRAVÉS DAS MÃOS

As mãos são o **veículo mais comum de transmissão cruzada** de agentes infecciosos associados às IACS;

A transmissão de microrganismos de um doente a outro, através das mãos dos profissionais implica **5 passos sequenciais**;

### 1 - MICROORGANISMOS PRESENTES NA PELE OU NA UNIDADE DO DOENTE

- *Microrganismos* presentes em áreas intactas da pele do doente (*S. aureus*, *P. mirabilis*, *Klebsiella* spp, *Acinetobacter* spp);
- O ambiente envolvente do doente fica contaminado pelos microrganismos do próprio doente, especialmente por *Staphylococcus* e por *Enterococcus*;

The Lancet Infectious Diseases 2006

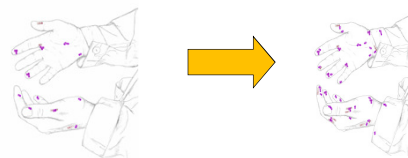
## 2 – TRANSMISSÃO PARA AS MÃOS

- Os profissionais de saúde podem contaminar as mãos durante actividades consideradas "limpas" (ex. avaliação de pulso, TA, posicionamentos) com flora transitória;
- 29% dos profissionais transportam nas mãos *Staphylococcus aureus* e 17-30% transportam bacilos Gram negativo;



OMS

## 3 – SOBREVIVÊNCIA DE MICROORGANISMOS NAS MÃOS

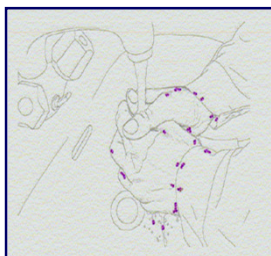


Ao longo do contacto com os doentes ou com as superfícies contaminadas, os microorganismos podem sobreviver nas mãos por períodos de tempo que variam entre 2-60 min;

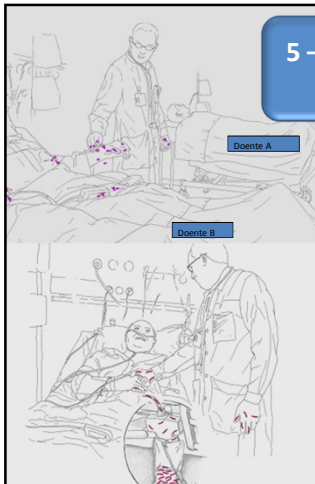
*The Lancet Infectious Diseases 2006*

## 4 – MANUTENÇÃO DAS MÃOS CONTAMINADAS

- Ausência de higienização das mãos;
- Quantidade de produto insuficiente e/ou da duração/técnica incorrecta da higiene das mãos;
- A flora transitória pode permanecer nas mãos com a lavagem com água e sabão enquanto que a fricção com solução alcoólica demonstrou ser mais efectiva;



## 5 – MÃOS CONTAMINADAS INFEÇÕES CRUZADAS



- Em vários surtos, foi demonstrado que a transmissão de microorganismos **entre doentes** e pelo **ambiente**, ocorreu através das mãos dos profissionais de saúde;

## PREVENÇÃO DAS IACS

- Estão validadas e padronizadas as estratégias preventivas para a redução das IACS;
- Muitas soluções são simples, requerem poucos recursos e podem ser implementadas em qualquer País;
- Pelo menos **30%** de IACS podem ser prevenidas;

## ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DAS IACS

- Medidas gerais
  - Vigilância epidemiológica
  - Precauções Básicas (padrão)
  - Medidas de isolamento
- Controlo de Antibioterapia
- Medidas específicas contra as Infecções:
  - Urínaria
  - Cirúrgica
  - Respiratória
  - Corrente Sanguínea



## CAUSAS OBSERVADAS PARA A BAIXA ADESÃO À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

- Médicos
- AAM
- Sexo masculino
- Trabalhar em UCI (elevado número de oportunidades para higienizar as mãos por hora de cuidados)
- Trabalhar durante os dias de semana (versus fim de semana)
- Uso de luvas
- Actividades de elevado risco de transmissão de infecção

Fonte: CDC 2002

## TEMPO – PRINCIPAL OBSTÁCULO



Adequada lavagem das mãos com água e sabão requer:  
30 segundos

Tempo médio dispendido pelos profissionais é de < 10 seg.

## Causas mencionadas pelos profissionais de saúde para a baixa adesão à prática da higiene das mãos

- Irritação e secura da pele;
- Lavatórios insuficientes ou encontram-se localizados inconvenientemente;
- Falta de sabão ou de toalhetes de papel;
- Carência de pessoal/ excesso de lotação;
- O uso de luvas cria a sensação que não é necessária a higiene das mãos;
- Ausência de *modelo "roll-modell"* a seguir, nos pares ou nos superiores hierárquicos;
- Ceticismo acerca da importância da higiene das mãos na prevenção das IACS;
- Falta de informação científica sobre o impacto da implementação da higiene das mãos dos profissionais de saúde nas taxas de infecção;

