

# RESUMO CURRICULUM VITAE

FILIPA GRAMACHO

Maio 2011

## Identificação

NOME: Ana Filipa Esteves Coimbra Gramacho

DATA DE NASCIMENTO: 31 de Dezembro de 1978

NATURALIDADE: Lisboa

NACIONALIDADE: Portuguesa

CARTÃO DE CIDADÃO: n° 11268571

CONTRIBUINTE FISCAL: n° 222183802 – 13 Bairro Fiscal – Código 3271

MORADA ACTUAL: Rua José dos Santos Pereira, no2 – 7oDt 1500-380 LISBOA

CONTACTO: 96 477 52 66

MAIL: [anagramacho@gmail.com](mailto:anagramacho@gmail.com)

INSCRIÇÃO NA ORDEM DOS ENFERMEIROS: n° 5-E-36436

## Habilitações Literárias

1996 – 1999 CURSO DE BACHARELATO EM ENFERMAGEM

1999 Programa ERASMUS, Bruxelas, Bélgica

1999 – 2000 Ano de LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

2004 – 2009 MESTRADO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, do INDEG/ISCTE,

Nota final de parte teórica de 18 valores, e nota final de Defesa Pública da Tese de Muito Bom por Unanimidade, tendo sido a Tese no âmbito da Formação e Conhecimento enquanto pilares fundamentais para a Performance Organizacional.

2009 Início de CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM, com ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA, Universidade Católica Portuguesa

## Experiência profissional

### 2000 – 2006 Hospital de Santa Cruz, Unidade de Cuidados Intensivos

Durante o período acima mencionado, este serviço esteve predominantemente vocacionado para o pós operatório imediato do doente cardíaco, incluindo adultos e pediatria. Neste sentido, exerceu essencialmente a sua actividade com doentes submetidos a ByPass Coronário, Valvuloplastias, Correção de patologia da Artéria Aorta, Transplantes Cardíacos (adulto e pediátrico), assim como Patologia congénita diferenciada, essencialmente na área da Pediatria.

### 2006 – 2008 Hospital de Santa Maria, Bloco Operatório de Pediatria

No serviço acima mencionado, exerceu funções enquanto Enfermeira de Anestesia, Enfermeira Circulante e Enfermeira Instrumentista, em diversas áreas da especialidade de Cirurgia Pediátrica, como sendo Cirurgia Geral e Neonatal, Cirurgia Plástica Pediátrica, Ortopedia Infantil, Urologia Pediátrica; Estomatologia Neurocirurgia.

### 2008 – 2011 (Fev) Hospital de Santa Maria, Bloco Operatório de ORL

No serviço acima mencionado, exerce funções enquanto Enfermeira de Anestesia, Enfermeira Circulante e Enfermeira Instrumentista, em diversas áreas da especialidade de Cirurgia de Otorrinolaringologia.

### 2011 (Fev) até presente data Hospital de Santa Maria, Hospital de Dia de Doenças Infecciosas

No serviço acima mencionado, exerce funções enquanto Enfermeira Coordenadora, com funções muito específicas na área de Gestão, assim como de prestação directa de cuidados.

### 2008 até presente data Hospital dos Lusíadas, Bloco Operatório Central

No Hospital acima mencionado, exerce funções enquanto Enfermeira de Anestesia, Enfermeira Circulante e Enfermeira Instrumentista, nas diversas especialidade cirúrgicas, entre elas Ortopedia, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, ORL, Neurocirurgia.

## Outros

Paralelamente, e desde Março do ano 2000, exerce funções como Enfermeira Voluntária na

Unidade de Socorro de Lisboa da Cruz Vermelha Portuguesa e na ambulância do INEM, na área de Emergência Médica Pré-Hospitalar.

Outras actividades exercidas durante os vários anos de actividade profissional, prendem-se essencialmente com o doente cirúrgico, como sendo:

- no Bloco Operatório Central, na Clínica de Santo António, na Reboleira;
- na Clínica Europa, no serviço de internamento, direccionado, preferencialmente, para o pós-operatório de Cirurgia Plástica e de Cirurgia Geral.

Tendo previamente participado em diversas acções enquanto formadora a nível Hospitalar, foi em 2006 que iniciou funções como Formadora em diversas áreas do conhecimento, como sendo:

- Centro de Formação Profissional de Sete Rios: Responsável pela cadeira de Cuidados Humanos e de Saúde e pela cadeira Suporte Básico de Vida
- CEFAD: Responsável pela cadeira Suporte Básico de Vida e Colaboradora na cadeira de Primeiros Socorros na Actividade Desportiva
- Instituto Formação em Enfermagem (IFE): Co-responsável do Curso Emergências Cardiológicas, leccionando Cirurgia Cardíaca em adultos e em pediatria
- CADUCEUS: Responsável por Cursos de Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida.

## Desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional

Participação em diversos Congressos e Jornadas científicas, com colaboração directa nos mesmos, quer através de Comunicações Livres, quer através de apresentação de Posters.

Papel activo na área da Formação:

- Enquanto formadora leccionou cerca de 800horas nas áreas de Emergências Cardiovasculares, Suporte Básico de Vida, Suporte Avançado de Vida, Cirurgia Cardíaca, Arritmologia, Patologia de ORL
- Enquanto formanda participou em diversas acções de formação, num total de 920horas nas áreas de Emergências Cardiovasculares, Suporte Básico de Vida, Suporte Avançado de Vida, Doente politraumatizado, Cirurgia Cardíaca, Arritmologia, Instrumentação cirúrgica, Cateterismo Neonatal, Hemodiafiltração.

## Outros Conhecimentos

Na área linguística domina o Inglês falado e escrito, o Francês, Espanhol e Italiano falado. Na área da informática, apresenta conhecimentos a nível de todos os programas do Office, assim como de bases de dados e tratamento estatístico.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# **GESTÃO DO RISCO PARA UMA PRÁTICA DE MELHORIA DE CUIDADOS**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica

por

Ana Filipa Esteves Coimbra Gramacho

LISBOA, Maio de 2011



UNIVERSIDADE  
**CATÓLICA**  
PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

# **GESTÃO DO RISCO PARA UMA PRÁTICA DE MELHORIA DE CUIDADOS**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica

Por Ana Filipa Esteves Coimbra Gramacho

Sob orientação de Professora Rita Marques

LISBOA, Maio de 2011

## RESUMO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi elaborado o presente Relatório, tendo como objectivo primário a demonstração de forma concisa e objectiva, com recurso a reflexões críticas, das actividades e estratégias desenvolvidas ao longo do Estágio. A prática de cuidados de enfermagem altamente qualificados, foi um ponto chave no cuidado de forma contínua à pessoa em situação crítica e família, com a finalidade de atingir os objectivos e as competências de Enfermeira Especialista nesta área.

O Estágio encontra-se inserido na Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica, a qual é composta por três módulos: Módulo I – Serviço de Urgência, que foi realizado no Hospital da Luz; Módulo II – Cuidados Intensivos, creditado por toda a experiência anterior nesta área; Módulo III – Opcional, realizado em contexto de trabalho no Bloco Operatório de Otorrinolaringologia no Hospital de Santa Maria.

Numa conjectura actual de segurança aplicada aos cuidados de saúde, a Gestão de Risco torna-se num foco central de atenção, constituindo este o fio condutor de toda a caminhada. A par deste fio condutor, outras áreas temáticas foram trabalhadas e desenvolvidas, nomeadamente a área relacional, a comunicação, o acolhimento, a humanização dos cuidados e a formação em serviço. Estes locais de estágio constituem, na minha opinião, teatros propícios ao cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família, foco fundamental dos cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ao longo deste relatório pretendeu-se, através da apresentação de diversas situações reais vividas na primeira pessoa, demonstrar de que forma as actividades e estratégias desenvolvidas, contribuíram de forma pertinente para a aquisição e desenvolvimento de competências, através do incentivo de boas práticas baseadas na evidência científica, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelos Enfermeiros, à pessoa em situação crítica e família, tendo o Objectivo final sido atingido.

## **ABSTRACT**

Under the Master of Nursing Specialization in Medical-Surgical Nursing, this report has been prepared, with the primary objective to demonstrate concisely and objectively using criticize ideas, activities and strategies developed during the internship. The practice of highly skilled nursing care, was a key point in the continuous care of the person in critical condition and his family, in order to achieve the objectives and competencies of specialist nurse in this area.

The training is inserted in the Course of Medical-Surgical Nursing, which is composed of three modules: Module I - ER, in the context of Hospital da Luz; Module II - Intensive Care, that has been credited for all previous experience in this area; Module III - Optional, in Surgical Theater of Otolaryngology at the Hospital of Santa Maria.

On a conjecture of current security applied to health care, Risk Management becomes a central focus of attention. Either important other subject areas were also the focus of attention and development throughout the different modules, which were the relational area, communication, reception, the humanization of care and job training. It's my conviction that all this subject areas conducted to specialized theaters of care to the person in critical condition and his family, the fundamental focus of care Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing.

Throughout this report it was intended, through the presentation of several real situations experienced in the first person to demonstrate how the activities and strategies developed, contributed in relevant way for the acquisition and development of skills, and therefore encouraging good practices based on scientific evidence, aiming at continuous improvement of quality of care provided by nurses, to person in a critical situation and his family. I believe that all the objectives proposed were reached.

*Existem momentos na vida onde  
a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa  
e perceber diferentemente do que se vê,  
é indispensável para continuar a olhar e reflectir*

*Foucault (1994:13)*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Professora Rita Marques, orientadora de todo este percurso, o empenho, dedicação, tolerância, disponibilidade e espírito crítico que demonstrou desde sempre para a consecução do mesmo.

Aos orientadores em campo de estágio, agradeço a disponibilidade e orientações, assim como o permanente debate de ideias.

A todos os meus colegas de trabalho, que permitiram trocas de ideias ricas e produtivas, assim como uma maior disponibilidade para realização do estágio.

À minha família e amigos que me apoiaram, acreditando sempre no meu sucesso, agradeço por terem estado sempre a meu lado em todos os momentos deste percurso.

Ao Ricardo Pires, que acreditou sempre em mim e nas minhas capacidades.

À Helena Bernardes, um constante ombro amigo, numa amiga sempre presente.

## LISTA DE ABREVIATURAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

AORN – *American Association of Operation Room Nurses*

EORN – *European Association of Operation Room Nurses*

EPI – Equipamento de Protecção Individual

ER – *Emergency Room*

EUA – Estados Unidos da América

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

HSM – Hospital de Santa Maria

ORL – Otorrinolaringologia

SO – Sala de Observações

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

TAC – Tomografia Axial Computorizada

## ÍNDICE

	Pág.
<b>0. INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>1. ÁREA TEMÁTICA: GESTÃO DO RISCO</b> .....	11
<b>2. UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO</b> .....	13
2.1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA .....	15
2.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO MÓDULO III OPCIONAL – BLOCO OPERATÓRIO ORL .....	38
<b>3. CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS</b> .....	56
<b>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	60
<b>5. ANEXOS</b> .....	64
ANEXO I – ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O TRANSPORTE INTRA HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO .....	65
ANEXO II – TRAÇADOS CARDÍACOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM .....	75
ANEXO III – ALGORITMO DE INTERPRETAÇÃO DE TRAÇADOS CARDÍACOS - CARTÃO DE BOLSO .....	85
ANEXO IV – TABELA DE INTERPRETAÇÃO DE GASIMETRIA .....	87
ANEXO V – FICHA INFORMATIVA DE DIETAS .....	89
ANEXO VI – FICHA INFORMATIVA DE FÁRMACOS .....	98
ANEXO VII – MANUAL DE ENFERMAGEM DO BLOCO OPERATÓRIO DE ORL .....	103

## INTRODUÇÃO

No âmbito do decorrer do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, foi proposta a elaboração deste Relatório, tendo como principal objectivo o dar visibilidade, de forma clara e com linguagem concisa, às actividades e estratégias desenvolvidas ao longo do Estágio. Deste modo, são descritas situações problema identificadas, assim como o desenvolvimento de estratégias de resolução para as mesmas, através de reflexões críticas sobre temáticas pertinentes e fulcrais para os diversos campos de estágio, com a finalidade de atingir os objectivos e as competências de Enfermeira Especialista nesta área.

O Estágio encontra-se inserido na Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica, a qual é composta por três módulos, sendo eles Módulo I – Serviço de Urgência, Módulo II – Cuidados Intensivos e Módulo III – Opcional. Os módulos realizados visaram especificamente o desenvolvimento de competências para cuidar em enfermagem, especialmente dirigido para o cuidar do doente crítico e família, como previsto no regulamento geral do curso.

No sentido de uma prefiguração do que se pretendia concretizar, procedeu-se à elaboração de um projecto de estágio, constituindo este uma passagem do desejo à intenção, e desta à acção reflectida e planeada, tendo como intuito final a obtenção dos melhores resultados. Este documento serviu de guia orientador nesta caminhada, tendo sido sujeito, contudo, a reformulações e desvios permanentes, oriundos de uma prática directa e contextualizada.

No sentido do desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista, toda esta caminhada foi sendo delineada segundo um fio condutor, a Gestão do Risco, o que lhe permitiu uma estrutura mais edificada e consistente. Numa conjectura actual de segurança aplicada aos cuidados de saúde, a temática Gestão do Risco torna-se num foco central de atenção, sendo que o papel do Enfermeiro Especialista tanto junto do doente e família, como junto das próprias equipas, é um papel primordial de elemento de referencia neste âmbito. Neste sentido, fica delineado o ponto de partida para esta caminhada, oriundo de uma profunda e cuidada reflexão sobre a temática seleccionada, mas também sobre os objectivos que se pretenderam atingir, assim como as estratégias adoptadas.

Numa etapa final de um longo percurso, posso afirmar que existiu uma permanente preocupação em, durante toda esta caminhada, emanar áreas temáticas/problemáticas concordantes com as motivações pessoais e profissionais, enquanto enfermeira no Bloco Operatório do Hospital de Santa Maria, assim como enquanto aluna da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa.

Segundo o Regulamento que rege a nossa profissão (REPE, 1996), Enfermeiro Especialista é

o enfermeiro a quem é “atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (artigo 4º nº 3, Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro). Tendo por base as *competências científicas, técnicas e humanas* descritas, o Estágio foi sendo desenvolvido com um forte apoio de todo um quadro de referenciais profissionais existentes, sendo este constituído pelo REPE (1996), pelo Código Deontológico do Enfermeiro (NUNES et al, 2005), pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), e finalmente pela definição de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2004:2) e pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010). Já na elaboração deste Relatório, outros documentos foram analisados como sendo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Encontrando-se dividido em três Módulos, a Unidade Curricular Estágio em si pretende ser um momento único e conjunto em toda a sua aprendizagem e desenvolvimento de competências. Dos três Módulos constituintes da Unidade Curricular, o módulo II, correspondente ao estágio em Cuidados Intensivos, foi creditado por toda uma experiência anterior de 8 anos nesta área, tal como argumenta LEITE (2006:6) a “atribuição do Título de Enfermeiro Especialista deve alicerçar-se na experiência profissional adquirida em contexto de trabalho”. A área de Especialidade Médico Cirúrgica apresenta como foco fundamental dos cuidados de Enfermagem o *pessoa em situação crítica*, foco partilhado no dia-a-dia de experiência profissional, no sentido do doente cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

O trabalho anteriormente desenvolvido a nível de uma Unidade de Cuidados Intensivos, implicou uma permanente actualização de conhecimentos, que permitiram uma rápida e eficaz actuação em qualquer situação de descompensação, com cuidados minuciosos e altamente qualificados prestados de forma contínua, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total do pessoa em situação crítica. O cuidado diário a estes doentes e assistência à família requer actividades sistematizadas, organizadas e bem planeadas, por forma a tornar eficaz o nosso cuidado, tendo como factor primordial o tempo e os recursos, sejam eles humanos ou materiais.

Durante esta experiência profissional, foram desenvolvidas competências especializadas, que permitiram a creditação do estágio em Unidade de Cuidados Intensivos. Neste sentido, as competências adquiridas foram Competências Clínicas Especializadas demonstradas através da prestação directa de cuidados globais à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e seus familiares, assim como Competências de Concepção e Gestão de Cuidados, demonstradas através da integração de novos elementos e orientação de

estágio de alunos dos diferentes anos da Licenciatura em Enfermagem, e através de uma intervenção directa na prevenção e controlo de infecção.

Deste modo, apenas dois módulos foram realizados, tendo sido o Módulo I, em contexto de Serviço de Urgência, no Hospital da Luz, em Lisboa, no período de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010. Este local surgiu como opção pertinente para a realização do estágio, no sentido de ser uma unidade de saúde privada e recente, com provas já demonstradas das suas capacidades na prestação de cuidados de excelência, onde a Direcção de Enfermagem assume a responsabilidade pela Gestão do Risco. Esta Instituição de Saúde apresenta como Missão “Diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz, no respeito absoluto pela individualidade do doente, e construir uma organização capaz de atrair, desenvolver e reter pessoas excepcionais”, de onde se pode depreender uma constante preocupação tanto pelo cuidado ao doente, como pelo cuidado ao próprio profissional, noção bastante vigente na Gestão de Risco.

No que se refere ao Módulo III Opcional, a opção requereu sobre o Bloco Operatório, especificamente o de Otorrinolaringologia no Hospital de Santa Maria, em contexto de trabalho, no período de 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010. Esta escolha prendeu-se com o facto de este ser o actual local de trabalho, aquando da realização do Estágio, donde nasceu a necessidade de aplicar os conhecimentos desenvolvidos, no sentido de colaborar de forma eficaz na melhoria dos cuidados. Trata-se de um serviço altamente diferenciado, constituindo actualmente um serviço de referência da especialidade, na área da grande Lisboa. No sentido da área temática identificada, a Gestão do Risco, um Bloco Operatório torna o tema Segurança pertinente, onde a segurança do doente, por motivos agregados a toda uma panóplia de cuidados, deve ser um vector central nos cuidados de enfermagem.

Foi igualmente determinante na minha escolha o facto de o Hospital de Santa Maria integrar o Centro Hospitalar Lisboa Norte, constituindo um dos mais importantes centros universitários de referência do Serviço Nacional de Saúde Português, sendo considerado um hospital central, segundo a classificação dos hospitais (Portaria n.º 281/2005 de 17 de Março, do Ministério da Saúde), de onde as experiências e estratégias desenvolvidas se tornaram ricas e vastas.

No que concerne à estrutura deste trabalho, optou-se por no Capítulo I proceder à identificação e justificação detalhada do fio condutor de toda a caminhada, a área temática Gestão do Risco. Segue-se o Capítulo II onde inicialmente se elabora um enquadramento da Unidade Curricular Estágio, desenvolvendo-se nos Sub Capítulos IIA e IIB uma descrição detalhada e estruturada do decorrer dos dois módulos de estágio realizados, onde serão descritas reflexões, actuações, estratégias e actividades desenvolvidas, no sentido de atingir dos objectivos delineados, assim como o identificar das competências adquiridas e desenvolvidas. Para finalizar, deixam-se algumas considerações finais e perspectivas futuras, face ao papel do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Médico Cirúrgica, terminando este relatório com uma breve conclusão, seguido das referências bibliográficas consultadas durante todo este processo.

## 1. ÁREA TEMÁTICA: GESTÃO DO RISCO

*RESUMO Numa conjectura actual de segurança aplicada aos cuidados de saúde, a Gestão de Risco torna-se num foco central de atenção, tendo este capítulo como objectivo a identificação e justificação detalhada deste fio condutor de toda a caminhada.*

Na estruturação de um percurso, a selecção e a fundamentação da área temática são extremamente importantes, uma vez que permitem o enquadramento do tema a abordar, atendendo à realidade existente no meio em que se interage. Deste modo, quanto melhor for delimitada a área temática, melhor será o conhecimento que os intervenientes têm da mesma, o que facilitará a delineação dos objectivos ajustados às suas necessidades e à realidade, assim como um processo mais conveniente para condução das acções.

A Gestão de Risco corresponde a uma área emergente nas Organizações de Saúde, encontrando-se ainda a dar os primeiros passos em Portugal. Uma organização de saúde é, por si só, uma fonte geradora de Riscos, não só devido às suas características estruturais, mas também devido à constante procura por um tratamento mais eficaz, no qual estão envolvidos múltiplos intervenientes, e onde serviços como um Bloco Operatório e um Serviço de Urgência, vocacionadas para a prática de cuidados específicos e diferenciados, a par dos constantes avanços tecnológicos, se tornam pontos-chave de intervenção.

O risco é um conceito que se encontra afecto a todas as actividades do dia-a-dia, estando igualmente implícito e associado à prestação de cuidados de saúde, podendo ser definido como “a probabilidade de ocorrência de um qualquer evento adverso”, sendo um evento adverso “qualquer ocorrência negativa ocorrida para além a nossa vontade”, segundo FRAGATA (2006:41).

É um facto que as organizações de saúde, dada a complexidade tecnológica e os constantes avanços existentes ao nível da medicina que exigem qualificados recursos humanos, não conseguem controlar todos os procedimentos e acontecimentos. Está assim bem presente o conceito de imprevisibilidade, o que acarreta perdas não só para os seus clientes, mas também para os profissionais e para a própria organização. Desta forma, no âmbito da saúde, os conceitos de Risco e de erro adquirem maior relevo com elevado impacto ao nível da sociedade.

Constituindo uma área recente e muitas vezes desconhecida para os profissionais de saúde portugueses, torna-se premente apostar na formação e sensibilização dos profissionais das organizações de saúde sobre a pertinência e impacto nas políticas de qualidade instituídas da Gestão de Risco, podendo esta ser definida, segundo OLIVEIRA (2005:13), numa “abordagem

estruturada (...) no hospital/unidade, que resulta em sistemas de trabalho, práticas e premissas mais seguras e maior consciência do pessoal acerca do perigo e da responsabilidade”. Neste contexto, a Gestão de Risco tem sido um tópico de interesse nos últimos anos e assume uma importância crescente na área da Saúde, visto se prestarem progressivamente cuidados cada vez mais complexos a doentes cada vez mais susceptíveis.

A Segurança do doente deve ser considerada como a base da qualidade dos cuidados e deve basear-se numa atitude preventiva, sendo que a estratégia de intervenção deve integrar o programa de melhoria contínua da qualidade. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista desempenha um papel crucial na identificação de situações de Risco, bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados, agindo de acordo com padrões de boas práticas e com fundamentação em evidência científica.

Actualmente, os princípios que regem a nossa sociedade visam a promoção da qualidade, ou seja, “a competitividade hoje em dia, e cada vez mais no futuro, não se vai basear em políticas de preços, mas em qualidade de serviço e na capacidade para alcançar elevados níveis de fiabilidade e garantia de serviço” (FERNANDES, 2007:21), sendo que os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem actualmente definidos, constituem-se como uma matriz conceptual que estrutura e orienta o exercício profissional dos enfermeiros, enquanto profissionais fundamentais no cuidado ao doente e sua família.

Em termos das organizações de saúde, FRAGATA E MARTINS (2005) defendem a criação de uma cultura de segurança com o intuito de contribuir positivamente para o aumento da qualidade dos cuidados prestados, assim como da noção de segurança, adoptando-se uma postura pró-activa. A Gestão do Risco consiste, deste modo, num programa pró-activo, no qual se procura identificar as áreas de Risco, definir os procedimentos a implementar, e como tal minimizar as suas consequências (FRAGATA, 2006). Quanto mais precocemente os procedimentos forem definidos e as actividades implementadas, com maior antecedência será possível projectar e estabelecer sistemas sentinela e de aviso, o que aumentará a eficácia e eficiência do sistema, tendo como objectivo final a prestação de melhores serviços, com a maior qualidade.

## 2. UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO

*RESUMO A Unidade Curricular Estágio integrando toda uma vertente prática, torna-se essencial ao desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista. Sendo o doente crítico e sua família o alvo de intervenção e foco fundamental dos cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tanto no Serviço de Urgência como num Bloco Operatório, poderemos encontrar contextos propícios ao cuidar destes doentes, tendo sido estas as opções de estágio seleccionadas.*

A Unidade Curricular Estágio, integrada no Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, integra toda uma vertente prática, essencial ao desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista, que segundo LEITE (2006:4) “espera-se que (...) seja, cada vez mais, um profissional reflexivo, e capaz de mobilizar todo um manancial de informação científica, técnica, tecnológica e relacional, alicerçado nos saberes providos da experiência em situação”, na sua prática diária.

O doente crítico e sua família são o alvo de intervenção e foco fundamental dos cuidados dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tal como referido anteriormente, sendo que segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007), os cuidados são dirigidos “...à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e falência orgânica passíveis de risco de vida, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida”, sendo aplicável em múltiplos contextos, incluindo um Serviço de Urgência, assim como um Bloco Operatório (TORRES 2008:21).

Por forma a estar apto a dar resposta a estes doentes, o Enfermeiro Especialista terá que, através da certificação de competências, tornar-se detentor de todo um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que são mobilizadas para a sua prática e tendo como base a excelência da prática especializada na equipa de saúde.

Para este desenvolvimento de competências, foram desenvolvidos, no plano de estudos da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, determinados objectivos gerais e competências. Estes baseiam-se no aprofundamento de conhecimentos e capacidades de compreensão na área de especialidade, na correcta aplicação dos mesmos e de resolução de problemas em novas situações, em contextos alargados. Neste sentido, implicam capacidade para interligar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções, incluir reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais. Esta linha de pensamento, leva-nos a defender a necessidade de capacidade de comunicação das conclusões,

conhecimentos e raciocínio de uma forma clara, bem como a aquisição de competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, decorrendo deste modo um desenvolvimento pessoal e profissional de uma forma autónoma.

