



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Centro Regional das Beiras

MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Sandra Marina Santos Nunes

Viseu, 2009



UNIVERSIDADE CATÓLICA 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 da Saúde
para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem,
com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica,
sob orientação do Mestre Olivério Ribeiro

Sandra Marina Santos Nunes

Viseu, 2009

Àqueles que directa ou indirectamente contribuíram
para que atingisse o meu objectivo.

A todos os que altruistamente se esforçaram, me motivaram e demonstraram empatia ao
longo desta minha viagem.

A ti, sempre presente, por entenderes a minha ausência.

O meu sincero obrigado.

RESUMO

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

O estágio desenvolvido dividiu-se em três módulos, cada um com uma carga horária de 180 horas. O Módulo I desenvolveu-se entre Junho e Julho de 2008, no Serviço de Urgência do Hospital Distrital da Figueira da Foz; O Módulo II decorreu nos meses de Novembro e Dezembro de 2008, no Serviço de Cuidados Intensivos Médicos do Hospital Pedro Hispano em Matosinhos; O módulo III, estágio opcional, foi realizado no âmbito da Assistência Pré-hospitalar – INEM Delegação do Centro e Enfermagem Perioperatória – Bloco Operatório do Hospital Distrital de Pombal, durante os meses de Janeiro e Fevereiro de 2009.

O grande objectivo definido para este estágio foi o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas, aliando a prática à reflexão crítica, com o desígnio de prestar cuidados de melhor qualidade ao doente crítico e sua família. Permitindo expandir e aperfeiçoar essas mesmas competências enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, de forma a dar continuidade, enriquecer e complementar o percurso desenvolvido a nível pessoal e profissional.

Intervim 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, possibilitando um enriquecimento significativo ao nível da capacidade de raciocínio e definição de prioridades perante situações complexas e imprevistas. Do mesmo modo que contribuiu para o envolvimento e sensibilização das equipas multiprofissionais para a optimização do seu desempenho.

ABSTRACT

This report reflects the activities developed in the practical component of the Specialisation Course / Master's Degree in Medical-Surgical Nursing of Instituto de Ciências da Saúde, run by Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras.

The training course was divided in three modules, each one 180 hours long. Module I occurred between June and July 2008, at the Emergency Service of Hospital Distrital da Figueira da Foz. Module II took place in November and December 2008, at the Intensive Medical Care Service in Hospital Pedro Hispano in Matosinhos. Module III, an optional training course, was developed in the areas of Pre-Hospitalisation Assistance (INEM-Delegação do Centro) and Surgical procedure Nursing (Surgery Room of Hospital Distrital de Pombal), in January and February 2009.

The main goal defined for this training course was the improvement of scientific, technical and interpersonal skills, connecting practice to critical reflection, aiming to provide the best assistance to the critical patient and his/her family. Therefore, this was an opportunity to expand and broaden those skills as a future qualified nurse in Medical-Surgical Nursing, in order to ensure continuity, enrich and complement my career path, both personally and professionally.

My intervention ranged all the phases of the process that constitute the course of a critical patient, specifically his/her stabilisation and transportation in pre-hospitalisation environment, his/her approach in the context of Emergency Room and the maintenance of his/her balance when admitted into the Intensive Care Unit. This experience allowed me to acquire skills of dexterity, planning and decision-making, permitting a highly significant enrichment of the capacity of thinking and defining priorities when facing complex and unexpected situations. Furthermore, it contributed to the involvement and awareness of multidisciplinary teams in regard to the importance of optimising their performance.

Lista de Siglas

AESOP- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN- Association of periOperative Registered Nurses

BO- Bloco Operatório

CHC- Centro Hospitalar de Coimbra

CIAV- Centro de Informação Anti-venenos

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPAP- Contínuos Positive Airway Pressure

CO2- Dióxido de Carbono

CODU- Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECG- Electrocardiograma

EEMC- Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EORNA- European Operating Room Nurses Association

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Leiria

FiO2- Fracção inspirada de Oxigénio

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

O2- Oxigénio

PANI- Pressão Arterial Não Invasiva

PVC- Pressão Venosa Central

SCIM- Serviço de Cuidados Intensivos Médicos

SAV- Suporte Avançado de Vida

SIV- Suporte Imediato de Vida

SpO2- Saturação Periférica de Oxigénio

SU- Serviço de Urgência

TAC- Tomografia Axial Computorizada

TEP- Tromboembolia Pulmonar

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

VMER- Veículo Médico de Emergência e Reanimação

VNI- Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

Página

INTRODUÇÃO	5
1- MÓDULO I- SERVIÇO DE URGÊNCIA	7
1.1- CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO.....	7
1.2- DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	8
2- MÓDULO II- CUIDADOS INTENSIVOS	16
2.1- CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO.....	16
2.2- DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	17
3- MÓDULO III- OPCIONAL	28
3.1- CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	28
3.1.1- Assistência Pré-Hospitalar - INEM – Delegação do Centro	28
3.1.2- Bloco Operatório do Hospital Distrital de Pombal	29
3.2- DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	30
3.2.1- Descrição e Análise das Actividades Desenvolvidas no INEM	30
3.2.2- Descrição e Análise das Actividades Desenvolvidas no Bloco Operatório	33
4- CONCLUSÃO	39

BILIOGRAFIA

ANEXOS

ANEXO I- Protocolo de Actuação no Doente Intoxicado por Paracetamol

ANEXO II- Riscos Ocupacionais no Perioperatório

ANEXO III- Riscos Ocupacionais no Perioperatório: Fundamentação Teórica

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Nomenclatura e definições do Sistema de Triagem de Manchester

Fonte: Manual do Formando do Grupo Português de Triagem (2002).

INTRODUÇÃO

Com a finalidade de desenvolver competências na área de prestação de Cuidados de Enfermagem ao doente crítico e sua família, o Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Pólo de Viseu, contempla no plano curricular uma vertente teórica e uma vertente prática, que consistiu na realização de um estágio. Este foi dividido por três Módulos de 180 horas cada, num total de 540 horas.

Correia (2002) refere que “a realização do ensino clínico é, antes de mais, um compromisso assumido entre docentes, alunos e profissionais, com o intuito de dotar os alunos de competências”. Para Alarcão (2001) trata-se de “um momento de excelência de formação, onde o saber da *praxis* se desenvolve sustentado pelo saber teórico, permitindo a aquisição das competências necessárias às intervenções autónomas e interdependentes para o exercício de enfermagem, visando sempre uma qualidade de cuidados que se quer excelente”.

O profissional de Enfermagem, ao longo da sua vida, deve construir os seus saberes pesquisando. Procurando estar sempre bem fundamentado e actualizado, aliando a acção à reflexão crítica com o desígnio de prestar cuidados de melhor qualidade.

Após esta etapa de aprendizagem, torna-se pertinente a elaboração de um Relatório para descrição crítica das actividades desenvolvidas durante o estágio e de que forma estas contribuíram para atingir os objectivos e consequente aquisição de competências científicas, técnicas e humanas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Neste âmbito, o Relatório surge do estágio realizado, dividido em três Módulos e apresentados por ordem cronológica:

- Módulo I- Serviço de Urgência, realizado no Hospital Distrital da Figueira da Foz;
- Módulo II- Cuidados Intensivos, realizado no Serviço de Cuidados Intensivos Médicos do Hospital Pedro Hispano;
- Módulo III- Opcional, realizado no âmbito da Assistência Pré-Hospitalar (INEM) – SIV Pombal, VMER Figueira da Foz e CODU Coimbra e Enfermagem Perioperatória, realizado no Bloco Operatório do Hospital Distrital de Pombal.

O presente Relatório tem como objectivos:

- Descrever as actividades realizadas durante os diversos Módulos de Estágio.
- Realizar a análise crítica e reflexiva das ditas actividades.
- Demonstrar a aquisição de competências na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Na elaboração deste Relatório a metodologia de trabalho subjacente é descritiva, pretendendo-se fazer uma análise reflexiva do percurso desenvolvido durante o Estágio.

Divide-se em 5 Capítulos Gerais: Introdução, Módulo I, Módulo II, Módulo III e Conclusão.

1- MÓDULO I- SERVIÇO DE URGÊNCIA

Tal como referido anteriormente, o módulo I, relativo ao Serviço de Urgência foi realizado no Hospital Distrital da Figueira da Foz. Decorreu entre os meses de Junho e Julho de 2008, com a realização de turnos de Manhã e Tarde, conforme horários praticados pela Sra. Enfermeira Especialista tutora do ensino clínico em questão. Durante a permanência neste campo de Estágio foi possível passar de forma rotativa por todos os sectores que constituem o serviço levando, deste modo, a uma aprendizagem mais ampla acerca da realidade de um Serviço de Urgência Hospitalar.

1.1- CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

O Hospital Distrital da Figueira da Foz tem como Missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade integrados na rede do Sistema Nacional de Saúde, na sua área de influência: Conselhos da Figueira da Foz, Pombal, Soure, Montemor-o-Velho, Cantanhede e Mira, correspondente a 2013.1 km² de área e a uma população residente de 215.819 habitantes. Adoptou como Valores o facto do Hospital e os seus colaboradores exercerem a sua actividade através de procedimentos e atitudes assentes em práticas humanistas e princípios estruturais, num quadro permanente e actuante de dignificação humana e profissional, de responsabilização e de diálogo. Hospital que apesar de infra-estruturas envelhecidas presta cuidados de assistência ao cliente com eficiência e eficácia, estabelecendo padrões de qualidade para servir os seus utentes.

O Serviço de Urgência possui as valências médicas de Clínica Geral, Cirurgia Geral, Ortopedia e Medicina Interna, encontrando-se estruturado com uma Sala de Triagem, Sala de Emergência, Gabinete de administração de terapêutica, Sala de trabalho/preparação de terapêutica, Gabinete de Cirurgia Geral, Gabinete de Ortopedia, Gabinete de Medicina Interna e Sala de Observação Homens e Mulheres.

A média de atendimento é de 300 utentes/dia, segundo informação da Sra. Enfermeira Especialista.

A equipa de Enfermagem, distribui-se pelas diversas áreas de prestação de cuidados em regime de rotatividade, em turnos de trabalho de 7 ou 8 horas, consoante os elementos, sendo em condições normais distribuídos da seguinte forma:

Turno 0h-8h → 4 Enfermeiros

Turno 8h-16h → 6 Enfermeiros

Turno 16h-0h → 6 Enfermeiros

A equipa médica é diversificada e distribuída pelas especialidades anteriormente referidas. Conta-se também com secretariado, auxiliares de acção médica, técnicos de análises clínicas, de radiologia e cardio-pneumologia.