CDC, 2002

## Fricção com SABA é a resposta para o constrangimento do tempo



Lavagem

30 segundos

Fricção com SABA

15 a 30 segundos

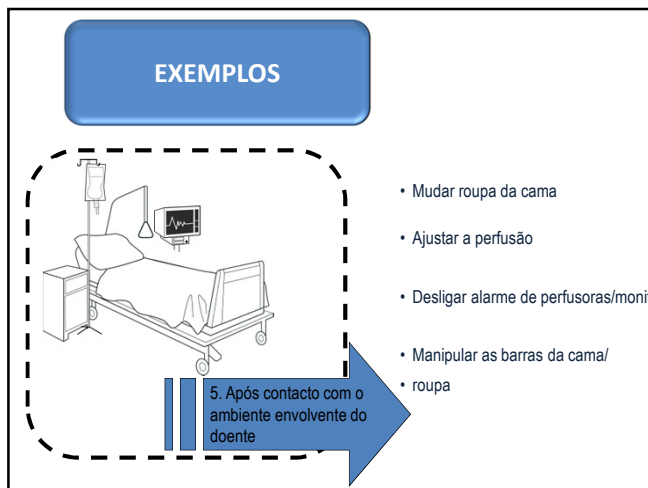
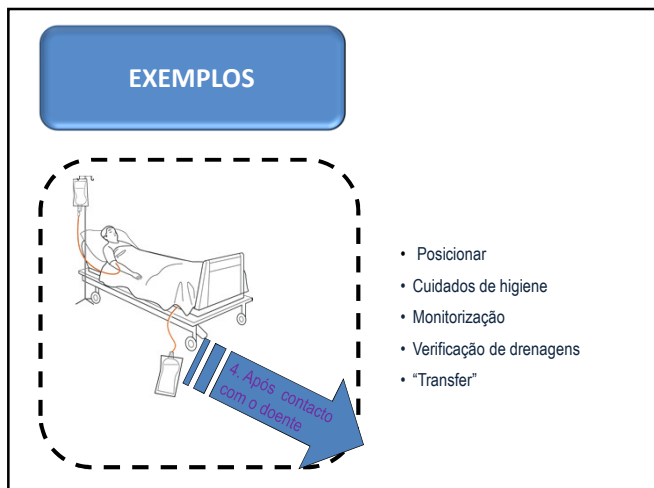
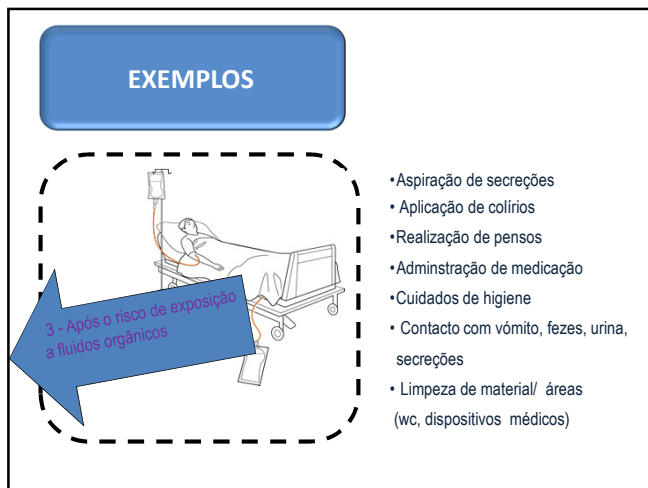
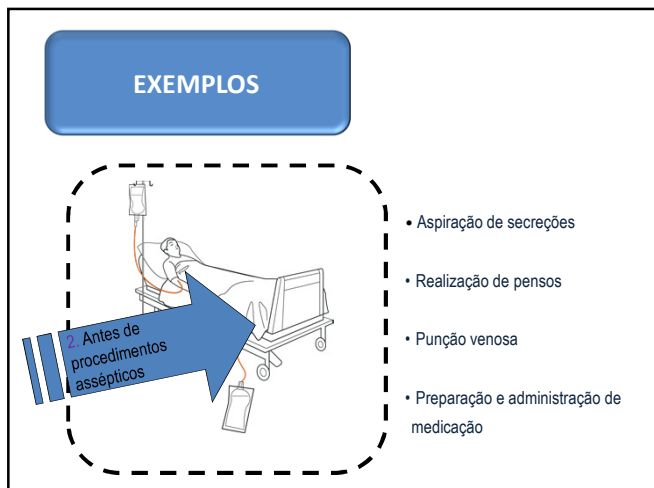
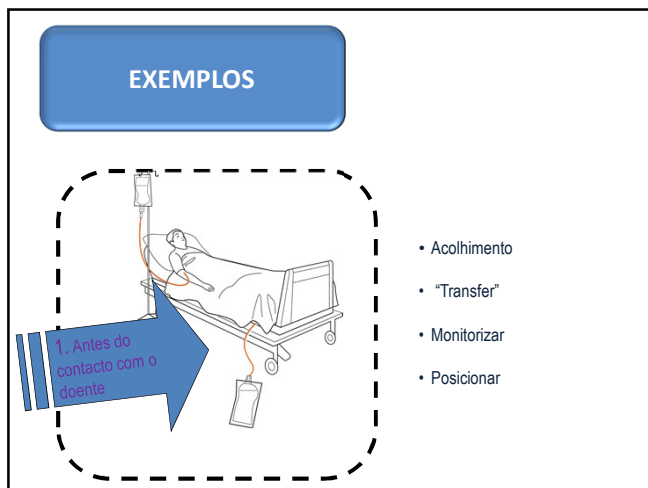
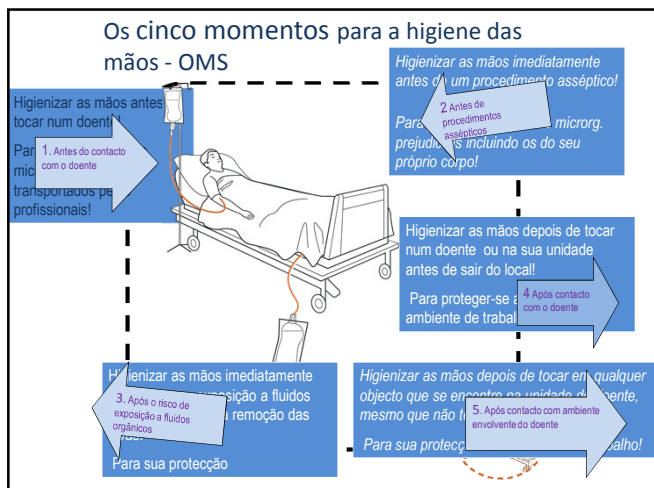
0187\_Nov\_FCI

## PORQUÊ FAZER A HIGIENE DAS MÃOS

- 1) Para **protecção do doente** de microrganismos transportados nas mãos dos profissionais ou presentes na pele do doente;
- 2) Para **protecção do profissional** de saúde e do ambiente envolvente;

## “REGRAS DE OURO”

- Deve ser efectuada exactamente onde se está a prestar cuidados ao doente (no local de cuidados);
- Para a higiene das mãos deve preferir a fricção com a SABA;
- Deve lavar as suas mãos com água e sabão apenas quando estas estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica;
- Deve seguir a técnica adequada e a duração indicada;