No sentido do desenvolvimento das competências assinaladas, os módulos de estágio realizados foram o Módulo I, em contexto de Serviço de Urgência, no Hospital da Luz, em Lisboa, no período de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010, e o Módulo III Opcional, tendo a opção incidido sobre o Bloco Operatório, especificamente o de Otorrinolaringologia no Hospital de Santa Maria, em contexto de trabalho, no período de 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010. O Serviço de Urgência assim como o Bloco Operatório, vocacionados para a prática de cuidados específicos e diferenciados, a par dos constantes avanços tecnológicos, têm permitido aumentar a sobrevivência do doente, sempre com um intuito do aumento simultâneo da qualidade de vida. Para isso, torna-se fundamental um trabalho em equipa, visando a excelência dos cuidados.

Os objectivos traçados para os módulos de estágio realizados, vão de encontro aos pontos de interesse, curiosidades, necessidade de aprofundamento e procura de uma maior reflexão, sendo estes apresentados no sub capítulo de cada Módulo de estágio. Assim, foi seguindo uma vontade de agir, reflectir e aprender que se desenvolveram actividades e estratégias, com intuito último de atingir os objectivos delineados e desta forma, adquirir e desenvolver as competências a que me propus.

A par da prestação directa de cuidados e enquanto ferramenta de trabalho, foram desenvolvidas ao longo dos módulos de estágio, reflexões críticas da prática, constituindo estas um instrumento de mobilização e criação de novos conhecimentos, tendo como finalidade corrigir condutas, posturas ou atitudes próprias e da equipa como um todo, assim como superar lacunas, contribuindo desta forma para um crescimento pessoal e profissional. A reflexão permitiu, desta forma, conhecer e aprofundar o auto conhecimento que segundo RISPAIL (2002) “trata-se de melhorar a compreensão que se tem de si próprio para melhor comunicar, evoluir e desenvolver-se, manter relações profissionais satisfatórias e aprender a gerir situações difíceis”.

Neste contexto, os sub capítulos IIA e IIB de seguida apresentados, pretendem demonstrar uma descrição detalhada e estruturada do desenvolvimento dos dois módulos de estágio realizados, onde serão descritas reflexões, actuações, estratégias e actividades desenvolvidas, no sentido do atingir dos objectivos delineados, assim como o identificar das competências adquiridas e desenvolvidas.

## 2.1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

RESUMO *Abordagem aos cuidados prestados em contexto de estágio no Serviço de Urgência, com referência às actividades desenvolvidas, tendo por base toda uma fundamentação teórica que justifica e corrobora a necessidade sentida nos trabalhos e reflexões apresentados. O intuito deste módulo foi a aquisição e desenvolvimento de competências, através da incrementação de práticas baseadas na evidência científica, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e família.*

O Serviço de Urgência caracteriza-se, em excelência, por receber doentes *em situação crítica* num contexto diferenciado, incluído no âmbito do foco fundamental dos cuidados na área de Especialidade Médico Cirúrgica. Podemos, neste contexto afirmar que, perante estas situações de doença súbita, acompanhadas de grande complexidade e gravidade, impõe-se uma resposta atempada e eficaz, decisiva na vida e qualidade de vida do doente e seus familiares, papel esse que deve assentar no profissionalismo do Enfermeiro Especialista.

Ao ser a porta de entrada nos serviços hospitalares, o Serviço de Urgência é por muitos considerado o rosto de uma Instituição, onde o papel do Enfermeiro Especialista se torna crucial, pela visibilidade dos cuidados que presta e pela importância no processo de vivência dos doentes e pessoas significativas em situação de crise, de onde se identifica a pertinência emergente deste Módulo I, no âmbito do desenvolvimento de competências na área de Enfermagem Médico Cirúrgica. O Serviço de Urgência emana um ambiente onde o ritmo se impõe acelerado, sendo que a tomada de decisão do enfermeiro se preconiza rápida e adequada, e onde a prestação de cuidados ao doente em estado crítico é cada vez mais exigente. Neste contexto, concordamos com SHEEHY'S (2001:3), quando afirma que ser Enfermeiro Especialista num Serviço de Urgência exige conhecimentos que revelem “um desempenho inovador, abrangente e de elevada qualidade”.

Neste contexto, identifiquei enquanto Objectivo Geral para este Módulo o *Demonstrar competências técnicas, científicas e relacionais na área de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família, visando a melhoria das práticas*, estabelecendo como Objectivos Específicos o *Prestar cuidados de enfermagem especializados, ao doente em estado crítico e sua família num Serviço de Urgência* e o *Desenvolver competências na área da Gestão de Risco no sentido da melhoria dos cuidados*, tendo sido diversas as actividades e estratégias estruturadas e desenvolvidas para os atingir.

O atingir destes objectivos, apresenta como intuito final a aquisição e desenvolvimento de competências enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo durante este Módulo de Estágio, aproveitado todas as situações para adquirir, desenvolver e demonstrar essas competências, através da sua aplicação directa à prática. A minha experiência profissional na área do doente crítico não tinha ainda incluído o atendimento do doente em Serviço de Urgência, pelo que, inicialmente e perante o desconhecido, este contexto me tenha suscitado alguma expectativa e ansiedade, às quais fui dando resposta ao longo do estágio, sempre com apoio da equipa, tendo contribuído em muito o seu acolhimento.

O primeiro Objectivo Especifico identificado, vem exactamente nesse sentido, da prestação directa de cuidados, por considerar uma mais valia fundamental na excelência da prática dos cuidados, tendo-me igualmente permitido percepcionar a realidade das necessidades pessoais e profissionais de toda a equipa, de uma forma integrada. Posso mesmo afirmar que foi através da prestação de cuidados que desenvolvi a capacidade de mobilização do conhecimento e saberes para a prática e promovi o desenvolvimento de várias competências essenciais à excelência do exercício.

Por sentir que é uma vertente essencial do cuidado enquanto futura Enfermeira Especialista nesta área, senti necessidade de um maior investimento, pelo que mobilizei e aperfeiçoei os meus conhecimentos através de uma exaustiva pesquisa bibliográfica e consulta a peritos em diversas temáticas específicas, por forma a garantir uma evidência científica aplicada à prática.

O outro Objectivo Especifico por mim delineado tem como ponto de partida a Gestão de Risco, fruto de profunda e cuidada reflexão prévia, tal como identificado em capítulo anterior. Um serviço como o Serviço de Urgência, vocacionado para a prática de cuidados específicos e diferenciados, a par dos constantes avanços tecnológicos, torna-se, neste contexto, num ponto chave de intervenção. Entendendo a Gestão do Risco como um programa pró-activo, procurei ao longo do estágio identificar áreas de risco, definir os procedimentos a implementar, e como tal contribuir para a minimização das possíveis consequências. Neste sentido, e tendo por guia orientador o projecto inicialmente delineado, direccionei os meus cuidados para a identificação de necessidades e situações de risco.

A assunção fundamental na prática de enfermagem, é que a profissão tem obrigações éticas para com a sociedade e para com os doentes, no sentido da prestação de cuidados de elevada qualidade, onde controlar o risco na prática se torna uma promoção desses mesmos cuidados. Neste sentido, a estratégia adoptada de identificação de situações de risco alvo, vai ao encontro do objectivo da Gestão do Risco, contribuído desta forma para a melhoria da prática dos cuidados prestados no Serviço de Urgência, no sentido de um contributo fundamental ao desenvolvimento da própria profissão de enfermagem. A existência e manutenção de cuidados de saúde viáveis e responsáveis, é crucial para a saúde das populações, podendo mesmo ser considerado, o *bem maior*, em termos éticos, ou o *bem comum*, no caminho da excelência, constituindo esta uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado, onde a confiança, a

competência e a equidade se reforçam. Por si só, a excelência da prática liga-se, na minha opinião, claramente a uma prática de cuidados seguros.

Por forma a atingir os Objectivos Específicos e conseqüentemente o Objectivo Geral, tornou-se fundamental, numa primeira etapa, um conhecimento efectivo da realidade do serviço, através da apresentação do mesmo, assim como de toda a equipa. O acolhimento foi bastante positivo, sendo que a disponibilidade evidenciada pela equipa multidisciplinar se tornou num factor facilitador no processo de adaptação e integração, pois não só me fez sentir bem vinda como demonstraram interesse no desenvolvimento do meu projecto de estágio.

Este Serviço de Urgência, mesmo se tratando de um hospital privado, atende o doente critico e sua família em diversos contextos críticos específicos, como sendo no foro traumatológico, no foro médico, assim como no foro cirúrgico, o que me permitiu desenvolver uma actuação completa e bastante vasta, em quase todas as áreas de actuação junto dos mesmos. A área que se encontra excluída deste hospital, por falta de capacidade de resposta, é a área do grande politraumatizado, área onde anteriormente tive oportunidade de adquirir conhecimentos e desenvolver competências, em contexto de Emergência Pré-Hospitalar, pelo que, apesar de poder constituir uma mais valia ao próprio estágio, não o sentir como lacuna.

Uma outra situação não vivenciada em contexto de estágio, por falta de oportunidade, foi uma intervenção a nível de suporte básico e avançado de vida. Apesar de variadas situações de cuidados a doentes em situação crítica, felizmente, em nenhum a situação requereu intervenções nesta área. Por toda a minha experiência profissional, considero ter competências de actuação a nível dos algoritmos de suporte básico e avançado de vida, no entanto sinto que poderia ter constituído uma mais valia o colocar os meus conhecimentos em prática, por forma a demonstrar competências numa situação bastante complexa e que muitas vezes se encontra acompanhada de um elevado grau de stress. A capacidade de tomada de decisão torna-se, neste âmbito, um ponto fulcral a dominar, tendo sempre em conta, e a meu ver, que tanto as guidelines como os algoritmos requerem todo um poder de decisão que envolve a experiência profissional anterior, o que se pode comprovar pela prática diária do nosso dia a dia.

Com base em reflexões oriundas de uma análise de evidência científica publicada, sugeri definir o SO enquanto local onde iria incidir este Módulo de Estágio, visto este constituir o local do Serviço de Urgência onde ficam internados os doentes que necessitam de observação de enfermagem e médica por curtos períodos, permitindo-me desta forma um acompanhamento de perto do doente em estado critico, assim como dos seus familiares. Em contexto de prática de cuidados, percepcionei que o tempo de internamento neste sector depende essencialmente da estabilização hemodinamica do doente, assim como da evidência conclusiva do diagnóstico. No entanto, por vezes, a falta de resposta atempada dos restantes serviços de internamento do Hospital, levam a um prolongamento não programado destes tempos.

Esta incidência de permanência em contexto de SO, foi complementada por uma passagem pela sala de triagem, assim como pela sala de tratamentos. Ao pretender realizar uma abordagem ao doente crítico, a passagem por estes sectores forneceu-me experiências que me permitiram vivenciar o trajecto do doente / família em contexto de urgência, trajecto esse bem explícito e de fácil acesso através do sistema informático utilizado, o Sorian.

É através do acesso ao sistema informático, que temos acesso aos registos de toda a equipa multidisciplinar, incluindo a equipa de enfermagem. Sendo o contributo e “importância dos registos de enfermagem actualmente reconhecida e indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados” (MARTINS et al, 2008:52), estes permitem igualmente expor à comunidade científica e social uma valorização, visibilidade e evidência da essência da prática de enfermagem.

A essência da importância dos registos torna-se indiscutível ao serem reconhecidos por outros profissionais de saúde como mais valia aquando da continuidade dos cuidados. Em partilha junto da equipa, percepcionei por parte dos mesmo um especial enfoque na visibilidade que os registos davam dos cuidados de enfermagem, tanto junto dos pares no restante hospital, como de toda a equipa multidisciplinar. Reconhecer na prática algo que vai ao encontro do que se documenta na literatura, tornou-se num ponto alto do próprio estágio, sentimento que partilhei com alguns elementos da equipa, tendo estes igualmente manifestado interesse na temática.

E se ao falarmos de cuidar do doente, englobamos a família, esta deve ser igualmente englobada nos registos, dando ênfase à inclusão da família nos cuidados, assim como os cuidados prestados à mesma, não descurando esta abordagem mesmo em contexto de urgência. Neste sentido, optei por abordar em equipa uma nova abordagem das notas de enfermagem, a *escrita sensível*, que procura abordar e expressar sentimentos verbalizados pelo doente e família, incluindo desta forma todo o processo do cuidar, num intuito de maior visibilidade aos cuidados, no sentido de uma prática de qualidade.

Alguns dos colegas já tinham ouvido falar na temática, para outros denotei ser algo completamente novo. Através da partilha de sentimentos, cada elemento da equipa foi transmitindo a sua opinião face a esta abordagem da escrita sensível, dando exemplos da sua anterior utilização. Partilhei igualmente experiências anteriores assim como mais valia da sua aplicação, o que se tornou numa partilha considerada por todos bastante interessante. Por forma a não cair no esquecimento, e enquanto estruturação de exemplo a seguir, foi minha preocupação ao longo de todo o estágio, a utilização diária desta linguagem, tanto a nível de transmissão oral de informações, como através dos registos de enfermagem, tal como descrito mais à frente.

Neste contexto complexo de cuidados, torna-se pertinente termos consciência que a situação de doença conduz a pessoa a um estado de vulnerabilidade, hipersensibilidade e fragilidade, pois toda a sua vida mudou, pelo menos temporariamente. Em contexto de Serviço de

Urgência, os doentes são muitas vezes afastados dos seus familiares e deparam-se com um ambiente desconhecido, amedrontador e considerado impessoal e frio. Ficam rodeados por um ambiente em tudo novo e desconhecido, atendendo a que à sua volta só vêm meios técnicos necessários para situações de urgência ou emergência, observam práticas mais ou menos agressivas executadas pelo pessoal de saúde, que permanece numa azáfama constante, fazendo o doente sentir-se reduzido a um simples objecto, mais ou menos vulnerável, por mais que o esforço da equipa de enfermagem vá no sentido da sua privacidade e cuidados humanizados.

No entanto, é de salvaguardar que cada pessoa é um ser único, o que para alguns pode ser considerado amedrontador e angustiante, atendendo a que excede as suas capacidades de resposta, pode para outros assumir-se como normal, ou pelo menos pouco preocupante, pelo que a capacidade de desadaptação ou ruptura se torna igualmente diferente. Apesar da ansiedade, do medo e da incerteza não serem facilmente controláveis, acredito que o doente, com a nossa ajuda, adquire a capacidade de desenvolver estratégias adequadas no sentido de enfrentar e ultrapassar as formas de insegurança e de angústia vividas num Serviço de Urgência, conseguindo forças para a mudança.

Cabe-nos a nós, profissionais de saúde, a inclusão da família nas estratégias do cuidado, passo fundamental no caminho da excelência. O acompanhante do Sr. Hugo, no momento da crise e da entrada do seu familiar no SO, fica a aguardar à porta do mesmo. Ao aproximar-me denotei preocupação nos seus olhos. Um olhar intenso procurava uma qualquer informação sobre o seu pai. Apresentei-me e expliquei a necessidade da sua permanência por perto, no entanto, do lado de fora do SO, até que a situação do seu pai estivesse estabilizada. Ao dar ênfase à necessidade sentida por parte dos profissionais de saúde da sua permanência por perto, senti um alívio nas palavras que se seguiram. Percebeu que não o queríamos longe, que não o queríamos afastar. E mais tranquilamente aguardou por novas indicações. Enquanto agentes facilitadores do cuidado, devemos perceber que se trata de um momento de grande stress para os acompanhantes, pois percebem o risco de vida em que os seus familiares estão, devido à nossa azáfama, mas ficam apenas à porta, de forma impotente.

O cuidar destas famílias, faz parte integrante do nosso cuidar do doente crítico, e esta foi a realidade por mim encontrada neste local de estágio. Uma preocupação constante com os familiares do Sr. Hugo, um manter por perto o filho, no sentido de este ser o porta voz para toda a família, foi uma preocupação constante da minha parte. No final, boas notícias, e um permitir a entrada do filho, fez, efectivamente, toda a diferença para aquele doente. Neste sentido, considero que é importante que os enfermeiros de urgência sejam peritos não apenas na prática de técnicas de urgência, mas que também saibam intervir junto da família em situações de crise, em todo o contexto de Serviço de Urgência.

Essa humanização do cuidado foi uma permanente ao longo de todo o estágio. Acolher significa receber as pessoas bem, sendo que neste Serviço de Urgência existem vários locais

de acolhimento. Na Triagem, nas salas de espera, nos gabinetes médicos, na sala de tratamentos, e no SO. Cada local recebe e acolhe doentes e familiares de acordo com um contexto, estrutura e capacidades distintas que fazem da urgência um local único no meio hospitalar. Foi no sentido da percepção destes locais enquanto únicos, que procurei a oportunidade de cuidar nestes diversos ambientes.

Em contexto de Sala de Tratamentos, elaborei uma ideia globalizada do percurso do doente em contexto de urgência que, implicando intervenção e vigilância, não justifica porém o internamento em SO, como no caso do Sr. Francisco, que acompanhado pela esposa deu entrada no Serviço de Urgência com queixas de náuseas e vômitos, sem outra queixa associada, aquando da triagem. Após avaliação médica, foi prescrito medicação endovenosa, que foi por mim administrada em contexto de Sala de Tratamentos, após esclarecimento de todas as dúvidas do doente, assim como explicação do tratamento em si. Esta comunicação assertiva com os doentes permitiu-me, de uma forma global, desenvolver competências relacionais com o doente e sua família, estabelecendo uma relação empática com o mesmo em situação de crise, através da informação e esclarecimento das suas dúvidas, minimizando deste modo a situação de crise e ao mesmo tempo estabelecendo uma relação de confiança.

Tal como após a administração de um qualquer fármaco, também o Sr. Francisco foi por mim encaminhado para uma sala própria, onde ficou sob vigilância de enfermagem, permanecendo na companhia da esposa. Sob vigilância constante, avalei junto do doente e familiar, que o Sr. Francisco sentia um alívio das queixas iniciais, tendo assegurado então, o reinício de uma dieta líquida, que o Sr. Francisco tolerou. A passagem deste doente pela serviço de urgência, tornou-se, desta forma e partilhado pelo próprio, como um episódio não traumático e de resolução atempada e eficaz, indo ao encontro do preconizado enquanto cuidado de qualidade.

Esta realidade percepcionada da humanização dos cuidados prestados, assenta no propósito de estratégias de qualidade, satisfação do cliente, prevenção de complicações e organização dos serviços de enfermagem, organizando e estruturando pensamentos para um acolhimento de qualidade no mesmo. A importância da humanização dos cuidados, passa, tal como anteriormente referido, por todos os sectores do Serviço de Urgência, sendo que a Sala de Triagem não é, de todo, excepção.

Neste contexto, considero crucial no processo de triagem a capacidade de comunicação entre profissional e doente/família, a sua sensibilidade, paciência, compreensão e descrição, a capacidade organizativa e a capacidade para actuar em situações delicadas, sendo o enfermeiro triador considerado, por muitos, um elemento mediador do Serviço de Urgência. Neste contexto, o enfermeiro detém a responsabilidade de tornar visível a prestação dos cuidados de enfermagem, perante doente e familiares, assim como perante a própria sociedade civil. Esta minha passagem pela sala de triagem, permitiu-me uma maior percepção das funções, dificuldades e habilidades necessárias ao enfermeiro em situações críticas ainda

não diagnosticadas, assim como competências necessárias no despiste precoce de complicações relacionadas com toda a situação.

Qualquer sistema de Triagem tem como finalidade que os doentes não sejam observados por ordem de inscrição, mas sim por avaliação de sintomas que determinam situações de emergência, urgência ou menos urgentes. Sendo a Triagem o primeiro contacto que o doente tem com o serviço de urgência, este pretende-se rápido e eficaz, no sentido de diminuir ao máximo o tempo de despiste de situações emergentes. O enfermeiro centra-se nos sinais, sintomas e queixas principais do doente, sendo que percepcionei que os enfermeiros mais novos se centram apenas nos sinais e sintomas, enquanto que enfermeiros mais experientes actuam igualmente segundo uma outra percepção própria.

Esta realidade vem ao encontro do que defende BENNER (2005), na sua obra “De Iniciado a Perito”, ao considerar que apenas um enfermeiro perito, detém a capacidade de “identificar a causa do problema sem perder tempo em considerações sobre diagnósticos ou soluções alternativas”, colocando em prática todo um “conhecimento intuitivo da situação” aquando da avaliação de um doente. Esta actuação requer, na minha opinião, tanto conhecimentos como intuição, tornando a tomada de decisão como parte integrante da prática de enfermagem. Considerei, neste contexto, que o Enfermeiro Especialista seria o elemento chave num primeiro contacto tranquilizante dos doentes e família, contribuindo este para uma minimização do sentimento de despersonalização e de perda da identidade sentida pelo doente na urgência, transmitindo maior segurança e estabelecendo uma relação de confiança.

Percepcionei, em contexto de triagem, que os enfermeiros mais experientes, conseguiam lidar de forma mais eficaz e eficiente com toda a complexidade implícita, tendo o foco centrado no primeiro contacto com o doente e sua família, enquanto precursor de todo um percurso e tempo de intervenção junto dos mesmos. Entendo que numa óptica de gestão e rentabilização de recursos se procure colocar rapidamente todos os elementos a realizarem a Triagem, no entanto, considero que deverá ser uma estratégia cuidada, cautelosa e bem supervisionada.

Este primeiro acolhimento ao serviço de urgência, é um momento decisivo no processo de adaptação do indivíduo e família ao meio hospitalar, uma vez que determina o tipo de imagem e opinião que este forma acerca da instituição hospitalar, a qual o acompanhará ao longo da sua permanência no mesmo. Nesta perspectiva, o Enfermeiro Especialista, pela formação diferenciada que possui na área relacional, técnica e científica, apresenta-se como elemento da equipe cuja intervenção é fundamental no momento da admissão ao meio hospitalar.

Logo neste primeiro contacto, em sala de triagem, deverá haver uma preocupação em prestar todo o apoio às famílias, apoio esse que deverá acompanhar todo o percurso do doente através do serviço de urgência. Embora em situações de saúde bastante diferentes, tanto com a família do Sr. Francisco, como junto da família do Sr. Hugo, procurei intervir, dando-lhes espaço para manifestarem as suas emoções com respeito e privacidade, e proporcionando,

sempre que desejado e permitido pelo serviço, uma maior permanência junto do seu familiar. Desta forma, considero ter demonstrado disponibilidade para ouvir, estando por perto sempre que necessitaram, criando desta forma uma relação de ajuda junto dos próprios familiares.

Um ambiente Humanizado para um acolhimento de qualidade envolve estruturas e pessoas. O ambiente de trabalho poderá interferir no comportamento das pessoas e, por conseguinte influenciar as relações interpessoais assim como os resultados. Neste sentido, posso afirmar que pequenos gestos no cuidar, como o apagar das luzes à noite, o silêncio cuidado, a atenção à família, a preocupação com o doente e suas vivências anteriores, tornam este serviço mais humano, menos frio e distante, sendo isso verbalizado pelos próprios doentes.

Por mais que os profissionais que ali actuam se preocupem com esse aspecto sob a égide da humanização, o ambiente hospitalar, com a sua sonoridade peculiar (*bips* de monitores, alarmes de equipamentos, entre outros) é sempre caracterizado com uma certa tensão, doses variadas de sofrimento, dor, desafios na luta pela vida, dificuldades no enfrentar de perdas e da morte que levam a pairar no ar estados de ansiedade, depressão, temor. Todos os avanços tecnológicos, podem trazer, “como consequência, níveis de ruído potencialmente danosos” (OTENIO et al, 2007:245), alterando significativamente a qualidade de vida. Nesse sentido, é fundamental esta preocupação com o conforto sonoro aquando da prestação de cuidados.

Associado ao ruído, muitos doentes queixam-se igualmente da perda de noção do tempo. Quando o Sr. Manuel me questionou acerca das horas pela primeira vez, eram cerca das 17horas e 10 minutos. Quando questionou pela quinta vez as horas, eram apenas 17horas e 45minutos. Pedia desculpa por estar a incomodar, mas não conseguia ter a noção de tempo. Nem muito nem pouco. E isso era, no contexto de internamento, um motivo de desconforto. Os doentes, quando internados em SO, é-lhes solicitado que retirem o relógio, assim como os seus pertences de valor. Muitas vezes recorrem aos familiares, numa procura de orientação do tempo e do espaço, no entanto, muitas vezes estes têm de se ausentar por períodos. Após esta percepção, combinei com o Sr. Manuel que o informaria das horas de 30 em 30 minutos, tempo que, em consonância com o doente, pareceu razoável no sentido da orientação espaço-temporal. Ao fim de duas horas o Sr. Manuel estava efectivamente mais satisfeito. Saber que haveria alguém a informá-lo da passagem do tempo, retirou-lhe essa preocupação e permitiu-lhe um aguardar dos cuidados de forma mais tranquila, inclusivamente com períodos de repouso profundo.

Questionei-me como realmente, algo aparentemente tão simples, como o saber as horas, poderia adquirir tamanha importância, quando analisado num contexto por si só já complexo, de internamento em contexto de urgência. E no entanto, tão simples de resolver, já que bastaria a colocação de um relógio numa das paredes do SO, localizado de forma a que ficasse visível para todos ou pelo menos a maioria, dos doentes internados neste sector. Neste contexto, abordei a equipa que considerou ser efectivamente uma medida a ser tomada. Reportei esta preocupação da equipa à Enfermeira Chefe, que no entanto, me explicou que,

sendo um hospital privado, a aquisição do relógio e sua aplicação na parede, necessita de aprovação da Administração, que já anteriormente tinha sido solicitada, e que aguardava resposta. Até lá, cabe aos profissionais de saúde o facilitar a informação aos doentes, por forma a minimizar mais esta possível fonte de desconforto.