1.2- DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Ao longo do Estágio prestei cuidados directos aos utentes, colaborando com a restante equipa clínica nas salas de triagem, medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, terapêutica de clínica geral, emergência e sala de observações. Tive sempre por base de actuação uma prática baseada na evidência e na fundamentação científica, tendo em vista a prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade, congruentes com as necessidades dos utentes, mobilizando para isso os conhecimentos adquiridos na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Estabeleci uma relação socioprofissional baseada no espírito de equipa e na comunicação assertiva, tendo em vista a concretização dos seguintes objectivos que passo a descrever:

– Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

– Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

– *Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.*

A fim de melhor concretizar estes objectivos e com o propósito de facilitar a aquisição de competências foram elaborados os seguintes objectivos pessoais:

1. Conhecer a estrutura, organização, recursos e metodologia de trabalho do Serviço de Urgência;
2. Conhecer e aplicar normas e protocolos estabelecidos no serviço para os cuidados ao doente crítico;
3. Identificar, fundamentar e intervir nos problemas de Enfermagem apresentados pelo doente crítico, aplicando os conhecimentos adquiridos na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, no contexto de urgência/emergência tendo uma visão de especialista;
4. Desenvolver competências que permitam dinamizar processos de melhoria, mudança e inovação do serviço, indo de encontro às necessidades do serviço e profissionais;
5. Conhecer a articulação do Serviço de Urgência com o Pré-Hospitalar e com os restantes Serviços da Instituição;
6. Desenvolver prática na triagem de doentes através do Sistema de Triagem de Manchester.

A rotatividade pelos diversos sectores foi uma das formas de perceber a organização e dinâmica do Serviço de Urgência. A concretização dos objectivos pessoais – *Conhecer a estrutura, organização, recursos e metodologia de trabalho do Serviço de Urgência e Conhecer a articulação do Serviço de Urgência com o Pré-Hospitalar e com os restantes Serviços da Instituição* teve início logo no primeiro dia de Estágio, com a realização de uma visita guiada pela Sra. Enfermeira Chefe ao Serviço e ao restante Hospital, explicando o funcionamento/articulação entre o Serviço de Urgência e os demais, entre o Serviço de Urgência e o Pré-Hospitalar e entre o Hospital e as diversas Instituições com que se relaciona.

A minha integração no Serviço foi feita de uma forma gradual e contínua.

O primeiro contacto do utente que recorre ao Serviço de Urgência é feito com o Enfermeiro da Sala de Triagem, através do sistema de Triagem de Manchester, que tem como objectivo priorizar os doentes consoante a gravidade clínica com que se apresentam no serviço.

Esta escala de triagem é dividida em 5 categorias, a cada uma das quais é atribuído um nome, uma cor e um tempo alvo aceitável, em minutos, até ao primeiro contacto com o médico. (Tabela 1)

Tabela 1- Nomenclatura e definições do Sistema de Triagem de Manchester

NOME	COR	TEMPO ALVO
Emergente	Vermelho	0'
Muito Urgente	Laranja	10'
Urgente	Amarelo	60'
Pouco Urgente	Verde	120'
Não Urgente	Azul	240'

Fonte: Manual do Formando do Grupo Português de Triagem (2002)

Concomitante com esta classificação de prioridades faz-se o encaminhamento dos utentes para as respectivas valências médicas.

Neste sector tive oportunidade de colaborar com o Enfermeiro “triador”, facto aliciante, uma vez que já tinha realizado o Curso de Triagem de Manchester, mas ainda não tinha tido oportunidade de pôr em prática os conhecimentos adquiridos, permitindo-me assim atingir o objectivo pessoal relativo ao *Desenvolvimento da prática de triagem através do sistema de Triagem de Manchester*.

Verifiquei que é diversificado o rol de utentes que acorrem ao Serviço de Urgência, enviados pelos centros de saúde/médico assistente, lares e outras instituições, domicílio, trazidos pelos meios de assistência pré-hospitalar (Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa, Ambulância de Suporte Imediato de Vida e Viatura Médica de Emergência e Reanimação), ou pelos próprios meios.

A tomada de decisões é parte integrante e importante da prática de Enfermagem.

Neste sector o Enfermeiro tem de ter uma actuação rápida de forma a colher e analisar informações essenciais para identificar o problema do utente - queixa apresentada - sendo esta o principal sinal ou sintoma identificado pelo doente ou pelo profissional de saúde.

A primeira parte deste método de triagem requer que se seleccione uma condição apropriada da lista de fluxogramas para de seguida se determinar a prioridade real do utente, através dos discriminadores gerais e específicos para cada um daqueles. Isto por vezes causa dúvidas e dificuldades ao Enfermeiro “triador”, pois nem todos os utentes têm a capacidade de se exprimir bem, de caracterizar as sensações que experimentam, de descrever os sintomas, de qualificar e mensurar a dor.

Deparamo-nos também com situações complexas em que há pouca informação sobre o sucedido ou esta é incompleta, mesmo a nível de conhecimento dos antecedentes e patologias inerentes, seja porque os utentes se encontram agressivos, não colaborantes ou incapacitados.

Verifica-se também que alguns utentes se dirigem ao Serviço de Urgência, não por terem necessidade de atendimento urgente ou emergente, mas porque não obtêm consulta nos respectivos centros de saúde/médico de família. Perante isto tive oportunidade de os ir informando e sensibilizando para uma correcta utilização do Serviço, propondo também o contacto prévio com a linha de Saúde 24 (serviço on-line ou telefónico) pois esta presta aconselhamento terapêutico e esclarecimento de dúvidas, disponibiliza triagem e encaminhamento em situações de doença, melhorando a acessibilidade das situações verdadeiramente urgentes/emergentes, a racionalização dos recursos existentes e prevenindo a sobrecarga do mesmo, tantas vezes verificada devido a situações não urgentes.

Contudo, a minha acção incidiu mais sobre a sala de emergência, sendo esta uma das minhas prioridades de actuação e aquisição de competências.

A sala é constituída por duas unidades, cada uma dotada de um monitor cardíaco/desfibrilhador, ventilador, aspirador de secreções e fluidos, dispositivos de oxigenoterapia, bombas e seringas infusoras. Tem ainda, carro de emergência com todo o material necessário para prestar suporte avançado de vida, armário de terapêutica e material de traumatologia (colares cervicais, plano duro, estabilizadores, etc.).

A sala de emergência é conferida diariamente utilizando uma *checklist* para material e para fármacos. Tive oportunidade de realizar este procedimento quando fiquei de apoio a este sector.

Aqui, aperfeiçoei a destreza técnica no atendimento/manuseamento do doente Politraumatizado (Trauma Torácico, Trauma Abdominal e Traumatizados Craneoencefálicos), com Patologia do Foro Cardíaco (nomeadamente Taquicardias, Bradicardias e Enfarte Agudo do Miocárdio), Respiratório (tais como DPOC Agudizadas com Insuficiência Respiratória e Edema Agudo do Pulmão) e também Intoxicados (Intoxicação Etílica, Intoxicação por Paracetamol e Intoxicação por Organofosforados).

Surgiram também algumas situações de Paragem Cardio-Respiratória, o que exigiu da minha parte uma actuação rápida, firme e eficaz em que o trabalho em equipa se revestiu de enorme importância para dar uma resposta adequada às necessidades iminentes do utente.

Ganhei destreza em suporte avançado de vida. Para tal, inicialmente procurei conhecer a “carga” dos carros de emergência, inteirar-me do funcionamento da sala, do funcionamento dos aparelhos/equipamentos existentes no serviço, bem como conhecer as normas e protocolos estabelecidos para a assistência ao doente crítico.

Identifiquei, intervim e avaliei os problemas apresentados pelo doente crítico na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, demonstrando capacidade de análise e fazendo a ligação entre os conteúdos teóricos e as situações reais com que me deparei.

Procurei identificar precocemente as possíveis complicações da doença, agindo de forma a preveni-las. Para tal monitorizei, avaliei e registei parâmetros vitais, mantendo uma vigilância permanente ao doente com instabilidade hemodinâmica, estando atenta aos indicadores que sugerissem alterações da sua condição clínica, de forma a introduzir medidas correctivas atempadamente.

Ao longo do ensino clínico, através de momentos de partilha com a equipa, reflecti sobre aspectos éticos relacionados com a prestação de cuidados de Enfermagem ao doente crítico, nomeadamente sobre a decisão de suspender medidas de suporte de vida e a decisão de não reanimar, problemas com que tantas vezes se deparam os profissionais de saúde.

Realizei também pesquisa e revisão bibliográfica, ao nível de algoritmos de actuação em emergência, uma vez que sou detentora do Curso de Suporte Avançado de Vida ministrado pela Administração Regional de Saúde do Centro, o que me permitiu aprofundar conhecimentos qualificados na área de Enfermagem em situações de urgência/emergência, melhorando assim a assistência ao doente crítico.

Aqui, tive também oportunidade de demonstrar disponibilidade e compreensão ao doente crítico e família/pessoa significativa, fornecendo esclarecimentos sobre dúvidas relacionadas com a doença, dando informações claras e adequadas a cada situação particular, bem como prover apoio emocional respeitando as suas crenças e aplicando princípios de protecção do doente relativamente à intimidade, confidencialidade e direito à informação. Estabeleci uma relação empática e terapêutica com o cliente e familiares/acompanhantes, aperfeiçoando capacidades humanistas e consciência crítica/reflexiva.

Tive oportunidade de realizar ensinamentos a utentes e cuidadores sobre auto-cuidado, cuidados de higiene e posicionamentos de doentes semi e totalmente dependentes para a realização das actividades de vida diárias, cuidados com as sondas nasogástricas/alimentação por gavagem, com os cateteres vesicais – sua manutenção cuidada e manuseamento e oxigenoterapia no domicílio, incluindo VNI.

Tive ainda possibilidade de colaborar na gestão dos cuidados na área de EEMC. Para tal, procurei: conhecer os possíveis percursos do doente crítico, desde a sua admissão até à alta/transferência; conhecer os princípios relativos à conservação de produtos/materiais utilizados no serviço (refrigeração, abrigo da luz, ambiente seco, voláteis); conhecer o ciclo de aprovisionamento praticado no serviço; realizar pedidos de terapêutica e materiais, tendo em conta a dinâmica e necessidade do serviço; fazer a distribuição rotativa de pessoal pelos diversos sectores, tudo com a supervisão da tutora de Estágio.