## USO DE LUVAS E HIGIENE DAS MÃOS

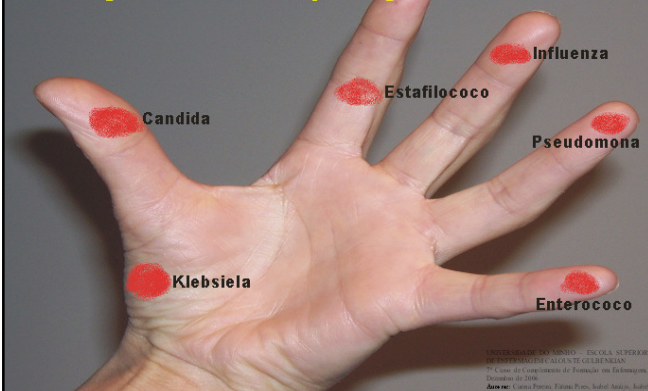
- O uso inadequado de luvas torna-se um risco acrescido de transmissão de microrganismos;
- Após o uso, entre a troca de luvas deve higienizar sempre as mãos;
- Quando o uso de luvas tem como objectivo proteger o doente, é obrigatória a higiene prévia das mãos;
- A higiene das mãos é independente do uso de luvas. A luva não substitui a necessidade de higienizar as mãos;



- Relacionada com a possibilidade de exposição a sangue, fluidos orgânicos ou objectos/superfícies/áreas visivelmente contaminadas com esses fluidos ou com agentes epidemiologicamente importantes;
- Devem ser usadas luvas apenas quando indicado;

## AS MÃOS LIMPAS SALVAM VIDAS

Proteja os utentes, proteja-se a si mesmo

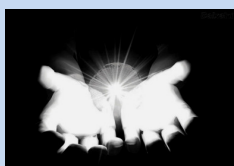


## PORQUE AS MESMAS MÃOS



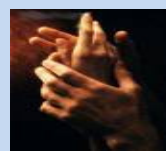
Que protegem!

## PORQUE AS MESMAS MÃOS



Que são Luz!

## PORQUE AS MESMAS MÃOS



Que mimam!

**PORQUE AS MESMAS MÃOS**



**Que são arte!**

**PORQUE AS MESMAS MÃOS**



**Que Aplaudem!**

**PORQUE AS MESMAS MÃOS**



**Que são força!**

**PORQUE AS MESMAS MÃOS**



**SÃO AS QUE CONTAMINAM!!!**

## Anexo VII

Formação “Proposta de implementação da Visita pré-operatória de Enfermagem”; Fundamentação teórica e apresentação em diapositivos – realizada no Módulo Peri-operatório





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM**

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA**

**Discentes:** Fátima de Jesus dos Santos Pires

Susana Maria Campos Martins

**Porto, Junho 2010**



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM**

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA**

**Discentes:** Fátima de Jesus dos Santos Pires

Susana Maria Campos Martins

**Sob Orientação:** Professora Amélia Rego

**Porto, Junho 2010**

INDÍCE	Página
0 – <u>INTRODUÇÃO</u>	3
1 – <u>VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM</u>	4
1.1. OBJECTIVOS DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM	9
1.2. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA	11
1.3. GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS PARA CONSECUÇÃO DA PROPOSTA	13
2 – <u>CONCLUSÃO</u>	14
3 - <u>BIBLOGRAFIA</u>	15
ANEXOS	16
Anexo I – Documento proposto	

## 0 – INTRODUÇÃO

Inserido no plano de estudos do 3º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, o Módulo III de estágio conferiu simultaneamente algumas oportunidades e algumas necessidades de investimento pessoal e profissional.

Ao iniciarmos este módulo de estágio num serviço tão específico como o Bloco Operatório, vários foram os objectivos que nos propusemos atingir, onde se incluía, a observação, acompanhamento e participação na visita pré-operatória de enfermagem. Contudo, ao iniciarmos presença neste local rapidamente tivemos a percepção de que a mesma, efectivamente não era praticada neste serviço.

Em virtude desta constatação, vários foram os aspectos a delinear e, conseqüentemente a desenvolver para uma intervenção fundamentada na prática diária e sobretudo baseada na evidência.

Desta forma, o presente trabalho escrito aborda o tema da Visita Pré - operatória de Enfermagem que se insurge como uma necessidade premente na vivência do cliente que será submetido a uma intervenção cirúrgica programada, pretendendo responder aos seguintes objectivos:

- Acrescentar algo de novo num contexto de estágio de especialidade;
- Oferecer a médio prazo, um momento de valorização do cliente previamente à cirurgia;
- Criar um instrumento prático para posterior proposta de utilização;

Este trabalho é essencialmente descritivo e resultado de pesquisa bibliográfica, entrevistas informais à equipa de Enfermagem do serviço, conversas com a orientação directa do estágio e sobretudo fruto de um cunho pessoal e da motivação para acrescentar algo como enfermeiras especialistas num futuro próximo.

## 1 – VISITA PRÉ – OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

A especificidade do cliente cirúrgico e as suas necessidades ao nível de procedimentos interventivos, exige um *“conjunto de conhecimentos teóricos e práticos pelo enfermeiro da sala de operações (ou de várias etapas integradas em si), pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades (...), planeia esses cuidados, executa-as com destreza e segurança e valida-os apreciando os resultados obtidos no trabalho realizado”*. AESOP (2006, p.7). São também definidos como cuidados perioperatorio um *“conjunto de actividades desenvolvidas pelos enfermeiros perioperatorio para dar resposta as necessidades do doente submetido a cirurgia e ou qualquer procedimento invasivo”* (AESOP, 1988)

Acrescentando ainda ao parecer supracitado da AESOP, a (AORN, 1988) define como função do Enfermeiro Perioperatório *“Identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente/família, para elaborar e por em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as acções de enfermagem baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do individuo antes, durante e após a cirurgia”*.

O papel do enfermeiro perioperatorio pode ser descrito como um conjunto de actividades orientadas não só para a técnica, mas também para as necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar.

A visita pré-operatória representa numa perspectiva de continuidade, o primeiro elo da cadeia do processo dos cuidados perioperatórios. Assim, existe um contacto prévio com o cliente antes da sua chegada à sala de operações, são efectuados esclarecimentos e fornecidas informações sobre os procedimentos a que vai ser submetido, promovendo assim um clima de maior confiança e segurança no período perioperatório.

Neste contexto a visita assume-se como um momento decisivo para o planeamento dos cuidados porque *“...é a base para planificar uma ajuda individualizada e estabelecer objectivos de actuação”*. ATKINSON, citado pela AESOP (2006, p.122)

A aproximação de uma intervenção cirúrgica é vivida de uma forma intensa e dolorosa, pois a perspectiva de algo desconhecido e do qual se sente medo preocupa muito o

cliente provocando um elevado grau de ansiedade. Segundo Sanchez Flores, citado pela AESOP (2006,p.122) *“só a proposta de uma intervenção cirúrgica causa medo, desconfiança e angustia á maioria das pessoas”*e ainda *“todo o ser humano tem medo do desconhecido, este gera medo e insegurança por ser indefinível, imprevisível e incontrolável”*.