Uma outra fonte de desconforto, constituindo mesmo uma das entidades mais prementes num Serviço de Urgência é a Dor, tendo sido quase diário o cruzamento com a mesma durante o decorrer do meu estágio. Senti, muito por isso, uma necessidade de discutir o tema, aprofundando-o junto de colegas, analisando-o, permitindo-me a uma reflexão mais detalhada do mesmo, contribuindo para uma mudança de atitudes e postura da própria equipa.

Reflectir sobre a dor levou-me inicialmente a uma intensa pesquisa sobre o tema. Sendo um tema tão debatido actualmente, senti necessidade de ler o que hoje em dia peritos da área revelam como prática no nosso país, assim como na saúde em termos internacionais. Na minha opinião, o tema deve ser discutido e esclarecido, por forma a que seja melhor compreendido, prevenido e controlado, contribuindo desta forma para a humanização dos cuidados, tal como bem definido e identificado pela DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2008:2) ao referir que o “controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um factor decisivo para a indispensável humanização” dos mesmos.

Das diversas definições de dor encontradas na literatura consultada, considero valer a pena relembrar uma evolução do conceito, definido inicialmente em 1979 pela Associação Internacional para o Estudo da Dor, que a definiu como sendo "uma experiência emocional e sensorial desagradável, associada com dano potencial ou actual de tecidos, descrita em termos de tais danos" (MERSKEY et al, 1979). Já em 1986, esta mesma Associação reformulou esse conceito para "uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais, ou descrita em termos de tais lesões" (TEIXEIRA, 1994). Esta mudança de paradigma faz toda a diferença.

A Dor é uma experiência vivenciada por quase todas as pessoas, tendo ao longo deste estágio constatado que muitos utentes recorrem ao Serviço de Urgência por Dor, o que validei junto da literatura sobre a temática, que determina ser um facto comprovado tanto a nível nacional como internacional. Em contexto de estágio, vivenciei a Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> Maria que recorreu ao Serviço de Urgência por uma dor abdominal intensa. O seu fáceis não *enganava*, expressão ouvida nos corredores. Há que perceber o que provoca esta dor. Há que saber as causas. Há que fazer exames.... Sim, e há também que chegar perto da doente, tentar perceber e compreender esta dor, pensei eu. Aproximei-me da doente. O seu olhar era vago, no entanto expressava bem o sentimento doloroso que a acompanhava. Optei por uma primeira abordagem no sentido do conforto, tentando perceber qual a posição na cama em que se sentia mais confortável. Referiu que confortável estaria em casa e apercebi-me da revolta inerente a toda a situação. Pensei igualmente que a revolta poderia querer significar, no seu âmago, apenas um enorme medo.

Medo do hospital.... medo das intervenções.... medo de um diagnóstico, o que foi desde logo confirmado pela filha da senhora. Quando encontrámos, em conjunto, uma posição mais confortável, optei por me afastar um pouco e deixar a senhora descansar, não antes sem referir a minha disponibilidade para qualquer dúvida ou situação que necessitassem. Mais tarde, voltei junto da doente, situação descrita em detalhe mais à frente.

A dor é uma experiência individual associada a características únicas do organismo. Sem dúvida é uma sensação em uma ou mais partes do organismo, sendo sempre desagradável, representando portanto uma experiência emocional. Sabendo que a dor surge como um sinal de alerta, cumprida esta função vital de sinal de alarme, “a dor não representa qualquer outra vantagem fisiológica para o organismo”, DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2008:5).

Tendo como referência este processo complexo e individual que é a dor, relembro uma das situações que me marcou, com o Sr. Fernando, que deu entrada no Serviço de Urgência com queixas de dor intensa a nível do tórax e do membro superior esquerdo, ficando de imediato internado em SO com suspeita de Síndrome Coronário Agudo. Sendo a primeira vez que o Sr. Fernando se via numa urgência hospitalar, tanto o próprio doente como os seus familiares, encontravam-se bastante ansiosos e preocupados, muito devido ao desconforto sentido. Fui junto do doente e tive oportunidade de permanecer junto do mesmo, explicar-lhe o que se estava a passar e, de seguida, ir transmitir à família notícias que lhes permitiram reduzir a ansiedade premente.

Numa situação que tem início num processo de dor, deparamo-nos com situações muitas vezes urgentes, como nesta situação específica de Síndrome Coronário Agudo que “requer intervenção médica urgente para melhorar a sobrevivência e a qualidade de vida dos sobreviventes” (PATRÃO, 2009:6). Cabe às Organizações de Saúde a capacidade de dar resposta atempada e de qualidade, em tempo útil. Por toda uma experiência profissional anterior na área da Cardiologia, tive a oportunidade de partilhar com a equipa conceitos fundamentais que permitem a um enfermeiro nortear a sua actuação, nomeadamente no despiste precoce de situações críticas e situações de compromisso cardíaco. Este momento de formação em situação tornou-se bastante útil, tendo sido referenciada por diversos elementos da equipa como sendo uma área temática pouco dominada. Constatei, com satisfação, que se tornou, sem dúvida, num momento rico de aprendizagem para toda a equipa.

O impacto desta Síndrome é grande, assim como os custos a ela associada, quando não tratada a tempo. Refere ainda PATRÃO (2009:5) que “em 2005, em Portugal, 8637 pessoas morreram devido a doença coronária o que corresponde a 8% de todas as causas de morte – na UE houve 741 833 mortes por doença coronária o que representa 15,4% de todas as causas de morte.” Sendo uma patologia com tão grande impacto não só na saúde, mas também na economia, e tendo em conta que neste Serviço de Urgência é identificada como sendo a patologia mais frequente, torna-se imperativo que o mesmo esteja munido das melhores estratégias no que toca ao cuidado a estes doentes e seus familiares.

Neste sentido, o ter ficado responsável por doentes com suspeita de Síndrome Coronário Agudo, permitiu-me estar atenta e desenvolver algumas actividades junto dos doentes e familiares, como sendo uma prestação de cuidados de qualidade, garantindo a continuidade dos mesmos, assim como junto da própria equipa multidisciplinar, através da identificação de dificuldades sentidas pelos enfermeiros na tomada de decisão de cuidados a estes doentes. O entrecruzamento dos dados obtidos, permitiu-me promover em equipa uma vasta troca de experiências, conhecimentos e habilidades no âmbito desta temática.

Procurei ir espaçando ao longo do tempo estas trocas de experiências, por forma a conseguir alcançar mais colegas, em diferentes turnos. Neste sentido, aproveitei oportunidades em contexto de passagem de turno, assim como momentos mais calmos do serviço, onde uma abordagem da patologia cardíaca e todas as suas implicações se tornava o tema central de conversa entre toda a equipa. Em conversa com alguns colegas, foi sem dúvida com bastante satisfação que constatei que os colegas verbalizaram a pertinência do tema, assim como a forma de abordagem do mesmo.

Para além da associação à patologia cardíaca, analisei os diversos contextos em que a Dor surgiu como foco central das queixas do doente, tendo percepcionado que a Dor é um processo complexo, multidimensional, que pode ser determinado não apenas pela lesão em si, mas também por experiências prévias com outros eventos dolorosos, estados emocionais e história familiar. Além disso, é mediada por vários componentes sensoriais, afectivos, cognitivos, sociais e comportamentais, sendo desencadeada ou percepcionada a partir de uma agressão infligida ao organismo. Sendo a Dor em si, um processo tão complexo, defendo que também a sua compreensão deva ser multidisciplinar, envolvendo várias áreas de conhecimento para que se possa entender a totalidade deste fenómeno.

No entanto, e apesar de todo um trabalho e esforço por parte dos profissionais de saúde, sinto que objectivamente, não temos meios para confirmar a dor que o outro nos refere, pelo que se torna algo subjectivo. Por vezes, suspeitamos dela. Por vezes ouvem-se expressões de que os *doentes são mentirosos*. Eu suponho que os *outros têm a sua dor, ainda quando não possa perceber o significado que tem para eles*. ANDRELLA et al (2007:21) refere sobre esta temática que “o grande desafio do combate e entendimento da dor inicia-se na sua mensuração, já que a dor é, antes de tudo, subjectiva, variando individualmente em função de vivências culturais, emocionais e ambientais e de processos fisiopatológicos”.

Neste sentido, para os profissionais de saúde a dor referida pelos outros, torna-se numa realidade mais credível quando podemos inferir a hipótese de dor associada a uma lesão ou agressão tecidual, como no caso apresentado do Sr. Fernando. No entanto deparamo-nos, num Serviço de Urgência, com a situação de que muitas pessoas relatam dor na ausência de lesão tecidual ou de qualquer outra causa fisiopatológica provável, tornando-se impossível a sua compreensão, sem aceitarmos o seu relato subjectivo.

Quando entrei de turno, o Sr. António já se encontrava internado no SO. Na passagem de turno referiram que o doente apresentava queixas álgicas e que se encontrava a fazer analgésicos. Perguntei ‘quanto?’ ao que me foi respondido, ‘moderadas’. Fiquei a pensar naquela resposta. Decidi ir junto do doente. Fui tentar perceber o que queria significar para o doente, aquele ‘moderado’. E pensei ‘porque não medir concretamente esta dor?’. Considero que só quantificando a dor, se torna possível um melhor cuidado. E foi o que fiz, tal como descrito em detalhe mais à frente.

Avaliar e medir a dor deveria constituir uma prioridade no cuidado, de onde considero que a medição da dor resulta em algo crucial para o estudo dos seus mecanismos, por forma a evidenciar os enfoques terapêuticos mais efectivos. A avaliação da dor é importante para a humanização do cuidado ao doente, além de promover o planeamento das intervenções a serem realizadas. Na condição de profissionais de saúde, devemos lembrar que cada ser humano é único e que não podemos generalizar as suas acções, percepção e comportamento, principalmente em relação à dor.

Determinados contextos específicos têm uma influência enorme no limiar doloroso, nomeadamente contextos como a ansiedade, a depressão, o sentimento de não sentido da vida, o medo, a tristeza, o isolamento e a insónia. Considero igualmente, com confirmação por parte da literatura consultada, que a dor pode ser amenizada num ambiente acolhedor, onde está presente a despreocupação, a esperança e onde é permitido e assegurado um adequado período de sono, tal como apresentado por ANDRADE et al (2006:275) “padrão de sono e processos familiares alterados, ansiedade, medo da morte e da solidão também podem modificar a resposta à dor”. Por todos estes factores conducentes, podemos mais uma vez afirmar que a dor é um fenómeno altamente subjectivo, podendo tanto a dor influenciar a mente, como a própria dor ser modificada pelo estado psicológico do indivíduo.

A Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> Filomena tinha terminado as suas férias com um incidente na praia, que teve como consequência uma fractura do fémur. Ainda nem tinham começado as férias em Cabo Verde, e menos de 24h depois, surge, vindo do nada, aquele buraco na areia. Ao aproximar-me da doente, denotei a sua revolta. Muito pelas férias interrompidas, muito pela dor sentida, muito pela limitação que a fractura impunha. Eis uma situação em que todo um “contexto em que a experiência dolorosa surge é factor importante na resposta à dor” (ANDRADE et al, 2006:275), tornando-se, por si só, num factor primordial no seu controle.

No caso da Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> Filomena, diversos eram os factores intervenientes no processo de Dor. Não só o terminar abrupto de umas férias desejadas e planeadas, como uma dor que variava consoante a mobilização/imobilização do membro inferior. Senti necessidade de, junta da doente, avaliar e quantificar a dor nas duas situações, quais os posicionamentos que mais aliviavam, quais os que mais agravavam a dor, assim como todos os sentimentos e sensações percebidos pela própria doente, associados a todo um contexto, por si só, bastante complexo. Já em registos de enfermagem, transcrevi com recurso à escrita sensível, todos

estes dados, enquadrando, desta forma, toda uma informação que considereí fulcral à continuidade dos cuidados. Enquanto momento de partilha em equipa, senti necessidade de, em passagem de turno, fazer referência a todos os factores envolventes da situação de dor, partilhando com os colegas a importância da valorização dos mesmos, tendo sido referido pelos mesmos como uma efectiva mais valia aos próprios cuidados. Concordámos que só compreendendo o doente e o processo de dor, nos é possível um cuidado de qualidade.

Durante o decorrer do estágio deparei-me, muitas vezes, com a vivência das mais variadas emoções como ansiedade, angustia do diagnóstico, insegurança de se encontrarem sozinhos, medo de morrer, dúvidas e receios. O desenvolver de habilidades de comunicação interpessoal impôs-se. A demonstração de competências foi sendo expressa, como na situação da abordagem à problemática da Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> Filomena, na relação de ajuda estabelecida, na criação de um clima de confiança e de respeito contínuo, escutando, mostrando disponibilidade, esclarecendo dúvidas, medos e receios, de modo que se sentisse cuidada e compreendida.

O cuidado da dor é a chave para o resgate da dignidade do ser humano num contexto crítico, e é um dos objectivos da Medicina desde tempos imemoriais. A problemática da dor não é pura e simplesmente uma questão técnica: estamos frente a uma das questões éticas contemporâneas de primeira grandeza e que precisa ser vista e enfrentada nas suas dimensões física, psíquica, social e espiritual.

Para além da utilização de instrumentos de avaliação da dor, considero que estes aspectos apontados como envolventes da dor, devem e merecem ser avaliados, no sentido do controle da própria dor, de onde ANDRADE et al (2006:272) salienta que “o processo de avaliação da dor é amplo e envolve a obtenção de informações” variadas. Neste sentido, posso afirmar que a avaliação da experiência dolorosa é fundamental para se compreender a origem e magnitude da dor, para implementação de medidas analgésicas, assim como para verificação da eficácia das terapias instituídas, sempre no sentido da melhoria da qualidade de vida do doente.

A necessidade de qualificar e quantificar a sensação dolorosa e medir o alívio obtido com as terapias aplicadas, levou por todo o mundo ao desenvolvimento de instrumentos de avaliação da dor que facilitam a comunicação com o doente, permitindo comparações individuais e de grupo, logo uma maior compreensão da experiência dolorosa, assim como de repercussões desta na vida do doente.

De todos os instrumentos de avaliação da dor existentes a nível mundial, destacamos os instrumentos unidimensionais, visto ter constatado ser o existente no Serviço de Urgência. Por sua vez destes, destacamos a Escala de Estimativa Numérica e Escala de Faces de Wong Baker, por constituírem o instrumento específico existente neste serviço. A associação destas duas escalas numa só permite a sua aplicação a todos os doentes, visto ser de fácil interpretação mesmo para doentes com dificuldades a nível do domínio das propriedades aritméticas, com baixo nível educacional ou com alterações cognitivas leves.

Apesar de este instrumento de mensuração da dor fazer parte integrante do sistema informático, a nível de registo de sinais vitais, os enfermeiros optam por não quantificar a dor junto do doente, apenas classificando qualitativamente a dor, registando-o em notas de enfermagem. Realço, no entanto, a importância da conotação da Dor enquanto 5º sinal vital, defendido pela DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2003), que refere que “passou a ser considerado como boa prática clínica e obrigatórios, a avaliação e o registo regular da intensidade da dor”, a nível quantitativo.

Apesar de plenamente descrita na literatura enquanto boa prática, a opção pela prática de mensuração qualitativa da dor é uma facto no nosso país, constituindo, infelizmente, uma prática comum. Sabemos, segundo a literatura consultada, que todos os instrumentos apresentem limitações aquando da sua aplicação, no entanto torna-se fundamental a sua utilização para um controle adequado da dor.

A escolha de um instrumento para quantificar a dor deve, antes de tudo, ser de fácil aplicabilidade e adequar-se ao nível de compreensão do doente. Oferecer ao doente uma linguagem para se fazer ser bem compreendido é muitas vezes o *elo* que falta entre o doente e o enfermeiro. Quantas vezes é o enfermeiro que detém o *poder* único de julgamento aquando de uma prescrição de analgésico em SOS? Corre-se muitas vezes o risco de, ao não medir a dor, considerar esta como ausente ou ligeira, e tentar *enganar* ou *testar* o doente, para averiguar se o mesmo ainda reclamará de dor. Tal como referido anteriormente, muitas vezes se ouve dizer que os doentes “*são mentirosos*”.

No entanto, esta é talvez uma expressão que representa antes a defesa dos próprios enfermeiros ao lidar com o outro, projectando na sua fragilidade a sua errónea sensação de poder e superioridade. O sofrimento do outro, por vezes, pode provocar em nós temor e medo, talvez porque vemos como que num espelho a nossa própria fragilidade, vulnerabilidade e mortalidade, dimensões da nossa existência humana que nem sempre gostamos que sejam lembradas.

Acredito que ninguém vai ao hospital por prazer ou para tirar férias, nem sequer para passear, tratando-se antes da preservação da própria vida. A presença da dor inoportunamente nas nossas vidas, cria muitas vezes em nós um sentimento de impotência, pelo qual recorremos a ajuda de profissionais. No entanto, questiona-se até que ponto os profissionais de saúde compreendem o significado de *dor* quando cuidam dos doentes.

Numa fase da vida em que o doente se encontra fragilizado, o que acontece quando recorre ao Serviço de Urgência a solicitar a ajuda dos profissionais de saúde, torna-se fundamental a valorização da qualidade de vida, assim como o respeito pela dignidade do ser humano. É nesta fase que nós, enfermeiros, passamos do “*são mentirosos*” para uma valorização da dor enquanto factor desintegrante da unidade da pessoa. Certamente, algum nível de dor e

sofrimento pode ser tolerado, e seria na verdade utópico dizer que o alívio de toda a dor e sofrimento seria um objectivo apropriado para o sistema de saúde.

E é nesse cuidado que nós, enfermeiros, podemos fazer a diferença. A Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> Madalena referida anteriormente e que recorreu ao Serviço de Urgência por uma dor abdominal intensa, após uma aproximação da minha parte, assim como uma colheita de dados completa sobre as características da dor e posicionamento de conforto, referiu que não ía ao médico há cerca de 10anos, por medo. Ao abordar a temática *medo*, compreendi ser este um *medo* do desconhecido, do que lhe poderia acontecer. Tal como tinha sido anteriormente confirmado pela filha, confirmei junto da doente esta sensação de medo, bem presente desde o início do episódio de dor. Percebi que muito daquela dor poderia ser igualmente oriunda desse medo e dessa angústia, não desvalorizando uma qualquer patologia abdominal que pudesse estar na causa da sintomatologia apresentada. Ao explicar à doente tudo o que se estava a passar, e tudo o que estava planeado fazer, a doente foi aos poucos relaxando, afastando um semblante inicialmente mais negro.

Senti que a minha aproximação, através do toque, do olhar e da escuta, permitiu que a doente fosse aos poucos relaxando, até que senti ser oportuno explicar a escala numérica da dor, por forma a poder quantificar a mesma. Encontrava-se no nível 4, num máximo de 5, nível muito elevado. Expliquei que o que pretendia era que a doente me fosse dizendo ao longo do turno, e através dos cuidados prestados, se esse 4 se mantinha, ou se reavaliava num outro nível a sua dor. Apercebi-me, também ao longo do turno, que a dor se manteve, chegando no final do mesmo ao nível 5, independentemente dos cuidados prestados, assim como dos analgésicos administrados.

Em registos de enfermagem, optei mais uma vez pela *escrita sensível*, através da qual registei esta evolução da situação, através da quantificação da dor, assim como dos sentimentos vividos pela Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> Madalena e seus familiares. Em registo de sinais vitais fui registando a evolução ao longo do turno e na passagem de turno, fiz referencia ao valor concreto da avaliação. Não como sendo  *muito, pouco, moderado*, mas sim com um valor concreto e real identificado pela própria doente. Fiquei preocupada com esta doente, preocupação oriunda não apenas da medição concreta da intensidade da dor, mas também da interpretação cuidadosa dos resultados obtidos, pelo que posteriormente perguntei pela Sr.<sup>a</sup>. Foi-me dito que após avaliação por TAC, foi diagnosticado uma situação de isquémia da mesentérica, pelo que tinha ido de urgência para o bloco, confirmando uma real situação crítica.

Já na situação da Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> Maria, esta doente tinha dado entrada em SO com dor abdominal aguda, com vómitos associados. Numa primeira avaliação da situação junto da doente, esta manifestou, através da mesma escala anteriormente utilizada, que classificava a dor que sentia em nível 3. O desconforto dos vómitos, associado à dor persistente e aguda, reflectiam-se no estado hemodinamico da doente. Tinha indicação médica para realização de TAC abdominal e Rx Tórax, no entanto, segundo a avaliação efectuada, sugeri que se estabiliza-se primeiro a

doente e só depois fosse realizado o transporte, com minimização do risco para a doente.

Esta situação levou-me a reflectir. A tomada de decisão do transporte, com tudo o que o mesmo implica para o doente, deve ser algo bem avaliado e ponderado quer a nível dos riscos quer dos benefícios. Quando procurei junto dos colegas um protocolo de actuação, foi-me referido pelos mesmos a sua inexistência, o que em minha opinião, poderá colocar em causa esta tomada de decisão, colocando em risco o próprio doente. Na situação concreta da Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> Maria, a sugestão de estabilização da doente foi bem aceite, tanto pela equipa de enfermagem como pela equipa médica, tendo a doente, aquando hemodinamicamente estável, já com avaliação numérica da dor em nível 1 e sem vómitos, efectuado o exame, sem intercorrências.

Em situação de Serviço de Urgência, muitos são os doentes que necessitam de transporte intra hospitalar com o intuito de realização de exames complementares de diagnóstico, assim como de transporte para outros serviços do hospital, tendo sido diversas as situações vivenciadas ao longo do estágio. Segundo a SPCI (2008), o período de transporte caracteriza-se por grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado hemodinamico e originar complicações que devem ser previstas. Se se presumir que um exame de diagnóstico não vai alterar a terapêutica ou o prognóstico do doente, e se o transporte constitui um risco sério, então a sua realização deve ser reavaliada, tal como na situação concreta da Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> Maria.

No entanto sabemos que nem sempre corre tão bem. A existência de um documento oficial do serviço que dê indicações específicas, com uma check list que permita uma orientação concreta e efectiva das condições necessárias e inerentes ao transporte, pareceu-me ser um contributo essencial à melhoria dos cuidados, no qual eu poderia participar activamente. Neste sentido, partilhei esta minha preocupação com a equipa. Senti uma forte aceitação por parte dos colegas, com um incentivo que em muito me agradou, pelo que me propus para a elaboração de um documento de Orientações Gerais para o Transporte Intra Hospitalar do Doente Crítico (Anexo I). Durante a elaboração deste documento, tive a preocupação de seguir as guidelines emanadas internacionalmente e aceites a nível nacional, e adequar as orientações descritas à realidade específica do Hospital da Luz, tendo a partilha com os colegas me fornecido informações fulcrais e pertinentes, que me permitiram tornar este trabalho num documento de referência.

Um dos critérios aquando da avaliação do doente para um transporte, prende-se com uma avaliação do estado hemodinamico do doente, de onde faz parte, entre outras, uma avaliação do traçado cardíaco. Quando a Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> Joaquina deu entrada no SO, identifiquei de imediato uma dificuldade sentida por parte dos colegas. Que traçado cardíaco era aquele? Que implicações tinha para a doente? Era necessário alguma intervenção imediata?

Por ter anteriormente demonstrado saberes na área da cardiologia, alguns colegas direccionaram estas questões para mim, no sentido de uma procura de uma resposta. Ao avaliar a situação, deparei-me com uma doente sem queixas álgicas, avaliadas pela própria em

nível 0, sendo que no entanto se referia a um cansaço extremo, mesmo não associado a esforço físico. O traçado, esse que suscitou tamanhas questões, tratava-se de um flutter auricular, com necessidade de vigilância no imediato. Senti que a minha pronta identificação do traçado, sem margem para dúvidas acerca dos cuidados inerentes, transmitiu confiança à equipa, demonstrada, agora, por questões directas, como 'como se identifica um flutter?', 'que implicações tem este traçado para a Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> Joaquina?'. Identifiquei uma excelente oportunidade de formação em situação, com uma equipa motivada para a aprendizagem e desenvolvimento, perante uma situação mais complexa.

Ao longo do turno, as diversas intervenções e cuidados, tanto junto da doente, como junto da equipa multidisciplinar, foram sendo acompanhadas muito de perto pelos meus pares, manifestando uma vontade premente de querer perceber o porquê e como de toda a situação. O facto de esta situação ter suscitado dúvidas a diversos colegas sobre a interpretação dos traçados cardíacos, levou-me à identificação de uma área com necessidade de intervenção, pelo que enquanto formação em contexto de situação, abordei sucintamente os traçados assim como a sua interpretação, com uma breve explicação do traçado de flutter auricular em concreto, que me pareceu do agrado dos colegas. No entanto, percepcionei nesta altura que não bastaria uma formação em situação. Que seria um efectivo contributo o deixar algo de concreto para a equipa, algo a que pudessem recorrer um dia mais tarde, quando a situação se repetisse e as dúvidas regressassem.

Após reflexão sobre a temática da patologia cardíaca, considerei ser pertinente a realização de uma pesquisa mais aprofundada em termos de traçados cardíacos. Estruturei com base nos conhecimentos na área da cardiologia e na literatura consultada, o trabalho de Traçados Cardíacos e Cuidados de Enfermagem (Anexo II), que considero ser uma estratégia para a promoção de uma actuação rápida e perspicaz, no sentido de uma melhor interpretação dos traçados cardíacos, em situações de urgência. Este trabalho consiste num documento informático em power point, que foi sendo informalmente apresentado à equipa em momentos de passagem de turno e vários momentos de intervenção junto da equipa.