Relativamente ao cumprimento do objectivo específico *“Participar e promover a investigação e formação em serviço na área de EEMC”*, bem como dos objectivos pessoais *“Identificar, fundamentar e intervir nos problemas de Enfermagem apresentados pelo doente crítico, aplicando os conhecimentos adquiridos na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, no contexto de urgência/emergência tendo uma visão de especialista e Desenvolver competências que permitam dinamizar processos de*

melhoria, mudança e inovação do serviço, indo de encontro às necessidades do serviço e profissionais” para este ensino clínico, fui observando cuidadosamente a prática dos elementos da equipa de Enfermagem, tendo feito um levantamento das necessidades formativas/ de investigação mais iminente.

Com este espírito crítico e como consequência de um episódio de intoxicação de um utente por Paracetamol, que revelou uma certa dificuldade de actuação por parte da equipa, elaborei um “Protocolo de actuação no doente intoxicado por Paracetamol” (Anexo I), após pesquisa e contacto com o CIAV, aprovado e imediatamente integrado no conjunto de protocolos de actuação no serviço. Realizei também uma sessão informal de esclarecimento sobre os materiais de pensos disponíveis no mercado e a sua indicação terapêutica, uma vez que ao desempenhar funções no Serviço de Medicina durante 8 anos contactei diariamente com feridas e adquiri muita formação nesta área, tendo notado que os enfermeiros deste SU apresentavam bastantes lacunas.

Tentei motivar a equipa para a realização de trabalhos de investigação cujos resultados fossem úteis para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente na área da prevenção e tratamento de feridas pois, é comum, encontrar doentes com escaras de decúbito ou fricção neste SU, sendo esta uma forma de conseguir adquirir mais material de prevenção, tal como colchões anti-escara ou pressão alterna, almofadas, cotoveleiras e calcanheiras de silicone, entre outros.

Tive ainda a possibilidade de participar num projecto de interesse para o serviço – a reorganização da sala de trabalho/sala de preparação de terapêutica: foram substituídos os módulos de armazenamento de fármacos, havendo uma redistribuição de uma forma mais pratica e funcional, separando a terapêutica por via de administração, distribuída e identificada por princípio activo por ordem alfabética, o que facilita o seu acesso e localização, num serviço tão exigente em que cada segundo conta. Foi ainda reformulada a organização do armário de estupefacientes seguindo o mesmo princípio.

Procurei, ao longo do estágio, demonstrar rigor, confiança e sabedoria na minha actuação, partilhando conhecimentos/experiências com a equipa multidisciplinar.

Estabeleci um diálogo construtivo com a tutora de estágio, realizando uma reflexão crítica sobre a minha actuação.

Planeei, dirigi e orientei cuidados de Enfermagem na área da EEMC, demonstrando capacidade de estabelecer uma comunicação eficaz com colegas e alunos de enfermagem que se encontravam a realizar o seu estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica 2º ano. Motivei-os, encorajando e dando suporte, servindo por vezes de modelo, assegurando práticas de qualidade e promovendo o desenvolvimento de competências profissionais nesta área, o que para mim foi fácil, pois já anteriormente tinha colaborado com a Escola Superior de Enfermagem de Leiria na orientação e supervisão de alunos em ensino clínico. Assim, foi atingido o objectivo de *Exercer supervisão do exercício profissional na área de EEMC*.

Perante o exposto, é de referir que neste campo de Estágio atingi os seguintes objectivos, para além de todos os outros já anteriormente referidos:

- *Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;*
- *Demonstrar capacidade de reagir, perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC;*
- *Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família;*
- *Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao doente crítico, segundo uma perspectiva profissional e académica avançada;*
- *Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;*
- *Zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC;*
- *Manter de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;*
- *Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;*
- *Reflectir na e sobre a sua prática, de forma crítica.*

2- MÓDULO II- CUIDADOS INTENSIVOS

Estágio com duração de 180 horas realizado no Serviço de Cuidados Intensivos Médicos do Hospital Pedro Hispano, decorrido entre os meses de Novembro e Dezembro de 2008.

Como referi anteriormente, este ensino clínico não se realizou no local inicialmente programado e foi o mais difícil de realizar, pois necessitou de um grande investimento pessoal devido à distância (Matosinhos) e à conseqüente necessidade de articulação com a vida pessoal e local de trabalho. Aqui realizei turnos de 12 horas diárias (8h-20h), tendo trabalhado apenas uma noite (20h-8h) por conveniência de horário.

2.1- CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

O Hospital Pedro Hispano está integrado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, sendo o hospital de referência do Hospital de Vila do Conde e Póvoa do Varzim. São prestados cuidados de saúde a cerca de 430.000 habitantes. Desta Unidade Local de Saúde fazem ainda parte o Centro de Diagnóstico Pneumológico e os Centros de Saúde de Matosinhos, Senhora da Hora, São Mamede da Infesta e Leça da Palmeira.

O Serviço de Cuidados Intensivos Médicos possui 7 camas, sendo 4 delas em sala aberta e 3 em quartos individuais, também utilizados como isolamento. Está integrado no Departamento de Emergência e Cuidados Intensivos, localizando-se no piso -1, junto à Urgência do referido Hospital.

A unidade dos doentes é constituída por uma cama articulada, por um braço onde se encontra toda a parte ventilatória, tal como, um ventilador Servoi, rampa de oxigénio e ar, equipamento de aspiração e monitorização, um segundo braço onde se encontram as seringas e bombas infusoras, três mesas de apoio com todo o material necessário para a prestação de cuidados e uma cortina.

A equipa de saúde é constituída por médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica e secretária clínica.

2.2- DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

As actividades desenvolvidas durante o ensino clínico tiveram, mais uma vez por base, o Guia e o Projecto de Estágio delineado previamente. Pretendo fazer uma análise sobre a concretização dos objectivos traçados inicialmente, dos momentos chave no processo de aprendizagem e daqueles mais marcantes.

A admissão de doentes faz-se através de contacto prévio. Estes provêm, sobretudo, da Emergência e da Urgência, podendo também vir de outros Serviços da Instituição ou de outras Instituições.

O método de trabalho de Enfermagem adoptado é o individual e a distribuição dos Enfermeiros é feita por doente, sendo o rácio enfermeiro/doente de 1/1 ou, no máximo, 1/2. São doentes com características e necessidades muito específicas, encontrando-se na sua grande maioria sedados, analgésicos e curarizados, dependendo totalmente de terceiros para satisfação das necessidades vitais.

A equipa multiprofissional é acolhedora e desde o primeiro dia senti empatia e colaboração. Assim, facilmente me integrei num serviço difícil e cheio de especificidade. Consegui estabelecer uma relação socioprofissional baseada no espírito de equipa e na comunicação assertiva. Foi espontânea a demonstração de disponibilidade, iniciativa e empenho em todos os cuidados e acções que desenvolvi, tentando demonstrar rigor, confiança e sabedoria na minha actuação.

No início do ensino clínico em cuidados intensivos senti-me um pouco impressionada pela magnitude e complexidade dos cuidados a prestar. Agora, após o *terminus* do Estágio, admito que esta é uma reacção razoável, porquanto nos cuidados intensivos prestam-se cuidados de Enfermagem a doentes altamente instáveis, de elevado risco e cujas condições de saúde e estabilidade hemodinâmica variam minuto a minuto.

Com o objectivo de *desenvolver competências no cuidar do doente crítico em falência multi-orgânica*, efectuei um estudo diário acerca dos conteúdos teóricos e práticos correspondentes às patologias mais frequentes na unidade e dos doentes aos quais prestei cuidados.

Realizei pesquisa bibliográfica e consultei as normas e protocolos existentes no Serviço elaborados pela equipa multidisciplinar. É de referir que houve sempre muita abertura por parte dos colegas e equipa médica para debate e reflexão sobre os casos clínicos, esclarecimento de dúvidas ou, simplesmente, debate de ideias e partilha de experiências, com vista a melhorar a assistência a este tipo de doentes. Tudo isto contribuiu para uma mobilização de conhecimentos qualificados na área de EEMC e dos cuidados ao doente crítico.

Realizei e, sobretudo, participei em todos os cuidados, técnicas e procedimentos de Enfermagem. Diariamente prestei cuidados a um ou dois doentes, consoante a situação clínica, grau de complexidade destes e lotação do serviço.

Assim, fui responsável por:

- Realizar o acolhimento do doente;
- Prestar apoio emocional, quando aplicável;
- Recolha de dados para elaboração e actualização do plano de cuidados;
- Identificação das necessidades em cuidados de Enfermagem;
- Planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados;
- Correcta utilização e conservação do material e equipamento;
- Orientação dos auxiliares de acção médica na prestação de cuidados;
- Organização funcional do espaço de trabalho;
- Manutenção dos espaços limpos e arrumados;
- Supervisão das transferências dos doentes, nomeadamente estado clínico, condições de transporte, vestuário, documentos que acompanham o doente;
- Cateterização venosa, vesical e gástrica;
- Colheita de espécimes para análise, de acordo com normas e protocolos do Serviço;
- Promoção de analgesia, quer com medidas farmacológicas, quer não farmacológicas e cuidados de higiene e conforto;
- Promoção do equilíbrio sensorial do doente;
- Preparação e administração de terapêutica, nutrição parentérica e entérica, seguindo os protocolos existentes no Serviço;
- Cuidados com o ventilador e o seu funcionamento;
- Preparação da unidade para recepção do doente;

- Colaboração na preparação do doente e realização de procedimentos médicos, tais como: entubação orotraqueal (pressão cricoideia, imobilização com nastro, insuflação do cuff, confirmação do nível do tubo à comissura labial), colocação de cateter venoso central e linha arterial, cateter de Swan-Ganz, trombólise, drenagem pleural, punção lombar e hemofiltração;
- Acompanhamento intra-hospitalar do doente crítico para realização de TAC.

Outra actividade que considero fundamental para o êxito deste objectivo está relacionada com os registos de Enfermagem.

Estes constituem um instrumento que, para além de permitirem uma informação sobre a evolução do doente crítico, da continuidade de cuidados e da sua qualidade, constituem também um suporte legal ao nosso desempenho.