O bloco operatório envolve mistério e respeito em que a dor e o sofrimento estão associados, no entanto, é um local de expectativa onde se vai recuperar a saúde. Cada cliente reage de maneira diferente dependendo dos factores psicossociais presentes e de cada experiencia. O stress tem intensidade variável e pode revelar-se de várias maneiras, nomeadamente nos comportamentos e nas questões que são colocadas.

Perante as citações das entidades, que emitem pareceres baseados na evidência, relativamente aos enfermeiros que exercem as suas funções em Blocos Operatórios, torna-se relativamente fácil perceber, que na prática diversas são as fases de actuação. Não obstante, percebemos facilmente, até porque exercemos funções também num BO, que o contacto imediato no dia da cirurgia, se torna escasso, para dar respostas aos medos e necessidades dos clientes. O sofrimento provocado pela necessidade de intervenção cirúrgica é um sentimento complexo muito interiorizado, muito pessoal e nada fácil de descrever, sendo possível, diversas vezes identificar esta realidade com questões colocadas diariamente pelos clientes no momento imediato à cirurgia.

Não são raras as vezes que nos deparamos com dúvidas e incertezas, cujo tempo já não permite respostas concisas e dignas para quem as procura, e perante um olhar assustado, deparamo-nos com diversas questões:

- “Que me vão fazer aqui?”
- “E se eu não conseguir adormecer?”
- “Acha que vou acordar?”
- “Quanto tempo demora a operação?”

Diante disto, e na nossa prática diária, acabamos por ter uma espécie de protecção pré definida, cuja resposta não passa de “ tenha calma, vai correr tudo bem!”, “ vai adormecer agora!”, “ Pense em coisas boas!”. E que dizemos nós? Seria isto que o cliente queria ouvir? Sabemos efectivamente que não, mas a inexistência de um

momento oportuno para o fazer escasseia os recursos e o tempo necessário para tal. Por outro lado, a necessidade de resposta ao plano cirúrgico impera e o atraso dos tempos operatórios não é permitido com este intuito.

A sala de operações é um meio enigmático pelas mais diversas razões. Sendo um meio fechado, restrito às pessoas que lá trabalham, limitado ao uso de uniformes especiais e máscaras, que dificultam o reconhecimento e identificação dos profissionais, equipamento sofisticado, aliado ao poder sobre a vida e sobre a morte que ali se gera, são factores altamente geradores de stress. Neste contexto Dias Pinheiro (2006) refere que *“o enfermeiro é a pessoa que está preparada para atender o doente de uma forma global, como ser único e individual, e capaz de o ajudar na resolução das suas necessidades”*, e afirma que, *“a enfermeira para desenvolver a sua acção no pré-operatório, é essencial que realize a visita pré-operatória”*.

Perante o que acabamos de descrever procuramos ainda realizar pesquisa no âmbito de estudos, no sentido de contribuir com aspectos que possam acrescentar algo à importância da Visita Pré - Operatória.

Desta forma, aliado às referidas conversas informais com a equipa e à pesquisa bibliográfica citamos um trabalho publicado pela Universidade Federal do Paraná, cujo tema se referiu à Visita Pré-Operatória de Enfermagem, no que conferia à percepção dos Enfermeiros num Hospital Universitário da referida cidade.

O estudo tinha como objectivo identificar a percepção dos enfermeiros acerca da importância da respectiva Visita de Enfermagem. Como base, referia-se a ela como um valioso instrumento de avaliação para a humanização da assistência da Enfermagem Perioperatória, na qual o Enfermeiro actua de forma expressiva, proporcionando ao cliente apoio emocional, atenção e orientações no momento em que experimentará diversos sentimentos, conforme temos vindo a referir.

No referido estudo participaram 22 enfermeiros, sendo que, destes a totalidade da amostra considerou a visita pré – operatória como uma das suas funções, tendo sido unânime a ideia de que a enfermeiro é a pessoa mais indicada para prestar orientações pré-operatórias ao cliente.

Apresentamos a seguir alguns resultados desse estudo, cuja fonte é o próprio que se encontra publicado, mas que vem de encontro ao que pretendemos, e apresenta-se, como uma mais-valia na fundamentação da necessidade que detectamos.

Portanto, relativamente à questão colocada em relação ao Enfermeiro que devia fazer a visita, verifica-se a seguinte tabela que expressa bem os resultados obtidos.

<b>Realização da Visita Pré-Operatória pelo Enfermeiro</b>	
<b>Bloco Operatório</b>	27,2% (6 enfermeiros)
<b>Unidade de Internamento</b>	22,8% (5 enfermeiros)
<b>Qualquer Um</b>	31,9% (7 enfermeiros)
<b>Bloco Operatório/Unidade de Internamento</b>	13,6% (3 enfermeiros)
<b>Unidade de Internamento ou outro qualquer</b>	4,5% (1 enfermeiro)

Como podemos verificar, uma parte significativa dos intervenientes, defende que a mesma dever ser realizada pelos enfermeiros do Bloco Operatório. Contudo, consideramos pertinente referenciar as outras respostas, uma vez que, ao apurarmos um número considerável de inquiridos, que se referem à possibilidade de outros enfermeiros o fazerem, talvez possamos pensar numa realidade distinta daquela que se observa no nosso país, onde o Bloco Operatório constitui também um serviço algo enigmático e obscuro para os profissionais que ali não exercem funções.

Sabemos que ao tentar implementar algo de novo, implicará mudança, movimento de recursos humanos e conseqüentemente financeiros, o que suscitará algumas dificuldades. À semelhança do estudo que temos vindo a referenciar, conforme apresentamos na tabela que se segue:

<b>Existência de dificuldades</b>	
<b>Sim</b>	54,6% (12 enfermeiros)
<b>Não</b>	36,3% (8 enfermeiros)
<b>Não responde</b>	9,1% (2 enfermeiros)

Algumas dificuldades apontadas pelo grupo estudado foram a sobrecarga de trabalho, a carência de enfermeiros e a estrutura organizacional, que sabemos da prática diária que coincidem com as dificuldades sentidas no nosso local de estágio, que poderão condicionar a implementação da proposta.