Foi meu objectivo contribuir não apenas com suporte teórico mas também com a criação de uma estratégia de apoio à tomada de decisão do enfermeiro, partilhando não só os conhecimentos em situações concretas de partilha, como disponibilizando em formato informático todo um conteúdo fundamental aquando da tomada de decisão nos cuidados ao doente do foro cardíaco. O suporte informático ficou então disponível a todos no computador da equipa de enfermagem, permitindo uma posterior consulta, sempre que considerado pertinente.

A apresentação à equipa das estratégias desenvolvidas, levou-me a uma troca de experiências, que enriqueceram em muito todo um percurso de estágio. Aquando da partilha em equipa dos conhecimentos acima referidos, analisámos em conjunto alguns traçados. Foi com enorme satisfação que vi que os colegas quando tinham dúvidas, recorriam ao suporte

informático que disponibilizei, o que me demonstrou a aplicabilidade do mesmo. Senti, mesmo assim, que podia ir mais longe. Partilhar em equipa, disponibilizar em suporte informático... e que tal se criasse um apoio de bolso que permitisse o retirar de dúvidas mais imediatas, de forma rápida e sem necessidade de recorrer a um computador? Abordei a equipa neste sentido. Logo à partida referiram ser uma excelente ideia e que seria um instrumento valioso de apoio aos cuidados. Neste sentido criei um cartão de bolso com um Algoritmo de interpretação de traçados cardíacos (Anexo III), que distribuí por todos os enfermeiros do serviço. Foi com agrado que senti o interesse da equipa aquando da sua recepção, referindo-me os mesmos que desta forma, poderiam de forma rápida e acessível, consultar o algoritmo, ficando o suporte informático com uma informação mais completa, caso surgissem dúvidas, complementando-se mutuamente.

A abordagem ao doente crítico, como já afirmei, obedece a algoritmos e práticas já bem definidas. Estes doentes são monitorizados o que exige ao enfermeiro uma interpretação correcta e atempada de sinais para despiste precoce de complicações. Neste sentido, verifiquei que, para além da dificuldade por parte de alguns dos enfermeiros na interpretação dos traçados cardíacos, identifiquei uma igual dificuldade na interpretação de gasimetrias arteriais. No cuidado à pessoa em situação crítica, os cuidados não podem ser isolados. Encaro-os inclusivamente como sendo uma cadeia, onde qualquer elo que falhe, torna a cadeia mais fraca. E isso não pode passar sem uma intervenção conjunta com a equipa.

Após uma receptividade tão efusiva por parte da equipa aquando da entrega dos cartões de bolso, apresentei à equipa uma outra proposta. Constituindo a interpretação das gasimetrias, uma outra dificuldade sentida e manifestada por diversos elementos da equipa em diversas situações vivenciadas, propus a criação de um documento que se tornasse num agente facilitador dessa mesma interpretação. Neste sentido estruturei a Tabela de interpretação de gasimetrias (Anexo IV), tabela esta de consulta rápida e simplificada, e propus a sua localização junto da máquina de gasimetria, por forma a facilitar a sua consulta aquando do momento exacto da obtenção dos resultados da gasimetria, o que foi prontamente aceite.

Abordei a equipa com um esboço final da Tabela, no sentido de validar junto da mesma a sua adequação e pertinência. As diversas opiniões obtidas foram no sentido da sua simplicidade de interpretação, o que lhes permitiu, rapidamente, adquirir dados que fundamentassem cuidados de qualidade aos doentes. Sendo mesmo esse o objectivo final de qualquer intervenção, a melhoria dos cuidados, no sentido da excelência, senti que os trabalhos desenvolvidos e apresentados, supriam as expectativas da equipa, face ao meu papel enquanto Enfermeira Especialista. Senti, neste contexto, que o Enfermeiro Especialista, na partilha de experiências, coloca-se na posição de perito e orientador, sendo o objectivo não só fornecer informação, como também ajudar a gerir essa informação e analisar a conduta adoptada. A aprendizagem do adulto é mais alicerçada na experiência pessoal dos problemas e soluções, do que em tarefas e conteúdos, sendo que a troca de experiências deve partir da realidade do indivíduo e

ir de encontro às suas necessidades, já que só assim haverá aprendizagem e alteração de hábitos e/ou comportamentos.

Quando um adulto assume uma dificuldade, abre uma janela ao conhecimento. Juntando a isso alguma motivação, temos o teatro ideal de intervenção junto de um grupo. Foi o que aconteceu ao longo do estágio, tendo identificado diversas situações alvo com necessidades de intervenção, onde senti que o meu contributo poderia ser o início de um trabalho desenvolvido no futuro, quem sabe, por outras colegas de especialidade que ali efectuem o seu estágio. O Sr. Rui estava internado em SO com diagnóstico de suspeita de colite, pelo que havia necessidade de pedir à cozinha uma dieta sem resíduos, adequada à situação clínica do doente. Quando a colega ligou para a cozinha, do outro lado perguntaram 'então e em que consiste uma dieta sem resíduos? Quais os seus componentes?'. A incapacidade da colega numa resposta concreta, levou-me à interrogação se saberia efectivamente responder. A colega, no telefonema, disse já voltar a ligar. Abordei a colega, no sentido de perceber como poderia colaborar. Referiu que tinha dúvidas face a alguns constituintes da dieta e que não havia um documento onde pudesse esclarecer a questão. Com a minha colaboração, revimos a constituição da dieta, e estipulamos em conjunto o que deveríamos solicitar para o Sr. Rui, telefonando de seguida para a cozinha.

Questionei a colega sobre a mais valia da elaboração do tal documento de apoio, onde diversas informações como as indicações assim como as especificação dos conteúdos das diversas dietas pudesse estar disponível. Referiu que sim, que rapidamente tornar-se-ia num documento de referencia, consultado tanto pelos pares como pela restante equipa multidisciplinar, informação esta validada junto da restante equipa. Surgiram assim as Fichas Informativas de Dietas (Anexo V), tendo sido posteriormente apresentadas à equipa, ficando igualmente disponíveis no sistema informático, em pasta partilhada por todos os enfermeiros do Serviço de Urgência. Durante este estágio, assisti à consulta deste documento em diversas situações, referindo os colegas que lhes fazia sentido a sua consulta.

A aceitação destas Fichas Informativas, levou-me a uma proposta de extensão da ideia igualmente para os fármacos. Em diversas situações assisti a uma dificuldade por parte dos colegas aquando da preparação de determinada medicação, dificuldade essa sentida e manifestada aquando da sua preparação, assim como administração. No caso específico do Parecoxib, talvez por ser um fármaco pouco utilizado, os enfermeiros apresentaram algumas questões aquando da sua preparação e administração. Através de conversas informais, pude partilhar os meus conhecimentos nessa área, visto ser um fármaco por mim utilizado diariamente em contexto profissional no Bloco Operatório, sendo que me propus a criar uma Ficha Informativa de Fármacos (Anexo VI), onde informação pertinente referente a indicações, contra indicações, forma de preparação e administração do fármaco se encontram descritas de forma clara e sucinta, tendo sido posteriormente disponibilizado informaticamente.

Esta partilha em equipa das Fichas Informativas, veio ao encontro de uma ideia inicial, tendo sido considerado pertinente o facto de poder haver uma complementaridade destes documentos por parte de toda a equipa, ou mesmo de futuros colegas de especialidade, por forma a enriquecer esta fonte de informação e esclarecimento de dúvidas. Este contributo fundamental para uma aumento dos conhecimentos de toda a equipa de enfermagem, apresenta como intuito uma melhoria dos cuidados, no sentido da excelência da prática.

Tendo por base este alicerce fundamental, fui, ao longo do estágio, identificando situações alvo na área da Gestão de Risco, consideradas de risco para os profissionais, assim como para o doente e família. Esta identificação, neste contexto, impôs actuações no momento, contextualizadas na realidade vivida. Em contexto de sala de tratamento, foi necessário colher sangue à Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> Hercilia. Verifiquei, uma vez mais, que não era utilizado o equipamento de protecção individual adequado, as luvas. Abordada a equipa neste aspecto, vários colegas referiram a perca de sensibilidade como factor central da não utilização de luvas, referindo, no entanto, estar cientes dos riscos assumidos. No entanto, aqui, há risco para o doente que parece ser fonte de esquecimento por parte dos profissionais. Assumem o risco da não utilização de luvas, mas sem antes questionar o doente se está disposto a arriscar a sua segurança. Perante esta abordagem, a minha actuação foi no sentido da demonstração através da minha prática, associando em simultâneo uma referência aos riscos da sua não utilização para os profissionais e para os doentes, constituindo desta forma um exemplo para os meus pares, tendo verificado, ao longo do decorrer do estágio, alguma mudança das práticas, o que muito me agradou.

As diversas oportunidades de formação em situação vivenciadas, permitiram-me a partilha de experiências, conhecimentos e saberes com os meus pares, transformando-os em momentos de aprendizagem. Durante esta partilha de ideias e conceitos, identifiquei um crescimento a nível profissional por parte da equipa, assim como um crescimento a nível pessoal e profissional da minha parte, uma vez que a prática reflexiva constituiu um meio para melhor compreender os problemas e partir à descoberta das soluções ou alternativa possíveis. Desta forma, considero ter contribuído para a mudança em contexto de trabalho, acrescentando outra dimensão ao processo de cuidar, desenvolvendo competências, modificando por vezes o relacionamento com os outros, o que provavelmente sem esta pratica não teria sido possível.

Ao apresentar casos concretos de situações onde senti necessidade de intervir, pretendi que, no seu conjunto, representassem bem o porquê dessa necessidade sentida, assim como da estratégia de actuação seleccionada perante as mesmas. Tentar contribuir para uma melhoria das práticas de cuidados através do exemplo, é uma forma de formação e de partilha de experiências, que muitas vezes, resulta melhor que em sala de aula. Demonstrar pela prática diária as vantagens e mais valias do que se defende como boa prática, faz de nós elementos cruciais na melhoria dos cuidados, contribuindo de forma bastante positiva na qualidade de vida dos próprios doentes, assim como na formação contínua dos pares.

A identificação das necessidades tanto dos doentes e seus familiares como da própria equipa, levou-me a consolidar um pensamento que há muito acompanha a minha prática profissional. Quantificar a dor, administrar analgésicos, identificar um ritmo de traçado cardíaco, não acrescenta, por si só, uma mais valia aos cuidados prestados. Há que dar a devida primazia à importância da relação enfermeiro/doente/família, aquando da excelência dos mesmos. Quando abordei o Sr. António, rapidamente consegui proceder a uma avaliação quantitativa da dor e representar quantitativamente o valor do *moderado*, que no início do turno era de 3.

Expliquei a importância desta avaliação ao doente e senti o seu agradecimento ao sentir-se integrado nos seus próprios cuidados. Já era o Sr. que me chamava, para uma nova avaliação, sendo que a dor *moderada* chegou ao final do turno em valor 1. Na passagem de turno, aproveitei a oportunidade para, mais uma vez, salientar a importância desta medição e seu registo em local apropriado, para além da sua vital importância em notas de enfermagem, como complemento fundamental de uma *escrita sensível*. Salientei, igualmente, a importância de não nos determos especificamente na pontuação dada, mas antes nas variações de dor sentidas em diferentes momentos. Senti que a mensagem foi apreendida pelos colegas.

Talvez o tratamento mais eficaz em termos de cuidado ao doente em situação crítica, seja mesmo a qualidade do relacionamento mantido entre o doente e sua família e os profissionais de saúde. A qualidade da relação terapêutica pode facilmente ser enfraquecida ou ameaçada quando sentimentos, como a dor sentida pelo doente, não são adequadamente trabalhados. Considero neste contexto, que está no seio da relação terapêutica entre doente e profissionais de saúde, o cuidado das necessidades de relação e sentido, bem como de uma comunicação honesta e verdadeira. Há que ter assim a capacidade de um cuidado que alie competência técnico-científica e humanismo, lembrando que um dos objectivos fundamentais da medicina, desde os tempos hipocráticos, é justamente minorar o sofrimento humano.

No final deste módulo de estágio, realço o desenvolvimento e demonstração de competências técnicas, científicas e relacionais, tendo constituído uma mais valia não apenas na partilha de experiências, na influência de atitudes mas também na avaliação de realidades e diagnóstico de situações. A mobilização de conhecimentos e habilidades, que me permitiram responder em tempo útil e de forma global e holística junto do doente e família em situação crítica, contribuíram para a construção de cuidado de ajuda ao outro no enfrentar da doença, assim como na aceitação do tratamento em situação de contexto de urgência, proporcionando conforto físico e apoio, mostrando-lhes que não se encontravam sozinhos neste processo doloroso de doença.

A pedido da Enfermeira Chefe, não delinee qualquer formação formal, visto esta ter pouca aderência pela parte dos profissionais, não indo de todo ao encontro das necessidades dos mesmos, pelo que optei por técnicas alternativas, como sendo formação-situação em contexto de trabalho, reflexões conjuntas sobre determinados temas considerados pertinentes, análise das situações em tempo real e reflexões escritas sobre determinadas temáticas. Como tal,

enquanto Enfermeiro Especialista a minha colaboração na formação-acção e formação em situação da equipa de enfermagem foi fundamental para despertar uma mudança para as práticas, fundamentada em conteúdos científicos actualizados.

Neste sentido, este primeiro Estágio contribuiu em muito para o desenvolvimento de competências no âmbito da Especialidade que me proponho adquirir. A multiplicidade de experiências vivenciadas, bem como todo o trabalho desenvolvido, respectiva análise e reflexão sobre as diferentes tomadas de decisão, foram determinantes para a concretização do Objectivo Geral previamente definido.

O trabalho desenvolvido no decurso da prática diária foi determinante para a aquisição e desenvolvimento de uma forma global das competências delineadas pelo plano de estudos do curso, das quais realço: Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada; Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral; 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; Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas; Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada; Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização; Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização; Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica; Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada; Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização; Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas; 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; Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência; Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências; Zelar pelos cuidados prestados na sua área de especialização;

Ao longo deste estágio procurei colaborar na promoção do desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros, através do esclarecimento de dúvidas manifestadas e através da fundamentação com evidência científica actualizada sobre boas práticas, na

prestação de determinados cuidados e sobre a minha experiência profissional. Realço igualmente o facto de toda a equipa ter contribuído no meu crescimento intelectual, o que me tornou mais capaz para prestar cuidados especializados a este tipo de doentes e sua família. Considero, neste contexto, que atingi o Objectivo Geral assim como ambos os Objectivos Específicos definidos para o mesmo, o que contribuiu para a aquisição e desenvolvimento das competências referidas, tendo sido fundamental para o meu desenvolvimento profissional enquanto Enfermeira Especialista.

## 2.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO MÓDULO III OPCIONAL – BLOCO OPERATÓRIO ORL

RESUMO *Referência às actividades desenvolvidas no decurso do módulo de estágio em contexto de trabalho no Bloco Operatório de ORL, actividades e estratégias que considero terem contribuído de forma pertinente para o meu desenvolvimento assim como dos meus pares, em diferentes áreas temáticas. A meta pretendida neste módulo foi a incrementação de novas práticas baseadas na evidência científica, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e família.*

A área de Especialidade Médico Cirúrgica apresenta como foco fundamental dos cuidados de Enfermagem a *pessoa em situação crítica*, foco por mim partilhado no dia-a-dia, no âmbito do Bloco Operatório, no sentido do doente “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”, tal como regulamentado nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010:1). À instabilidade hemodinâmica de um doente crítico associa-se, no contexto hospitalar referido, a instabilidade e stress psicológico.

Sendo um Bloco Operatório o meu contexto de trabalho aquando da realização deste Módulo, senti ser pertinente aplicar *in loco* os conhecimentos adquiridos, permitindo, deste modo, um olhar diferente para uma realidade diária. Neste sentido, o local de estágio seleccionado para a realização do Módulo III, foi um dos Blocos Operatórios periféricos do Hospital de Santa Maria, o Bloco Operatório de Otorrinolaringologia.

O Objectivo Geral delineado para este Módulo foi o *Demonstrar competências técnicas, científicas e relacionais na área de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família, visando a melhoria das práticas*, sendo os Objectivos Específicos o *Prestar cuidados de enfermagem especializados, à pessoa em situação crítica e sua família, num Bloco Operatório* e o *Desenvolver competências na área da Gestão de Risco no sentido da melhoria dos cuidados*, tendo sido diversas as actividades e estratégias desenvolvidas com fim último de os atingir.

Durante toda a nossa vida, há períodos mais propícios à reflexão, a olhar para o dia a dia, para o nosso percurso existencial e muitas vezes rotineiro, levando a um olhar de forma diferente para a nossa realidade, enquanto contributo ao crescimento pessoal e profissional. Fazer estágio em contexto de trabalho, significa o desenvolvimento da capacidade de observação e reflexão crítica, num ambiente conhecido e vivenciado diariamente, sendo por isso necessário

o tal olhar diferente, o analisar, o investigar, o pesquisar, no sentido da mudança para uma melhoria de cuidados.

O facto de, neste contexto, a etapa de integração ao serviço já estar ultrapassada, assim como a integração na equipa multidisciplinar, poder-se-à tornar num factor, por um lado, facilitador do desenvolvimento do estágio em si, sendo no entanto, que haveria sempre o risco de se tornar, igualmente, num momento constrangedor, se as sugestões de mudança e alteração não tivessem sido tão bem aceites, assim como a minha presença enquanto futura Enfermeira Especialista. No entanto, nenhum destes receios foi validado.

Sabendo que as Organizações de Saúde são consideradas por muitos como “lugares da resistência à mudança” (AZEVEDO, 2002:243), tal não se verificou neste estágio em concreto, o que se deveu essencialmente ao facto de toda a equipa ter sido envolvida em todo o projecto desenvolvido, tendo sido analisadas todas as intervenções e questões dos mesmos durante o decorrer do estágio, assim como aquando da elaboração do trabalho final, o Manual de Enfermagem.

O promover a participação e envolvimento da equipa, teve por base diversas estratégias, onde o pensamento crítico constituiu um instrumento que possibilitou a mobilização e criação de novos conhecimentos, tendo como finalidade corrigir condutas, posturas e atitudes, assim como o superar de lacunas, levando a uma subsequente aquisição de competências.

Cada vez mais, torna-se o Enfermeiro Especialista, segundo LEITE (2006:4) “um profissional reflexivo, capaz de mobilizar todo um manancial de informação científica, técnica, tecnológica e relacional, alicerçado nos saberes providos da experiência em situação”, sendo que a sua aplicação à prática surge no sentido da excelência dos cuidados.

Através da mobilização de saberes e do pensamento crítico, chegamos em equipa à reflexão, o que nos permitiu conhecer e aprofundar o auto conhecimento que, segundo RISPAIL (2002), “trata-se de melhorar a compreensão que se tem de si próprio para melhor comunicar, evoluir e desenvolver-se, manter relações profissionais satisfatórias e aprender a gerir situações difíceis”. Em contexto de trabalho, este auto conhecimento tornou-se essencial na estruturação e edificação de um espírito de equipa, que por si permitiu a implementação de mudanças, que por si só, nos conduziram à melhoria da prática dos cuidados.

Enquanto elemento integrante da equipa, e, fundamentalmente, enquanto futura Enfermeira Especialista, tornou-se essencial todo este trabalho em equipa, tendo sido esse o *feed back* que me foi acompanhando ao longo do estágio, com identificação da importância da presença de um elemento de referencia, com quem a equipa se identifique. Neste sentido, posso afirmar que o desencadear do pensamento reflexivo se inicia por simples coordenadas que, ao se entrecruzarem, estimulam à reflexão e nos lançam neste caminho, coordenadas essas que

muitas vezes não passam de acontecimentos que incitam princípios e valores e que, encontrando terreno propício, despoletaram a reflexão.

Com os alicerces construídos ao longo de uma carreira profissional, e sistematizados através da reflexão crítica, observei. Observei à minha volta o meu dia a dia. Observei o que tantas vezes fazia e reflecti. Como fazer melhor? Como melhorar as práticas? Como envolver a equipa nesta mudança? Tornou-se num exercício diário, um desafio, desafio esse individual, que posteriormente ia lançando à equipa ao longo do decorrer do estágio.

Quando o J. de 5 anos entrou no bloco pelo seu pé e o ajudei a subir para a marquesa, ele parecia assustado. Olhava em volta, para um corredor acabado de percorrer, para uma porta que fica entreaberta, para todo um conjunto de coisas novas, umas penduradas no tecto, outras encostadas à parede, mas todas elas a fazerem lembrar um filme estranho onde o J. não queria estar. Agarrei-lhe na mão e perguntei se queria saber alguma coisa do que estava a ver. Respondeu-me que só tinha uma pergunta, “há picas?”. Disse-lhe de imediato que não, apenas um balão que ele teria de encher com muita força, através de uma máscara.

E assim foi. De olhar ainda assustado, acedeu a todos os meus pedidos. Deitou-se na marquesa, deu-me as duas mãos com força e soprou. Soprou até adormecer. Só depois de adormecer através de uma anestesia inalatória com Sevoflurano, foi então puncionada uma via periférica no dorso da mão esquerda. Quando puncionei e segurei o mandril, identifiquei o risco inerente. O recipiente dos cortantes encontra-se a cerca de dois metros da marquesa, local onde o acto é efectuado, visto se encontrar sobre o carro de apoio que se encontra dentro da sala operatória.

Apercebi-me, no primeiro dia de estágio, que o ser humano é um ser engraçado. Consegue estar a trabalhar durante uma série de tempo em determinadas condições sem as questionar, sem as observar de forma crítica, de forma a ver para além, de forma a registar riscos inerentes e mudar, numa política de melhoria das práticas. Logo aqui confirmei o que tinha anteriormente aprofundado em teoria. Um estágio em contexto de trabalho tem tudo para ser um ensino clínico enriquecedor tanto para mim enquanto aluna, como para toda a equipa, enquanto beneficiários dos ganhos do mesmo.

Realizada uma pesquisa bibliográfica, deparei-me com vários estudos que apontam para os acidentes de trabalho com material corto-perfurante, assim como uma Norma Hospitalar elaborada pela Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar do HSM (HSM, 2002) que aborda o assunto. Um dos estudos consultados foi a Directiva para reduzir as lesões e infecções dos profissionais de saúde por instrumentos cortantes ou perfurantes, publicado em Julho de 2009 pelo *European Public Services Union* e pelo *European Hospital and Healthcare Employers' Association*, onde se estima que estas lesões atinjam por ano cerca de um milhão de trabalhadores. Perante estes números, reforça-se a pertinência de uma promoção de ambientes de trabalho o mais seguros possível, através da avaliação e prevenção de riscos.

Apercebi-me nesta leitura exaustiva a quantidade de acidentes que foram notificados, alguns com consequências graves, principalmente para os profissionais. Questionei-me o porquê destes números. Serão falta de conhecimentos? Será distração? Serão más práticas? Considerei pertinente discutir o assunto em equipa.

Levei um dos artigos “Acidentes de trabalho com pérfuro-cortante envolvendo a equipe de enfermagem de um hospital de ensino”, de BARBOZA et al (2004) e a Norma Precauções Básicas (HSM, 2002) e de forma informal apresentei-os à equipa, o que suscitou uma discussão sobre a temática. Segundo BARBOZA (2004:2) “os acidentes de trabalho com material corto-perfurante representam grande risco à saúde da equipe de enfermagem, em decorrência das actividades executadas e das condições de trabalho vigentes”, pelo que se torna fundamental o desenvolver e aplicar medidas de segurança, o que segundo a Norma Precauções Básicas (HSM, 2002:2) “os materiais cortantes e perfurantes usados devem ser colocados em contentores apropriados, localizados o mais perto possível da área de utilização”.

Perante estas informações, discutimos em equipa qual a melhor estratégia para minimizar o risco. Equacionamos a colocação de um contentor de corto perfurantes perto da marquesa, no entanto teria de ser tido em conta que fosse um local seguro o suficiente para este, por um lado, não cair aquando da mobilização do carro de anestesia, e por outro lado, não interferir com os cuidados e a mobilização necessária aquando do decorrer da cirurgia.

Uma colega levantou uma outra questão, que se prendia com o facto de os contentores disponíveis no Bloco Operatório de ORL serem todos de tamanho muito grande, o que tornaria mais difícil a sua localização em sitio ideal, como discutido anteriormente. Informei a equipa da existência de diversos tamanhos e que poderiam ser solicitados junto do armazém, teria apenas de se expor a questão à chefia do serviço.

Sugeri, neste sentido, em reunião semanal de serviço, que se solicitassem ao armazém contentores de corto perfurantes de tamanho pequeno, por forma a que pudessem ser colocados junto à marquesa, agregados no carro de anestesia, local identificado em equipa como sendo o local mais indicado, visto ser a localização mais próxima possível do local onde são efectuadas as punções periféricas. Foi de imediato aceite a proposta, e passado uma semana os contentores foram colocados e toda a equipa se adaptou rapidamente à mudança, sendo que no final do estágio já toda a equipa multidisciplinar os utilizava em segurança, o que me deu, assim como a toda a equipa, uma grande satisfação e motivação.

Ao trabalhar durante alguns anos em contexto do doente crítico, foi crescente uma preocupação com a segurança do doente, o que numa conjectura actual de segurança aplicada aos cuidados de saúde, se torna num foco central de atenção. Podemos neste contexto verificar da importância de realçar que este foco se torna pertinente tanto a nível dos doentes como dos próprios profissionais, tal como na situação dos corto perfurantes vivenciada. Neste

sentido afirmamos que a Segurança, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu grande relevância nos últimos anos, tanto para os doentes e familiares que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados que recebem, como para os profissionais de saúde que querem prestar cuidados seguros, efectivos, eficientes e com base na melhor evidência disponível, tornando-se fundamental a sensibilização dos profissionais na área da Gestão do Risco.

