



UNIVERSIDADE CATOLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Centro Regional das Beiras

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências de
Saúde para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Médico-cirúrgica, sob orientação do
Professor Jorge Melo

Cristina Ann Amaral

VISEU, Junho de 2009

RESUMO

Este relatório reflecte as actividades da componente prática inserida no Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto Ciências da Saúde ministrado pela Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras.

O estágio desenvolvido dividiu – se em três módulos com uma carga horária de 180 horas cada um. O módulo I desenvolveu-se no período de 19 de Maio de 2008 a 31 de Julho de 2008, no Serviço de Urgência Geral do Hospital S. Teotónio de Viseu, E.P.E; O Módulo II decorreu no período de 6 de Outubro a 19 de Novembro de 2008, na Unidade de Cuidados Intensivos área médica, no Hospital Pedro Hispano em Matosinhos. O módulo III, estágio de opção, foi realizado na VMER, Unidade de Cuidados Intensivos Coronários e Serviço de Cardiologia do Hospital S. Teotónio de Viseu, EPE, no período de 24 de Novembro de 2008 a 31 de Janeiro de 2009.

O grande objectivo geral definido para este estágio era o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais na abordagem ao doente crítico no pré hospitalar e intrahospitalar, dando ênfase ao doente do foro cardíaco.

As experiências proporcionadas por este estágio permitiram-me aperfeiçoar o meu desempenho nas vertentes técnica, científica e relacional, ao nível das diferentes fases do processo que constitui o percurso do doente crítico, respectivamente na sua estabilização e transporte em ambiente pré-hospitalar, na sua abordagem em contexto de Serviço de Urgência e na manutenção do seu equilíbrio quando admitido numa Unidade de Cuidados Intensivos. Este percurso permitiu-me adquirir competências de destreza, planificação e tomada de decisão, perante situações complexas e imprevistas; possibilitou-me também um enriquecimento significativo ao nível da capacidade de raciocínio e definição de prioridades na abordagem ao doente crítico, bem como em termos de envolvimento e sensibilização de equipas para a optimização do seu desempenho.

ABSTRACT

This report reflects the activities of my component practice inserted in the Course of Specialization in Nursing Sciences of Health administered by the Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras.

My traineeship was divided in three modules with a workload of 180 hours each one. Module I was developed between the 19th of May of 2008 and the 31st of July of 2008, in the General Emergency Service of S. Teotónio's Hospital of Viseu, E.P.E.; Module II was developed during the period of the 6th of October to the 19th of November of 2008, in the Intensive Care medical area, at Pedro Hispano's Hospital in Matosinhos. Module III, traineeship of option, was carried out in the VMER, Intensive Coronary Cares and Service of Cardiology of S. Teotónio's Hospital of Viseu, EPE, from the 24th of November of 2008 to the 31st of January of 2009.

The great general objective defined for this traineeship was the development of scientific, technical and relational competences on how to approach a critical patient in the prehospital and in-hospital care service, giving emphasis to a patient with cardiac problems.

The experiences provided by this traineeship allowed me to improve my performance in a technical, scientific and relational view, according to the different phases of the process that constitutes the way the critical patient can be handled, respectively in his stabilization and transport in surrounding pre hospital care service, in his approach in the context of Emergency Service and in the maintenance of his balance when admitted in a Unity of Intensive Care. This path allowed me to acquire skill competences, planning and making decisions, prior to complex and unforeseen situations; it enriched me significantly making it possible for me to develop on to another level of know-how and definition of priorities in the approach of a critical patient, as well as in terms of involvement and sensitization of teams for the optimization of their performance.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1 - ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	10
1.1. MÓDULO I – URGÊNCIA	10
1.1.1 Caracterização do serviço.....	11
1.1.2. Análise das Actividades desenvolvidas.....	14
1.2. MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS.....	19
1.2.1 Caracterização do serviço.....	19
1.2.2. Análise das Actividades desenvolvidas.....	21
1.3. MÓDULO III – VMER/ UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS/ SERVIÇO DE CARDIOLOGIA.....	29
1.3.1. Caracterização dos serviços.....	30
1.3.2. Análise das Actividades desenvolvidas.....	31
2 – CONCLUSÃO	38

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no seguimento da componente prática inserida no Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto Ciências da Saúde ministrado pela Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras. Tem por base o projecto de estágio que precedeu a realização dos ensinamentos clínicos e assentou no plano de estudos do curso.

O estágio decorreu no período de 19 de Maio de 2008 a 31 de Janeiro de 2009 e dividiu-se por três módulos, respectivamente, Módulo I – Serviço de Urgência, Módulo II – Cuidados Intensivos ou Intermédios e Módulo III – Opcional, com uma carga horária de 180 horas cada.

O módulo I foi realizado no Serviço de Urgência Geral do Hospital S. Teotónio de Viseu, E.P.E. A minha opção por este serviço, deve-se ao facto de se tratar de uma Urgência polivalente, de um Hospital Central, com um nível de actividade intenso, com grande heterogeneidade de situações, constituindo-se, por isso com um elevado potencial, no sentido de me facultar diferentes experiências.

O Módulo II foi realizado no Hospital Pedro Hispano em Matosinhos, na Unidade de Cuidados Intensivos área médica. Projectei a concretização deste módulo no Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital del Mar em Barcelona, por se tratar de uma unidade de referência a nível europeu. Inicialmente a Universidade Católica referiu que seria exequível a realização deste módulo de estágio na Instituição de saúde proposta, mas por razões burocráticas não foi possível a sua concretização. Foi-me suscitada a realização do módulo II no Hospital Pedro Hispano, pela Professora Margarida, Coordenadora de curso sugestão que aceitei.

O módulo III, estágio de opção foi efectuado na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) e

Serviço de Cardiologia do Hospital S. Teotónio de Viseu, EPE, no período de 24 de Novembro de 2008 a 31 de Janeiro de 2009. Propus-me a realizar o ensino clínico na VMER porque me permitiria aplicar os meus conhecimentos, a minha capacidade de compreensão e de resolução de problemas, bem como, integrar conhecimentos e lidar com questões complexas, na abordagem ao doente Crítico, no Pré-Hospitalar, nomeadamente e mais especificamente acompanhar o percurso do doente com Enfarte Agudo do Miocárdio no pré-hospitalar. Dar-me-ia também a visão dos cuidados Pré-Hospitalares, pois por norma, quando o doente chega ao serviço de Urgência já se encontra estabilizado sob o ponto de vista da via aérea, ventilação e circulação assegurados.

O Ministério da Saúde Português diz que, as doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte no nosso país e são também uma importante causa de incapacidade, as suas consequências mais importantes, o enfarte do miocárdio, o acidente vascular cerebral e morte são frequentemente súbitas e inesperadas. Neste contexto, considerei essencial desenvolver competências na área das doenças cardíacas, pelo que escolhi os serviços U.C.I.C. e Cardiologia, onde me seria possível efectuar um acompanhamento ao doente com Enfarte Agudo Miocárdio em todo o seu percurso intra-hospitalar, desde a fase aguda até à reabilitação.

Teria deste modo, a experiência da abordagem do pré hospitalar, a chegada ao serviço de Urgência, o internamento em ambiente de Cuidados Intensivos e, numa linha de continuidade, o Serviço de Cardiologia, o que no seu conjunto, me permitiria adquirir uma percepção completa na abordagem ao doente coronário crítico em todo o seu percurso.