O mesmo estudo apresenta ainda alguns comentários sentidos por parte dos profissionais que realizam a Visita Pré-operatória de Enfermagem, onde revelam que a realizam com o sentido de compromisso tentando superar as dificuldades, outras acham que a visita não deve ser feita por obrigação, como uma rotina, mas sim como algo que proporcione algum retorno ao profissional.

Por outro lado, documentam no estudo que os enfermeiros notam na prática o total desconhecimento de alguns clientes acerca do procedimento cirúrgico, e por fim, revelam que as experiências diárias com a visita têm demonstrado o contributo dos enfermeiros para que o cliente adquira mais confiança, tenha menos medo do desconhecido e conseqüentemente se sinta mais seguro para a cirurgia.

## 1.1. OBJECTIVOS DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

Ao longo da nossa experiência, temos verificado que qualquer cliente submetido a cirurgia fica vulnerável e sensível, surge um afastamento do seu meio social e familiar.

A doença física, pode ser considerada como uma crise na vida do indivíduo, uma vez que provoca alterações importantes a vários níveis: identidade, papel que desempenha na família, papel sócio-profissional e perspectivas futuras.

Com esta visita, acreditamos que o enfermeiro, actuando de forma expressiva, poderá atempadamente proporcionar, além de algum apoio emocional, atenção e orientação, um momento crucial para quem será submetido a uma cirurgia.

A organização da Visita Pré – Operatória, tem assim como objectivos:

- Planear os cuidados de enfermagem perioperatórios de forma individualizada e humanizada;
- Identificar as necessidades do cliente no pré – operatório;
- Conhecer as expectativas do cliente face à intervenção cirúrgica;
- Esclarecer as dúvidas e minimizar os medos pré – operatórios;
- Promover e recuperar a saúde do cliente, envolvendo a família;
- Promover a interação entre o enfermeiro do bloco e o cliente;
- Relembrar e esclarecer se necessário, as informações recebidas acerca dos procedimentos inerentes à preparação pré-operatória;
- Permitir a continuidade dos cuidados de forma a operacionalizar os cuidados de enfermagem;
- Promover a articulação funcional entre os enfermeiros do internamento e os do bloco operatório;

Os objectivos que se apresentam deverão aquando da visita ser explicados ao cliente, ao mesmo tempo que o enfermeiro deverá respeitar alguns critérios nesse mesmo momento, nomeadamente:

- Apresentar-se e explicar convenientemente a sua função;
- Informar o doente sobre o percurso dentro do bloco operatório e do respectivo acolhimento;
- Estar atento a sinais de comunicação não verbal, nomeadamente a postura e os comportamentos;
- Percepcionar os níveis de ansiedade do cliente e fornecer informação em função dos mesmos;
- Mostrar disponibilidade e comunicar com linguagem perceptível;
- Reforçar alguns aspectos importantes para a preparação pré-operatória (jejum, banho, vestuário, próteses, adornos...);
- Abordar o tema do pós-operatório imediato (Unidade de Cuidados pós Anestésicos, controlo da dor, desconforto pela existência de dispositivos de drenagem e outros);
- Assegurar-se de que a sua informação foi percebida pelo cliente.

## 1.2. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

Esta visita irá representar um elo de comunicação efectiva entre o profissional e o cliente, permitindo assisti-lo de forma contínua e sistematizada, respondendo a todas as questões colocadas, valorizando sobretudo as expectativas e experiencias do cliente.

Será fundamental a recolha de informação e o respeito pelo cliente cirúrgico, para serem identificadas as suas necessidades, proporcionando indirectamente uma recuperação mais rápida e conseqüentemente algumas complicações pós - cirúrgicas relacionadas com os conhecimentos dos clientes e com os prévios ensinamentos face ao acto cirúrgico.

Sabemos da prática diária que os clientes gostariam de conhecer os profissionais que lhes vão prestar cuidados e esclarecer com eles as dúvidas que os atormentam momentos ou dias antes. Por outro lado, a perda de identidade e integridade que um cliente sente ao entrar num Bloco Operatório e todo o processo de aceitação do seu “papel de doente”, fez-nos reflectir sobre as nossas práticas diárias, sendo essencialmente esta constatação, o impulso primordial para esta proposta.

A realização da visita e a elaboração de diagnósticos pertinentes no pré – operatório, ajudam nos cuidados ao cliente cirúrgico, visualizando a pessoa e não apenas o acto técnico em si.

Ao apresentarmos um documento escrito, que servirá como proposta a apresentar posteriormente à equipa de enfermagem do serviço, acreditamos reunir um conjunto de passos importantes para a sua posterior aplicação no serviço, uma vez que as razões que nos despertaram tal motivação e interesse práticos, são explicitas neste narrar, não da pesquisa estanque, mas sobretudo da nossa prática diária e da necessidade premente que detectamos, bem como do parecer positivo dos envolventes directos do serviço.

Em função do supracitado, criamos um documento, baseado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, cujo objectivo primordial é servir como instrumento de colheita de dados essenciais sobre o cliente e a sua condição no pré-operatório.

Deste fazem parte, a identificação do doente, os antecedentes pessoais e a história da doença actual, os fenómenos de Enfermagem que nos pareceram mais pertinentes neste contexto, bem como uma apreciação global do cliente após a visita. O respectivo documento é apresentado no **ANEXO I** deste trabalho escrito.

### 1.3. GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA CONSECUÇÃO DA PROPOSTA

Ao tentarmos implementar algo de novo, temos consciência dos possíveis elementos limitadores para que o projecto evolua favoravelmente.

Numa fase em que a gestão de recursos humanos, passa essencialmente pela redução de números efectivos de enfermeiros ao serviço, temos consciência que a qualidade dos cuidados prestados impera face ao factor economicista e reducionista da política actual.

No entanto, procuramos através dos dados estatísticos, elaborar uma estimativa acerca do número de enfermeiros necessários e naturalmente a necessidade de acrescer em termos de número, conforme podemos verificar a seguir:

De acordo com os dados estatísticos fornecidos pelo serviço, o número médio de cirurgias diárias programadas é de 40 cirúrgias; propondo a duração média da Visita Pré-Operatória de 15 minutos, implica a necessidade de mais um profissional de enfermagem.