Neste sentido, o Bloco Operatório torna-se num teatro ideal onde a Gestão de Risco poderá ser diariamente aplicada, tendo o Enfermeiro Especialista um papel primordial na motivação dos profissionais na busca intensa de melhorias da prática dos cuidados. Segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004:1) um Bloco Operatório “é uma unidade de prestação de cuidados de saúde onde, pela especificidade da natureza dos cuidados aí desenvolvidos, se concentram riscos de variada ordem, tornando a manutenção e segurança do ambiente cirúrgico em funções centrais desenvolvidas pelos enfermeiros em contexto perioperatório”.

No contexto do planeamento e prestação de cuidados ao doente no perioperatório, deparamo-nos com um processo altamente complexo, que abarca múltiplas etapas e envolve vários grupos profissionais, onde o factor Segurança toma proporções imensas, no sentido da protecção do doente e dos próprios profissionais, tornando-se este factor um critério básico para a garantia da qualidade da assistência ao doente.

Consciente desta problemática, senti necessidade de aprofundar conhecimentos, no âmbito da aquisição, aprofundamento e desenvolvimento científico, assim como no contexto das competências avançadas para o estudo e investigação no domínio da temática Segurança do doente, englobando a avaliação e gestão do risco em saúde, documentos que partilhei com a equipa, em diversas situações informais, entre eles REASON (2000), NUNES (2006), ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006).

Sendo uma problemática da actualidade, também a Ordem dos Enfermeiros se manifestou, através de diversos documentos e em diversas situações, sobre qual a sua posição e parecer face à temática Segurança do Doente. No contexto específico de um Bloco Operatório, a equipa trabalha por forma a dar resposta às necessidades da pessoa a ser submetida a uma intervenção ou acto cirúrgico, sendo que toda a equipa age e interage, no sentido de assegurar a segurança do doente. No entanto, e segundo ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004:2), a função de manutenção da segurança do doente e do ambiente necessário ao acto cirúrgico só pode ser assegurada por enfermeiros e a responsabilidade de assegurar tal função cabe ao enfermeiro circulante.

Segundo o mesmo documento, este profissional apresenta, no conjunto da equipa cirúrgica, um papel fundamental na manutenção e segurança do ambiente cirúrgico, tendo como atribuições específicas a redução dos riscos inerentes à natureza dos cuidados no Bloco Operatório, pela promoção da segurança do doente e dos restantes profissionais e o suporte

necessário à qualidade do acto cirúrgico no que diz respeito ao ambiente. No entanto, é de realçar que cada um dos intervenientes tem um papel próprio, interagindo todos em sinergia.

Neste contexto, podemos afirmar que no conjunto da equipa cirúrgica, o enfermeiro circulante tem atribuições específicas na redução dos riscos inerentes à natureza dos cuidados no Bloco Operatório, pela promoção da segurança do doente e dos restantes profissionais e o suporte necessário à qualidade do acto cirúrgico no que diz respeito ao ambiente. Foi neste sentido que a função de Enfermeira Circulante foi por mim identificada como sendo a área de eleição para a realização do estágio em Bloco Operatório, o que foi discutido em equipa, com a Enfermeira Coordenadora e o Enfermeiro Chefe, tendo sido aceite por todos.

Quando o Sr. Mário entrou no bloco, a enfermeira de anestesia foi receber os dados que a colega tinha a passar e acolher o doente. Tal como todos os outros doentes, também este Sr. vinha deitado numa cama, que após entrada do doente na sala operatória, fica a aguardar no corredor do bloco. Quando a cirurgia terminou, eu, enquanto enfermeira circulante, vim ao corredor buscar a cama do Sr. Mário, mas deparei-me que a cama que se encontrava no corredor não era a dele. Mais uma vez deparámo-nos com uma problemática já identificada no Bloco Operatório de ORL, que é a troca das camas dos doentes.

A disseminação de infecções associadas aos cuidados de saúde frequentemente advêm da contaminação cruzada, sendo a via de transferência mais comum de microorganismos patogénicos as mãos dos profissionais de saúde e dos doentes e familiares. No entanto, o ambiente hospitalar contribui igualmente para a disseminação desses mesmos microorganismos, através da presença dos mesmos em superfícies inanimadas, assim como equipamentos.

Geralmente o ambiente ocupado por doentes colonizados e/ou infectados pode tornar-se contaminado, vistos diversos microorganismos resistirem nestas condições. Segundo OLIVEIRA e DAMASCENO (2010:1118) a contaminação das superfícies inanimadas pode tornar-se numa disseminação de bactérias resistentes no ambiente hospitalar, sendo que as evidências reforçam a necessidade de conhecimento e controle de fontes de infecção neste ambiente específico.

O esclarecimento do papel ambiental na aquisição das IACS, destaca-se pela necessidade de implementação de estratégias múltiplas de controle da disseminação de bactérias resistentes aos antimicrobianos, problema mundial que eleva o tempo de internamento, assim como custos e morbimortalidade (OLIVEIRA e DAMASCENO, 2010:1119). Portanto, e segundo os mesmos autores, torna-se relevante avaliar o papel do ambiente nas infecções, por forma à implementação de estratégias que reduzam a contaminação e a disseminação de microorganismos patogénicos.

Várias vezes discutido o assunto, já tínhamos concluído que apesar de as camas nem sempre

virem identificadas com o nome do doente, vinham, no entanto, identificadas com o número da unidade na qual o doente se encontra internado. Ao nos depararmos com mais esta ocorrência, conclui que seria necessário elaborar uma estratégia de intervenção que nos permitisse ultrapassar a situação, por forma a diminuir a sua reincidência no futuro. Optei por inicialmente recorrer a uma colega Especialista, por forma a ao discutir o assunto com a mesma, quem sabe, surgissem ideias de resolução novas. Muitas vezes, quem está, há algum tempo, dentro da situação, como toda a equipa interveniente na situação, tem alguma dificuldade de encontrar uma solução para situações problemáticas mais antigas, de ocorrência quase diária.

Conjugando toda a informação oriunda da discussão com a colega perita na área, e com todo o conhecimento adquirido na área da Gestão de Risco, procurei estabelecer uma equiparação com as *check list* muito utilizadas nesta área, sejam aplicadas à saúde, sejam aplicadas à aviação, áreas muito equiparadas quando se fala de Gestão de Risco. Assim sendo, esquematizei uma sequencia de dupla confirmação tanto à chegada do doente ao Bloco, como no transporte da cama do corredor para dentro da sala operatória.

Após exposição da estratégia junto da equipa de enfermagem do Bloco, e mais tarde junto da equipa de enfermagem do serviço de internamento, optámos por colocar em prática a estratégia definida. Assim sendo, aquando da passagem de dados da enfermeira do internamento para a enfermeira de anestesia, ambas procediam à verificação da identificação da cama, com o nome do doente, do cirurgião responsável, assim como do número da unidade na qual o doente se encontra internado. Uma segunda verificação seria quando o enfermeiro circulante vai buscar a cama ao corredor, e antes da passagem do doente para a mesma, verifica com o enfermeiro de anestesia a identificação da cama. Assim sendo, haveria uma verificação dupla, das duas vezes, por dois elementos da equipa.

Ao colocar em prática esta estratégia, apercebemo-nos que esta dupla verificação foi muitas vezes o suficiente para uma redução significativa na troca das camas, sendo que verifiquei igualmente que após a abordagem junto da equipa de enfermagem do serviço de internamento, as camas vinham com mais frequência identificadas com o nome do doente, o que em conjunto, minimizou em muito esta situação de risco. A disseminação das IACS é complexa e multifactorial, sendo neste contexto necessária uma abordagem do ambiente no sentido do risco eminente de disseminação de microorganismos, visando uma contribuição para a melhoria dos cuidados prestados.

Tal como nesta situação da identificação das camas, as quebras da segurança podem ser prevenidas com a implantação de medidas simples e seguras, havendo necessidade da sua divulgação entre os profissionais, por forma a que estes se sintam motivados para as adoptar. No entanto, muitas vezes a falta de conhecimentos leva a que atitudes sejam tomadas e práticas desenvolvidas, não indo estas ao encontro das Boas práticas defendidas em todo o mundo para o ambiente cirúrgico, como seja pela AESOP em Portugal, pela EORN na Europa e pela AORN nos EUA, como seja no que se refere à lavagem cirúrgica das mãos.

A existência de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados de Enfermagem, reveste-se de grande actualidade, já que, segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007:3) estes são considerados Instrumentos de Qualidade na área da saúde, pelo que os enfermeiros devem basear a sua actuação profissional em práticas recomendadas, tornando os cuidados que prestam mais seguros, visíveis e eficazes. Segundo o mesmo autor, as boas práticas advêm da aplicação de linhas orientadoras baseadas em evidência científica com o intuito da resolução de problemas de saúde específicos.

Um dos problemas específicos que identifiquei no Bloco Operatório de ORL, foi referente ao procedimento da lavagem cirúrgica das mãos. Quando uma colega nova se preparava para instrumentar uma cirurgia, realizando a lavagem cirúrgica das mãos, apercebi-me da dificuldade sentida ao não sistematizar os passos. Repetia passos, movimentava-se como quem tem dúvidas do que fazer de seguida, se primeiro será a água, ou o soluto, e qual o soluto indicado para a técnica seleccionada. Por momentos, e sem que desse por mim, fiquei a observar. Queria ter a certeza que não era apenas distração mas sim dificuldade real na elaboração da técnica. Aproximei-me e perguntei se precisava de ajuda, ao que me respondeu que sim.

Optei por demonstrar todos os passos do procedimento, explicando as duas técnicas possíveis para a realização do mesmo, assim como a sua aplicação a cada situação específica. De seguida, realizei o procedimento em conjunto com a colega, por forma a sistematizar os passos do mesmo, à medida que o íamos realizando. No final perguntei se tinha dúvidas, se queria voltar a realizar o procedimento, ao que me respondeu que não, que tinha sido bastante explícito. Neste momento, uma outra colega aproximou-se e perguntou se lhe podia igualmente explicar o procedimento, visto ter algumas dúvidas no mesmo, o que se tornou num momento interessante de formação em serviço, com esclarecimento de dúvidas de uma prática diária.

É de realçar que mais de metade das contaminações advêm da flora da pele dos doentes ou dos profissionais de saúde, como definido pela AESOP (2006:206) ao defender que “a pele constitui a principal fonte de contaminação microbiana do ambiente cirúrgico”, pelo que se torna fundamental uma correcta implementação das regras de assepsia, com controlo de todas as possíveis fontes de contaminação.

No dia seguinte, a mesma colega pediu-me para observá-la aquando da realização do procedimento, no sentido de validar os passos efectuados. Ficamos ambas bastante satisfeitas pelo sucesso na aquisição e sistematização da informação, manifestado pelo bom desempenho no procedimento da lavagem cirúrgica das mãos. De qualquer modo, pareceu-me pertinente abordar a existência da Norma Lavagem e Desinfecção das mãos (HSM, 2002), onde este assunto é abordado e onde todos os passos do procedimento se encontram definidos, tendo previamente separado a norma com o intuito de disponibilizar à equipa.

O facto de um adulto admitir necessidade de ajuda em algo que tem dificuldade, demonstra

muitas vezes a sua manifesta vontade de mudança para conseguir desempenhar da melhor forma o seu papel. Sendo este estágio em contexto de trabalho, foram diversas as necessidades de intervenção identificadas previamente ao mesmo, sendo que apercebendo-me das dificuldades sentidas, e da necessidade de sistematizar os conhecimentos a transmitir, enquadrei o trabalho inicialmente estruturado, no contexto de sistematização de conhecimentos inerentes ao papel do enfermeiro perioperatório.

Neste sentido e associado aos momentos de formação informal em serviço, optei por querer passar para o papel informações que considerava pertinentes, donde nasceu inicialmente a ideia de um conjunto de trabalhos escritos. Aquando da estruturação e organização destes diversos documentos, senti a necessidade de elaborar uma compilação dos mesmos num só documento, onde os profissionais da equipa pudessem consultar e ter disponível toda a informação necessária, num só documento final. Neste sentido, e após validação junto da equipa, do Enfermeiro Chefe e da Enfermeira Orientadora, elaborei o Manual de Enfermagem do Bloco Operatório de ORL (Anexo VII), onde toda a informação foi compilada e estruturada.

Neste sentido, o Manual de Enfermagem é constituído por um primeiro capítulo de Integração de Novos Elementos, que considerei ser fundamental visto ser uma lacuna no Bloco Operatório de ORL. Um Manual de Integração torna-se fundamental a todo um processo estruturado de integração de um novo elemento numa equipa, principalmente quando num contexto de cuidados tão complexo como um Bloco Operatório.

Os programas de integração, segundo CHIAVENATO (2007), reduzem o período de adaptação ao trabalho, fornecendo ao elemento supervisor oportunidade de orientar o novo elemento correctamente, antes que outro o faça da forma errada, diminuindo desta forma a necessidade de acções correctivas e penalidades devido ao desconhecimento dos regulamentos da organização e fornecendo estratégias para o novo elemento vencer o medo do desconhecido que, muitas vezes, dificulta o alcance da produção ideal, diminuindo deste modo o número de *turn over* num serviço.

Este capítulo de Integração de Novos Elementos, foi então estruturado em quatro fases, onde cada uma das etapas foi colocada à discussão e apreciação dos elementos mais antigos da equipa, tendo sido apreciados e analisados os contributos dos mesmos. O processo de integração inicia-se por um período de acolhimento/observação, seguido pelas etapas de Enfermeiro de Anestesia, Enfermeiro Circulante e Enfermeiro Instrumentista.

Antes do início de cada uma destas três etapas, é solicitado ao elemento em integração que defina as suas expectativas face ao novo desafio, tendo esta fase do processo de integração sido amplamente discutida em equipa, quer junto dos elementos mais antigos, quer junto dos elementos que ainda se encontram em processo de integração, chegando-se à conclusão da sua mais valia. No final de cada uma das etapas, há uma listagem de actividades que constitui a avaliação formativa da mesma, que permite ao enfermeiro integrador e ao enfermeiro

integrando reflectir sobre a etapa do processo de integração, avaliando e analisando habilidades e dificuldades, prévio à passagem para uma nova etapa.

Visto haver dois elementos na equipa em processo de integração, propus a aplicação do documento elaborado na integração dos mesmos, por forma a validar a sua consistência e adequação, solicitando mais uma vez a colaboração da equipa, visto serem outros colegas os enfermeiros integradores. Deste modo, torna-se possível, num curto espaço de tempo, a avaliação deste Manual de Integração, permitindo deste modo a sua melhoria. Desde o início, esse foi outro ponto debatido e esclarecido, a possibilidade e mais valia de uma constante análise do Manual de Enfermagem, por forma a acrescentar, modificar, melhorar ou mesmo o de corrigir, no sentido de uma melhoria constante e dinâmica, por parte de qualquer elemento da equipa.

O segundo capítulo do Manual de Enfermagem é constituído por uma compilação de informações pertinentes acerca de algumas das Patologias Cirúrgicas mais frequentes em ORL. São compilações sucintas e sintéticas acerca da patologia em si, da intervenção cirúrgica associada, assim como de alguns dos cuidados de enfermagem inerentes ao pós operatório imediato. Pretendeu-se criar com este capítulo, um documento de consulta rápida, onde algumas dúvidas que surjam possam ser esclarecidas no momento, principalmente para quem está a iniciar funções na área de ORL.

As diversas fontes consultadas para a elaboração deste segundo capítulo, tiveram em conta a evidência científica disponível, a qual foi proveniente da consulta de fontes de reconhecido mérito, de estudos publicados na área, assim como da opinião de especialistas, tal como defendido pela ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007:5).

O terceiro e quarto capítulo são constituídos por diversas *check list's*, com toda uma compilação de informações úteis ao dia a dia de práticas em Bloco Operatório. Um enfermeiro perioperatório tem, no conjunto das diversas atribuições enquanto enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista, múltiplas funções, que culminam num objectivo final de prestação de cuidados de qualidade a um doente submetido a um procedimento anestésico e cirúrgico. Por forma a que todo o procedimento decorra sem intercorrências, entre outras, é função do enfermeiro perioperatório, preparar todo o material e equipamento necessário ao mesmo.

Ao consultar um plano operatório, o enfermeiro circulante em conjunto com o enfermeiro instrumentista, devem seleccionar e preparar todo o material necessário à intervenção cirúrgica, por forma a garantir que todo o material e equipamento está disponível e a funcionar correctamente, não havendo deste modo risco de atrasos e prolongamentos do tempo cirúrgico, com consequências directas para o doente.

Neste sentido, torna-se fundamental sistematizar esse mesmo material e equipamento através

da criação de uma *check list* adequada a cada procedimento cirúrgico, o que se tornou num outro documento elaborado no decorrer deste estágio. Neste contexto, o capítulo três é constituído pelos Protocolos Cirúrgicos, onde é descrito, por cirurgia, qual o material necessário, tendo procedido à elaboração e compilação das *check list* para cada procedimento cirúrgico, realizado no Bloco Operatório de ORL, onde toda a informação referida se encontra disponível de forma perceptível, tornando a preparação de uma intervenção cirúrgica, mais eficaz e eficiente, logo, mais segura.

Sendo que para cada procedimento cirúrgico, o instrumental cirúrgico pode variar, torna-se igualmente pertinente, uma *check list* do Instrumental Cirúrgico que permita aos profissionais, identificar qual o instrumental necessário a cada cirurgia, e em que conjunto de instrumental (denominado caixa de instrumental) se encontra, pelo que foi em conjunto elaborado e compilado as *check list* das diversas caixas de instrumental existentes no Bloco Operatório de ORL, com referencia à quantidade das mesmas, constituindo este o capítulo quatro.

Neste sentido, para cada intervenção cirúrgica, passaria a estar disponível uma listagem de todo o material e equipamento necessário à mesma, assim como uma descrição exacta do instrumental cirúrgico que poderia ser necessário.

Por forma a conferir estes documentos, solicitei a colaboração e intervenção da equipa, que durante duas semanas consultou estes documentos, aquando da preparação do material para as cirurgias, assim como aquando da elaboração das caixas de instrumental cirúrgico, tendo sido tidas em contas as sugestões dadas e alterado os documentos em consonância. Foi igualmente discutida a denominação de algum material, por forma a garantir, que todos os elementos identificavam exactamente o material descrito, como sendo com a trouxa de panos cirúrgicos, que após discussão conjunta, ficou denominado de “Trouxa de roupa *disposable* universal”, ou o equipamento necessário à utilização do canivete eléctrico, que ficou denominado de “Consola de electrocoagulação + eléctrodo neutro”, entre outros.

A finalizar o Manual de Enfermagem, ficou o capítulo cinco constituído por uma compilação de onze Normas existentes no Hospital de Santa Maria, elaboradas pela Comissão de Controle de Infecção. Por forma a garantir a pertinência e actualização das Normas identificadas, assim como o esclarecimento de algumas dúvidas, foi marcada uma reunião com a Comissão de Controle de Infecção.

Esta compilação das onze Normas por mim efectuada, foi em reunião validada com os elementos desta Comissão, onde foram revistas as diversas Normas publicadas pelo Hospital de Santa Maria, tendo-se concluído que as onze previamente identificadas, seriam as mais pertinentes, pela sua aplicação directa no Bloco Operatório de ORL. Quando abordada a questão da actualização destas Normas, foi referido que todas tinham sido revistas à luz do conhecimento actual, o que se confirma pelas datas inscritas nas mesmas, sendo que a mais antiga se reporta ao ano de 2002. Quanto à Norma *Recomendações para a descontaminação*

*de materiais* (HSM, 2009), onde não havia referência da data de publicação, foi referido que se reporta ao ano de 2009.

Esclarecidas estas questões, passei junto da CCI ao esclarecimento de algumas dúvidas pertinentes da equipa, como sendo a correcta selecção e utilização de EPI, aquando da presença de intervenções cirúrgicas com utilização de Laser. Esta questão levantou-se devido à utilização de máscara/respirador aquando desta técnica, visto no Bloco Operatório de ORL se ter verificado que se procedia à utilização de respirador de partículas P2, no entanto apenas aquando na presença de patologia de Papiloma Vírus nas vias aéreas.

Questionava-se neste contexto a correcta selecção do EPI, assim como a sua correcta utilização. Esta questão foi prontamente esclarecida através da Norma *Protecção respiratória para a prevenção da transmissão de agentes biológicos* (HSM, 2007), onde está definido que o Respirador de Partículas P1 SL (EN 149: 2001) está indicado para “protecção durante a execução de procedimentos com laser que induzam libertação de restos celulares”, enquanto que o Respirador de Partículas P2 SL (EN 149: 2001) está indicado, entre outras, para “profissionais expostos a doentes com tuberculose pulmonar ou laríngea”.

Após esta reunião com a CCI, informei a equipa que a utilização de um respirador P2 onde está indicado um respirador P1 torna-se numa sobre protecção, não estando no entanto errado. Quanto à restrição de utilização apenas aquando na presença de patologia de Papiloma Vírus nas vias aéreas, verifica-se uma incorrecta utilização, visto haver indicação de utilização para “protecção durante a execução de procedimentos com laser que induzam libertação de restos celulares”, independentemente das patologias associadas. Esta questão foi, posteriormente, discutida informalmente em equipa, e esclarecidas as dúvidas, tendo-se verificado uma mudança gradual, sendo que uns elementos lembravam os outros, e no final do estágio, a utilização do Respirador de Partículas P2 SL já era efectuado em todos os procedimentos cirúrgicos com recurso a laser, concluindo com um elevado grau de adesão à mudança proposta.

Esta reunião com a Comissão de Controle de Infecção, veio reforçar a pertinência da elaboração de uma compilação destas Normas, visto se tornarem fulcrais para a melhoria da prática dos cuidados em Bloco Operatório. Esta Normas, apesar de se encontrarem disponíveis a todos os colaboradores na intranet da Organização, são poucos os que as procuram enquanto informação fundamental à orientação das práticas, pelo que senti necessidade de partilhar o desenrolar desta reunião com a restante equipa, por forma a discutir em equipa as mais valias da informação obtida, no sentido de uma mudança da prática.

Considerarei, neste sentido, que o disponibilizar estas Normas no serviço, poderia ser considerado uma mais valia, tornando mais acessível a informação aos profissionais. No entanto, considerarei igualmente ser pertinente uma abordagem às mesmas em diversas situações de formação informal em serviço, tal como vem sido feita referencia, tal como na

situação específica da lavagem cirúrgica das mãos e da utilização dos EPI's, no sentido de, não apenas as colocar disponíveis num dossier, mas torná-las públicas e apresentá-las à equipa, enquanto documento fundamental de orientação de boas práticas.

A produção e a divulgação de recomendações sistematizadas, segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007:4) permite que os profissionais tenham acesso a informação fiável e actualizada sobre diversos procedimentos, no sentido da sistematização dos cuidados, com intuito final da melhoria da prática, tal como se foi verificando ao longo do decorrer do estágio.

O Manual de Enfermagem foi então pensado enquanto estratégia de transmissão de informações pertinentes, que se tornam fundamentais no âmbito da Segurança, relacionadas com os cuidados ao doente cirúrgico, sendo um método sistemático e organizado que permite prestar cuidados de enfermagem individualizados. Ao interrelacionar as respostas humanas de uma pessoa a problemas de saúde reais ou potenciais, o Manual proporciona a todos os profissionais uma orientação estruturada, no sentido da melhoria das práticas. Segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007:9), torna-se, neste contexto, numa “forma de ajudar os enfermeiros a decidir sobre determinado aspecto ou dimensão da prestação de cuidados (...) servindo este de exemplo para uma prática de qualidade”.

Segundo o mesmo autor (2007:9), a mais valia de um Manual de Enfermagem para os profissionais de saúde passa pela “melhoria da qualidade da dimensão da prática clínica, consubstanciando opções técnicas e diminuindo a sua variação; acesso a orientações eficazes e contextualizadas”, havendo evidências quanto aos ganhos para a própria Organização, no sentido da “melhoria da eficiência dos serviços; optimização dos recursos; base de referência para programas de qualidade em saúde”, de onde se conclui a pertinência da estruturação e elaboração do Manual.

A elaboração deste Manual, contou com a participação activa dos diversos elementos da equipa, tal como tem sido feito referencia. Uma equipa que trabalhe efectivamente unida para usar os seus conhecimentos e habilidades em benefício do doente cirúrgico, pode prevenir uma proporção considerável das complicações que ameaçam a vida. Neste sentido, senti necessidade de, ao longo da elaboração do Manual, o ir validando com os diversos elementos da equipa de enfermagem, promovendo deste modo um intercâmbio de informações entre os enfermeiros, assim como uma participação activa no mesmo, por forma a que o Manual se pudesse tornar um trabalho da equipa, aceite e utilizado pela mesma, constituindo neste sentido, um documento de referência para o serviço.

Quando rigorosamente elaborados e utilizados, este tipo de documentos podem ser uma base para sistematizar as intervenções de enfermagem, adequando a eficiência e segurança da acção à eficácia do resultado. A ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007:10) defende que “a profissão precisa de analisar as suas práticas, reflectir sobre elas e indicar os melhores caminhos, assegurando o seu papel nos cuidados globais de saúde, influenciando

inclusivamente as políticas neste sector”. Foi neste sentido, que em equipa, encaramos a estruturação de todo um trabalho enquanto estratégia de colaboração na equipa multidisciplinar, que culminou no Manual de Enfermagem, enquanto meio para assegurar a excelência do exercício profissional.

A participação da equipa em toda a estruturação e elaboração do Manual, contribuiu para a adequação dos conteúdos ao contexto do Bloco Operatório de ORL, ao ser identificadas atempadamente as necessidades dos profissionais. Neste sentido, propiciou-se toda uma troca de experiências, com reafirmação do papel fulcral na educação da equipa, sendo que a partilha e reflexão de situações fortaleceu as relações, evidenciando as competências dos profissionais, facto identificado em diversas situações durante o decorrer do estágio.