Com a realização deste relatório irei tentar descrever as actividades desenvolvidas no sentido de atingir os objectivos propostos de forma a transmitir as competências adquiridas na área da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este instrumento de avaliação tem como objectivos, descrever as actividades desenvolvidas durante os três módulos de estágio; efectuar uma análise

Relatório de Estágio

reflexiva e crítica destas actividades; evidenciar a aquisição de competências na área da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Tendo em vista uma melhor sistematização ao nível da apresentação dos conteúdos deste relatório, apresento o seu desenvolvimento em três partes, referentes aos três módulos de estágio. Relativamente a cada um, efectuo uma breve caracterização do serviço e a análise das actividades desenvolvidas, objectivos atingidos e competências adquiridas.

1 - ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

O meu percurso profissional até à data de início deste curso de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, centrou-se fundamentalmente na prestação de cuidados num serviço de Medicina. Este facto condicionou uma escassa experiência na abordagem ao doente crítico e emergente.

A oportunidade que surgiu em efectuar estágios nestes serviços especializados foi importante para a minha área de Especialização e Formação no intuito de aplicar os conhecimentos relacionais e técnicos, identificar problemas existentes e propor medidas correctivas para os mesmos, tendo em vista uma maior efectividade dos cuidados prestados.

1.1. MÓDULO I – URGÊNCIA

Este ensino clínico foi realizado no período de 19 de Maio de 2008 a 31 de Julho de 2008, no Serviço de Urgência Geral do Hospital S. Teotónio de Viseu, E.P.E.

Por parte da Universidade Católica fui orientada pelo Enfermeiro Jorge Melo e fui tutoriada, pelas Enfermeiras Especialistas, Amélia Narciso e Manuela Pereira. Os turnos foram divididos pelas duas tutoras, no entanto estive na maioria dos turnos com a Enfermeira Manuela, porque o meu horário era mais compatível com a mesma e porque sentia mais apoio para aquisição de mais experiências.

1.1.1 Caracterização do serviço

Dadas as características deste hospital central, a sua Urgência Geral, classificada de polivalente, comporta as valências básicas e diferenciadas e algumas altamente diferenciadas como Neurocirurgia e Nefrologia, e a sua área de influência estende-se a todo o distrito de Viseu. Tem como objectivo prestar assistência médica, urgente ou emergente, com carácter permanente, a todos os utentes maiores de dezoito anos e também com idade inferior a dezoito anos que se apresentem com ferimentos e/ou traumatismos, assegurar a continuidade de cuidados extra-hospitalares e servir de interligação inter-hospitalar.

Em termos funcionais apresenta – se estruturado em oito áreas concretamente:

- Sala de Emergência, onde são tratados os utentes de carácter emergente. Dão entrada nesta sala os doentes críticos transportados pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) ou na sequência da avaliação do Enfermeiro da triagem, segundo a Triagem de Manchester, se o grau de Urgência atribuído assim o justificar. Tem lotação para 4 utentes.
- Sala de Pequena Cirurgia, com a capacidade para 2 utentes, destinada à execução de pensos de diversa natureza, suturas e pequenas cirurgias.
- Gabinete de Triagem, com a capacidade para 2 Enfermeiros de triagem. A metodologia de triagem de Manchester está implementada desde 2002, recorrendo a um programa específico, “ALERT”.
- Sala Aberta, com a capacidade para 4 utentes, onde se realizam todos os procedimentos de Enfermagem aos doentes triados com cor amarela, laranja e que necessitem de estar numa maca.
- “Sala dos verdes”, sala para execução de colheita de sangue e administração de medicação injectável ou oral. Para os utentes triados

com a cor amarela, verde ou azul e que se desloquem a pé ou de cadeira de rodas.

- Sala de Ortopedia, onde se executam procedimentos do foro Ortopédico.
- Unidade de Decisão Clínica, com lotação de 6 macas, onde os utentes aguardam por uma decisão clínica de alta ou de internamento, onde permite maior vigilância e monitorização.

- S.O. (Sala de observação), com lotação de 8 camas e um quarto de isolamento, que se destina aos utentes que requerem um curto internamento, de 24 horas para melhor vigilância da situação clínica. Após a qual poderão, ter alta clínica ou necessitar de mais cuidados seguindo assim para um serviço de internamento ou bloco operatório.

Além destas áreas funcionais, existem vários gabinetes médicos, salas para arrumação dos diversos materiais, salas de espera para cada nível de prioridade da triagem Manchester, corredores comuns e dois elevadores de acesso interno ao Bloco Operatório.

Em 2008 implementaram-se as Vias Verde do Acidente Vascular Cerebral e Coronária, permitindo um rápido diagnóstico e conseqüentemente tratamento dos utentes, respectivamente com isquémia cerebral ou coronária.

O objectivo da aplicação do método de triagem de Manchester passa pela intenção de se categorizarem os doentes de acordo com a gravidade da sua situação clínica, mediante o agrupamento em cinco grandes grupos, cabendo a cada um, uma cor a que corresponde um determinado tempo alvo de atendimento. Na linha de outros hospitais, esta é a metodologia usada, tendo sido um dos primeiros hospitais a aderir à mesma.

Todo o individuo que recorre ao Serviço de Urgência Geral é rapidamente avaliado pelo Enfermeiro da triagem. O sucesso do sistema depende do cumprimento dos tempos alvos.

As cores e os tempos de espera são os seguintes,

- Vermelho – Emergente – 0 minutos
- Laranja – Muito Urgente – 10 minutos
- Amarelo – Urgente – 60 minutos
- Verde – Pouco urgente – 120 minutos
- Azul – Não urgente – 240 minutos

De referir que os tempos alvos são relativos à primeira observação.

A triagem é efectuada por um enfermeiro, que recorrendo a um aplicativo “ALERT” e mediante o utente explica a razão pela qual se deslocou ao serviço e o enfermeiro triador, vai seguindo os fluxogramas apresentados, de acordo com, as queixas do utente. Avalia os sinais vitais que considera pertinente e que são requeridos ao longo dos fluxogramas e é atribuída uma cor ao utente, sendo – lhe colocada uma pulseira de identificação e encaminhado para a respectiva sala de espera e para as respectivas valências.

De acordo com a empresa Alert life sciences computing S.A., o aplicativo ALERT® é uma ferramenta operacional para todos os ambientes de prestação de cuidados de saúde e para todos os profissionais da área da saúde com a capacidade amplamente demonstrada de produzir ambientes totalmente isentos de papel. O ambiente de trabalho do ALERT®, desenvolvido para monitores sensíveis ao tacto (touch-screen). Este aplicativo interliga as actividades de todos os profissionais de saúde através de conceitos de fluxo de trabalho. Esta metodologia permite: a apresentação de informação constantemente actualizada em formato de grelha-sumário para cada perfil de utilizador e utilizador individual; destacar para cada utilizador actividades específicas e áreas de trabalho; alertar cada utilizador para tarefas pendentes. O ALERT® auxilia na organização do trabalho sumário, para cada doente, disposto lado a lado com todo o material de documentação, de todas as tarefas pendentes relativas a medicação, análises clínicas, exames de imagem e procedimentos. Disponibiliza também textos padronizados para serem inseridos em praticamente todos os campos da documentação dos cuidados de

saúde, tais como notas de alta. Além disso, cada utilizador pode aceder ao BackOffice para introduzir os seus próprios textos mais utilizados.