Atendendo a que o enfermeiro que exerce funções na área de anestesia, é efectivamente aquele que tem mais contacto com o cliente, parece-nos ser este o elo de ligação mais importante. Contudo, naquele serviço as funções de cada enfermeiro não são estanques, pelo que, o que acreditamos ser importante, é o facto de, independentemente da função exercida no Bloco Operatório, quem realize a respectiva visita, dentro do possível seja o mesmo que faz o acolhimento no dia do acto cirúrgico, proporcionando assim uma continuidade dos cuidados, bem como a minimização da angústia do cliente ao ser admitido.

## 2 – CONCLUSÃO

Os enfermeiros trabalham com pessoas ao longo do ciclo de vida, quer saudáveis, quer doentes, em ambientes de alta tecnologia onde a principal arma terapêutica é o próprio enfermeiro e a relação que estabelece com a pessoa que pretende ajudar.

Neste contexto, a Visita Pré-Operatória de enfermagem é um procedimento adequado para alcançar uma assistência integral e individualizada no pós-operatório, devido à possibilidade que oferece de identificar não somente os problemas de ordem física do cliente, mas também os psico-sócio-espirituais, assim como as suas expectativas em relação às necessidades humanas básicas.

Perante o que apresentamos ao longo do trabalho escrito, e após verificarmos, que efectivamente, naquele serviço não existe ainda, seguimos algumas etapas já abordadas, desde uma espécie de levantamento da situação, até às conversas informais com orientadores directos e responsáveis do serviço e numa fase seguinte, à pesquisa do tema e elaboração do instrumento para aplicar à posteriori.

Temos noção de que o projecto ficará ainda numa fase embrionária, mas a nosso ver com condições para crescer. As respostas foram-se apresentando favoráveis, a ideia teve junto dos intervenientes algum impacto positivo e até aqui já foi mais um passo.

Com este trabalho, pretendemos sobretudo, apresentar o tema, a proposta e a forma como pretendemos dar a conhecer.

Os objectivos que nos propusemos atingir com o mesmo, estão agora atingidos, contudo, esta não será uma conclusão de todo definitiva, mas sim a ponte para mais uma etapa: a apresentação do documento e a fundamentação perante a equipa de enfermagem.

### 3 – BIBLIOGRAFIA

- AESOP. 2006. **Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados**, LUSODIDACTA, Loures, Pág. 121-127
- CIPE – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** – Versão 1. 2005
- TAVARES, Filomena; SARAIVA, Maria. 2000. **Visita Pré-operatória**. AESOP. Vol I, nº1: páginas 14-15
- MARTINS, Helena. 2002. **Reflectindo**. AESOP. Vol III, nº9: páginas 31-33
- GRITTEM, Luciana e al. 2006. **Visita Pré-operatória de Enfermagem – Percepções dos Enfermeiros dum Hospital de Ensino**. Disponível: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=12203&indexSearch=ID> [ Acedido em 10 /Junho/2010]

# ANEXOS





**Objectivos**

- ✓ Acrescentar algo inovador num contexto de estágio de especialidade;
- ✓ Oferecer a médio prazo, um momento de valorização do cliente previamente à cirurgia;
- ✓ Criar um instrumento prático para posterior proposta de utilização

**Visita Pré-operatória de Enfermagem**

**Cuidados Peri - operatórios**

*"conjunto de actividades desenvolvidas pelos enfermeiros peri-operatórios para dar resposta às necessidades do doente submetido a cirurgia a ou a qualquer procedimento invasivo"*

AESOP (1988)

**Visita Pré-operatória de Enfermagem**

**Função do Enfermeiro Peri-operatório**

*" Identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente/família, para elaborar e por em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as acções de enfermagem baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do individuo antes, durante e após a cirurgia."*

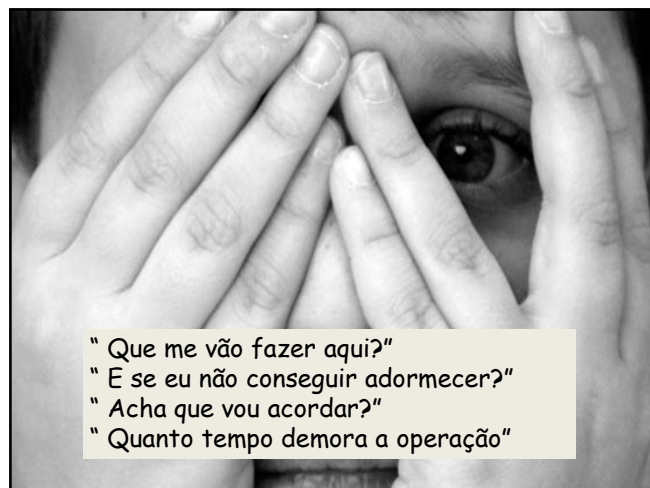
AORN (1988)

**Visita Pré-operatória de Enfermagem**

↓

*" ... é a base para planificar uma ajuda individualizada e estabelecer objectivos de actuação..."*

ATKINSON, citado pela AESOP (2006)



Visita Pré-operatória de Enfermagem

O poder sobre a vida e sobre a morte que se gera na sala de operações são factores altamente geradores de stress.

*"... a enfermeira para desenvolver a sua acção no pré-operatório, é essencial que realize a visita pré-operatória"*

*Dias Pinheiro (2006)*

Objectivos da Visita Pré-operatória de Enfermagem

- ✓ Planear os cuidados de Enfermagem peri-operatórios de forma individualizada e humanizada;
- ✓ Identificar as necessidades do cliente no pré-operatório;
- ✓ Conhecer as expectativas face à intervenção cirúrgica;
- ✓ Promover e recuperar a saúde do cliente, envolvendo a família;

Objectivos da Visita Pré-operatória de Enfermagem

- ✓ Promover a interacção entre o enfermeiro do bloco e o cliente;
- ✓ Esclarecer informações recebidas acerca dos procedimentos inerentes à preparação pré-operatória;
- ✓ Permitir a continuidade dos cuidados de enfermagem;
- ✓ Promover a articulação entre os enfermeiros do internamento e os do bloco operatório

### Critérios Enfermeiro

- ✓ Apresentar-se
- ✓ Informar sobre o percurso
- ✓ Atento a comunicação não verbal
- ✓ Percepcionar níveis de ansiedade



- ✓ Disponibilidade e linguagem acessível
- ✓ Reforçar aspectos pré-operatórios
- ✓ Abordar pós - operatório imediato
- ✓ Garantir percepção da informação

### Apresentação da proposta

- ➔ Recolha de informações do cliente
- ➔ Elo de comunicação efectiva
- ➔ Assistência contínua e sistematizada
- ➔ Conhecimento do profissional previamente à cirurgia
- ➔ Ensinos pré-operatórios

### Documento proposto

### Recursos Humanos

- ✓ 15 min no mínimo com cada cliente
- ✓ Em média 40 cirurgias diárias

Aproximadamente  
50 horas



Pelo menos  
mais um  
enfermeiro  
em regime  
de 40  
horas....