Um problema subjacente para melhorar a segurança cirúrgica é a sua complexidade. Mesmo os procedimentos mais simples envolvem dezenas de etapas críticas, cada uma com oportunidades para falhas e com potencial para causar danos aos doentes e aos profissionais. Neste sentido, a segurança requer uma execução confiável de múltiplas etapas necessárias à assistência, não apenas pelo cirurgião, mas pela equipe de profissionais de saúde, trabalhando em conjunto para o benefício do doente. Uma situação específica que requer a atenção de toda a equipa é a utilização de material de electrocoagulação.

O Sr. João deu entrada no Bloco Operatório de ORL, a fim de ser submetido a uma amigdalectomia, cirurgia frequente no serviço. No entanto, apresentava uma particularidade, o uso de aparelho dentário, com suspensão de palato. A dúvida colocou-se, poder-se-á utilizar, em segurança, o canivete eléctrico monopolar?

A electrocirurgia é uma tecnologia amplamente utilizada nas salas cirúrgicas. O período perioperatório oferece riscos para o doente desde o momento da sua entrada no Bloco Operatório até o retorno para o serviço de origem e a electrocirurgia constitui um destes riscos. No entanto, e apesar dos riscos inerentes, verifica-se ainda uma escassez de produção científica relacionada com o uso desta tecnologia, o que muitas vezes suscita dúvidas aquando da sua utilização. Após questionada toda a equipa da sala, ninguém soube afirmar com certeza da segurança do procedimento, pelo que optámos pela sua não utilização. Isto leva-nos a afirmar a necessidade de certezas aquando da tomada de decisão, o que se torna fundamental em todo o contexto de cuidados.

Esta situação levou-me a uma exaustiva pesquisa bibliográfica, não tendo, no entanto, conseguido concluir sem margem para dúvidas a interferência de risco entre o canivete eléctrico e o aparelho dentário com suspensão do palato, pelo que senti necessidade de questionar diversos peritos na área. Segundo opinião dos mesmos, existe risco associado à sua utilização, pelo que, preferencialmente deve-se optar pela utilização de electrocoagulação bipolar, o que foi ao encontro da decisão tomada pela equipa na cirurgia do Sr. João. Pode-se então afirmar que se torna imperativo para o enfermeiro perioperatório o conhecimento técnico-

científico sobre o uso da electrocirurgia, no sentido da implementação de políticas e procedimentos que garantam a segurança do doente, minimizando os riscos potenciais no uso desta tecnologia.

Neste sentido, optei por seleccionar um artigo, BISINOTTO et al (1996) “*Queimadura Provocada por Bisturi Eléctrico Associado ao Oxímetro de Pulso*”, que apesar de não tratar do assunto especificamente, aborda os riscos inerentes ao canivete eléctrico e a uma prática comum e diária em Bloco Operatório, a utilização concomitante de oxímetro de pulso. Neste artigo, a conclusão vem no sentido da Segurança do doente, ao afirmar que “temos que ter a atenção redobrada, pois se esses aparelhos (... ) são instrumentos importantes na técnica operatória, também estão aumentando nossa responsabilidade, pois seu uso não está isento de complicações”. E foi efectivamente no sentido da responsabilidade inerente, que levei este assunto a reflexão e discussão em equipa.

A partilha em equipa, levou a uma reflexão conjunta no sentido da nossa responsabilidade enquanto profissionais perante os riscos inerentes a uma prática comum, que muitas vezes é descurada pelos profissionais, o que serviu de alerta para situações futuras, tendo sido bastante gratificante a preocupação manifestada pela equipa, assim como o reconhecimento da mais valia da partilha e da reflexão em si.

Mas nem só de tecnologia são feitos os cuidados prestados num Bloco Operatório no sentido da garantia da qualidade e segurança, podendo mesmo afirmar que o essencial vai muito além de toda a tecnologia e equipamento que um dia possa existir. O Bloco Operatório de ORL tem como público alvo tanto crianças como adultos, sendo que a ambos é exigido um período de jejum, que, embora varie no número de horas dependendo da idade do doente, torna-se uma situação muitas vezes delicada, sendo por vezes descurada pelos profissionais de saúde.

A Maria, uma criança de 22 meses, deu entrada no Bloco Operatório de ORL para uma cirurgia não programada com um diagnóstico de abcesso peri-amigdalino, pelo que estava em jejum há cerca de 6 horas (número de horas indicado para uma criança), tendo sido canalizada uma via periférica, tendo em curso um soro composto dextrosado. A mãe da Maria acompanhou a filha até ao recobro onde esta aguardava a cirurgia. Olhei para esta mãe e reparei no olhar triste e desolado. Procurei explicar a situação, tentando consolar a mãe. No entanto aquele olhar triste mantinha-se. Notei que havia algo mais para além da tristeza. Seria cansaço? Seria fome?

É habitual em situações de necessidade de intervenção cirúrgica não programada, em que é exigido às crianças um jejum de algumas horas, que os pais acompanhem este jejum, uns por não quererem comer junto dos filhos, outros por não se quererem afastar dos filhos para ir comer. Quando perguntei se já tinha comido, respondeu-me envergonhada que não, que não queria deixar a Maria sozinha.

O entregar as crianças na mão de estranhos, mesmos sendo estes profissionais de saúde, não é fácil. É um entregar do seu bem mais precioso e delicado. É um querer estar sempre ali, perto. É descrito como um aperto no coração quando ao longe se ouve um choro que chama por uma mãe ou um pai, que não pode ir a correr socorrer. Cabe aos profissionais de saúde o estar atento a estes sentimentos, o tentar minimizar, muitas vezes com pequenos gestos, este sofrimento.

Sabendo que a mãe da Maria não poderia comer no recobro onde se encontra com a filha, mobilizei recursos junto de uma assistente operacional e da educadora de infância, por forma a garantir que aquela mãe, quando a criança entrasse na sala operatória, teria à sua espera algo para comer, por forma a não ter de sair de perto do bloco onde iria deixar a sua filha. Um sorriso foi o agradecimento ao entregar de volta a Maria aos braços da mãe.

O nosso papel enquanto cuidadores vai muito além do cuidado imediato. Passa por uma prevenção dos riscos inerentes, tendo por base todo um planeamento, acompanhado por uma adequada intervenção junto dos pares, com a finalidade última de um cuidado ao doente e família de qualidade. E um sorriso de agradecimento faz-nos sentir a responsabilidade adjacente a todo este processo.

Ao terminar este módulo de estágio, posso afirmar que foi com agrado que senti que os meus pares me acolheram na equipa enquanto futura Enfermeira Especialista, tendo-se estabelecido uma relação empática e cordial com todos os meus pares, marcada pelo profissionalismo, iniciativa, disponibilidade permanente e inter-ajuda, o que contribuiu de forma significativa para que fosse real o seu envolvimento e apoio nas actividades desenvolvidas no decurso do estágio, tendo contribuído positivamente para o *Demonstrar competências técnicas, científicas e relacionais na área de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família, visando a melhoria das práticas*, Objectivo Geral deste estágio.

Enquanto Enfermeira Especialista, no papel de Enfermeira perioperatória, considero que ao prestar cuidados de enfermagem especializados, à pessoa em situação crítica e sua família, tive um papel fundamental no âmbito da Segurança, por ter tido oportunidade de (in)formar a equipa no contexto de Segurança, apresentando o projecto do Manual de Enfermagem e solicitando a participação activa de toda a equipa de enfermagem no mesmo. À medida que fui identificando situações propícias à quebra de segurança, aproveitei todas as oportunidades para reflectir sobre as mesmas em equipa e sugerir mudanças no sentido da melhoria das práticas dos cuidados, dando um feedback à equipa, assim como todo o apoio na reengenharia dos processos e na monitorização do processo de implementação de mudanças, desenvolvendo, neste sentido, competências na área da Gestão de Risco.

Neste contexto, posso afirmar que o Estágio do Módulo III – Módulo Opcional, realizado no Bloco Operatório de ORL do Hospital de Santa Maria, permitiu-me desenvolver e aprofundar competências no cuidar da pessoa em situação crítica e sua família, com necessidade de

intervenção cirúrgica, nunca descurando a importância do acolhimento e estabelecimento de uma relação de ajuda aos mesmos.

O contacto com as funções de Enfermeiro Especialista num Bloco Operatório permitiu-me validar, alargar e cimentar conhecimentos teóricos, conhecer novas realidades, trocar experiências e adquirir maiores competências na área da Enfermagem Médico Cirúrgica. Procurei reflectir de forma crítica sobre a prática, partindo de evidências científicas com o objectivo de fomentar a mudança de atitudes e procedimentos. Pude aperceber-me de como é possível desenvolver um trabalho de qualidade, no respeito pelos princípios e numa total atenção à pessoa do doente e à sua segurança.

Foi com grande satisfação que pude concretizar os objectivos definidos para o decurso do estágio, tendo o projecto de estágio previamente elaborado, constituindo um importante instrumento de apoio no desenvolvimento de competências científicas, relacionais e técnicas, ao mesmo tempo que permitiu promover a reflexão crítica sobre as mais variadas situações que se nos deparam na prática diária, fomentando a transmissão e implementação de medidas que visam contribuir para a excelência do cuidar ao doente e família.

Na minha prática diária, visei sempre ao longo do estágio a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Face ao exposto, considero ter conseguido adquirir e desenvolver globalmente as competências delineadas pelo plano de estudos do curso, expondo de seguida algumas que pretendo destacar, tendo em consideração o meu desempenho: Gerir e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada; Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral; 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; Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas; Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização; Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização; Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização; Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica; Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada; Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas; Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na sua área de especialização; Tomar iniciativas e é criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização; Demonstrar

compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência; Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências; Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização; Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização; Zelar pelos cuidados prestados na sua área de especialização; Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; Realizar a gestão dos cuidados na sua área de especialização; Identificar as necessidades formativas na sua área de especialização; Promover a formação em serviço na sua área de especialização; Colaborar na integração de novos profissionais.

Neste sentido, considero que atingi o Objectivo Geral assim como ambos os Objectivos Específicos definidos para este módulo, de forma positiva, o que em muito contribuiu a aquisição e desenvolvimento das competências referidas, tendo sido fundamental para o meu desenvolvimento profissional como Enfermeira Especialista, através de uma visão avançada desta temática. A intervenção nesta equipa como enfermeira numa perspectiva de futura especialista, foi referenciado como tendo sido oportuna e promotora da qualidade do trabalho desenvolvido.

## CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

Concluído todo um percurso intensivo e exaustivo, faço um balanço bastante positivo do mesmo. Através de toda uma prática directa de cuidados ao doente de médio e alto risco, foi-me permitido uma análise das implicações da nossa intervenção enquanto Enfermeiros, quer junto do doente e família, quer junto dos próprios pares. Considerei que a oportunidade de vivenciar de perto estes cuidados, me permitiu o adquirir de conhecimentos emanados da prática, que por sua vez, suscitaram reflexões críticas, em equipa, levando a uma melhoria activa da própria prática. Este ciclo identificado e vivenciado, constitui de facto uma mais valia a todo um desenvolvimento profissional, num percurso que se pretende contínuo e estruturado.

Cuidar do doente, projecta-nos desta forma, para uma análise e reflexão crítica da própria prática, levando a alterações e mudanças da mesma, com o intuito último do caminho da excelência. Através das intervenções directas que foram sendo expostas ao longo deste relatório, adquiri conhecimentos, partilhei experiências, contribuí de forma positiva no evoluir dos cuidados especializados prestados, tendo sentido que tive um papel activo no evoluir da profissão de Enfermagem.

Emanando da prática, nasceu uma rede de reflexões e pensamentos críticos, considerando este um conceito chave de todo um percurso de desenvolvimento profissional. No entanto, todo um manancial de reflexões estruturadas e enquadradas no cuidado à pessoa em situação crítica, perdem todo o seu auge ao não serem partilhadas. Há que partilhar, há que transcrever essas reflexões para o papel, os sentimentos que levaram ao seu despoletar, as estratégias encontradas para superar e tornar melhor o nosso cuidado ao outro, assim como a nossa intervenção junto dos pares. Só assim poderemos evidenciar e dar visibilidade a todo um trabalho desenvolvido, partilhando com o outro o nosso cuidado, e transcrevendo, através deste Relatório, todo um percurso efectuado com um sentido muito bem definido. Refiro, no entanto, que colocar em palavras, com uma linguagem concisa, tudo o que foi realizado foi a tarefa mais difícil. Mas foi gratificante rever percursos, verificar evoluções e desenvolvimentos de competências resultante de trabalho e convicção.

Todas as situações e intervenções que foram decorrendo ao longo do estágio e que foram aqui sendo partilhadas através da escrita, permitiram-me períodos de reflexão individuais e sob orientação pedagógica, através de documentação diária das actividades realizadas em contexto de estágio, pesquisando sobre temas pertinentes e actuais. Neste contexto, considero que os cuidados prestados foram proporcionados num contexto de humanização, e sempre que possível solicitando ajuda de peritos nas áreas em questão. Chegar a um serviço, e através da prática permitir-nos a um *olhar de um modo diferente*, com identificação e análise de situações concretas de risco, proporcionou-me um crescimento evolutivo. Um crescimento

estruturado e edificado aqui, neste Relatório, ao tentar transmitir, de uma forma que se pretende clara e sem rodeios, todo um percurso num sentido de um Objectivo final.

Fazendo uma introspecção do caminho percorrido, considero que este me proporcionou aprofundar e desenvolver competências na Área da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, no que concerne ao cuidar do doente e família em situação crítica, consciente das minhas responsabilidades sociais e éticas. A minha preocupação com a contribuição efectiva no empenho do desenvolvimento dos meus pares, foi uma realidade que me acompanhou ao longo de todo este percurso, considerando que constituiu uma mais valia para o mesmo. Foram determinantes neste meu desenvolvimento a aquisição de conhecimentos teóricos obtidos no decurso das sessões lectivas ministradas na especialidade, leitura e análise da pesquisa bibliográfica realizada e a análise e reflexão crítica emanada da prática diária.

Pretendi sempre na prestação de cuidados ao doente e família não descurar aspectos essenciais no sentido da excelência dos cuidados, no que concerne às áreas temáticas por mim trabalhadas, como sendo a área relacional, o acolhimento, a comunicação e a humanização dos cuidados. No desenho deste Relatório, foram delineadas intenções, com base em objectivos profissionais, que foram estabelecidos em concordância com os serviços onde os módulos de estágio decorreram. Ao reflectir e definir inicialmente actividades, pressupôs-se uma abertura a uma possível mudança de estratégia, que acabou por ser necessária no decorrer do mesmo, tendo enriquecido o próprio processo de aprendizagem.

Sinto, deste modo, que durante todo o estágio, tive a preocupação de, em contexto de cuidados, identificar necessidades, realizando posterior pesquisa bibliográfica, que me foi permitindo aprofundar e sistematizar os conhecimentos anteriormente referidos, por forma a fundamentar as reflexões elaboradas, o que contribuiu, de forma significativa, para o atingir dos objectivos, obrigando a uma autoformação que permitiu reflexão, desenvolvimento de capacidades, aumento de conhecimentos teórico-práticos com melhoria dos cuidados prestados aos doentes e família.

O serviço de Urgência constituiu, para mim, um enorme desafio. Prestar cuidados de qualidade a doentes e famílias com situações urgentes/emergentes, com risco de vida num cenário agitado, de grande afluência de utentes e muitas vezes confuso, foi tarefa que envolveu capacidade de trabalho e de resposta. A abordagem a estes doentes foi um momento esperado com ansiedade mas superado com grande investimento. A constatação da eficácia da equipa nos diversos cenários foi bastante gratificante. Fazer parte dessas equipas, com capacidade de resposta e intervenções eficazes e de qualidade foi um confirmar de competências importante. As competências na área da Cardiologia permitiram algumas abordagens junto da equipa consideradas pertinentes para a melhoria e eficácia dos cuidados. A tomada de decisão neste contexto constituiu uma área difícil e que após reflexão permitiu compreender que é importante a presença de enfermeiros peritos e especialistas nesta área tão complexa de cuidados. A Humanização foi também um aspecto abordado. Estratégias de

acolhimento aos doentes e famílias, estratégias de humanização dos cuidados e dos alvos de cuidados foram aspectos reflectidos e que contribuíram para o meu crescimento profissional, através de uma reflexão fundamentada com propostas de intervenções futuras.

O estágio em contexto de trabalho no Bloco Operatório constituiu um momento igualmente importante. Poder estar junto dos doentes num momento tão essencial e de stress, como no momento cirúrgico, garantindo a sua segurança, assim como de toda a equipa, foram princípios importantes e transversais a diferentes áreas do cuidar. Tendo sido desenvolvido em contexto de trabalho, foi uma área trabalhosa e muito desafiante em especial na área do acolhimento e da comunicação. O trabalho em equipa multidisciplinar foi bastante gratificante.

Um aspecto importante do estágio foi o contacto com outros profissionais conhecedores de outras realidades, o que me permitiu uma partilha de experiências e conhecimentos com aqueles cujo contacto foi mais directo. Consideramos que o Enfermeira Especialista tem um papel fundamental nos serviços junto da equipa de enfermagem, podendo actuar como um modelo de referência, demonstrando saber, técnica, capacidades e atitudes a um nível avançado, ensinando, orientando e supervisionando os cuidados que estes vão desenvolvendo, contribuindo desta forma para uma melhoria da qualidade dos cuidados. Não se trata de uma tarefa fácil mas fundamental.

As principais dificuldades e limitações foram a conciliação dos momentos de estágio, com o trabalho em si. Apesar de um dos módulos ter sido realizado em contexto de trabalho, este duplo papel num mesmo local implicou um esforço redobrado. Trabalhar e estudar é uma tarefa árdua e foi o factor que fez desenvolver estratégias e capacidade de trabalho. O tempo dos módulos de 180 horas foi o segundo factor originador de dificuldades. De facto este período de estagio passou rapidamente. Integração, avaliação e análise do contexto de trabalho e desenvolvimento de actividades tudo isto era realizado em pouco tempo e de forma rápida. Mais tempo de estagio, com mais horas, poder-se-ia ter revelado benéfico para o desenvolvimento de mais actividades e competências. A escolha de apenas um local de estagio, na área de doente critico, com mais horas que permitissem desenvolver projectos mais amplos poderia ser uma estratégia importante e eficaz. Os momentos de estagio no tempo permitido foi muito intenso e muitos aspectos foram abordados de forma mais superficial.

A motivação que me levou inicialmente a concorrer a uma Especialidade e mais tarde, a integrar equipas em campos de estágio totalmente novos, como no caso do Serviço de Urgência, assim como a constituir um elemento de referência para uma equipa em contexto de trabalho, como sendo no Bloco Operatório, constituíram para mim, enquanto profissional, um enorme desafio, onde a motivação que me levou sempre em frente, vê frutos aquando da leitura final deste Relatório.

As exigências na cuidado ao outro são cada vez maiores, tanto pela complexidade dos cuidados a prestar, como pela grande complexidade do próprio contexto em que os

enfermeiros desenvolvem a sua actividade. Podemos então afirmar que tanto as pessoas singulares como a própria sociedade, se encontram cada vez mais informadas e como tal anseiam por enfermeiros capazes de contribuir para a resolução dos problemas, numa égide de prestação de cuidados seguros, num elevado grau de excelência.

Sendo os problemas de saúde das pessoas e as respostas humanas adaptativas muito diferenciadas, emerge na enfermagem a necessidade de se especializar para garantir a prestação de cuidados adequados e de qualidade. Assim, a especialização adquire uma importância significativa na garantia da prestação de cuidados de qualidade, pois nos momentos de ausência de saúde vivem-se momentos de grande vulnerabilidade, em que as práticas e as certezas da vida se desmoronam, com implicações profundas na vida das pessoas.

Cabe, no meu entender, aos Enfermeiros o dar visibilidade aos cuidados prestados, contribuindo para a qualidade de vida, com ganhos em saúde sensíveis aos cuidados especializados e com vista à capacitação e *empowerment* daqueles que beneficiarem dos mesmos. Neste sentido, penso ser da responsabilidade do Enfermeiro Especialista, este passo em frente na profissão de Enfermagem. Só através da demonstração de competências, comprovamos a nossa mais valia na sociedade.

A procura de um domínio específico da enfermagem, sustenta por si só o campo de intervenção de cada especialidade, definido pelo estado da arte nos dias que correm, adequando a resposta face à especificidade das necessidades em cuidados de enfermagem, levando à definição de competências específicas do Enfermeiros Especialista. A área de cuidados em Enfermagem Médico-Cirúrgica constitui, nos dias de hoje, um conhecimento em saúde muito específico e actualizado, capaz de corresponder às expectativas da população, no âmbito do desenvolvimento tecnológico cada vez mais premente, onde o Enfermeiro Especialista, segundo LEITE (2006:4), “favorece o desenvolvimento profissional dos Enfermeiros e facilita a Investigação de novas dimensões do cuidar”.

Quando esta etapa de todo um percurso chega ao fim, sei que fez sentido. Acredito que não só vivenciei um crescimento pessoal e profissional, como presenciei um crescimento das equipas com quem tive oportunidade de partilhar esta experiência. Como análise global, posso afirmar que acredito que todo este percurso se tornou num contributo fundamental para o progresso da profissão enquanto disciplina científica que é, através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática baseada na evidência. Enquanto futura Enfermeira Especialista, espero desta forma poder contribuir para a promoção de um exercício profissional baseado na autonomia, competência e responsabilidade, tornando-me num exemplo na prática dos cuidados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP (2006) – Enfermagem perioperatória, da filosofia à prática dos cuidados, ed. Lusodidata, Lisboa, 374 págs, ISBN: 978-972-8383-16-5
- ANDRADE, F. et al (2006) – Mensuração da dor no idoso: uma revisão. In Revista Latino-Americana de Enfermagem, artigo de revisão, págs271 – 276, Março-Abril
- ANDRELLA, G. et al (2007) – Estudo comparativo entre duas escalas de dor e a aplicação em doentes. In Estudos, vol.34, págs21-34, Janeiro/Fevereiro
- AZEVEDO, C. et al (2002) – Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia, in Cadernos de Saúde Pública, vol.18, n.1, Rio de Janeiro. págs 235-247, Janeiro-Fevereiro
- BARBOZA, D. et al (2004) – Acidentes de trabalho com pérfuro-cortante envolvendo a equipe de enfermagem de um hospital de ensino. in Revista Arquivo Ciências Saúde, São José do Rio Preto, v.11, n.2, págs2-8, Abril-Junho
- BENNER, P. (2005) – De Iniciado a Perito, Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. 2ª Edição, Coimbra: Quarteto editora, 262págs, ISBN 989-558-052-5
- BISINOTTO, F. et al (1996) – Queimadura Provocada por Bisturi Elétrico Associado ao Oxímetro de Pulso. Relato de Caso. In Revista Brasileira de Anestesiologia, vol 46 nº2, págs133-135
- CHIAVENATO, I. (2007) – Administração: teoria, processo e prática. Rio de Janeiro: Elsevier, 411págs, ISBN 978-853-521-858-9
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2003) – A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa nº09/DGCG/DPCD, Junho
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2008) – Programa Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa nº11/DSCS/DPCD, Junho, 16págs.
- EUROPEAN PUBLIC SERVICES UNION e EUROPEAN HOSPITAL AND HEALTHCARE EMPLOYERS' ASSOCIATION* (2009) – Directiva de redução das lesões e infecções dos profissionais de saúde por instrumentos cortantes ou perfurantes, Julho
- FERNANDES, O. (2007). Entre a teoria e a experiência – Desenvolvimento de Competências de Enfermagem no Ensino Clínico no Hospital no Curso de Licenciatura. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures. 368 págs. ISBN 978-972-8930-36-3

FRAGATA, J (2006) – Risco Clínico: Complexidade e performance. s/ed., Coimbra, Edições Almedina, 343 págs. ISBN: 972-40-2835-6,

FRAGATA,J.; MARTINS,L. (2005) – O Erro em Medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade. 2ªed., Coimbra, Edições Almedina, 327págs. ISBN: 972402347-8.

FOUCAULT, M. (1994) – História da sexualidade II - o uso dos prazeres. Ed. Relógio d'água, Rio de Janeiro: Graal. 296 págs. ISBN 9789727082414

HOSPITAL DE SANTA MARIA (2002) – Norma de Lavagem e desinfecção das mãos. Comissão de Controlo de Infecção, Lisboa, 6págs.

HOSPITAL DE SANTA MARIA (2002) – Norma das Precauções básicas. Comissão de Controlo de Infecção, Lisboa, 2págs.

HOSPITAL DE SANTA MARIA (2007) – Norma Protecção respiratória para a prevenção da transmissão de agentes biológicos. Comissão de Controlo de Infecção, Lisboa, 2págs

HOSPITAL DE SANTA MARIA (2009) – Norma Recomendações para a descontaminação de materiais. Comissão de Controlo de Infecção, Lisboa, 11págs

LEITE, L. (2006) – O enfermeiro Especialista: Percurso de Desenvolvimento Profissional. Trabalho apresentado no 3º Painel intitulado “Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: valorização de percurso e competências” no II Congresso da Ordem dos Enfermeiros, 8págs

MARTINS et al (2008) – Qual o lugar da escrita sensível nos registos de Enfermagem? In Pensar em Enfermagem. Vol.12. 2º Semestre. págs.52-61

MERSKEY, H. et al (1979) Pain terms: a list with definitions and notes on usage. In Pain, v.6, p.249-252.

NUNES, L. (2006) – Perspectiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros. In Revista Portuguesa de Enfermagem, Nº 3, Abril, págs.53-58

NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. (2005) – Código Deontológico de Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 456págs, ISBN 072-99646-0-2.