1.1.2. Análise das Actividades desenvolvidas

As competências desenvolvidas, na sequência das actividades levadas a cabo, foram ao encontro dos objectivos propostos no plano de estudos do Curso de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

A integração na Equipa multidisciplinar, o conhecimento da estrutura física e organizacional do serviço, bem como das metodologias de trabalho e os protocolos de actuação, normas e regulamentos, são elementos essenciais para uma boa prestação de cuidados, quer como profissional a exercer funções no seu local de trabalho quer como aluno no seu local de estágio. Por forma, a facilitar esta abordagem foram-me cedidos os protocolos, normas e regulamentos do serviço que eu fui consultando ao longo do estágio.

Foi proporcionada uma visita guiada ao serviço, o qual eu já conhecia por ter estagiado durante o curso de bacharelato. Quanto às metodologias de trabalho, protocolos, normas e regulamentos, integrei-me das mesmas, com a colaboração das minhas tutoras e fui adaptando-as às várias situações/problema encontradas.

Acompanhei muitas vezes a Enfermeira Manuela e prestei cuidados nos sectores onde ela estava alocada com outros elementos da equipa multidisciplinar. Ao longo do ensino clínico fui-me sentindo como mais um elemento da equipa, conseguindo assim demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

O método de trabalho adoptado no serviço é o método individual, em que os enfermeiros são distribuídos por áreas e são responsáveis por prestar cuidados aos utentes que aí se encontram. Cada enfermeiro tem uma palavra-chave para aceder ao sistema, onde são apresentadas as tarefas ou cuidados a prestar a cada doente. O enfermeiro abre o perfil do doente, presta os cuidados

prescritos, a partir do momento que clica sobre a actividade prescrita, esta fica assumida como concluída por aquele enfermeiro, e assume a responsabilidade pelas mesmas. Além dos procedimentos prescritos faz os registos de enfermagem em local indicado para o mesmo, acerca da avaliação inicial de enfermagem como, o estado geral do doente e dos cuidados de enfermagem prestados.

Na triagem colaborei com as minhas tutoras na avaliação dos sinais vitais, SPO2, glicemia capilar e apresentei algumas sugestões. Providenciei cadeiras de rodas e macas para os utentes que delas necessitavam. Não procedi sozinha à triagem, visto que é necessária uma formação para o efeito, da qual não sou detentora contudo, ao longo do estágio fui acompanhando as minhas tutoras nesta actividade e em relação à qual adquiri conhecimentos. Acompanhei alguns utentes à sala de Emergência, quando a situação o justificava.

A sala de Emergência foi o sector que considerei mais estimulante, onde apliquei os conhecimentos provenientes da minha experiência profissional, da minha formação pós graduada e do curso de suporte avançado de vida.

Prestei cuidados directos ao doente crítico/emergente, demonstrando sempre um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização da Enfermagem Médico-Cirúrgica. Prestei cuidados a doentes com patologias diversas, doentes politraumatizados, com insuficiência respiratória, edema agudo do pulmão, acidentes vascular cerebral e enfarte agudo do miocárdio. Estas experiências de prestação de cuidados directos permitiram-me aperfeiçoar o meu desempenho técnico-científico e relacional utilizando os conhecimentos científicos adquiridos na pós-graduação e do meu percurso profissional, adquirindo competências de destreza, de planificação e tomada de decisão. Considero também, que desenvolvi capacidade de reagir perante situações complexas e imprevistas.

Efectuei o acompanhamento de vários doentes instáveis à realização de TAC, colaborei na transferência de um doente à Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e outro doente à Unidade de monitorização do doente

Cirúrgico (UMDC), o que me permitiu adquirir competências técnicas no transporte destes doentes, muitas vezes com necessidade de ventilação mecânica, no manuseamento de drogas de emergência e monitorização contínua, em situações de carácter emergente.

Neste contexto, uma das lacunas que constatei diz respeito à escassez de comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares. O tempo de espera destes para obterem informações sobre o seu ente querido deixa-os angustiados, com medo, perda de controlo da situação e sensação de impotência. Poucos profissionais de saúde se mostraram preocupado com este problema, segundo a minha percepção. Numa tentativa de colmatar este deficit, muitas vezes ausentei-me da sala e tentei encaminhar o familiar para o médico ou Enfermeiro responsável. Quando o doente já se encontrava estabilizado, proporcionava uma visita rápida junto do seu familiar, tranquilizando-os. Creio que demonstrei deste modo conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação na interacção com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Na sequência da prestação de cuidados directos, acompanhei dois doentes com suspeita de Acidente Vascular Cerebral prestando todos os cuidados inerentes ao protocolo da via verde dos A.V.C. A implementação deste protocolo permitiu uma redução da taxa de mortalidade e das sequelas relacionadas com esta patologia. Com a realização precoce da Tomografia Axial Computorizada e monitorização de parâmetros analíticos – sobretudo associados ao estudo da coagulação do sangue – poderá proceder-se à avaliação da presença de critérios para a realização de tratamento trombolítico. A utilização deste protocolo está associado a uma enorme taxa de sucesso, nos doentes que efectuaram tratamento trombolítico.

Na sala de pequena cirurgia colaborei com a minha tutora e com os médicos, principalmente da área cirúrgica, a suturar feridas. Realizei os registos necessários no sistema ALERT e os ensinamentos que achasse pertinentes, nomeadamente a continuidade que deviam dar no centro de saúde. Neste

sector observei algumas falhas no que concerne à assepsia, principalmente na manipulação do recipiente de anestésico local. O cirurgião aspirava anestésico de um frasco e, se necessitasse de mais, usava uma seringa já utilizada no doente. Fiz várias tentativas para utilizarem uma seringa nova esterilizada, mas sem sucesso. Constatei também, que os próprios enfermeiros não estavam despertos para esta situação e guardavam os frascos para nova utilização. A solução que propus foi desperdiçar os frascos já utilizados e procurar criar alguns fóruns informais de reflexão, com a minha tutora e alguns enfermeiros acerca desta problemática em relação à qual se mostraram sensibilizados. Com esta atitude, considero que demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, tentei zelar pelos cuidados prestados na área da Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, promovendo ainda desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

Nas designadas “sala dos verdes” e “sala aberta” os cuidados prestados são baseados em técnicas que domino da minha experiência profissional, as quais desempenhei sem qualquer dificuldade. Durante estes procedimentos identifiquei algumas práticas menos correctas, por parte dos enfermeiros, que fui corrigindo pontualmente, como por exemplo, a falta de lavagem das mãos ou utilização da solução antisséptica de base alcoólica entre a abordagem de doentes, a utilização de desinfectantes como solução iodada de base aquosa na algaliação ou mesmo na administração de variada medicação endovenosa sem efectuar a lavagem dos cateteres venosos periféricos entre as mesmas, não parecendo haver qualquer preocupação com a interacção medicamentosa. Com esta atitude demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, zelando assim pelos cuidados prestados, incorporando, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

Uma outra actividade que desenvolvi foi a preparação do doente para ser internado. Neste contexto, e enquanto prestadora de cuidados no serviço de Medicina, constatei sempre uma escassez de informação, veiculada no contacto telefónico, efectuado pelos enfermeiros, que precede o envio do doente. Não eram prestadas as informações acerca da patologia do doente, do

seu estado geral ou quais os cuidados a que se deveria dar continuidade. Visto ser impossível, por falta de recursos humanos, o acompanhamento do doente à enfermaria, penso que será pertinente a transmissão de informações pelo telefone o mais, precisas possível. No decorrer do meu estágio procurei combater esta lacuna, através da transmissão de informações pertinentes quando comunicava um internamento e através da sensibilização dos enfermeiros deste serviço para uma mudança de atitude, partilhando as dificuldades sentidas de receber um doente no internamento com falta de qualquer informação acerca deste.