Dos registos de Enfermagem em cuidados intensivos constam: as notas de admissão, as notas de evolução, os registos de transferência e alta, registos e actualizações na folha de plano de cuidados, evolução, ventilação, consciência, hemodinâmica, alimentação, eliminação, integridade cutânea, perfusões e terapêutica, análises e exames realizados; o que permite ter uma visão global e sistematizada do estado do doente e das suas carências em termos de cuidados de Enfermagem. São executados informaticamente em padrão CIPE e reavaliados diariamente. Para além disso é realizado um registo horário dos parâmetros vitais do doente.

Tive oportunidade de realizar registos e fazer levantamento de problemas de Enfermagem (focos) para implementar acções para a resolução dos mesmos, o que me permitiu ter contacto com esta forma de planeamento de actividades ainda não implementada no meu local de trabalho.

Considero ter realizado registos descritivos mas objectivos, claros e concisos, permitindo uma fácil compreensão da situação de cuidados e promovendo a sua continuidade.

A passagem de turno é outro momento de fulcral importância para a continuidade dos cuidados. No SCIM a passagem de turno é efectuada junto da unidade do doente pelo Enfermeiro responsável que sai de turno ao Enfermeiro responsável pelo doente que entra no turno, após um *briefing* realizado pelo Enfermeiro chefe de equipa.

A monitorização contínua dos parâmetros vitais assume também um papel primordial nos cuidados ao doente crítico. Durante este Estágio tive oportunidade de aprofundar conhecimentos acerca deste item, tendo para isso monitorizado, registado e analisado:

- Pressão arterial invasiva e não invasiva
- Electrocardiograma contínuo
- Oximetria
- Capnometria
- Parâmetros ventilatórios
- Pressão das vias aéreas
- Frequência respiratória
- Temperatura corporal
- Pressão venosa central
- Dor
- Escala de Glasgow

A minha actuação esteve sempre vocacionada para a prestação directa de cuidados de Enfermagem, para a compreensão e avaliação de toda a complexidade do doente crítico, em falência multi-orgânica, adicionando a necessidade de aprender a manusear toda uma panóplia de equipamentos tecnológicos, muitos dos quais desconhecia.

Este ensino clínico permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre os cuidados a prestar ao doente: a) ventilado; b) monitorizado hemodinamicamente

a) **Doente Ventilado**

Relativamente ao doente ventilado, prestei os cuidados de Enfermagem inerentes ao doente com tubo orotraqueal ou traqueostomia.

Tive oportunidade de reforçar e aplicar conhecimentos sobre os diversos tipos de modos ventilatórios. Para tal, recorri à bibliografia e pesquisa científica e contei com a disponibilidade da equipa para me ajudar a compreender a ventilação mecânica.

O suporte ventilatório consiste, basicamente, na utilização de um método de respiração que, através de um gerador mecânico, aumenta ou satisfaz inteiramente as

necessidades do fluxo aéreo do doente. Existem três modos ventilatórios: ventilação por volume, por tempo (frequentemente chamada de “ventilação controlada por pressão”) e ventilação por fluxo (usualmente chamada de “ventilação com suporte de pressão”).

A decisão de iniciar ventilação mecânica baseia-se, na maioria das vezes, em critérios clínicos de fadiga, exaustão, paragem respiratória eminente ou incapacidade de ventilação, tendo indicação para início de suporte ventilatório as anomalias ventilatórias (disfunção dos músculos respiratórios, diminuição do *drive* ventilatório e aumento da resistência das vias aéreas e/ou obstrução), bem como as anomalias de oxigenação (hipoxemia refractária, necessidade de pressão expiratória final positiva e trabalho respiratório excessivo). Pode também ser benéfica nas seguintes situações clínicas: permitir sedação e/ou bloqueio neuromuscular, diminuir o consumo de oxigénio miocárdico ou sistémico, permitir hiperventilação e facilitar o recrutamento alveolar, prevenindo atelectasias.

Para além da compreensão dos princípios da ventilação artificial é também fundamental, nos cuidados de Enfermagem ao doente ventilado, a prevenção e minimização de complicações.

Ao longo do Estágio prestei cuidados específicos no sentido de evitar complicações tais como:

- Atelectasias: provocadas por falta de inspirações profundas, pneumotórax, retenção de secreções ou por combinação destas causas. No sentido de as prevenir é necessária a frequente alternância de decúbitos, a manutenção de um adequado alinhamento corporal e de uma boa higiene pulmonar, fazendo aspiração de secreções da orofaringe e tubo orotraqueal e hiperventilação regularmente, utilizando o insuflador manual;
- Infecção Respiratória: provocada pela contaminação da prótese ventilatória, pela diminuição das defesas naturais e más condições de assepsia. Para a prevenir, é necessária uma boa higiene pulmonar, mudanças atempadas dos filtros antibacterianos dos tubos dos ventiladores, cinesiterapia respiratória e higienização nasal e oral frequentes;
- Barotraumatismo: toma a forma de pneumotórax, enfisema subcutâneo ou mediastínico e pode levar à necessidade de drenagem torácica.

É provocado em geral por elevações da pressão e/ou volume. A prevenção passa por evitar pressões altas, especialmente em doentes com DPOC, enfisematosos, ou com tecido pulmonar cicatricial. É importante estar atento a todos os sinais;

- Toxicidade de O₂: provocada por altas concentrações de O₂ por longos períodos. Manter a concentração de O₂ nos níveis mínimos necessários para satisfazer as necessidades ventilatórias do doente e realizar higiene pulmonar.

Por tudo isto é necessário estar atento aos modos ventilatórios e ao próprio ventilador, prestando cuidados inerentes à sua correcta manutenção e funcionamento, interpretar a resposta ventilatória do doente e agir em conformidade, aspirar secreções frequentemente, realizar gasometrias, monitorizar oximetria e capnografia e observar atentamente sinais e sintomas de hipóxia e hipercápnia.

Tive também oportunidade de colaborar no desmame ventilatório, onde se pretende diminuir o trabalho do ventilador e observar se o doente tem capacidade de compensar a diferença. Aquele é instaurado quando o doente recupera o controlo dos reflexos da via aérea para protecção, apresenta necessidades mínimas de oxigénio (saturação de O₂ aceitável num FiO₂ entre 30-35%), e tem frequência respiratória confortável. Este procedimento tem início com o “acordar” do doente, diminuindo a sedação. Após isto, por norma, os pacientes são colocados em pressão de suporte, com CPAP, para certificar que conseguem garantir um volume minuto espontâneo adequado.

Aqui, actuei da seguinte forma:

- Expliquei o procedimento ao doente;
- Realizei aspiração de secreções;
- Administrei broncodilatadores, segundo prescrição;
- Obtive parâmetros espontâneos;
- Elevei cabeceira do leito;
- Permiti períodos de repouso;
- Permaneci com o paciente, apoiando, tranquilizando e avaliando a sua resposta.

b) Doente monitorizado hemodinamicamente

De acordo com Rios (2001) “a monitorização é uma parte vital das unidades de cuidados intensivos e consiste em efectuar observações repetidas ou contínuas dos doentes, das suas funções fisiológicas e da função das técnicas de suporte de vida a serem usadas”.

A monitorização hemodinâmica envolve colocação de cateteres arteriais e venosos centrais e monitores com funções específicas. Durante o Estágio tive possibilidade de adquirir competência e experiência no manuseamento dos mesmos, fazendo a avaliação de forma intensiva dos seguintes parâmetros:

Pressão Venosa Central

A PVC é habitualmente monitorizada como índice da pré-carga do coração direito, supondo que reflecte a volémia do doente. A observação da curva de PVC permite obter informações relativas ao ritmo cardíaco, função da válvula tricúspide e função do coração direito. Para além da compreensão dos dados apresentados pela curva, os cuidados de Enfermagem prendem-se essencialmente com a manutenção do acesso vascular e prevenção da infecção. Para tal, diariamente verifiquei o local de inserção, despistando sinais inflamatórios e realizei penso com técnica asséptica, de acordo com as normas do serviço. No doente com instabilidade hemodinâmica geri as drogas vasoactivas e fluidos (colóides e cristalóides), interpretando a acção dos mesmos.

Pressão Arterial Invasiva

A monitorização da PA invasiva está indicada em qualquer situação que comprometa o débito cardíaco, perfusão dos tecidos ou o volume de líquidos. O sistema destina-se à medição contínua de três parâmetros da pressão arterial: sístole, diástole e pressão arterial média. Na prestação de cuidados é fundamental a preocupação com a manutenção da permeabilidade do lúmen, medição de pressão, realização de zeros ao nível da linha axilar média, pesquisa de bolhas, coágulos, torneiras parcialmente fechadas ou dobras no sistema, pesquisa de sinais de inflamação local, isquémia distal e falência mecânica.

Pressão da Artéria Pulmonar

Quando é necessária uma avaliação hemodinâmica intracardíaca é colocado um cateter de Swan-Ganz na artéria pulmonar. Este é usado para diagnóstico e avaliação de doença cardíaca, estados de choque e situações que impliquem alterações no débito cardíaco ou no volume de líquidos. No caso particular que presenciei foi também utilizado para realizar trombólise “in loco” num doente com TEP. Participei na sua colocação e prestei cuidados inerentes posteriores, tais como penso e despiste de sinais inflamatórios locais ou hemorragia.

Função renal

Monitorizei débitos urinários, características da urina e geri diuréticos. Tive oportunidade para colaborar em técnicas contínuas de substituição renal (hemofiltração), o que foi enriquecedor e estimulante, visto que me permitiu contactar com uma técnica de depuração renal com a qual nunca o tinha contactado.

Prestei alguns cuidados ao doente submetido a este procedimento, nomeadamente vigilância e pesquisa de sinais inflamatórios no local de inserção do cateter, realização do penso com técnica asséptica, vigilância da permeabilidade do acesso venoso, programação do aparelho de acordo com a prescrição clínica, substituição de solutos de reposição de potássio, bem como do dializante, pesquisa de sinais de coagulação, determinação do balanço hídrico e vigilância de parâmetros vitais.

Com estas actividades tive possibilidade de rever e adquirir muitos aspectos teóricos, aumentando o nível de conhecimentos e experiência prática, permitindo-me melhorar o desempenho profissional, também no meu local de trabalho.

Outra das preocupações constantes é com o suporte nutricional do doente crítico, uma vez que um doente desnutrido apresenta um pior prognóstico. Tendo em conta que estes pacientes apresentam um aumento do metabolismo e que a carência alimentar está associada a uma maior mortalidade e morbidade, procura-se instaurar a nutrição o mais precocemente possível. Esta tem a função de prevenir e/ou corrigir deficiências nutricionais, minimizar ou eliminar as complicações da desnutrição, promovendo a manutenção da composição corporal, reparação tecidular e funcionamento de órgãos.