OLIVEIRA, J. (2005) – Gestão do Risco hospitalar – perspectiva multiprofissional. In Revista Ordem dos Enfermeiros, n. 19, Dezembro, 12-15págs, ISBN: 1646-2629.

OLIVEIRA, A.; DAMASCENO, Q. (2010) – Superfícies do ambiente hospitalar como possíveis reservatórios de bactérias resistentes: uma revisão, in Revista da Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo, nº 44, págs 1118-1123

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem. Lisboa

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) – Orientações relativas às atribuições do enfermeiro circulante. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, 2págs

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) – Quadro de Referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, in suplemento da revista nº 13. págs 3-8

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) – Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais. Conselho de Enfermagem, 24págs

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) – Padrões de Qualidade dos Cuidados e sistemas de informação de enfermagem: instrumentos para a melhoria contínua da qualidade. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Conselho de Enfermagem, Abril

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) – Tomada de posição sobre segurança do cliente. Documento elaborado por Conselho Jurisdicional da Ordem Enfermeiros, Maio, 10págs

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – Proposta de Modelo de Desenvolvimento Profissional Especialização em Enfermagem. Proposta apresentada pelo Conselho Directivo Nacional. Lisboa, Fevereiro, 17págs.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – Proposta de Sistema de Individualização das Especialidades em Enfermagem. Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros. 17 Março

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – Desenvolvimento Profissional – Individualização das especialidades em Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, in suplemento da Revista. Nº 26, págs 9-20

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados, Comissão de Formação da Ordem dos Enfermeiros, Outubro

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista. Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros, 29 de Maio

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica. Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 20 de Novembro

OTENIO, M. et al (2007) – Intensidade de ruído em hospital de 222 leitos na 18ª Regional de Saúde, in Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, número 73, págs.245-250, Março-Abril

PATRÃO, L. (2009) – Protocolo de actuação na dor torácica. Tempos de Demora intra-hospitalar nos casos de dor torácica e de enfarte agudo do miocárdio. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina. Covilhã, Maio, 30págs

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Lisboa, págs. 2959-2962

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Portaria nº 281/2005. Classificação dos hospitais. Lisboa, D.R.- I Série-B, nº54, 17 de Março de 2005, págs.2430-2431

REASON, J. (2000) – Human error: models and management, in British Medical Journal; vol. 320, 18 Março, págs.768–770

RISPAIL, D. (2002) – Conhecer-se melhor para cuidar melhor: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem. Loures. Lusociência

SHEEHY'S, S. (2001) – Enfermagem de Urgência da teoria à prática. Lusodidacta Lda. 4ª edição, 896págs. ISBN 978-972-8383-16-9

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (2007) – Guia para o transporte de doentes críticos. Documentos fornecidos no Curso Mestrado na área Médico-Cirúrgica

TEIXEIRA, M. (1994) – Dor: Conceitos Gerais, São Paulo, Editora Limay. 72págs

TORRES, E. (2008) – Enfermagem Médico-Cirúrgica, como se trabalha na área. Ordem dos Enfermeiros. Edição Inédita

# **ANEXOS**

# ORIENTAÇÕES GERAIS

## TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO

### 0. Introdução

A tomada de decisão em enfermagem pode ser feita de forma autónoma ou interdependente de acordo com as intervenções necessárias. Após identificação de necessidades, o enfermeiro toma decisões em relação aos cuidados ao doente de forma a atingir resultados, devendo a tomada de decisão ser baseada na evidência. Em contexto de urgência, e especificamente em contexto de transporte de doente crítico, a tomada de decisão do enfermeiro pode ser complexa, muito devido a todo um contexto de emergência, com necessidade de resposta rápida por risco de vida, acompanhado de stress, o que pode dificultar todo este processo. No doente crítico que dá entrada na urgência, a complexidade das situações e a ausência, muitas vezes, de alguns dados e informações aumenta a dificuldade na tomada de decisão.

Esta tomada de decisão em contexto de transporte de doente crítico pode ser programada, através da existência de algoritmos de actuação que se executam de forma rotineira, ou não programada e mais complexa por surgirem situações imprevistas. Neste âmbito, surge este trabalho que consiste nas Orientações Gerais do Transporte do Doente Crítico, no sentido de contribuir para a melhoria dos cuidados, ao servir de apoio e base para uma actuação consciente e programada, por forma a possibilitar uma decisão baseada em dados clínicos objectivos, permitindo ajuizar com maior rigor e sistematização a generalidade dessas decisões. A implementação de Orientações neste âmbito, poderá contribuir para uma diminuição do número de incidentes decorrentes do transporte destes doentes.

Segundo as recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) para o Transporte de Doentes Críticos (SPCI, 2008), define-se como doente crítico “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica”. O transporte destes doentes envolve alguns riscos

mas justifica-se entre serviços de um mesmo hospital, pela necessidade de facultar um nível de cuidados superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não possíveis de ser efectuados no serviço onde o doente se encontra internado (SPCI, 2008). Neste sentido podemos afirmar que a decisão de transportar um doente crítico deve ser baseada na avaliação e ponderação dos benefícios e riscos potenciais.

Os doentes críticos incorrem em riscos aumentados de morbilidade e mortalidade durante o transporte, sendo que este período se caracteriza por grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser previstas (SPCI, 2008). Se se presumir que um exame de diagnóstico não vai alterar a terapêutica ou o prognóstico do doente, e se o transporte constitui um risco sério, então a sua realização deve ser reavaliada (SPCI, 2008).

Alguns riscos são inerentes ao transporte, independentemente do tempo ou distância a ser percorrida. As causas dessas alterações não são sempre facilmente explicadas, até porque poderão não ser detectadas sem monitorização adequada. Tais alterações fisiológicas não estão sempre relacionadas a erros técnicos e podem ser devidas a alterações respiratórias e cardíacas, resultantes da dor provocada pelo movimento do doente no seu deslocamento, ou alterações decorrentes da mudança de decúbito do mesmo. Outras, no entanto, são decorrentes de falhas técnicas como a interrupção acidental da infusão endovenosa de aminas vasoactivas, a perda de pressão da garrafa de oxigénio e outras explicações plausíveis, porém geralmente não documentadas.

Estes riscos podem ser minimizados quando um planeamento cuidadoso é considerado, quando é seleccionada uma equipa adequadamente preparada, quando estão disponíveis os meios de transporte e monitorização adequados, assim como eventuais procedimentos de emergência necessários no meio de transporte a utilizar. A premissa de que o nível e a qualidade dos cuidados prestados durante o transporte, nunca poderão ser inferiores aos cuidados na unidade de origem, tem de ser sempre considerada e é obrigatória. Pelo facto do período de transporte ser de potencial instabilidade, deve sempre ser questionado se os exames diagnósticos ou as intervenções terapêuticas alterarão o tratamento e o prognóstico do doente, tal como anteriormente abordado.

O principal factor determinante da qualidade dos cuidados durante o transporte é o treino e a eficiência da equipe de transporte. Os equipamentos para monitorização são, obviamente, importantes e a sua miniaturização tem resolvido muitos dos problemas associados com a falta de espaço, sendo também menos susceptíveis a artefactos de movimento. Além disso, o desenvolvimento de métodos diagnósticos portáteis, , poderá diminuir a necessidade de transporte dos doentes críticos.

Os passos a serem seguidos no transporte intra hospitalar do doente crítico envolve 3 fases:

1. Fase preparatória
2. Fase de transferência
3. Fase de estabilização pós-transporte

### **I. Fase Preparatória**

Esta fase inicial, Fase Preparatória, engloba as etapas de Decisão e Planeamento, sendo que estas devem ser baseadas em escalas já testadas e aceites como eficazes para o transporte seguro e eficaz destes doentes, tanto no que respeita a critérios de transporte, como critérios de condições de transporte, no que se refere tanto a recursos humanos como materiais. Das diversas escalas existentes, fazemos referência à Escala de Score de Risco de Transporte – Quadro I, idealizado por Etxebarria et al, publicado no *European Journal Emergence Medicine* em 1998, referenciado nas recomendações da SPCI (2008), e que permite através de parâmetros fisiológicos e terapêuticos decidir a necessidade de acompanhamento do doente por um profissional de saúde, assim como qual o tipo de transporte que deverá ser utilizado. Esta avaliação deverá ser efectuada no serviço de origem, previamente ao transporte, salvaguardando de igual modo a decisão tomada em relação ao acompanhamento do doente (SPCI, 2008).

**Quadro I - Escala de Score de Risco de Transporte**

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou com traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2		
		TOTAL ....	

\* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

\* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual + Máscara + Guedel
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada.

### **I.1- Coordenação e comunicação pré-transporte**

O planeamento do transporte deverá ser feito pela equipa médica e de enfermagem do serviço de origem, e tomará em consideração as seguintes questões: inicialmente, deve-se avaliar a gravidade e a condição actual do doente, promovendo a melhor estabilização cardiorespiratória possível, prevenindo, de forma individualizada, possíveis complicações. Deverá também haver uma confirmação prévia de que o local de destino esteja a aguardar o doente, com capacidade de iniciar imediatamente o exame ou terapêutica programada, tendo sido previamente estimado o tempo de transporte e averiguado se os equipamentos de monitorização, rede de gases, ventiladores mecânicos e de aspiração do local estejam a funcionar. Caso o local de destino seja em andar diferente, o elevador deve estar pronto para a chegada do doente.

Se o doente for transportado por outra equipa que não a que assiste o doente, deve-se informar sobre as suas condições gerais, tratamento instituído pré-transporte, assim como estimar as necessidades pós-transporte (tipo e modo de ventilação, uso de fármacos, entre outros). A documentação no processo do doente deve incluir todas as indicações para o transporte e o estado do doente.

### **I.2- Equipa de transporte**

O número de pessoas que participarão do transporte é variável, de acordo com a gravidade e complexidade da situação clínica do doente e do número de equipamentos exigidos, devendo ser utilizado como grelha de orientação a Escala de Score de Risco anteriormente apresentada. Sempre que a situação clínica do doente justificar acompanhamento por parte de enfermeiro e/ou médico, estes devem ter experiência em reanimação, especialmente em transporte de doentes críticos. A comunicação deve estabelecer-se médico a médico e/ou enfermeiro a enfermeiro, no que diz respeito à situação clínica do doente e terapêuticas em curso, antes e após o transporte (SPCI, 2008). A articulação e a complementaridade funcional dos profissionais são imprescindíveis no trabalho da equipa de saúde. Nos termos da alínea b do Artigo 91 do Código Deontológico, o enfermeiro, como elemento da equipa de saúde, tem o dever de trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde.

Num trabalho em equipa a tomada de decisão deveria ser de responsabilidade partilhada, respeitando o saber de cada grupo profissional e beneficiando sempre o doente. A equipa de um serviço de urgência deve ser multidisciplinar e as suas decisões interdisciplinares para uma qualidade dos cuidados, o que iria corresponder a uma visão horizontal e não piramidal do trabalho em equipa,

onde as chefias mudam de acordo com o acto especializado que está a decorrer, podendo dizer-se que todo o trabalho se faz em responsabilidade partilhada.

### **I.3- Equipamentos necessários para o transporte**

É fundamental avaliar a necessidade individual dos equipamentos para o transporte de cada doente, a fim de evitar a sua ausência ou falha no funcionamento longe do local de origem, onde os mesmos poderão não estar disponíveis. O nível de monitorização, assim como todo o material necessário ao transporte do doente, é igualmente definido pela Escala referenciada anteriormente, podendo incluir monitor de transporte, sendo que o nível mínimo de monitorização para todos os doentes em transporte deve ser eletrocardiografia, frequência cardíaca e respiratória e oximetria de pulso, de modo contínuo, e a medida intermitente da pressão arterial não invasiva. Sempre que se justifique, a fonte de oxigénio deverá ter uma capacidade previsível para todo o tempo de transporte, com reserva adicional para 30 minutos.

Quanto aos fármacos de ressuscitação, e segundo SPCI (2008), estes devem fazer parte do equipamento de transporte, devendo respeitar a listagem de seguida apresentada. Poderão ainda ser necessários fluidos endovenosos e fármacos contínuos regulados por seringas ou bombas infusoras com bateria, de modo a não interromper nenhuma das perfusões já em curso.

**Quadro II** – Listagem mínima de fármacos recomendada para Transporte Intra Hospitalar de Doente Crítico (SPCI, 2008)

• Adenosina;	• Lidocaína (parentérica, gel e spray);
• Adrenalina;	• Manitol;
• Amiodarona;	• Metilprednisolona;
• Atropina;	• Midazolam;
• Bicarbonato de sódio;	• Morfina;
• Captopril;	• Naloxona;
• Diazepam;	• Nitroglicerina s.l.;
• Dinitrato de Isossorbido;	• Noradrenalina;
• Dobutamina;	• Paracetamol;
• Dopamina;	• Propofol;
• Etomidato;	• Salbutamol;
• Fenobarbital;	• Succinilcolina;
• Flumazenil;	• Sulfato de Magnésio;
• Furosemida;	• Tiopental sódico;
• Gluconato de Cálcio;	• Vecurônio;
• Glucose Hipertónica;	• Verapamil.
• Heparina;	• Cristalóides / colóides, em quantidade suficiente para a duração do transporte, e a eventual necessidade de reposição volémica, durante o transporte. Equipamento para a perfusão rápida de fluidoterapia endovenosa.
• Insulina Actrapid;	
• Isoprenalina;	
• Labetalol;	

## 2. Fase de Transferência

O objectivo nesta fase é manter a estabilidade fisiológica do doente através de monitorização contínua e prevenção, por forma a evitar iatrogenias. O doente que se encontra a ser transportado, deverá receber a mesma monitorização das funções vitais, semelhante à que estava a ser oferecida no SO, se isto for tecnologicamente possível.

Nos doentes entubados que estão conectados a um ventilador mecânico, a pressão das vias aéreas deve ser monitorizada, sendo que os alarmes do ventilador mecânico que indicam desconexão ou pressão excessivamente alta nas vias aéreas, devem estar activos. Esta é a fase mais negligenciada entre os transportes intra-hospitalares, pois os doentes ficam fora da área de SO, em locais onde a monitorização é difícil e sem equipamento suficiente para controlar situações de emergência. As intercorrências ocorrem, principalmente, por episódios relacionados com os equipamentos: exteriorização do tubo endotraqueal; perda do suprimento de oxigénio; mau funcionamento do equipamento por falta de energia, bateria descarregada ou defeito do aparelho; perda de cateter endovenoso; exteriorização de sonda nasogástrica e/ou vesical. Denota-se, essencialmente, a importância da fase preparatória do transporte, pois com a selecção e manutenção prévia dos materiais e equipamentos necessários, a grande maioria das intercorrências pode ser evitada.

Os cuidados devem ser redobrados quando é necessário transferir o doente da marquesa/cama para outro, com retorno ao leito original a seguir. É neste momento que ocorrem a maior parte das intercorrências, como no transporte para a realização de tomografia computadorizada. Esta alta percentagem de intercorrências também reflecte o isolamento físico do doente durante a realização de determinados exames e a alta proporção da necessidade de permanência no local.

## 3. Fase de Estabilização Pós Transporte

O doente crítico pode apresentar-se com estabilidade hemodinâmica ao longo do transporte e vir a ter alterações hemodinâmicas apenas após o final de todo esse processo, ou seja, de volta ao SO ou outras áreas de cuidados. Após as alterações ocorridas ao longo do transporte, a estabilização do doente crítico é lenta. Neste sentido, deve-se considerar um período de meia a uma hora após o

transporte, como uma extensão do mesmo, recomendando-se, nesta fase, maior atenção aos parâmetros hemodinâmicos e respiratórios.

#### **4. Conclusões**

O transporte de doentes críticos é uma actividade complexa, que exige uma série de passos a serem seguidos para o planeamento e a adequada execução do transporte, antevendo as necessidades e riscos para o doente. É fundamental que o transporte seja realizado de modo consistente e científico, utilizando o conhecimento teórico e prático, incorporando novas tecnologias e antecipando os erros, visando sempre tornar mais eficiente o transporte do doente crítico.

#### **Referências Bibliográficas**

- American College of Critical Care Medicine - Guidelines for the inter and intrahospital transport of critically ill patients: Critical Care Medicine, Vol 32, n°1, 2004.
- Código Deontológico dos Enfermeiros – Diário da República, Série I –A, n° 93 pag 1753-1756
- NUNES, Lucília – Os desafios do futuro: do que temos ao pensar no futuro. 2003. Disponível em <http://lnunes.no.sapo.pt/>
- PARECER Conselho Jurisdicional da OE - Procedimento Sobre Acompanhamento de Doentes em situação emergente. Revista da Ordem dos Enfermeiros, n°25, Abril 2007.
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros – Diário da República Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) (2008) – Transporte de Doentes Críticos: Recomendações, edição Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 48p



# Traçados Cardíacos e Cuidados de Enfermagem

Enf.<sup>a</sup> Filipa Gramacho

Junho.2010

# Índice

- Traçado Cardíaco e sua Interpretação
- Breve revisão de conceitos
- Determinação de Ritmo Cardíaco
  - RITMO SINUSAL
  - BRADICARDIA SINUSAL
  - TAQUICARDIA SINUSAL
  - ARRITMIA SINUSAL

# Índice

- DISRITMIAS AURICULARES
  - EXTRA SISTOLES AURICULARES
  - TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXISTICA
  - FLUTTER AURICULAR
  - FIBRILHAÇÃO AURICULAR
  - RITMO JUNCIONAL

# Índice

- DISRITMIAS VENTRICULARES
  - EXTRASISTOLES VENTRICULARES
  - RITMO IDEOVENTRICULAR
  - SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE
  - TAQUICARDIA VENTRICULAR
  - TORSADE DE POINTES
  - FIBRILHAÇÃO VENTRICULAR

# Índice

- **DISTURBIOS DA CONDUÇÃO**
  - BLOQUEIO AV 1º GRAU
  - BLOQUEIO AV 2º GRAU - Mobitz I Wenckebach
  - BLOQUEIO AV 2º GRAU Mobitz II
  - BLOQUEIO AV 3º GRAU (BAVC)
  - BLOQUEIO DE RAMO
  - RITMO DE PACE MAKER
  - ASSISTOLIA
  - DISSOCIAÇÃO ELECTROMECHANICA
- Algoritmo de interpretação do traçado cardíaco (em anexo)

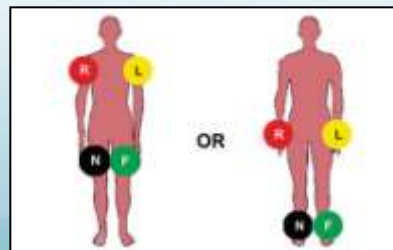
# Traçado Cardíaco e sua Interpretação

- ➡ O Traçado cardíaco no monitor regista a actividade eléctrica e não mecânica do coração;
- ➡ É obtido através de pequenos eléctrodos metálicos, colocados no peito do doente;
- ➡ Os sinais são transmitidos ao aparelho onde são convertidos em determinados modelos padrão em forma de ondas ou deflecções;

# Traçado Cardíaco e sua Interpretação

Na monitorização de *ECG com 3 eléctrodos*:

- Colocação de *3 eléctrodos* que permitem a monitorização nas derivações I, II e III:
  - 1 eléctrodo região infra-escapular direita;
  - 1 eléctrodo região infra-escapular esquerda;
  - 1 eléctrodo região porção inferior esquerda do tórax abaixo da grelha costal.

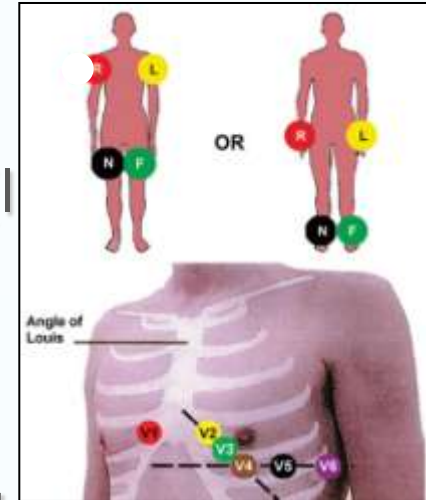


# Traçado Cardíaco e sua Interpretação

Na monitorização de *ECG com 5 eléctrodos*:

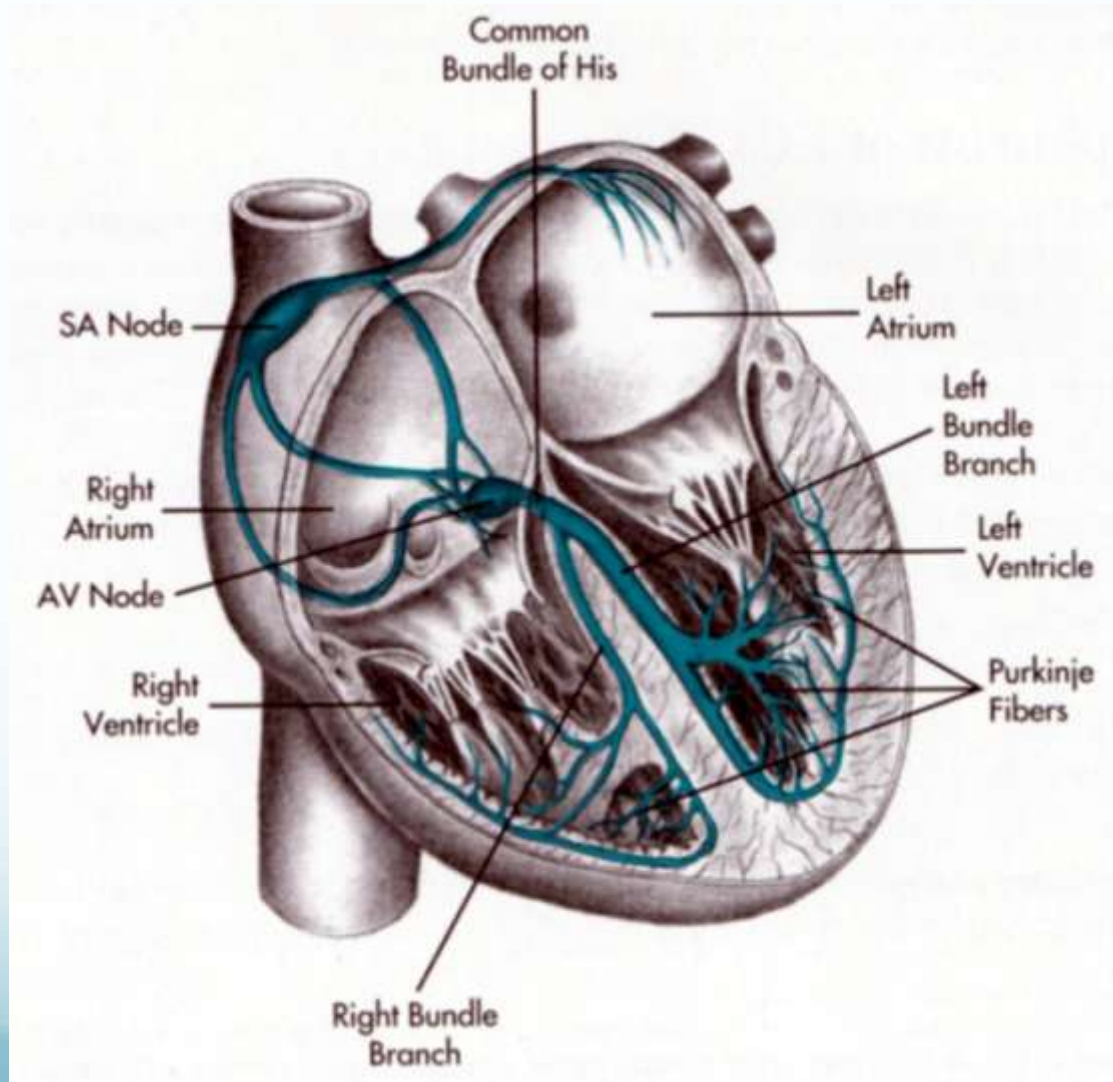
- Colocação de 5 eléctrodos que permitem a *monitorização das 6 derivações dos membros* (I, II, III, AvL, AvR, AvF) e ainda precordiais (V1 e MCL1):

- 1 eléctrodo região infra-escapular direita;
- 1 eléctrodo região infra-escapular esquerda;
- 1 eléctrodo região porção inferior esquerda do tórax abaixo da grelha costal;
- 1 eléctrodo região porção inferior direita do tórax abaixo da grelha costal;
- 1 eléctrodo 4<sup>o</sup> espaço intercostal bordo direito do esterno.