Na Unidade de Decisão Clínica estive apenas um turno de oito horas, mas penso não ter sido relevante para o meu percurso, pois apenas efectuei vigilância hemodinâmica dos doentes e colaborei numa toracocentese, práticas comuns no meu exercício profissional, logo sem grande retorno.

Colaborei ainda com os alunos do curso de licenciatura em Enfermagem, na tomada de decisões, na execução e supervisão de alguns cuidados. Esta prática foi levada a cabo sem qualquer dificuldade, uma vez que, nos últimos dois anos, colaborei com a Escola Superior de Saúde de Viseu na orientação e supervisão dos alunos do 2º ano do curso de licenciatura em enfermagem, no âmbito do ensino clínico de Medicina, durante 4 semestres.

Em cooperação com a minha tutora colaborei na gestão de materiais, efectuando as requisições semanais dos fármacos e material necessário. Sempre que possível acompanhava a minha tutora, a Enfermeira Amélia Narciso, na liderança da equipa.

Uma das maiores dificuldades que senti esteve relacionado com o sistema “ALERT” mas, após operação com o mesmo de forma continuada, fui-me adaptando. Fiz registos pertinentes acerca do estado geral dos utentes e dos cuidados prestados, para assim permitir uma melhor continuidade dos mesmos durante a permanência no serviço de urgência ou, posteriormente, no internamento. Este sistema de informação facilita a transmissão de informação intra-hospitalar.

1.2. MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS

O ensino clínico decorreu no período de 6 de Outubro de 2008 a 19 de Novembro de 2008. Os turnos realizados eram de 12 horas, conforme o horário da minha tutora. O horário do turno da manhã era realizado das 08 às 14 horas, o turno da tarde das 14 às 20 horas e o turno da noite das 20 às 08 horas. Na prática quase todos os enfermeiros exerciam as suas funções das 08 às 20 horas ou das 20 às 08 horas.

Durante o ensino clínico, os turnos que realizei foram das 08 às 20 horas, seguindo sempre o horário de um Enfermeiro com experiência.

O método de trabalho era o individual, que eu também adoptei. Este método tem vantagens e desvantagens em comparação com outros métodos. Neste método a totalidade dos cuidados é prestada pelo enfermeiro responsável pelo doente, durante a jornada de trabalho, que avalia e coordena os mesmos. A avaliação dos resultados assenta nos objectivos delineados e no tempo disponível. Este método baseia-se no conceito de cuidado global. Na minha opinião seria mais vantajoso prestar cuidados de enfermagem por enfermeiro responsável, que apesar de respeitar o conceito dos cuidados individualizados, a decisão está descentralizada embora a responsabilidade seja tomada pelo enfermeiro que estiver preparado para a tomada de decisões.

Este módulo decorreu sob a orientação tutorial da Enfermeira Amélia Ferreira, por parte da Universidade Católica estive sob a orientação do Enfermeiro Jorge Melo.

1.2.1 Caracterização do serviço

A unidade Local de Saúde de Matosinhos integra o Hospital Pedro Hispano, o Centro de Diagnóstico Pneumológico, a Unidade de Saúde Pública e os Centros de Saúde de Matosinhos, Senhora da Hora, São Mamede de Infesta e Leça da Palmeira.

O Hospital Pedro Hispano, presta, cuidados hospitalares directos à população do concelho da Maia e é a unidade hospitalar de referência aos Hospitais de Vila do Conde e Póvoa de Varzim, excepto para as áreas de traumatologia Crânio - encefálica e de neurocirurgia, servindo assim, uma população aproximadamente de 430000 habitantes.

A Unidade de Cuidados Intensivos Médicos tem uma lotação de 7 camas, 4 das quais na sala aberta e 3 quartos, possíveis de serem em isolamento, pois apresentam uma antecâmara com lavatório individualizado e o quarto dispõe de pressão negativa. A unidade de cada doente é constituída por uma cama articulada com motor eléctrico para efectuar os diferentes posicionamentos, dois pendentes, um dos quais suporta todo o equipamento de ventilação mecânica, como o ventilador de marca Siemens servo I, rampas de oxigénio, equipamento de aspiração e monitorização com monitores “easy touch”, o braço contralateral permite acoplar bombas perfusoras e seringas infusoras. Estes pendentes facilitam uma melhor higienização da unidade por não existir equipamentos em contacto com o chão, permite a sua mobilidade e ganho em espaço. Faz ainda parte da unidade do doente três mesas de apoio com todo o material necessário à prestação de cuidados, permitindo que tal aconteça sem entradas e saídas sucessivas da unidade do doente, reduzindo deste modo, a probabilidade de ocorrência de infecções cruzadas, bem como perdas desnecessárias de tempo. Entre cada unidade existiam cortinas para manter a privacidade de cada doente.

Existe um balcão, com uma central de monitorização, cujo equipamento regista, online, num só monitor, todos os parâmetros dos diferentes doentes e permite a realização dos registos de Enfermagem. A unidade dispõe ainda de um balcão para preparação de terapêutica, uma sala de arrumação de material e uma sala de sujos. Paralela a esta ala existe um corredor com o gabinete da Enfermeira chefe, três gabinetes médicos, uma biblioteca/ sala de reuniões, uma sala de apoio com um computador e a copa.

1.2.2. Análise das Actividades desenvolvidas

Considero que, pelo facto de durante o meu percurso profissional e académico, nunca ter desenvolvido competências específicas na abordagem ao doente crítico numa Unidade de cuidados intensivos, tornou -se desde logo pertinente o desenvolvimento deste estágio, apresentando-se, à partida, como uma experiência de enorme potencial de enriquecimento pessoal, em termos científicos, técnicos e relacionais.

Foi também esta inexperiência que justificou alguma ansiedade e receio em relação à prestação de cuidados e a qualquer contacto com os doentes, nos primeiros dias de estágio.

Como gozava de licença sem vencimento, a minha carga horária semanal foi de 36 a 48 horas. Este horário permitiu-me uma melhor integração nesta unidade e um melhor acompanhamento dos doentes.

Considero que a receptividade e acolhimento demonstrados pela equipa, cujos elementos se mostraram sempre disponíveis para esclarecimentos de dúvidas e receptivos aquando de algumas sugestões, foram factores facilitadores da minha integração na unidade.

Foram-me disponibilizados, desde logo, os protocolos, o que possibilitou o conhecimento das regras de funcionamento da unidade, bem como o enquadramento dos cuidados prestados. Considero que demonstrei interesse pela aprendizagem e interagi com a equipa multidisciplinar.

O planeamento diário dos cuidados de enfermagem, estava pré definido, pois os registos são executados informaticamente com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (C.I.P.E) e reavaliados os problemas/acções diariamente. Realizei os registos, fiz levantamento de problemas de enfermagem (focos) e planeei acções para resolução dos mesmos, com recurso a um aplicativo informático, o que se tornou muito enriquecedor para a minha experiência profissional na medida em que o futuro em termos de registos e planeamento de enfermagem se direccionam para

esta dinâmica. Penso ter adquirido conhecimentos e competências para planejar, avaliar e registar informaticamente com base na CIPE.

Tive oportunidade de prestar cuidados ao doente crítico o que exigiu da minha parte, uma maior dedicação, dado que, conforme já referi, não possuía qualquer experiência.

Além de consultar a teoria leccionada neste curso, adquiri alguma bibliografia, nomeadamente sobre ventilação e acerca dos cuidados de enfermagem ao doente crítico, cuja consulta permitiu-me compreender e fundamentar toda a prática desenvolvida, ajudando-me num processo que considero de aquisição gradual de competências nesta área.