Preparei e administrei alimentação entérica e parentérica, segundo prescrição médica e de acordo com protocolos do serviço, prestei todos os cuidados inerentes à sonda nasogástrica, avaliei pH gástrico e despistei estase, preparei fórmulas de nutrição parentérica utilizando técnica asséptica cirúrgica, vigiei hiperglicemia e tolerância alimentar, administrei insulina rápida em perfusão contínua, de acordo com o protocolado.

Quanto ao cumprimento do objectivo - *Reflectir sobre aspectos éticos relacionados com a prestação de cuidados de Enfermagem ao doente crítico*, apraz-me dizer o seguinte:

Durante a minha permanência no Serviço procurei adoptar uma atitude humanista e crítico/reflexiva com respeito pelos direitos, liberdades e valores dos doentes, família e comunidade, bem como pelos valores profissionais. Isto porque cada vez mais se procura que os hospitais não sejam apenas Instituições que tratam pessoas, isolando-as do seu meio, nomeadamente da família e amigos, mas sim locais cujos profissionais encontrem no doente e pessoas significativas, parceiros sociais na prestação de cuidados de saúde.

Interagi de forma amistosa e solidária com os doentes, família e equipa multidisciplinar.

Penso ter contribuído para a humanização dos cuidados com as seguintes estratégias:

- Incluindo aspectos psicossociais na colheita de dados;
- Identificando o doente pelo seu nome;
- Colocando pertences pessoais do doente junto à unidade (tais como fotografias ou outros objectos significativos);
- Promovendo a comunicação na UCI, incentivando a família a comunicar com o doente e a tocar-lhe;
- Facilitando a expressão de sentimentos de doentes e familiares, respeitando a privacidade e pudor dos primeiros;
- Prestando apoio e esclarecimento aos utentes e familiares, quando solicitada, explicando em linguagem simples e acessível a função dos diversos equipamentos tecnológicos utilizados na prestação de cuidados;
- Promovendo o sono/repouso. Para tal, tentei organizar as actividades de forma a promover períodos de descanso adequados e minimizar as interrupções do sono, encorajando uma rotina dia/noite (diminuindo periodicamente as luzes,

puxando as cortinas da Unidade do doente, diminuindo os níveis de ruído e a sobrecarga sensorial durante os períodos nocturnos);

- Promovi o conforto do doente através do uso de massagem relaxante, aplicação de creme hidratante, alternância de decúbitos e controlo da dor;
- Procurei manter o equilíbrio sensorial evitando fontes de ruído (desligando o equipamento que não está a ser utilizado, baixando os volumes dos alarmes dos monitores), minimizando a presença de equipamentos tecnológicos na unidade do doente, familiarizando-o com o ambiente, orientando-o para a realidade do momento, encorajando-o a usar as funções cognitivas, auxiliando-o a interpretar os estímulos recebidos e incentivando-o a ter um papel activo no seu tratamento.

A partilha de experiências, reflexão sobre as práticas, pontos positivos e pontos a melhorar foi uma constante durante o Estágio.

O controlo da infecção nosocomial é uma prioridade na estratégia de funcionamento do Serviço. A formação específica sobre práticas de assepsia é regular e destina-se a todos os técnicos. A limpeza e desinfeção das instalações são efectuadas de acordo com as orientações da comissão de controlo de infecção hospitalar.

Existem circuitos apropriados para sujos, resíduos hospitalares, limpos e material esterilizado na unidade. Estes estão definidos, protocolados e normalizados através de circulares normativas.

Estão também protocolados todos os procedimentos e cuidados ao doente com vista a uma melhoria contínua da prestação de cuidados e minimização dos riscos, bem como rastreios bacteriológicos periódicos (sangue, urina e secreções) nos doentes internados e pontuais aquando da sua admissão no Serviço, quando aplicável.

O facto de praticamente todos os procedimentos se encontrarem protocolados, como o acima exposto deixa antever, foi uma das coisas que mais apreciei e, devo mesmo dizer, admirei no serviço. Isto porque além de facilitarem a integração de novos elementos, simplificam verdadeiramente a actuação, com todas as implicações que daí advêm, como a poupança de tempo e todo o tipo de recursos, assegurando sempre a continuidade e qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados, sempre assentes em bases científicas.

Perante o exposto, é de referir que neste campo de Estágio atingi os seguintes objectivos, para além de todos os outros já anteriormente referidos:

- *Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;*
- *Demonstrar capacidade de reagir, perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC;*
- *Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família;*
- *Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao doente crítico, segundo uma perspectiva profissional e académica avançada;*
- *Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEMC;*
- *Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;*
- *Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;*
- *Manter de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;*
- *Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;*
- *Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;*
- *Reflectir na e sobre a sua prática, de forma crítica.*

3- MÓDULO III- OPCIONAL

Este Módulo de Estágio foi subdividido em dois campos por não ter sido possível realizar a sua totalidade na Assistência Pré-Hospitalar, conforme inicialmente desejado. Foi então realizado na Delegação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) do Centro (VMER, SIV e CODU) e no Bloco Operatório (BO) do Hospital Distrital de Pombal.

Escolhi um ensino clínico no BO porque durante a frequência do curso de Mestrado foram leccionados conteúdos programáticos nesse âmbito e, porque até então, o meu contacto com este serviço se havia resumido a uma semana de Estágio durante o curso base, surgindo agora a oportunidade de ter uma experiência mais enriquecedora.

3.1- CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Caracterizarei separadamente os serviços, de forma a melhor fundamentar os locais de Estágio escolhidos.

3.1.1-Assistência Pré-Hospitalar -INEM- Delegação do Centro

Com a finalidade de perceber a articulação da Assistência Pré-Hospitalar com os Serviços de Urgência e aprofundar a abordagem ao doente crítico de todas as formas possíveis, solicitei um estágio ao INEM- Delegação do Centro.

Este decorreu durante o mês de Janeiro de 2009, com a duração de 104 horas distribuídas por turnos de 8 horas, Manhãs e Tardes. Realizou-se na VMER da Figueira da Foz, Ambulância SIV de Pombal e CODU de Coimbra.

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. A prestação de socorro no local da

ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do Sistema, são as principais tarefas do INEM.

Este, através do Número Europeu de Emergência-112, dispõe de vários meios para responder com eficácia, a qualquer hora, a situações de emergência médica. Irei apenas fazer referência aos que têm interesse para o presente documento, a SIV e a VMER.

Meios:

- **VMER** é um veículo de intervenção pré-hospitalar, concebido para o transporte rápido de uma equipa médica directamente ao local onde se encontra o doente. Esta é constituída por um médico e um enfermeiro, dispondo de equipamento de suporte avançado de vida e que tem por objectivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento durante o transporte de vítimas de trauma ou doença súbita em situações de emergência.

Actuando na dependência directa do CODU, a VMER da Figueira da Foz tem base hospitalar no Hospital Distrital da Figueira da Foz, próxima da entrada do Serviço de Urgência.

- **Ambulância SIV** é uma ambulância destinada a garantir cuidados de saúde diferenciados em trauma ou doença súbita, dos quais se destacam manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa de suporte avançado de vida.

Dispõe de equipamento de suporte avançado de vida e de abordagem ao doente politraumatizado. A sua tripulação é constituída por um enfermeiro e por um tripulante de ambulância de emergência. A SIV de Pombal depende igualmente de activação pelo CODU e tem base hospitalar no Hospital Distrital de Pombal, junto ao Serviço de Urgência.

3.1.2- Bloco Operatório do Hospital Distrital de Pombal

Este BO apresenta dimensões reduzidas, umas instalações não muito modernas e funciona apenas com cirurgias programadas.

O Estágio decorreu durante o mês de Fevereiro de 2009, com a duração de 76 horas, realizado em turnos de 6, 8 ou 12 horas, conforme programação cirúrgica.

3.2- DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste ponto apresento as actividades desenvolvidas e as competências adquiridas nos dois campos de Estágio que frequentei no âmbito do Módulo III- Opcional.

3.2.1- Descrição e Análise das Actividades Desenvolvidas no INEM

O Estágio no INEM permitiu perceber todo o circuito de assistência ao doente desde que é activado o Número Europeu de Emergência-112 até à sua admissão numa instituição hospitalar.

Neste campo de estágio integrei-me rapidamente e atingi os objectivos a que me propus com facilidade. Isto porque era uma experiência que desejava muito ter, uma vez que a emergência e a traumatologia são as minhas áreas de preferência no desempenho profissional, onde tenho vindo a investir em formação há já alguns anos e principalmente agora, que desempenho funções no Serviço de Urgência. Para tal concorre também, e é de salientar, a forma como fui recebida e integrada e a oportunidade cedida de participar activamente em todas as situações de emergência/urgência que surgiram, por todos os elementos das equipas com que trabalhei.

Irei tratar esta parte deste módulo de Estágio como um todo, pois na sua grande maioria os procedimentos na VMER e na SIV são idênticos, distinguindo-os apenas quando achar oportuno ou necessário. É de referir que na ambulância SIV o enfermeiro presta cuidados de emergência médica de acordo com protocolos instituídos pelo INEM, adequados a cada situação com que se depara, tendo necessidade de pedir validação ao CODU para certos procedimentos ou administração de determinada terapêutica. Antes de proceder ao transporte do doente para uma instituição de saúde faz a transmissão de dados ao CODU, fazendo este o encaminhamento do mesmo para a instituição mais diferenciada.

As bases hospitalares são instalações onde se encontram a equipa e os meios, funcionando como centro de organização das actividades e armazém, em simultâneo. São locais de trabalho onde se preparam e registam todas as ocorrências.

No início de cada turno é verificado todo o material médico e terapêutica através de *checklists* e testado todo o equipamento das viaturas (balas de oxigénio, laringoscópios, ambus, monitores e seringas infusoras, bem como as suas baterias). Após cada activação as viaturas são higienizadas e repostos o material gasto, para que tudo esteja pronto e funcional para uma nova saída.

Participei activamente em todas as intervenções de Enfermagem, cuidados prestados ao doente crítico, vítima de doença ou trauma súbito, mobilizando os conhecimentos adquiridos na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica ao longo do meu percurso profissional e também advindos deste curso de especialização. Destas, destaco a colocação e manutenção de acessos venosos periféricos para administração de fármacos de emergência, técnicas de imobilização e estabilização de vítimas de trauma, ventilação assistida e participação no transporte do doente crítico até à instituição hospitalar, respeitando as diferentes fases preconizadas: indicação e decisão, planeamento e organização, efectivação.