Preconiza-se que, dentro do possível, o enfermeiro que realize a visita pré-operatória, seja o mesmo que faz o acolhimento no dia do acto cirúrgico:

- ✓ Continuidade de cuidados
- ✓ Minimização da angústia

*" Às vezes é preciso acreditar na evolução e pensar que o homem não está concluído!"*

*John. M. Henry*



## Bibliografia

- AESOP. 2006. **Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados**, LUSODIDACTA, Loures, Pág. 121-127
- CIPE - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 1**. 2005
- TAVARES, Filomena; SARAIVA, Maria. 2000. **Visita Pré-operatória**. AESOP. Vol I, nº1: páginas 14-15
- MARTINS, Helena. 2002. **Reflectindo**. AESOP. Vol III, nº9: páginas 31-33
- GRITTEM, Luciana e al. 2006. **Visita Pré-operatória de Enfermagem - Percepções dos Enfermeiros dum Hospital de Ensino**. Disponível: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IstisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDEF&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=12203&indexSearch=ID> [ Acedido em 10 /Junho/2010]



OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!



- **Padrão de Eliminação Urinário**  Normal  
 Alterada \_\_\_\_\_
- **Comunicação**  Normal  
 Comprometida \_\_\_\_\_
- **Dor Actual**  Ligeira  
 Moderada  
 Intensa                      EVA \_\_\_\_\_
- **Medo Presente**  Sim       Não      Especificar \_\_\_\_\_
- **Ansiedade Actual**  Sim       Não
- **Risco de Imagem Corporal Alterada**  Sim       Não
- **Conhecimento Demonstrado**  Sim       Não
- **Consentimento Informado**  Sim       Não

**Apreciação global do cliente após visita**

- Mais tranquilo
- Confuso
- Mais ansioso
- Sem mudanças

Enfermeira: \_\_\_\_\_

## ANEXO VIII

Abordagem teórica da patologia – Acidente Vascular  
Cerebral



## Acidente Vascular Cerebral

O Sistema Nervoso, à semelhança do sistema de condução eléctrica, coordena e controla todas as actividades do organismo e divide-se em duas grandes partes: Sistema Nervoso Central (SNC) e Sistema Nervoso Periférico (SNP).

O SNC, é formado pelo cérebro e pela espinal medula. Os Acidentes Vasculares Cerebrais, constituem uma patologia do SNC, e foi nesta parte que incidi a minha pesquisa.

A natureza e a exaustão da história da saúde neurológica dependem do estado do doente e da urgência da situação. Os sinais e sintomas do doente dependem da localização da artéria afectada e da área isquémica cerebral.

**AVC embólico** – neste tipo de AVC existem determinadas componentes, que podem ser provenientes de outras áreas, como o coração, aorta ou outras artérias de grande calibre, que se deslocam para o cérebro, provocando embolia cerebral.

(Nota: o material do embolo, pode ser constituído por fragmentos de válvulas, tumores ou placas, mas também ar, gordura, liquido amniótico, um corpo estranho ou um coágulo sanguíneo)

O êmbolo, tende a alojar-se onde as artérias se ramificam, pela “turbulência” do fluxo sanguíneo nestas áreas. À semelhança, no caso de **AVC trombóticos**, também aqui os sinais e sintomas dependem da localização da artéria afectada e da área isquémica.

Assim, existem dois principais tipos de AVC: **AVC isquémico** e **AVC hemorrágico**.

O **AVC isquémico**, ocorre quando um vaso sanguíneo que irriga o cérebro é obstruído, o que pode ameaçar a vida, mas raramente conduz à morte na primeira hora.

Os AVC isquémicos, são responsáveis por uma percentagem elevada de AVC e estes podem ser de dois tipos: trombóticos e embólicos.

O **AVC trombótico** é o mais comum, pois a aterosclerose dos vasos cerebrais, causa estreitamento progressivo com agregação plaquetária, promovendo o desenvolvimento de coágulos (trombos) sanguíneos dentro das artérias cerebrais.

Quando os coágulos (trombos), são de tamanho suficiente para bloquear o fluxo de sangue dentro da artéria, a área irrigada por esta vai sofrer isquemia, pois não recebe oxigênio, nem nutrientes essenciais ao seu funcionamento.

Os AVC, são classificados pela localização anatômica em que ocorrem.

- Os AVC, que envolvem as artérias carotídeas, são os chamados AVC da circulação anterior, que acometem os hemisférios cerebrais;
- Os AVC, que envolvem as artérias vertebro basilares, são designados de AVC da circulação posterior e acometem o tronco cerebral ou o cerebelo.

Mediante, a artéria afectada são manifestados sintomas muitos específicos:

<b>Área afectada</b>	<b>Sintomas associados</b>
<b>Carotídea</b>	Disfalias
<b>Carotídea</b>	Perda de visão monocular
<b>Carotídea e vertebro-basilar</b>	Astenia unilateral
<b>Carotídea e vertebro-basilar</b>	Distúrbio unilateral
<b>Carotídea e vertebro-basilar</b>	Disartria
<b>Carotídea e vertebro-basilar</b>	Hemianópsia homónima
<b>Carotídea e vertebro-basilar</b>	Ataxia
<b>Carotídea e vertebro-basilar</b>	Disfagia
<b>Carotídea e vertebro-basilar</b>	Diplopia
<b>Vertebro-basilar</b>	Vertigem
<b>Vertebro-basilar</b>	Perda de visão bilateral simultânea
<b>Vertebro-basilar</b>	Astenia bilateral simultânea
<b>Vertebro-basilar</b>	Distúrbio bilateral simultâneo
<b>Vertebro-basilar</b>	Défice motor/ sensorial cruzado

Um **Acidente Vascular Cerebral**, é uma alteração súbita da função neurológica, causada por uma alteração no fluxo sanguíneo cerebral.