A Ventilação mecânica foi, numa fase inicial, a minha maior dificuldade, uma vez que onde exercia funções apenas tinha operado com um ventilador de transporte. Durante o estágio tive oportunidade de prestar cuidados inerentes ao doente ventilado de forma continuada, o que me permitiu operar com os ventiladores do serviço, nomeadamente utilizando os diferentes modos ventilatórios e realizando a sua manutenção. Adquiri capacidades de interpretação da resposta Ventilatória do doente e sempre que esta não se encontrava dentro dos parâmetros normais tentava solucionar o problema ou alertava o médico de serviço. A escolha da modalidade ventilatória é um acto médico, no entanto a avaliação das alterações do estado geral do doente inerentes à modalidade seleccionada fazem parte das funções de enfermagem.

Ainda no que diz respeito aos cuidados inerentes ao doente ventilado, aspirei secreções, tanto a nível da orofaringe como do tubo orotraqueal, realizei gasimetrias arteriais e interpretei o resultado das mesmas. Procedi aos posicionamentos para melhorar a ventilação do doente e despistei sinais de dificuldade respiratória no adulto. Quando resolvida a causa que levou à necessidade de suporte ventilatório e o estado clínico do doente melhorado, colaborei no desmame ventilatório, através da colocação do doente em ventilação espontânea, com apoio de peça em T, tendo o cuidado de observar sinais de exaustão respiratória, procedendo de seguida à sua extubação.

Mas no doente crítico mais importante que a preparação para a alta, é a actuação eficaz, em situação emergente, da entubação orotraqueal.

De acordo com Marcelino (2008, p. 35), em relação à entubação orotraqueal:

“Apesar da maioria das entubações orotraqueais serem de fácil realização, a abordagem da via aérea em ambiente de cuidados intensivos reveste – se de algumas particularidades, decorrentes das comorbilidades e da reserva fisiológica limitada presentes em cada doente. A estas associa – se ainda a urgência/emergência de realizar a entubação, o que impede uma avaliação programada do doente. Estas particularidades podem levar à ocorrência de complicações e, no limite, à morte do doente das manobras para conseguir a entubação orotraqueal.”

Colaborei numa entubação orotraqueal em situação de emergência mediante a administração de fármacos sedativos, hipnóticos e relaxantes, para o que permaneci atenta aos efeitos secundários. Procedi à pré-oxigenação com insuflador manual e coloquei tubo de mayo, colaborei no acto de entubar, tendo o cuidado de verificar a fixação do tubo orotraqueal. Este procedimento em ambiente de cuidados intensivos, exige conhecimentos, destreza e segurança pelas complicações que daqui podem advir para o doente e pela necessidade emergente de ventilação.

A monitorização hemodinâmica designa os métodos especializados de avaliar o desempenho cardiovascular. Os métodos mais utilizados em cuidados intensivos são os que se obtêm através de cateterismos arteriais e cateterismos venosos centrais.

Neste âmbito e no que diz respeito aos cuidados inerentes aos cateterismos arteriais e venosos centrais, preparei o material necessário e colaborei na sua colocação, extracção e manutenção, tendo em conta os protocolos existentes no serviço.

Manipulei o cateter arterial aquando das colheitas de sangue para gasimetrias, para análise de rotina, tendo sempre em conta os princípios de assepsia. Abordei também o cateter venoso central na administração de fármacos, nutrições parentéricas e na mudança das linhas e todos os sistemas de perfusão de três em três dias. Segundo as guidelines de 2002 do Centers for Disease Control and prevention e Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (CDC/HICPAC), os sistemas de perfusão deverão ser substituídas de 72 em 72H, considera que estes tempos são seguros. Na administração de sangue e seus derivados e emulsões lipídicas a substituição do sistema de perfusão deverá ser feita de 24 em 24H. Os prolongadores utilizados na administração de propofol devem ser substituídos a cada 6 a 12H. A substituição mais frequente aumenta o risco de infecção pela manipulação e aumenta os custos. De encontro a estas guidelines, as seringas e prolongadores utilizados na perfusão de propofol eram substituídos em cada turno; a bolsa de alimentação parentérica, assim como os sistemas e prolongadores de perfusão eram substituídos diariamente.

Todos os sinais vitais, Pressão venosa central (PVC), a saturação periférica de oxigénio (SPO2) e parâmetros ventilatórios eram avaliados e registados horariamente em folha própria. A PVC é a medição da pressão venosa central, avaliada a nível da aurícula direita e pode ser medida mediante a introdução de um cateter nas veias jugular, subclávia ou qualquer outra grande veia. É importante para a avaliação de excessos ou défices de volumes de líquidos, daí a importância da sua monitorização e interpretação, adaptando a cada situação clínica.

Nos doentes com instabilidade hemodinâmica geri drogas vasoactivas, administrei fluidos como coloides e cristalóides, tendo sempre atenção aos efeitos adversos dos mesmos conseguindo, deste modo, recuperar e manter a estabilidade hemodinâmica do doente. Considero que o desenvolvimento destas actividades permitiram, a este nível, obter ganhos em termos de competências técnicas e científicas.

Em relação à avaliação da função renal, monitorizei os débitos urinários, vigiei as características da urina, geri diuréticos e quando esta não era eficaz, colaborei na colocação de cateter de diálise para técnicas contínuas de substituição renal e procedi aos cuidados inerentes à sua manutenção. Prestei ainda cuidados inerentes ao cateterismo vesical e efectuei os balanços hídricos, de acordo com o protocolo da Unidade. Demonstrei apresentar competências científicas quando geri diuréticos e adquiri competências técnicas na colaboração da colocação dos cateteres de diálise e na manutenção da técnica dialítica.

Em termos de estado de consciência, os doentes encontravam-se sedados, na sua maioria em Ramsay 5/6, na Escala de Ramsay, com perfusões de fármacos sedativos e analgésicos, cuja gestão depende da situação ou manifestações dos doentes.

Os doentes em estado crítico sofrem dor substancial em consequência de situações patológicas, traumatismos, intervenções terapêuticas como cirurgia e múltiplos procedimentos de diagnóstico invasivos. Mesmo os doentes inconscientes apresentam desconforto, necessitando de analgesia. A experiência da dor é agravada pelo medo e ansiedade. A dor é um factor de stress significativo nos doentes em estado crítico e contribui para outros problemas como a confusão, ventilação inadequada, imobilidade. (Swearingen e Keen, 2003)

Tendo presentes estes princípios, geri a administração de analgésicos que se encontravam em perfusão. Dado que, a terapêutica muitas vezes provoca instabilidade hemodinâmica, estive sempre atenta aos parâmetros vitais e despistei possíveis efeitos secundários. Aquando da prestação dos cuidados de higiene e conforto e sempre que pertinente, eram administrados bolus de sedação e analgesia. Só se iniciava o desmame de sedação quando as condições clínicas do doente permitiam iniciar o desmame ventilatório. Considero que adquiri competências ao nível da gestão da sedação, analgesia e curarização do doente crítico.

Um doente mal nutrido em proteínas e calorias correlacionam se com um aumento da mortalidade e morbidade, compromisso imunitário, atraso na cicatrização das feridas, infecção e falência orgânica. (Swearingen e Keen, 2003)

Por isso, é de extrema importância iniciar alimentação entérica ou parentérica o mais precocemente possível de forma a prevenir o agravamento dos deficits proteicos e calóricos, otimizando deste modo o estado geral do doente e reduzindo uma morbidade que tende a ser crescente. Para este efeito, administrei alimentação entérica de forma contínua, por sonda nasogástrica, prestando todos os cuidados inerentes a esta, nomeadamente avaliava o pH e estase gástricos do doente para verificar a sua tolerância.