Assim, este ensino clínico proporcionou uma consolidação e aprofundamento de conhecimentos teóricos adquiridos e a sistematização da actuação na prática, na assistência ao doente crítico. Surgiu a oportunidade de identificar, fundamentar e intervir nos problemas de Enfermagem apresentados por este tipo de doentes, aperfeiçoar a destreza técnica no manuseamento de politraumatizados e em SAV, assentando a minha actuação nos algoritmos de suporte básico e avançado de vida. Para tal, em todas as situações nas quais estive presente consegui, de forma metódica e bem fundamentada, proceder a uma avaliação correcta da sequência:

- A- Via Aérea
- B- Ventilação
- C- Circulação
- D- Disfunção Neurológica
- E- Exposição e Controlo da Temperatura

Com esta observação sistematizada torna-se mais rápida e eficaz a abordagem ao doente, de forma a prestar os cuidados em tempo útil e congruentes com a sua necessidade. Permite também a detecção precoce e a prevenção ou minimização de complicações.

Demonstrei capacidade de reagir, perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC, bem como capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multiprofissional. Tive, como já referi anteriormente, muita abertura e liberdade de actuação por parte das equipas e também a possibilidade de momentos de partilha e reflexão sobre as práticas, tendo como fim a excelência dos cuidados prestados.

Estabeleci relações empáticas e terapêuticas com o cliente e seus familiares, muitas vezes presentes nos locais de ocorrência da emergência/urgência, procurando esclarecer as suas dúvidas e minimizar a sua ansiedade e preocupação, dando apoio emocional.

No que respeita à experiência vivida no Centro de Orientação de Doentes Urgentes do Centro (CODU), é de referir que a considerei muito interessante e proveitosa na medida em que proporcionou a percepção do circuito de Assistência Pré-Hospitalar desde a activação do serviço até à articulação/selecção dos meios de socorro mais adequados.

Os CODU são Centrais de Emergência Médica responsáveis pela medicalização do Número 112. Na prática são transferidos para os CODU os pedidos de socorro efectuados por aquela via, referentes a situações de urgência ou emergência na área da saúde. O seu funcionamento é assegurado ao longo das 24 horas do dia por uma equipa multidisciplinar de profissionais qualificados (médicos, enfermeiros, operadores de comunicações e psicólogos), com formação específica para efectuar o atendimento, triagem, aconselhamento, selecção e envio de meios de socorro.

Compete 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. Para o efeito dispõe de equipamentos específicos na área das telecomunicações e informática que permitem coordenar e rentabilizar os meios humanos e recursos técnicos existentes. O CODU também coordena e gere um conjunto de meios de socorro (ambulâncias, viaturas médicas e helicópteros) seleccionados com base na situação clínica das vítimas, com o objectivo de prestar o socorro mais

adequado no mais curto espaço de tempo. Ou seja, selecciona e mobiliza de forma criteriosa os recursos necessários a cada situação, assegura o acompanhamento das equipas de socorro durante a sua actuação no terreno e, de acordo com as informações clínicas recebidas, ainda selecciona e prepara a recepção hospitalar dos doentes, com base em critérios clínicos, geográficos e de recursos da Unidade de Saúde de destino.

Termino a análise deste Módulo de Estágio relevando a importância que este teve no meu desenvolvimento pessoal e, sobretudo, no meu desenvolvimento profissional.

Ao ter a oportunidade de intervir directamente junto da vítima e no local da ocorrência, com um número reduzido de meios técnicos e humanos, consegui perceber a importância de possuir competências excepcionais que possibilitem a actuação mais adequada no mais curto espaço de tempo.

Isto faz toda a diferença para as vítimas. A “Golden Hour” significa isso mesmo, que a rapidez e eficácia de actuação são fundamentais para o sucesso ou insucesso e, neste caso, pode significar a vida de uma pessoa.

Pelo o exposto, é de referir que atingi os objectivos a que me propus, com um grau de satisfação elevado, tendo aperfeiçoado capacidades humanas e competências técnicas e científicas, na área do cuidar do doente crítico emergente, indo estas de encontro ao Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

3.2.2- Descrição e Análise das Actividades Desenvolvidas no Bloco Operatório

O Enfermeiro no Bloco Operatório tem como função a “identificação das necessidades do doente/família, para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordenem as acções de Enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de estabelecer ou conservar a saúde e o bem estar do indivíduo antes, durante e após a cirurgia” (AORN, 1998). Isto significa que o Enfermeiro centraliza a sua actuação no doente que, pelas suas características, requer cuidados de Enfermagem especializados, pondo em prática todos os conhecimentos teóricos e práticos para melhor cuidar da pessoa que vai ser submetida a uma

intervenção cirúrgica, garantindo a qualidade e a continuidade dos cuidados ao doente e família.

Para além dos objectivos gerais e específicos foram definidos os seguintes objectivos pessoais:

- Percepcionar o funcionamento do Bloco Operatório (estrutura e organização do ambiente cirúrgico);
- Perceber os circuitos realizados (doente, roupa, materiais limpos e contaminados);
- Identificar as competências do Enfermeiro no Perioperatório (funções do Enfermeiro Circulante, Enfermeiro de Apoio à Anestesia e Enfermeiro Instrumentista), colaborando sempre que possível;
- Colaborar no controlo da infecção do Bloco Operatório;
- Conhecer e respeitar protocolos e normas de actuação existentes;
- Colaborar com anestesista na permeabilização da via aérea e correcta ventilação do paciente durante o acto operatório.

Durante a permanência neste Estágio tive a oportunidade de percepcionar o funcionamento de um BO, entendendo a estrutura, disposição e organização do ambiente cirúrgico. Apercebi-me do sentido do princípio da assepsia progressiva com a definição de áreas restritas, semi-restritas e livres, de forma a minimizar e controlar a infecção associada aos cuidados de saúde. A Sra Enfermeira Especialista que tutorou o meu Estágio acumula funções na Comissão de Controlo de Infecção do Hospital, pelo que tive o privilégio de tomar contacto directo com as normas e procedimentos emanados pelo dito órgão, de esclarecer determinadas dúvidas e entender/melhorar certos procedimentos, nomeadamente os circuitos realizados pelos doentes, roupa e materiais limpos e contaminados.

Tive a oportunidade de desempenhar todas as funções de um Enfermeiro no Perioperatório.

Enquanto **Enfermeira Circulante** desempenhei as seguintes funções:

- Organizei o dia de trabalho segundo o programa cirúrgico;
- Conheci o doente, com o objectivo de individualizar os cuidados a prestar;
- Preparei a sala de operações para a cirurgia (marquesa, verificação das lâmpadas do foco, monitores e ventilador, conectei e verifiquei o sistema da aspiração, preparei e organizei todo o material necessário à intervenção e assegurei que todo o equipamento de emergência estivesse disponível e funcional);
- Acolhi doentes e acompanhantes estabelecendo uma relação terapêutica e empática, prestando apoio e informações claras e simples, permitindo-lhes ultrapassar as diferentes fases dos cuidados perioperatórios, demonstrando disponibilidade e compreensão, aplicando princípios de protecção relativamente à intimidade, confidencialidade e direito à informação, utilizando técnicas de distracção e relaxamento de forma a controlar a ansiedade – o que me permitiu desenvolver competências ao nível da comunicação/relação;
- Posicionei o doente na marquesa de acordo com a intervenção, procurando manter a coluna alinhada e a via aérea livre, de forma a prevenir/minimizar complicações;
- Colaborei com a enfermeira instrumentista na preparação do instrumental cirúrgico, tendo em atenção a integridade e validade das embalagens e dos *kits* cirúrgicos a ser utilizados, prevenindo assim a infecção no BO;
- Acondicionei e rotulei produtos colhidos para enviar para análise;
- Fiz registos;
- Procedi à contagem de compressas no final do acto cirúrgico;
- Colaborei na execução do penso;
- Retirei o doente da sala para os cuidados pós-anestésicos.

Enquanto **Enfermeira de Apoio à Anestesia** realizei as seguintes actividades:

- Consultei o programa anestésico;
- Verifiquei todos os aparelhos e material a usar;
- Acolhi o doente, utilizando os mesmos princípios anteriormente referidos;

- Puncionei acessos venosos e monitorizei o doente (ECG, SPO2, PANI, CO2 e Halogenados, quando aplicável);
- Colaborei com o anestesista na indução anestésica (geral, bloqueio subaracnoideu ou local), na permeabilização da via aérea (tendo colocado pela primeira vez uma máscara laríngea) e na manutenção da correcta ventilação do paciente durante o acto operatório

- Promovi a manutenção da temperatura corporal do doente, através da aplicação de uma manta térmica quando necessário;
- Mantive uma observação e vigilância intensivas do doente;
- Colaborei no despertar do doente;
- Efectuei registos;
- Procedi à transferência do doente, transmitindo ao colega todas as informações relativas ao procedimento;
- Supervisionei a higienização da sala de operações e equipamentos;
- Preparei a sala para o doente seguinte.

Tive ainda a oportunidade de realizar funções de **Enfermeira Instrumentista**, sempre com o apoio, orientação e supervisão da colega distribuída neste local. Foi uma experiência muito gratificante.

É a função, a meu ver, mais difícil e exigente pela sua especificidade, pois preconiza-se que o Enfermeiro Instrumentista preveja e organize, gira e controle a instrumentação, antecipando os tempos cirúrgicos de forma a fornecer os instrumentos adequados nos *timings* certos. Isto para mim, em particular, foi um pouco complicado, principalmente na primeira intervenção.

Com este desempenho tive oportunidade de:

- Preparar todo o material cirúrgico e mesa operatória;
- Efectuar a desinfeção cirúrgica das mãos e aplicar a técnica asséptica cirúrgica na colocação de luvas e vestuário;
- Colaborar na desinfeção do campo operatório e colocação de campos cirúrgicos;
- Prestar assistência à equipa cirúrgica, responsabilizando-me pelos dispositivos médicos, nomeadamente instrumentos, compressas e fios de sutura;
- Transferir atempadamente os instrumentos cirúrgicos em posição funcional;

- Preparar implantes;
- Realizar pensos operatórios, entre outras actividades.