As mortes por AVC, podem ser reduzidas ou retardadas pela prevenção e controle dos factores de risco.

Existem factores de risco não modificáveis importantes para o AVC, que incluem: Idade avançada, história familiar de AVC e/ou doença cardiovascular, género e etnia (taxas mais elevadas em Afroamericanos, do que em Brancos) e factores de risco modificáveis como a Hipertensão arterial sistémica, tabagismo, acidentes isquémicos transitórios (AIT), doença cardíaca, diabetes mellitus, doença arterial carotídea, hipercoagulação e hiperlipidemia.

Existem também outros factores, que podem aumentar o risco de AVC, como pessoas com baixo nível sócio-económico e cultural, bem com a estação do ano, já que as mortes por AVC, tendem a ocorrer mais frequentemente durante os extremos de temperaturas.

A evolução do AVC, pode ocorrer em poucos minutos, horas ou até mesmo dias.

Os vasos de grande calibre como as artérias carotídeas e cerebrais, podem levar mais tempo a ficarem obstruídas, que os vasos de menor calibre.

Podem estar presentes alguns sinais de alerta, perante a iminência de um AVC. O AIT (Acidente Isquémico Transitório), é um desses importantes sinais. Os danos cerebrais, tanto podem ocorrer devido ao enfarte, como ao extravasamento de líquido para o cérebro, levando a edema cerebral.

Como o crânio é um compartimento rígido, à medida que o edema aumenta, o tecido cerebral circundante, é comprimido e a pressão intra craneana (PIC), aumenta. Um aumento sustentado da PIC, causa isquemia e danos irreparáveis das células cerebrais e potencial morte das mesmas. Os picos de edema cerebral, ocorrem normalmente entre o 2º e o 5º dias após o AVC, depois deste período o edema estabiliza e pode eventualmente regredir.

No **AVC isquémico**, existem duas principais áreas de lesões afectadas: a primeira área é a zona de isquemia, que devido à obstrução da artéria existe uma redução do fluxo

sanguíneo e por conseguinte, o tecido cerebral fica desprovido de oxigénio, glicose e outros nutrientes essenciais.

Se esta obstrução se mantiver, as células nervosas e outras células de suporte do Sistema Nervoso, podem sofrer danos irreversíveis.

A segunda área de lesão, é chamada “Zona de Transição”. Esta zona é uma faixa de tecido cerebral que circunda a zona de isquemia e é irrigada com sangue das artérias colaterais que se conectam aos ramos da artéria que se encontra obstruída, conduzindo assim a uma diminuição do fluxo sanguíneo. Como o aporte de sangue pelas artérias colaterais, não é suficiente para manter o aporte de Oxigénio e glicose, as células cerebrais nesta zona podem “viver ou morrer”, dependendo da rapidez com que o fluxo sanguíneo é restaurado no início de um AVC.

O tempo de início de sintomas de um AVC até ao tratamento, é o factor chave para o seu sucesso. Quanto mais precoce for instituído o tratamento, mais favorável será o resultado.

Actualmente, só a administração endovenosa de uma forma recombinada de tPA (activador tecidual de plasminogénio) (rTPA), se tem mostrado efectiva.

Após a instalação do quadro clínico, o tempo recomendado para o uso de rTPA endovenoso é de 3 horas.

Os dados obtidos com todo o histórico do doente, exame físico e exames complementares de diagnóstico (TAC), para despiste de outras causas como tumores ou hemorragia. ECG, glicose sérica, electrólitos e função renal, hemograma com contagem de plaquetas; tempo de protombina e INR, são utilizados para ajudar no plano terapêutico do doente, a chamada **trombólise**.

Doente com AVC, que pode efectuar **trombólise**:

- Que apresente lesão neurológica moderada/severa;
- TAC normal;
- Ausência de contra indicações.

### **Contra indicações para realização de trombólise:**

- Evidencia actual ou passada de hemorragia intra craniana ou suspeita de Hemorragia sub aracnoideia;
- AVC prévio;
- TCE/ cirurgia craneana há menos de 3 meses;
- HTA não controlada;
- Hemorragia interna activa;
- Convulsões na presença do AVC;
- Neoplasias ou malformações vasculares cerebrais;
- Diafise hemorrágica.

Os fibrinolíticos mais comuns são a rtPA (ACTEPLASE) – 0,9 mg/kg (máximo 90 mg) – 10% em bólus e restante a perfundir numa hora, Reptilase, entre outros.

A decisão terapêutica é feita com base nos dados obtidos e nos tipos de AVC, da sua localização e do grau de severidade.

O **AVC hemorrágico**, é causado pela ruptura de uma artéria com sangramento na superfície cerebral (hemorragia subaracnoideia) ou no interior do cérebro (hemorragia intra cerebral).

O aneurisma é a causa mais comum da hemorragia subaracnoideia, com um início súbito e uma descrição tipo “ a pior dor de cabeça da minha vida”.Neste tipo de AVC a mortalidade é alta.

A hemorragia intra cerebral está associada à hipertensão arterial sistémica crónica, pois os pequenos vasos cerebrais são danificados pela hipertensão de longa data e eventualmente rompem e sangram. Para este tipo de AVC, pode ser necessário a intervenção de neurocirurgia.

Nos AVC, são utilizadas escalas para informações quantificáveis, nomeadamente:

- Escala de Coma de Glasgow, para determinar défices neurológicos;
- Escala do National Institutes of Health (NIHSS), para determinar a gravidade do AVC e avaliar os danos neurológicos;
- Também o National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS), estabeleceu períodos de tempo recomendados para avaliação intra-hospitalar e tratamento dos potenciais doentes para efectuar trombólise.

Em jeito de conclusão, resta-me referir que o AVC, é uma das várias manifestações da doença vascular cerebral. E que raramente é um acidente, uma vez que o seu aparecimento, é o culminar da acção continuada ao longo dos anos, de vários factores que deterioraram progressivamente a parede das artérias conduzindo, mais cedo ou mais tarde, a sintomas neurológicos, nomeadamente:

- Hipertensão arterial;
- Doença cardíaca;
- Colesterol;
- Tabagismo;
- Consumo excessivo de bebidas alcoólicas;
- Diabetes;
- Malformações cerebrais a nível artério-venoso.

Passando pela prevenção o tratamento e o controlo dos factores de risco e a grande máxima sempre presente: “TEMPO É NEURÓNIO, TEMPO É CEREBRO”.