A nutrição parentérica é instituída aos doentes que não podem ser submetidos a alimentação entérica sendo administrada com recurso a um cateter venoso central. As soluções parentéricas são constituídas de combinações de glicose, aminoácidos, lipídios, electrólitos, vitaminas e oligoelementos num recipiente único.

Procedi à preparação de bolsas de nutrição parentérica total, tendo em conta os cuidados com a assepsia utilizando técnica cirúrgica. Face ao exposto considero que detenho agora um maior domínio na administração e monitorização da alimentação no doente crítico.

De acordo com Swearingen (2003, p. 775),

“O potássio é o principal catião intracelular, desempenhando um papel vital no metabolismo da célula. Pelos seus efeitos no potencial de repouso da membrana das células nervosas e cardíacas, os níveis séricos anormais de potássio afectam negativamente a função neuromuscular e cardíaca...” “As alterações agudas no pH sérico são acompanhadas por alterações recíprocas na concentração sérica do potássio...”

Daqui se infere que a monitorização e estabilização dos níveis séricos de potássio é muito importante, não apenas através dos resultados analíticos ou gasimétricos mas também através da observação do traçado electrocardiográfico que me permitia verificar se existia uma provável alteração.

Considera também o mesmo autor que ao desequilíbrio do sódio se associam alterações da osmolaridade, sendo este um ião fundamental na manutenção, irritabilidade e condução do tecido muscular e equilíbrio ácido-base.

Face à importância deste equilíbrio, efectuei a sua monitorização com base nos resultados das gasimetrias e das análises sanguíneas alertando o médico para, assim, proceder às devidas reposições de electrólitos. A monitorização dos valores do sódio permitiam-me gerir os soros a administrar.

A hiperglicémia é habitual em doentes em estado crítico, pelo que, era avaliada a glicemia capilar pelo menos duas vezes por turno e sempre que necessário. Desta forma geri a perfusão de insulina rápida, segundo protocolo instituído no serviço.

Devido à imobilidade dos doentes e ao seu elevado grau de dependência, posicionei os mesmos de 2 em 2 ou 3 em 3 horas mantendo um alinhamento corporal correcto, de forma a, reduzir a tensão sobre as articulações, prevenir as contracturas, minimizar a pressão nas proeminências ósseas e promover a máxima expansão torácica.

O doente crítico encontra-se muitas vezes imunodeprimido e, por vezes, infectado com microrganismos de estirpes multiresistentes. Apesar de estas situações serem comuns na minha prática profissional, tomei todas as providências inerentes a cada situação, nomeadamente os cuidados que exige cada tipo de isolamento.

Durante o ensino clínico, prestei cuidados a uma senhora internada com diagnóstico de morte cerebral, pelo que tive oportunidade de colaborar na manutenção dos parâmetros vitais e na confirmação de morte cerebral. Observei ainda a remoção das córneas dessa mesma doente. Toda a pessoa, em morte cerebral é potencial dador de órgãos até prova em contrário, nos

termos do artigo 10º da lei nº22/2007 de 29 de Junho. Os testes para diagnosticar morte cerebral, são realizados por um Neurocirurgião e um médico com experiência em cuidados intensivos, nos quais o enfermeiro apenas tem um papel de colaboração. A sua maior função é na manutenção do dador até ser transportado para o Bloco Operatório, desta experiência adquiri competência científicas e técnicas na manutenção do dador, nomeadamente corrigir a hipovolémia, combater a hipotermia, corrigir electrólitos e glicemia, manter os parâmetros vitais estáveis como, Pressão Arterial Sistólica: 100mmHg; Diurese Horária: 100ml; Pa de Oxigénio: 100%; Glicemia: 100mg/dl;

Colaborei na admissão dos doentes, assim como em todos os procedimentos de medida emergente necessários. Quando o estado de consciência dos doentes permitia, fiz o devido acolhimento à unidade. Colaborei também na preparação da alta do doente, demonstrei competências relacionais com o doente crítico.

O envolvimento da família/pessoa significativa não deverá ser descurada, o enfermeiro deve acolher a família de forma calorosa, mostrar disponibilidade e prepará-la para o que irá encontrar, nomeadamente os tubos, monitor, ventilador, cateteres, para tentar minimizar a ansiedade destes. Deverá ser informada do estado geral do seu familiar, devendo-se no entanto, ter em atenção às informações dadas por telefone, as quais deverão ser mínimas, avisando-a que serão fornecidas mais informações no horário de visitas, segundo a norma da Unidade. Sempre que possível encaminhei para o médico. Neste contexto, procurei estabelecer sempre com os familiares e doentes uma comunicação assertiva, tentando sempre manter uma relação empática. Dei informações acerca do estado geral do doente, respeitando as normas éticas do segredo profissional e da vontade do doente. Expliquei -lhes para que servia todo aquele equipamento de forma clara e simples, visto que o ambiente de uma unidade de cuidados intensivos poderá ser aterrorizador. Aos doentes independentemente do nível de sedação ou estado de consciência, explicava todos os procedimentos aos quais os iria submeter. Apesar do nível de sedação ou estado de consciência, este tem o direito de perceber o tratamento a que vai ser submetido. Verifiquei que se mostrava mais calmo e mais estável

durante a prestação de cuidados, noção que eu não tinha antes de lidar com o doente crítico.

Deverá ser feita também o enquadramento espaço-temporal do doente, informava o do dia, mês, ano e hora. O serviço possui relógios na parede importantes para o doente se manter orientado no tempo. A iluminação e a música ambiente eram reduzidas à noite para o doente ter noção do ciclo circadiano.

1.3. MÓDULO III – VMER/ UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS/ SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

O estágio de opção foi realizado em três serviços diferentes mas complementares.

As 180 horas foram repartidas da seguinte forma: 5 turnos na VMER, do Hospital S. Teotónio de Viseu, 1 turno no CODU em Coimbra, 8 turnos na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários e 8 turnos no serviço de Cardiologia, do Hospital S. Teotónio de Viseu

Os turnos na VMER e CODU são de 8 horas cada. Realizei 3 turnos da manhã e 2 da tarde na VMER. Não tive nenhum tutor, acompanhei e colaborei com o enfermeiro que esteve de serviço nesses períodos.

Na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (U.C.I.C.) realizei 8 turnos no período das 8 às 16 horas. Este módulo decorreu sob a orientação tutorial da Enfermeira Natália Albuquerque e por parte da Universidade Católica estive sob a orientação do Enfermeiro Jorge Melo. No entanto, acompanhei na prestação de cuidados e realizei os turnos do Enfermeiro Luís Marques.

No serviço de Cardiologia, realizei 8 turnos, sob a orientação tutorial do Enfermeiro José António, realizei 7 turnos no período das 8 às 16 horas e 1 turno no período das 16 às 24 horas, para conhecer a dinâmica deste período de trabalho.

1.3.1. Caracterização dos serviços

A VMER, Viatura Médica de Emergência e Reanimação, é um veículo de intervenção pré – hospitalar, destinado ao transporte de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente. Esta viatura dispõe de equipamento de SAV (Suporte Avançado de Vida). Actua na dependência dos Centros Orientadores de Doentes Urgentes (CODU). A VMER tem, habitualmente, uma base hospitalar. O accionamento destas unidades é feito através do INEM/CODU, segundo critérios rigorosamente protocolados para a resolução de situações em que o risco de vida possa estar associado. A VMER tem ainda como principal objectivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência. As VMER poderão ainda ser entendidas como um prolongamento dos serviços de urgência à comunidade. A sua tripulação é constituída por dois profissionais de saúde, 1 médico (chefe de equipa), 1 enfermeiro (com formação específica em condução de emergência).