Aprofundei ainda os conhecimentos sobre feridas operatórias – acerca da sua classificação (ferida limpa/classe 1, ferida limpa contaminada/classe 2, ferida contaminada/classe 3 e ferida suja/infectada/classe 4) e tipos de infecção que pode

ocorrer (infecção incisional superficial, infecção incisional profunda e infecção do órgão ou espaço) – através de pesquisa que realizei face às necessidades que senti.

Conhecimentos estes que serão úteis ao longo da minha actividade profissional, pois permitem uma abordagem mais eficaz e fundamentada, tal como se pretende de um Enfermeiro Especialista.

Verifiquei que neste BO se adaptam procedimentos seguros, embora as condições físicas não sejam as mais adequadas e desejadas pelos profissionais que nele desempenham funções diariamente. Têm em conta as recomendações da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) e da European Operating Rooms Nurses Association (EORNA), nomeadamente no cumprimento sistemático de boas práticas para minimizar os riscos relacionados com a cirurgia e anestesia, tais como complicações anestésicas, infecção da ferida cirúrgica, troca de doente/local de intervenção.

Para ter a garantia de que o doente correcto vai ser intervencionado no local correcto faz-se a marcação da área de intervenção com um marcador específico e indelével, marcação esta só efectuada após verificação de toda a documentação do processo clínico e da certeza de ser o doente certo, evitando assim qualquer erro. Contudo, a consulta pré-anestésica é feita apenas pelo anestesista, sem participação do Enfermeiro conforme preconizado, facto que eu questioneei e que foi justificado pelo facto de a equipa de Enfermagem ser reduzida e, por vezes, insuficiente para as solicitações, pois alguns elementos também integram a Equipa de Enfermagem do serviço de cirurgia.

Para além destas actividades e de forma a dar um contributo para a melhoria das práticas do serviço, fiz um levantamento das necessidades formativas mais iminentes e, ao conversar com a tutora de Estágio, decidi intervir na protecção dos profissionais elaborando um póster (Anexo II) e respectiva fundamentação teórica (Anexo III) sobre

os “Riscos Ocupacionais no Perioperatório”. Escolhi este tema porque o BO oferece ao Enfermeiro um vasto campo de intervenção, com actividades muito específicas a exigirem um conjunto de conhecimentos e habilidades de natureza diversa para o desempenho do seu papel. Mas exige também aos que nele trabalham e, no caso particular dos Enfermeiros, gestos precisos, procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são atribuídas. Uma conduta não conforme as normas

estabelecidas, o imprevisto, as negligências de qualquer ordem, podem ser catastróficas, pondo em risco a vida ou qualidade de vida do paciente, bem como dos profissionais que o assistem.

O Enfermeiro deve ter uma atitude calma e serena, tendo consciência de todos os riscos inerentes à sua actuação para garantir o êxito do acto cirúrgico.

Resta referir que foi um campo de Estágio muito enriquecedor. A actuação prática do Enfermeiro e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Perioperatório era, para mim, uma realidade praticamente desconhecida, uma vez que a minha passagem por um BO tinha sido bastante limitada, conforme anteriormente referido.

Actualmente, com a experiência profissional e formação que já possuo encontro-me muito mais desperta e receptiva para os pormenores e para a diversidade dentro da profissão, pelo que considero que os objectivos propostos foram atingidos na sua plenitude.

4- CONCLUSÃO

A permanente insatisfação e a busca ávida de novos saberes são poderosas e intemporais alavancas para o desenvolvimento do Ser Humano. São indubitavelmente responsáveis pelo percurso da nossa espécie, pelo progresso e evolução, mas também por muitos erros e sofrimento. A natureza do Homem é assim: rica, diversa e resiliente.

Não se atemoriza face aos desafios e à adversidade, dando passos onde antes não havia caminhos ou escadas.

Por sua vez, o saber de Enfermagem é um saber de acção, fundamentado. Conjectura a pesquisa e partilha de conhecimento conjuntamente com a experiência, não se limitando à execução repetitiva de actos. É na capacidade de adaptação da conduta às diversas situações, com a mobilização da bagagem de saberes específicos que se distingue uma boa prestação de cuidados, congruente com as necessidades dos doentes que cuidamos.

Necessitei ultrapassar três semestres de privações em que o zelo, o empenho e a dedicação foram os meus principais companheiros, para que este curso Pós-graduado me providenciasse as ferramentas necessárias para abrir novas janelas do saber.

Para isso foram traçados objectivos, alguns impostos e outros pessoais, que julgo nesta altura poder afirmar com convicção terem sido plenamente atingidos.

As aulas teóricas, o estudo e a pesquisa foram o ponto de partida na aquisição de novos conhecimentos.

No Estágio, tive oportunidade de aplicar, testar, ampliar e, por vezes, reformular a minha aprendizagem, tanto a nível técnico como humano.

Contactei pormenorizadamente com diversas realidades profissionais que me proporcionaram oportunidades únicas e uma perspectiva riquíssima de trabalho em equipa, dando-me o treino e *know-how* que ambicionava no início desta formação, sobretudo na abordagem à enorme complexidade que envolve o Doente Crítico.

Este é doravante para mim encarado de uma forma objectiva e sem temor, sendo até uma das minhas preferências de actuação.

Olhando para trás, é com um sorriso que recordo o empenho e esforço empregues, desde a gestão dos campos de Estágio às viagens, desde as noites mal dormidas ao stress em cumprir as horas estipuladas.

As dificuldades encontradas são agora apenas condimentos que tornaram esta caminhada especial e única.

Posso agora afirmar que tomei consciência da real responsabilidade do Enfermeiro Especialista como elemento de referência, com aptidão para actuar de acordo com a autonomia que lhe é conferida legalmente.

Por tudo isto considero este Estágio e, em última análise todo o Curso, um êxito tanto a nível pessoal como profissional.

BIBLIOGRAFIA

- ALARCÃO, I. (2001). Formação reflexiva. *Referência*, Volume 6:53-59.
- AORN – Association of Operating Room Nurses - Standards (2007). – Recommended Practices, and Guidelines.
- BILBAO, M. (1987). A Enfermagem Perioperatória: o desafio hoje para a enfermeira da sala de operações. AESOP.
- CARAPINHEIRO, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital – Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. 2.ª Edição, Edições Afrontamento. Porto.
- CORREIA, M. (2002). A reflexão crítica como prática formativa. *Sinais Vitais*, 42:60-63.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2001). Cirurgia de Ambulatório: Recomendações para o seu desenvolvimento.
- EORNA (1997). European Operating Room Nurses Association – Currículo Comum Europeu para a Enfermagem Perioperatória.
- GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM (2002). *Triagem no Serviço de Urgência - Manual do Formando*. 2.ª Edição em Português.
- INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (2006). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Direcção de Serviços de Formação.
- PHIPPS, W. et al (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6.ª Edição.
- RIOS, M. (2001). Manual do interno de cuidados intensivos. Edição do serviço de cuidados intensivos do Hospital de São João, Porto.
- SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE (2004). *Suporte Básico em Cuidados Intensivos*. 1.ª Edição em Português. São Paulo.
- UTIC (2006). Guia de Acolhimento – Hospital de S. José – UTIC, Edição do Centro Hospitalar de Lisboa- zona central, Lisboa.

ANEXOS

**ANEXO I- Protocolo de Actuação no Doente Intoxicado por
Paracetamol**



INTOXICAÇÃO POR PARACETAMOL

TOXICIDADE:

Adultos

Dose única superior a 10g/dia ou 150 mg/kg

Doses continuadas de 5g/dia, pessoas saudáveis

Doses continuadas de 4g/dia em consumidores habituais de álcool

Crianças

Doses superiores a 200 mg/kg

SINTOMAS:

Nas primeiras 24 horas- anorexia, náuseas, vômitos e sudorese;

Posteriormente- possível coma e acidose metabólica, insuficiência hepática, insuficiência renal aguda, hemorragias, hipoglicemia, encefalopatia hepática, edema cerebral, septicemia, falência orgânica múltipla e morte;

5 dias a algumas semanas- necrose hepática mortal ou recuperação da função hepática

DIAGNÓSTICO:

Estudos laboratoriais podem mostrar a evidência de necrose hepática maciça com elevação da **AST, ALT, bilirrubina, e tempo de coagulação** aumentado (nomeadamente, aumento do tempo da protrombina).

Usando um **monograma**, consegue-se calcular o risco de toxicidade baseando-se na concentração sérica de paracetamol num determinado número de horas após a ingestão.

Atenção: um nível de paracetamol estabelecido nas primeiras quatro horas após a ingestão pode subestimar o valor no sistema porque o paracetamol pode ainda estar em vias de ser absorvido a partir do tracto gastrointestinal. Uma demora da determinação do nível de paracetamol no organismo não é recomendável, pois nestes casos as estimativas poderiam não ser adequadas e um nível tóxico, em qualquer momento, é suficiente para administrar o antídoto.

INTOXICAÇÃO POR PARACETAMOL

TRATAMENTO:

- ☞ Entubação nasogástrica
- ☞ Lavagem gástrica, se ingerido há menos de 60 minutos
- ☞ Administração de carvão activado, nas primeiras 2 horas após ingestão oral do paracetamol
 - ☞ Administração de solução injectável, flui mucil 20% (acetilcisteína 2 g-antídoto), segundo posologia:

- **Dose Inicial:** 150 mg/kg, diluído em 200 ml de solução de glicose 5%, administrar durante 60 minutos;

- **Dose Seguinte:** 50 mg/kg, diluído em 500 ml de solução de glicose 5%, perfundir durante 4 horas;

- **Dose Final:** 100 mg/kg, diluído em 1000 ml de solução de glicose 5%, perfundir durante 16 horas.

Preparação da diluição para perfusão:

Medir o volume de solução injectável de acetilcisteína a 20% equivalente à quantidade de fármaco pretendida e adicioná-la ao volume adequado de SG 5%.

Nas crianças o volume de SG 5% a utilizar na preparação da diluição a perfundir deve ser ajustado de forma a evitar a congestão vascular pulmonar.