O INEM, é o organismo do ministério da saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal continental, de um sistema integrado de Emergência Médica, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correcta prestação de cuidados de saúde.

Os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM asseguram a medicalização do Número Europeu de Emergência 112. O seu funcionamento é assegurado ao longo das 24 horas do dia por profissionais qualificados (médicos e operadores). Cabe ao CODU atender e avaliar, no mais curto espaço de tempo, os pedidos de socorro recebidos, com o objectivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso.

O serviço de Cardiologia fica situado no 4º piso, onde se encontram seis enfermarias com quatro camas e dois quartos individuais.

O serviço de Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC) é constituído por cinco quartos individuais, uma enfermaria com três camas, um balcão de vigilância com um monitor onde se podem monitorizar os sinais vitais

de todos os doentes internados. Cada unidade do doente é constituída por uma cama articulada, um monitor cardíaco, rampa de oxigénio, rampa de aspiração e uma mesa de apoio com material necessário à prestação de cuidados.

1.3.2. Análise das Actividades desenvolvidas

Dos cinco turnos que efectuei na VMER acompanhei a Equipa para as situações em que o CODU accionou a mesma. Considero que a experiência adquirida neste estágio depende do número de vezes e da situação clínica dos doentes para os quais a VMER é accionada. Assim, as oportunidades de aprendizagem foram reduzidas visto que, em dois dos turnos, não houve nenhuma saída e nos outros, apenas ocorreram uma ou duas, para situações não muito graves, em que nenhuma delas abordava o doente com Enfarte Agudo do Miocárdio. Embora seja deveras importante a abordagem do doente crítico no pré hospitalar, o meu interesse para este estágio fosse mais direccionado para o doente com Enfarte Agudo do Miocárdio, de forma a deter experiência na abordagem desde o pré-hospitalar até à alta dos doentes com esta patologia.

Apesar da passagem pela VMER ser apenas de observação, colaborei com o Médico e Enfermeiro de serviço nesse turno em todas as actividades. Cooperei no início de cada turno, na verificação das malas, com a contagem de todo o material necessário à realização de Suporte Avançado de Vida, recorrendo a uma check list, verifiquei as baterias do monitor desfibrilhador e as botijas de oxigénio. No regresso à base, após cada activação, era repostado todo o material utilizado e ligada a viatura à corrente eléctrica para que, os soros se mantivessem quentes. Prestei cuidados directos aos doentes recorrendo aos conhecimentos científicos adquiridos da minha experiência profissional e da minha formação pós-graduada.

Na primeira situação a VMER foi accionada para um rendez vous para uma vítima em bradicardia que apresentava -se apática e prostrada. Procedi à monitorização dos sinais vitais, puncionei um acesso venoso para

administração de fármacos que administrei e aguardei o seu resultado, fiz o acompanhamento ao Serviço de Urgência do Hospital S. Teotónio de Viseu, colaborei na transferência para a maca e relatei o sucedido aos colegas desse mesmo serviço.

A VMER foi accionada noutra situação de uma criança de dois anos que tinha apresentado uma convulsão no Centro de saúde de Castro Daire, deslocámos – nos ao local, onde a criança se encontrava acompanhada pela sua mãe, já sem convulsões. Nesta situação apenas transmiti algumas palavras de conforto à mãe, visto a criança já se encontrar estabilizada. Acompanhei as mesmas ao serviço de Urgência Pediátrica do Hospital S. Teotónio de Viseu e relatei o que me tinha sido transmitido do acontecido.

Um outro acontecimento que me marcou foi uma chamada, para uma vítima de acidente de viação na A25. Quando chegámos ao local, encontrava-se sem sinais de vida e com restos de massa encefálica na via pública. Apenas foi confirmado o óbito e pude observar os bombeiros a procederem ao desencarceramento da mesma.

Tive também oportunidade de abordar um senhor que se encontrava no Centro de Saúde de Castro Daire e apresentava taquicardia por fibrilhação auricular. Já apresentava monitorização dos parâmetros vitais, pelo que puncionei um acesso venoso e administrei a terapêutica adequada. O doente foi transportado para o Serviço de Urgência do Hospital S. Teotónio de Viseu, durante o transporte vigiei o estado hemodinâmico e estive atenta a possíveis complicações que poderiam surgir.

Apesar do reduzido número de ocorrências, participei activamente em todas as intervenções de enfermagem, desde a prestação de cuidados ao acompanhamento do doente à instituição hospitalar, respeitando as diferentes fases, indicação e decisão, planeamento e organização e efectivação. Como se tratou de um estágio de observação fiquei a conhecer a estrutura organizacional, a metodologia, e constatei com algumas experiências a dinâmica e a necessidade de intervenção em situações de emergência, não me permitindo no entanto, adquirir competências técnicas nesta área de actuação

pela escassez de experiências. Foi muito importante para conhecer a articulação entre a abordagem pré hospitalar e o serviço de Urgência. Depreendo com esta experiência que é preciso ter uma boa preparação psicológica, técnica, destreza e na tomada de decisão pela equipa da VMER.

Em relação ao Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), foi uma experiência muito interessante na medida em que verifiquei a competência do CODU para atender e avaliar, no mais curto espaço de tempo, os pedidos de socorro recebidos, com o objectivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso. Observei como seleccionam e mobilizam, de forma criteriosa, os recursos necessários a cada caso. Asseguram o acompanhamento das equipas de socorro aquando da sua actuação no terreno e, de acordo com as informações clínicas recebidas, é ainda possível seleccionar e preparar a recepção hospitalar dos doentes, com base em critérios clínicos, geográficos e de recursos da Unidade de Saúde de destino.

Na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, dirigi a minha prestação ao doente com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), apesar de prestar cuidados a doentes com variadas patologias cardíacas.

Para uma melhor compreensão e adaptação à unidade consultei as normas, procedimentos e protocolos existentes, colocando-os em prática aquando da prestação de cuidados.

Os doentes com EAM que dão entrada na UCIC, provêm do serviço de Urgência, tendo passado primeiro, pelo serviço de hemodinâmica para realização de angioplastia coronária transluminal percutânea.

O processo de diagnóstico, numa fase inicial, deve centrar-se na exclusão de enfarte do miocárdio requerendo terapia de reperfusão imediata para minimizar a destruição do miocárdio. A história do doente e o exame físico indicam a orientação inicial para as decisões terapêuticas, a par com o electrocardiograma (ECG) e com as enzimas séricas. Esta avaliação é realizada no serviço de Urgência e, apenas após confirmação, o doente é encaminhado para a UCIC.

Neste serviço é muito importante a vigilância eléctrica e hemodinâmica do doente. Neste sentido, entendo que adquiri competências técnicas na prestação de cuidados directos a estes doentes, através da realização diária de um electrocardiograma. Adquiri conhecimentos na realização de ECG e na interpretação dos traçados electrocardiográficos. Deverá ser tido em conta que, com o doente em repouso e sem dor, o ECG de 12 derivações pode ser normal e por conseguinte, este exame deve ser realizado durante um episódio de dor anginosa. São significativas as alterações do segmento ST e da onda T que ocorrem durante a dor espontânea e desaparecem com o alívio da dor. A alteração mais característica é o infradesnivelamento do segmento ST, com ou sem a inversão da onda T, pelo que é necessária uma vigilância apertada destes doentes, ao nível da avaliação do traçado electrocardiográfico fornecido pela monitorização continua do monitor cardíaca ou pelo ECG. A monitorização dos sinais vitais é feita continuamente e registada em folha própria, horariamente, tendo em especial atenção, o traçado eléctrico.

Vigiei os resultados analíticos tendo especial atenção aos níveis séricos das enzimas ao longo do internamento. Esta avaliação e vigilância é de extrema importância porque a subida do valor de creatininaquinase (CK) ou creatininafosfoquinase (CPK) têm inicio cerca de duas horas após o enfarte do miocárdio e atinge o valor máximo em 24h. Outras enzimas tais como as de mioglobina e da troponina plasmática, podem fornecer melhor informação sobre se existe enfarte nos estádios precoces da necrose dos tecidos.

Tomei conhecimento da medicação prescrita, principalmente para prevenção da formação de trombos coronários, como os anticoagulantes e antiagregantes plaquetários. Estes fármacos, em doentes com EAM, impedem o encerramento completo das artérias coronárias ou previnem uma maior formação de coágulos. Neste âmbito administrei esta terapêutica, despistei efeitos secundários e fiz ensino acerca da importância da continuação no domicílio, a toma desta medicação.

Observei um cateterismo cardíaco e uma angioplastia coronária transluminal percutânea com colocação de stent intracoronário, no serviço de hemodinâmica.

Swearingen (2003, p. 301), define cateterismo cardíaco como:

“...um exame que serve para determinar a presença e a extensão da doença coronária arterial ou valvular, como causa do enfarte do miocárdio. Determina com fiabilidade a perfusão coronária das metades direita e esquerda do coração. Um cateter radiopaco é inserido através de um vaso periférico e encaminhado para o coração, onde são feitas as medições da fracção de ejeção, do grau de estenose dos vasos e câmaras (aurículas e ventrículos) e da mobilidade das paredes. As características das lesões podem ser descritas para prescrição do tratamento mais adequado. Permite também a injeção directa de trombolíticos no sistema coronário durante o EAM.”

Também este autor define a Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea (ACTP) como:

“A Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea (ACTP), é um procedimento invasivo que se destina a melhorar o fluxo sanguíneo através das artérias coronárias estenosadas. Um cateter com balão na ponta é inserido na lesão da artéria coronária e o balão é enchido de maneira a comprimir o material da placa contra a parede do vaso, abrindo assim o lúmen estenosado. Os stents são tubos de malha metálica que se usam para manter as artérias abertas e são colocados durante a ACTP.”

Adquiriti competências científicas através da observação destes métodos de tratamento e diagnóstico. Na unidade despistei complicações que poderão advir destes exames, como a hemorragia no local de inserção do cateter, disritmias e insuficiência circulatória.

Prestei todos os cuidados de enfermagem inerentes ao doente com Enfarte agudo do miocárdio, adquirindo competências técnicas e relacionais nesta

área, respeitando o repouso necessário do doente e despistando complicações.

Quando o doente se encontrava estabilizado era transferido para o serviço de Cardiologia.

Colaborei com a Enfermeira Natália na gestão dos materiais e medicação e actividades relacionadas com a gestão da unidade.

No serviço de Cardiologia colaborei na prestação de cuidados, mas o meu grande objectivo foi ir de encontro às necessidades dos doentes com EAM. Nesta fase, o cuidado mais importante foi a da realização do ensino focalizado numa melhor compreensão da doença, bem como nas necessárias alterações ao estilo de vida tendo em vista a alteração dos factores de risco, que são de extrema importância nestes doentes como forma de prevenir novos episódios de enfarte. Abordei os doentes na identificação dos seus factores de risco específicos e como modificá-los, como dieta, os riscos inerentes ao tabagismo, como gerir o stress através de técnicas de relaxamento. Expliquei a importância da medicação prescrita, incluindo a finalidade da toma da mesma, horários, precauções e potenciais efeitos colaterais. Fiz ensinamentos ao doente sobre as acções a serem empreendidas se a dor torácica não for aliviada ou aumentar a intensidade. Informei acerca das limitações da actividade e não sobrestimar as capacidades, pelo contrário começar devagar e evoluir gradualmente. Dei orientações para a actividade sexual, linhas gerais que podem ajudar o doente e o parceiro a gozarem uma relação sexual satisfatória, minimizando a sobrecarga cardíaca.

2 – CONCLUSÃO

Chegado ao término deste estágio, posso concluir de imediato que a passagem por todos os campos de estágio deste Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica se revelou muito gratificante.

Para atingir os objectivos propostos do projecto de estágio e adquirir competências que lhe estariam inerentes, tive sempre presente de um espírito reflexivo e crítico relativamente aos cuidados prestados e aos problemas que estavam subjacentes. Para colmatar este desafio, recorri à consulta dos documentos disponibilizados na parte curricular deste curso, à pesquisa em bibliografia que avaliei como pertinente e aos Enfermeiros com mais experiência dos serviços/unidades, sentindo-me constantemente motivada para aquisição de novos conhecimentos e para manter de forma contínua o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Relacionei-me e integrei-me nas Equipas multidisciplinares, tive a capacidade de me integrar nos métodos de trabalho, normas, regulamentos e protocolos instituídos, sem qualquer dificuldade.

Considero que consegui em todos os módulos, de estágio, prestar cuidados individualizados e assumir os cuidados aos doentes que eram distribuídos aos meus tutores, processo que foi gradual na aquisição de conhecimentos e de competências. Demonstrei segurança na prestação de cuidados e um nível elevado de aprofundamento de conhecimentos na área da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Quando decidi inscrever-me neste curso, sabia que iria ser um grande desafio, mas que eu decidi abraçar com muita dedicação. A realização pessoal e profissional na procura de aquisição de mais conhecimentos e experiências em relação ao doente crítico foi sem dúvida o meu grande objectivo. As

dificuldades com que me deparei foram algumas como o cansaço, as viagens que tive de percorrer, a carga horária a realizar, mas que eram facilmente ultrapassadas pela força de vontade.

Inicialmente parti para esta etapa com um conjunto de objectivos que creio ter atingido. Para alcançar os meus objectivos aliei a minha força de vontade ao apoio de todos os profissionais com que trabalhei, a quem devo agradecer especialmente aos orientadores dos módulos, que contribuíram neste meu processo de aprendizagem.

Este percurso permitiu-me adquirir competências de destreza, planificação e tomada de decisão, perante situações complexas e imprevistas, pelo aperfeiçoamento no meu desempenho nas vertentes, técnica, científica e relacional nas diferentes fases do percurso do doente crítico, nomeadamente desde a sua estabilização em ambiente pré-hospitalar, na sua abordagem em contexto de Serviço de urgência e na manutenção do seu equilíbrio no âmbito de Cuidados Intensivos. Possibilitou-me ainda um enriquecimento a nível da capacidade de raciocínio e definição de prioridades nas diferentes fases do processo que constitui o percurso do doente crítico.

BIBLIOGRAFIA

Marcelino, P.(2008). *Manual de ventilação mecânica no adulto: abordagem ao doente crítico*. Loures: Lusociência.

O´Grady, N. P. (2002). *Guidelines for the prevention of intravascular catheter – Related infections*. Agosto 9, 2002, de <http://www.cdc.gov>

Swearingen, P.L. & Keen, J. H. (2003). *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes*. 4ª ed. Loures: Lusociência.

www.dre.pt

www.inem.pt

<http://portal.alert-online.com/>

www.portaldasaude.pt