BIBLIOGRAFIA

- ☎ CIAV- contacto telefónico a 02/07/08
- 📖 Manual de Antídotos- Grupo de Toxicologia do Hospital Geral de Santo António Porto, 2ª Edição, 2002

Sites na Internet:

<http://www.manualmerck.net>

<http://www.enfermagemvirtual.com.br>

<http://pt.wikipedia.org/wiki/paracetamol>

Trabalho realizado por Sandra Marina Santos Nunes
Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica
Universidade Católica Portuguesa
Julho, 2008

ANEXO II- Riscos Ocupacionais no Perioperatório

RISCOS OCUPACIONAIS NO PERIOPERATÓRIO

- FISICOS**
- Ruído
 - Temperatura
 - Riscos eléctricos
 - Incêndio
 - Radiações

- QUÍMICOS**
- Gases Anestésicos
 - Hidróxido de sódio-cal sodada
 - Desinfetantes

- BIOLÓGICOS**
- Exposição a sangue e fluidos orgânicos
 - Picadas
 - Derrames
 - Salpicos

- ERGONÓMICOS**
- Postura inadequada
 - Actividades monótonas ou repetitivas
 - Períodos de trabalho prolongados

- PSICOSSOCIAIS**
- Stress
 - Exaustão física e psíquica
 - Longas horas de jornada de trabalho

- CONDIÇÕES ADVERSAS**
- Ordem e limpeza
 - Controlo Ambiental
 - Recursos financeiros e humanos insuficientes

PREVENÇÃO DO RISCO:

- Identificação do risco
- Avaliação do risco
- Resolução do risco na origem
- Substituir o perigoso pelo isento de risco ou menos perigoso
- Protecção individual/colectiva
- Formação, informação e sensibilização

**ANEXO III- Riscos Ocupacionais no Perioperatório:
Fundamentação Teórica**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

RISCOS OCUPACIONAIS NO PERIOPERATÓRIO

Sandra Marina Santos Nunes
Pombal
Fevereiro, 2009

**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

RISCOS OCUPACIONAIS NO PERIOPERATÓRIO

Trabalho realizado no âmbito do Estágio no Bloco
Operatório do Hospital Distrital de Pombal

Sandra Marina Santos Nunes
Pombal
Fevereiro, 2009

INTRODUÇÃO

O Bloco Operatório oferece ao enfermeiro um vasto campo de intervenção, com actividades muito específicas a exigirem um conjunto de conhecimentos e habilidades de natureza diversa, para o desempenho dos papéis de instrumentista, circulante ou de apoio a anestesia.

Mas o Bloco Operatório exige também aos que nele trabalham, e no caso particular dos enfermeiros, gestos precisos, procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhes são atribuídas. Uma conduta não conforme com as normas estabelecidas, o imprevisto, as negligências de qualquer ordem podem ser catastróficas, pondo em risco a vida ou a qualidade de vida do paciente, bem como dos profissionais que o assistem.

O enfermeiro deve ter uma atitude calma e serena, tendo consciência de todos os riscos inerentes á sua actuação para garantir o êxito do acto cirúrgico.

1-RISCOS OCUPACIONAIS NO PERIOPERATÓRIO

Há vários factores de risco que afectam o trabalhador no desenvolvimento das suas tarefas diárias.

Os principais tipos de risco que afectam os trabalhadores no Bloco Operatório de um modo geral, estão separados em:

- ✎ **Riscos Físicos**
- ✎ **Riscos Químicos**
- ✎ **Riscos Biológicos**
- ✎ **Riscos Ergonómicos**
- ✎ **Riscos Psicossociais**
- ✎ **Condições Adversas**

Riscos Físicos

Todos nós, ao desenvolvermos o nosso trabalho, gastamos uma certa quantidade de energia para produzir um determinado resultado. Em geral, quando dispomos de boas condições físicas do ambiente, como por exemplo, o nível de ruído e a temperatura são aceitáveis, produzimos mais com menor esforço.

Mas, quando essas condições fogem muito aos nossos limites de tolerância, atinge-se facilmente o incómodo e a irritação determinando muitas vezes o aparecimento do cansaço, a queda de produção, falta de motivação e desconcentração.

☑ Ruído – atenção à frequência e intensidade podendo provocar fadiga e diminuição da acuidade auditiva;

☑ Temperatura – amplitudes térmicas, frio ou calor em excesso, ou a brusca mudança de um ambiente quente para um ambiente frio ou vice-versa, também são prejudiciais á saúde;

☑ Riscos Eléctricos – provocados pela passagem de corrente eléctrica no corpo humano. Todos os equipamentos eléctricos deverão ter tomadas com fio terra; a sala de cirurgia deve estar dotada de sistema de isolamento de electricidade; o piso da sala deve ser de material isolante; os fios e cabos de corrente eléctrica devem ser revistos diariamente, substituindo aqueles que apresentam alteração na sua integridade; evitar esticar ou dobrar os fios eléctricos, retirar o conector eléctrico dos aparelhos da tomada, quando não estiverem a ser usados;

☑ Incêndio – Electricidade estática, Corrente eléctrica, Faíscas nos interruptores, Aparelhos electrodomésticos, Falta de cuidado;

☑ Radiações – Radiações ionizantes - relativo ao paciente: expor apenas as áreas necessárias à observação ou exploração radiológica e desligar o aparelho sempre que não estiver a ser usado;

- relativo aos profissionais: utilização de aventais com forro de chumbo, debaixo de bata estéril e colares cervicais de chumbo. O restante pessoal que não está na mesa operatória deverá sair da sala aquando do disparo;

- Radiações não ionizantes - relativo ao paciente: deverão ser protegidos os olhos com óculos adequados ou com compressa húmida;

- relativo aos profissionais: óculos de protecção ocular e máscaras faciais apropriadas.

Riscos Químicos

Certas substâncias químicas são utilizadas no ambiente de trabalho, podendo apresentar-se nos estados sólido, líquido e gasoso. Sendo os mais comuns Gases Anestésicos, Hidróxido de sódio – cal sodada e Desinfetantes diversos. Esses agentes químicos ficam em suspensão no ar podendo penetrar no organismo do trabalhador através das vias respiratórias, via digestiva, epiderme, via ocular. Providenciar pressões positivas, renovação de ar fresco e exaustão de gases.

Riscos Biológicos

Este tipo de riscos relaciona-se com a presença no ambiente de trabalho de microorganismos como bactérias, vírus, fungos, bacilos, a exposição do profissional a sangue e outros fluidos orgânicos, derrames e salpicos, bem como o risco de picadas e lesões com objectos corto-perfurantes. As medidas preventivas a tomar relacionam-se com.

- Rigorosa higienização do Bloco Operatório
- Rigorosa higiene do corpo e do vestuário (lavagem das mãos)
- Uso de equipamentos de protecção individual
- Soluções de continuidade na pele dos profissionais
- Ventilação permanente e adequada
- Precauções Universais
- Técnica asséptica cirúrgica

Riscos Ergonómicos

A ergonomia é a ciência que procura alcançar o ajustamento mútuo ideal entre o homem e o seu ambiente de trabalho.

Segundo o conceito ergonómico a execução de tarefas deve ser feita com o mínimo de consumo energético.

Os agentes ergonómicos presentes no ambiente de trabalho do Bloco Operatório estão relacionados com:

- Postura inadequada no exercício das actividades;
- Actividades monótonas ou repetitivas;
- Períodos de trabalho prolongados.

Movimentos repetitivos dos dedos, das mãos, da cabeça e do tronco produzem monotonia muscular e levam ao desenvolvimento de doenças inflamatórias, curáveis em estágios iniciais, mas complicadas quando não tratadas a tempo. Fadiga muscular, que

gera dores e dificuldade em movimentar os músculos atingidos (por exemplo as típicas lombalgias).

Contra os males provocados pelos agentes ergonómicos, a melhor arma, como sempre, é a prevenção, o que pode ser conseguido a partir de:

- ↳ Rotação do pessoal nas tarefas diárias
- ↳ Intervalos mais frequentes
- ↳ Exercícios compensatórios para trabalhos mais repetitivos
- ↳ Exames médicos periódicos
- ↳ Manter uma postura correcta durante a execução das tarefas
- ↳ Manter uma iluminação adequada e uma boa temperatura ambiental

A ergonomia é assim uma forma de adaptar o meio envolvente às dimensões e capacidades humanas onde máquinas, dispositivos, utensílios e o ambiente físico sejam utilizados com o máximo de conforto, segurança e eficácia.

A análise e intervenção ergonómica traduz-se em:

- ☒ Melhores condições de trabalho
- ☒ Menores riscos de incidente e acidente
- ☒ Menores custos humanos
- ☒ Optimizar o ambiente de trabalho
- ☒ Maior produtividade

Riscos Psicossociais

Entendem-se por riscos psicossociais:

- O stress inerente às intervenções cirúrgicas, pela sua gravidade ou dificuldade;
- A exaustão física e psíquica decorrente das mesmas;

- Longas horas de jornada de trabalho provocando burnout, interferindo, por vezes, com a dinâmica familiar.

Condições Adversas

Estas prendem-se com questões de:

- Ordem e limpeza: cuidados com materiais contaminados, higienização das salas de operações, tratamento da roupa suja/contaminada, acondicionamento/eliminação de resíduos sólidos e líquidos, definição de áreas restritas, semi-restritas e livres.
- Controlo ambiental: limpeza e aspiração de grelhas e condutas do ar condicionado, mudança de filtros periódica, medição de partículas em suspensão, monitorização bacteriológica em situações de surtos.
- Recursos financeiros e humanos insuficientes.

3- CONCLUSÃO

A cultura de segurança está relacionada com as normas, procedimentos e também com aspectos como a percepção do risco, da fadiga, do stress, atitudes e experiências.

Os riscos são inerentes a qualquer actividade profissional, cada um deve adoptar boas práticas e cumprir as normas relacionadas com a segurança, higiene e saúde no trabalho, zelando pela sua segurança e pela dos outros intervenientes. Participar no estabelecimento e implementação de guidelines e indicadores que levem a boas práticas, minimizando assim os riscos ocupacionais no perioperatório.

Para tal, preconiza-se:

- Identificação dos riscos
- Avaliação dos riscos
- Resolução dos riscos na origem
- Substituir o perigoso pelo isento de risco ou menos perigoso
- Protecção individual/colectiva
- Formação, informação e sensibilização profissional.

BIBLIOGRAFIA

- ▶ AORN - Association of Operating Room Nurses – Standards (2007). Recommended Practices, and Guidelines. USA, Colorado.
- ▶ Bilbao, M. (1978). A enfermagem perioperatória: o desafio hoje para a enfermeira da sala de operações. Lisboa. AESOP.
- ▶ Direcção Geral da Saúde (2001). Cirurgia de Ambulatório: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa.
- ▶ EORNA (1997). European Operating Room Nurses Association – Currículo Comum Europeu para a Enfermagem Perioperatória. Edimburgo.

Sites na Internet:

☞ <http://www.eorna.org/>

☞ <http://www.aesop-enfermeiros.org>