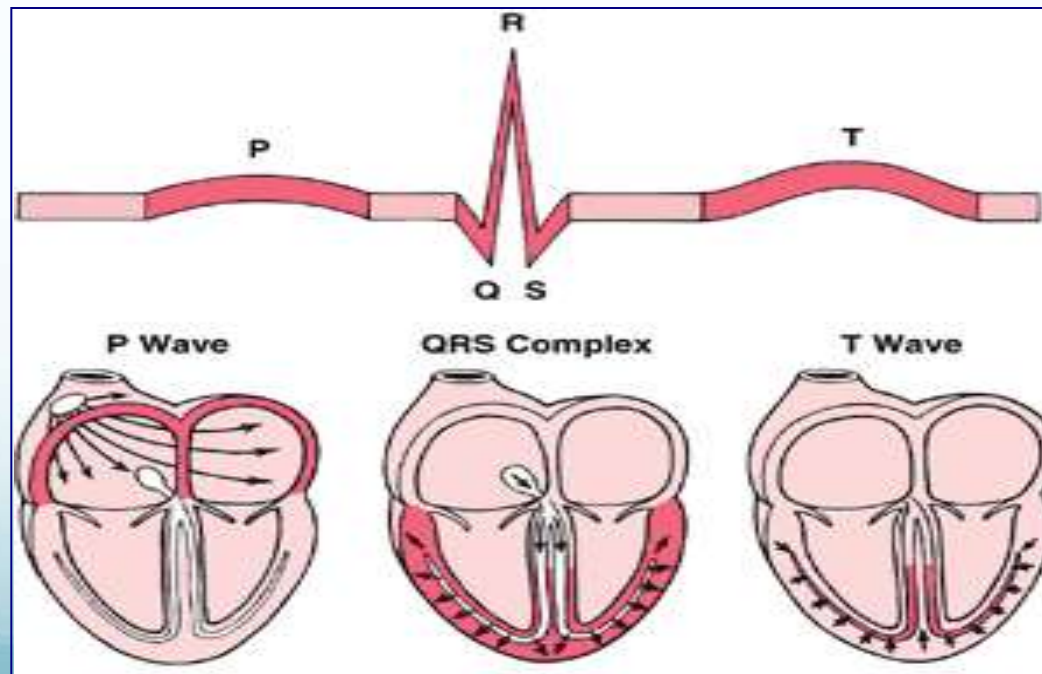
# Breve revisão de conceitos

## Sistema de condução eléctrica



# Traçado Cardíaco e sua Interpretação

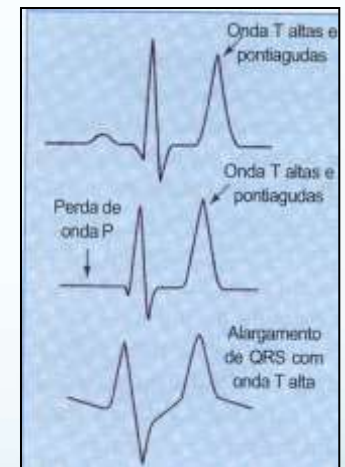
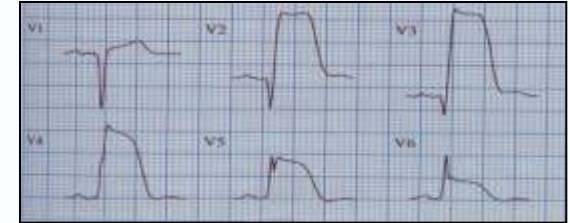
- As curvas padrão traduzem a passagem da onda de despolarização ao longo das cavidades cardíacas;



# Traçado Cardíaco e sua Interpretação

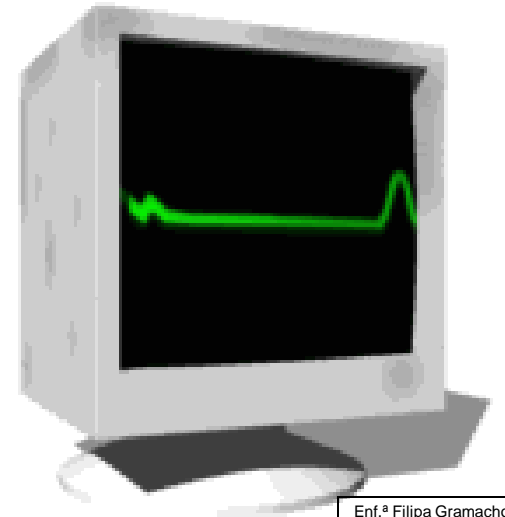
O traçado no monitor pode mostrar:

- ➡ *Frequência cardíaca;*
- ➡ *Ritmo cardíaco;*
- ➡ *Outras alterações possíveis de identificar:*
  - *Isquemia, Lesões e Enfarte;*
  - *Alterações de iões;*
  - *Outras leituras.*



# Traçado Cardíaco e sua Interpretação

O enfermeiro ao interpretar o traçado cardíaco não está a realizar diagnósticos médicos mas sim a despistar precocemente Complicações que poderão ser graves e até fatais para o doente;



# Traçado Cardíaco e sua Interpretação

*“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes.”*

*“São elementos importantes face à prevenção de complicações, entre outros:*

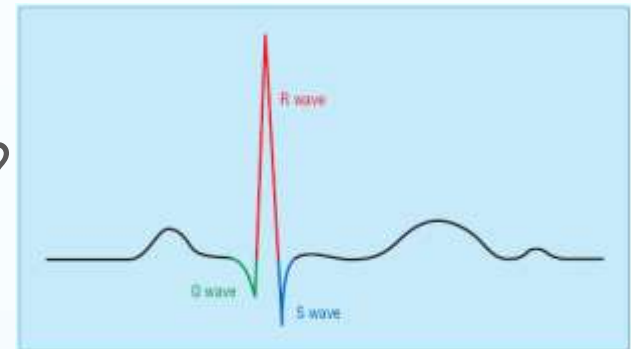
- A identificação, o mais rapidamente quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuem para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis;”*

(Ordem Enfermeiros; 2001)

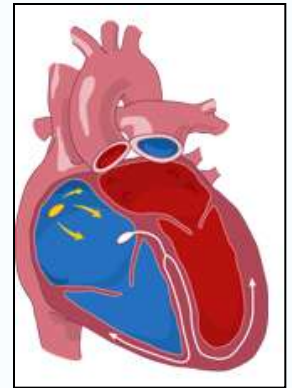
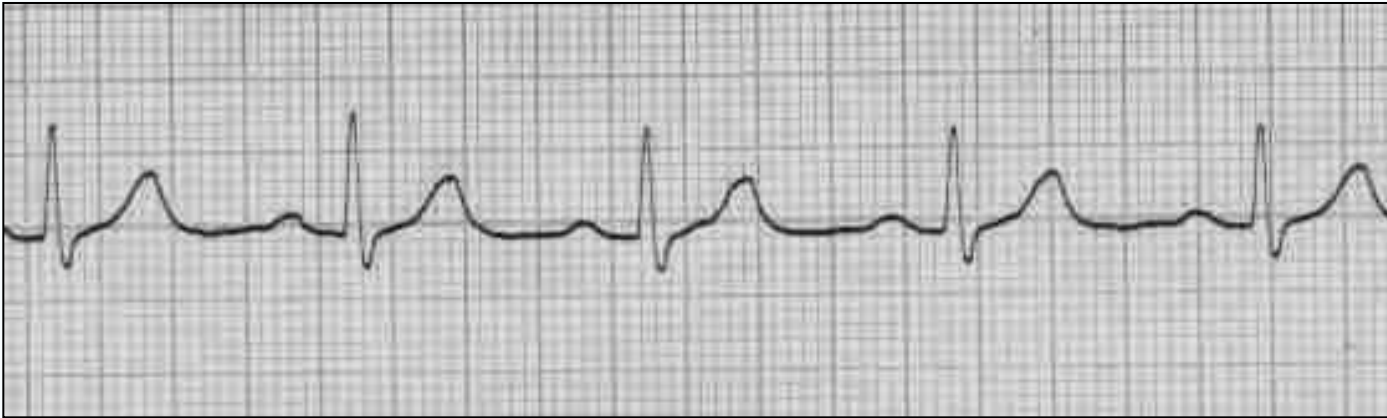


# PASSOS PARA DETERMINAR O RITMO CARDÍACO

- Avaliar se o traçado é *rítmico*, *disrítmico* ou *arrítmico*;
- Avaliar a *onda P*:
  - Se está presente?
  - Se tem relação com o QRS?
  - Avaliar o intervalo PR?
- Avaliar o *QRS*:
  - Avaliar se todos os complexos têm a mesma forma e amplitude?

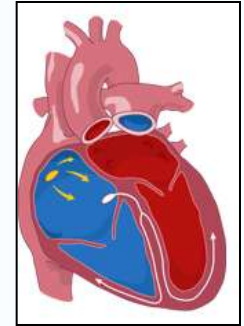
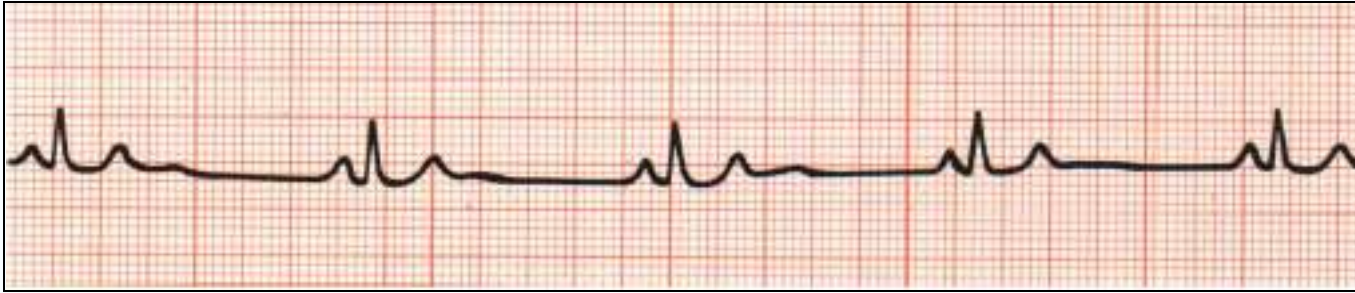


# RITMO SINUSAL



- Traçado com *Ritmo regular*;
- Presença de 1 *onda P* antes de cada QRS sem alterações do intervalo PR;
- *QRS* são todos idênticos com uma frequência que pode variar entre os 60 a 100 ppm.

# BRADICARDIA SINUSAL

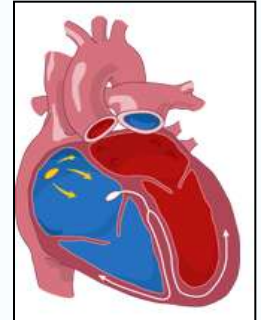
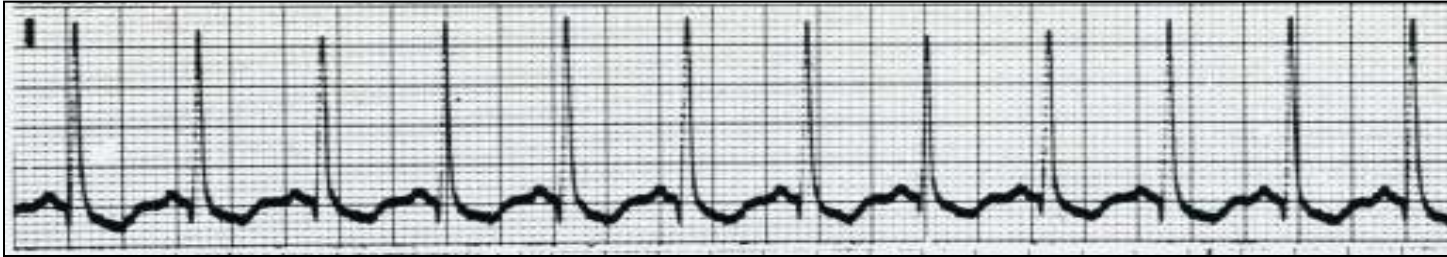


- Traçado com Ritmo regular;
- Presença de onda P antes de cada QRS sem alteração do intervalo PR;
- QRS idênticos com frequência inferior a 60ppm;

# Cuidados na BRADICARDIA SINUSAL Grave

1. Verificar monitorização e confirmar Bradicardia, registar;
2. Verificar sinais adversos/risco: FC < 40 ppm, sistólica < 90 mmHg, sinais de Insuf. Cardíaca, alterações consciência;
  - o Atropina 0,5 mg EV directo + SF rápido;
  - o Mobilizar ajuda especializada e avaliar situação;
  - o Atropina até um total de 3mg EV se necessário;
  - o Intervenções provisórias:
    - o Adrenalina EV dose de 2 a 10µg/min;
    - o Pace cardíaco transdérmico;
    - o Fármacos alternativos → Aminofilina, Isoprenalina, Dopamina, Glucagon;
  - o Garantir acesso venoso periférico (2);
  - o Manobras de RCR (30:2) se necessário.

# TAQUICARDIA SINUSAL

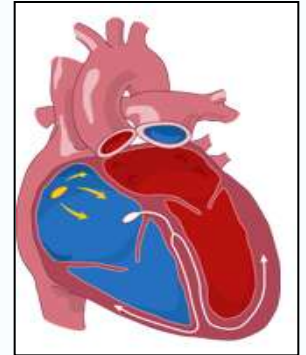


- Traçado com Ritmo regular;
- Presença de onda P antes de cada QRS sem alterações do intervalo PR;
- QRS idênticos com frequência superior a 100 ppm raramente excede os 160 ppm:

# Cuidados na TAQUICARDIA SINUSAL

1. Verificar tolerância do doente:
  - Estado consciência; TA;
2. Informar e registar;
3. Corrigir factores;
4. Administrar terapêutica:
  - betabloqueante, bloqueador dos canais de cálcio se prescrita;

# ARRITMIA SINUSAL



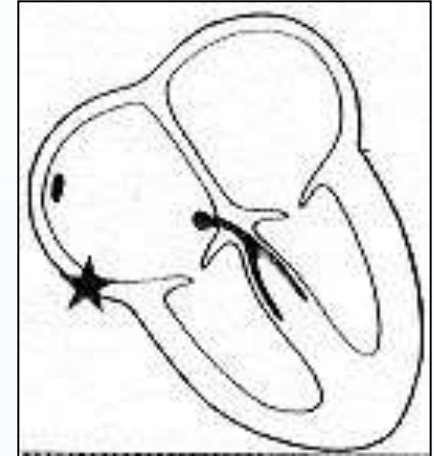
- Traçado cardíaco irregular;
- Presença de uma onda P antes de cada QRS sem alteração do intervalo PR;
- QRS idênticos:

# DISRITMIAS AURICULARES



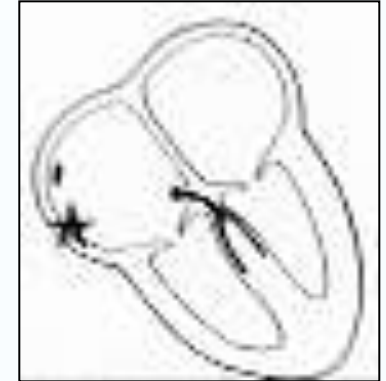
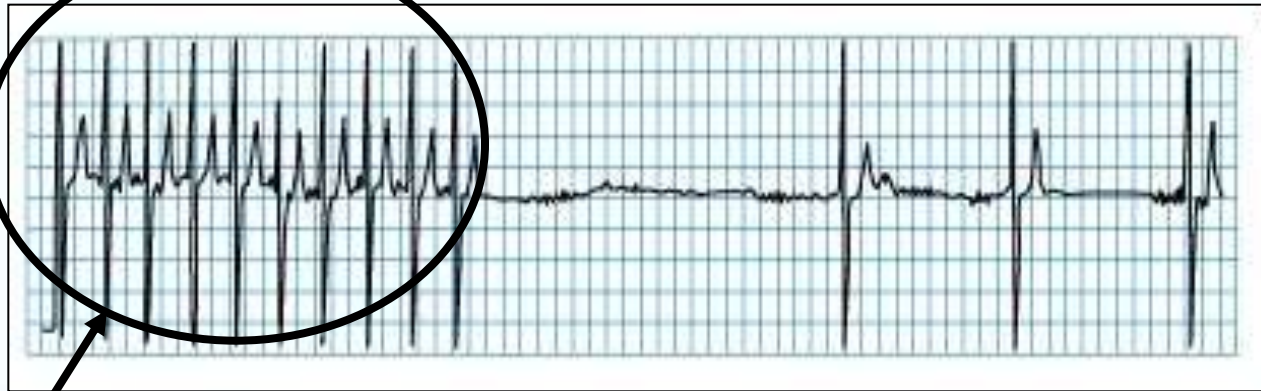
- Focos ectópicos na Aurícula;
- Impulso do foco ectópico dá-se antes do Sinusal.

# EXTRA SISTOLES AURICULARES



- Traçado irregular num determinado ponto;
- Onda P presente, prematura e de configuração anormal;
- QRS idênticos;
- Batimento isolado e precoce que teve origem num foco ectópico auricular:

# TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXISTICA

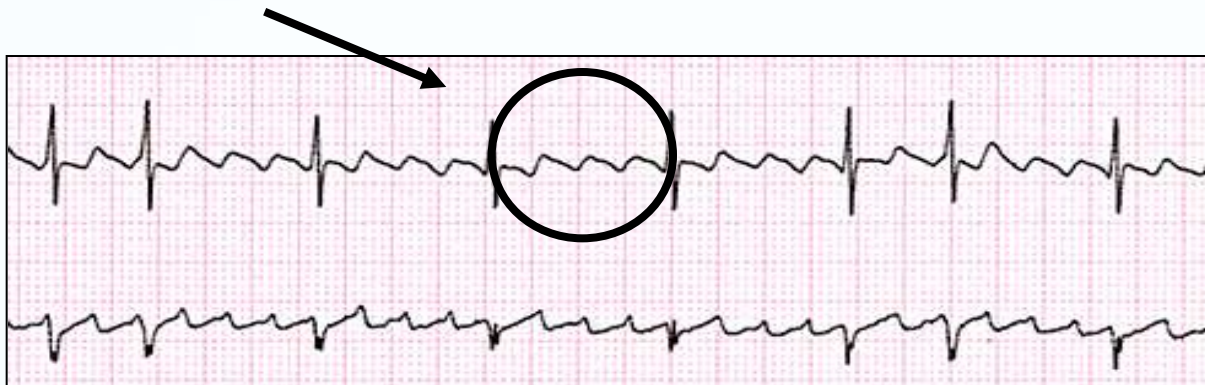


- Traçado subitamente rápido mas com ritmo regular;
- Onda P presente com formato diferente;
- QRS idênticos, estreitos com frequência de 160 a 280 ppm:

# Cuidados na TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXISTICA

1. Verificar tolerância do doente;
  - Estado de consciência, TA e Sat O2;
2. Alertar e Registo de tira de ritmo;
  - Garantir acesso venoso periférico (2);
  - Administração de Amiodarona em bólus se prescrito (lento);
  - Administração de Adenosina em bólus (6+12+12);
  - Monitorizar massagem do seio Carotídeo para conversão a ritmo Sinusal.
  - Cardioversão sincronizada.

# FLUTTER AURICULAR



- Traçado com Ritmo regular Frequência de ondas P aumentada acabando por se fundirem dando um aspecto *dentado* - *ondas F com frequência de 250 a 350;*
- *QRS idênticos;*
- Os batimentos auriculares são bloqueados pelo nódulo AV e a *frequência QRS depende do bloqueio que é fixo:*
  - Trajecto circular fixo através do qual a onda de despolarização se desloca, *fenómeno de reentrada*, zona da veia cava e tricúspide.

# FIBRILHAÇÃO AURICULAR

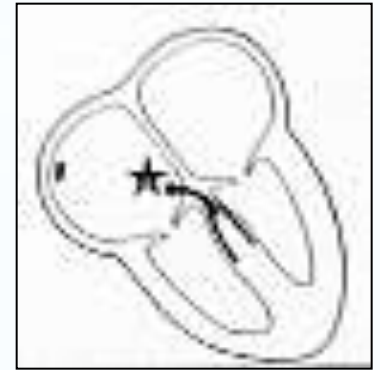
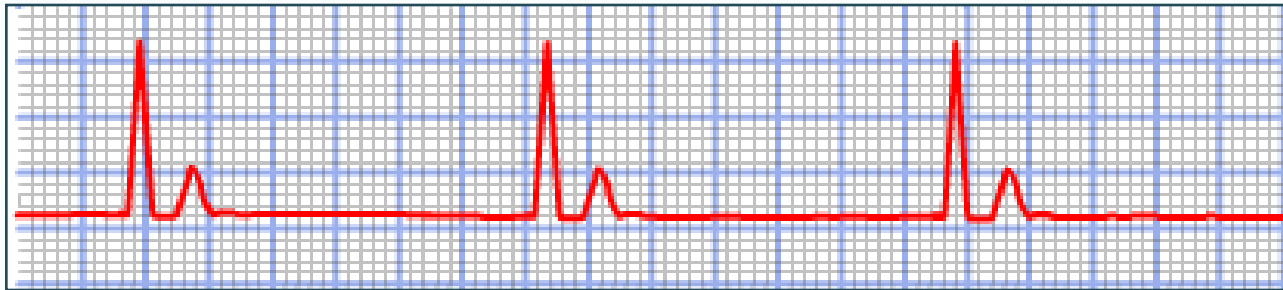


- Traçado com Ritmo irregular;
- Vários focos ectópicos na Aurícula que disparam de forma caótica originando um *tremor – ondas F com frequência 350 a 600;*
- QRS idênticos com frequências inf. a 100 ppm (*F.A. Controlada*) ou entre os 100 e os 180 ppm (*FA com resposta rápida*):

# Cuidados na FIBRILHAÇÃO AURICULAR (Flutter auricular)

1. Verificar tolerância do doente:
  - Estado de consciência, TA e Sat O2;
2. Alertar e Registo de tira de ritmo;
3. Garantir acesso venoso periférico (2);
4. Administração de Amiodarona em bólus se prescrito (lento);
5. Colaborar na cardioversão sincronizada com sedação do doente.
  - Anticoagular;
  - Eco transesofágico (risco trombos);

# RITMO JUNCIONAL



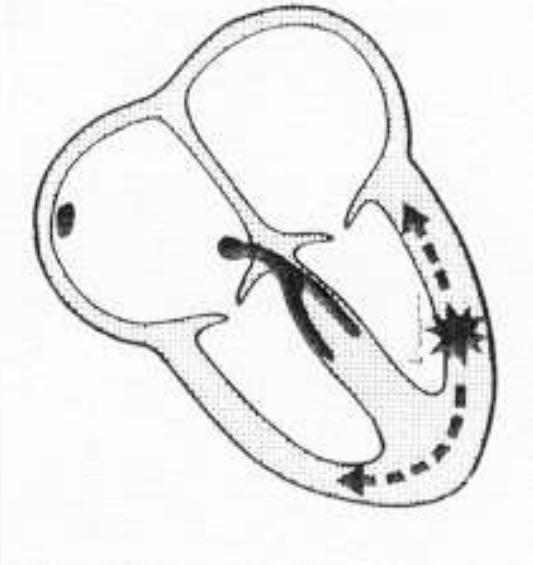
- Traçado com Ritmo regular originado por foco ectópico junto do nóculo AV/feixe His;
- Ondas P ausentes;
- QRS idênticos com frequência de escape de 40 a 60 ppm:

# Cuidados no RITMO JUNCIONAL

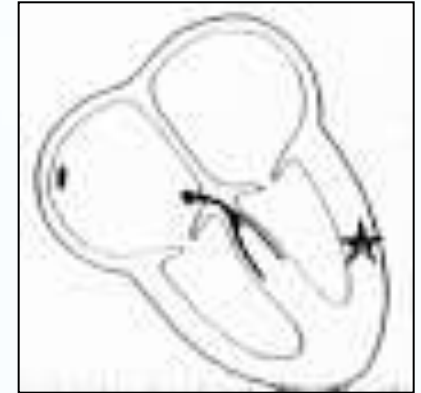
1. Verificar tolerância do doente:
  - Estado de consciência, TA e Sat O2;
2. Alertar e Registo de tira de ritmo;
3. Garantir acesso venoso periférico (2);
4. Iniciar perfusão de Isoprenalina;
5. Colaborar na colocação de PMP.

## DISRITMIAS VENTRICULARES

- Resultam de um foco ectópico no ventrículo;
- Podem surgir em indivíduos com doença cardíaca Isquémica, Doença Coronária, doença metabólica, com o consumo de cafeína, álcool e com o stress;
- Na utilização de técnicas invasivas (aspiração de secreções, swan-ganz, Cateterismo cardíaco);
- Intoxicação digitalica.

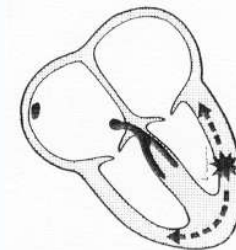
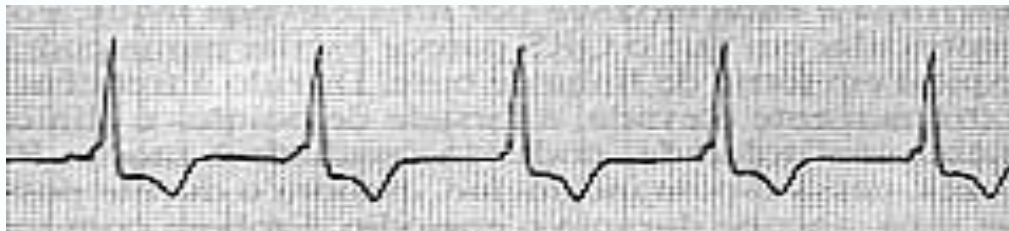


# EXTRASISTOLES VENTRICULARES



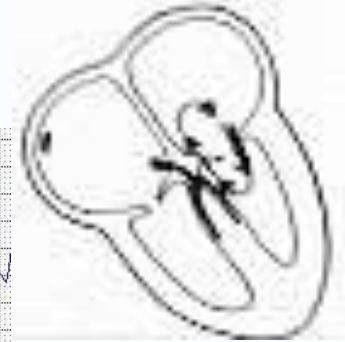
- Traçado com Ritmo regular;
- Aparecimento de um QRS disforme, alargado podendo seguir-se de uma Pausa compensatória;
- Onda P presente em todos os QRS “normais”, ausente no QRS disforme pois o estímulo teve origem num foco ectópico ventricular;
- De acordo com o foco ectópico: Unifocais, Polifocais, Isoladas, Pares, Trios, Bigeminismo, Trigemínismo, “Precoces” (fenómeno R sobre T).

# RITMO IDEOVENTRICULAR



- Traçado com Ritmo regular;
- Ondas P ausentes;
- QRS normais com frequência de 20 a 40 ppm, podendo atingir os 100 ppm, devido a um foco ectópico no ventrículo que se transformou no pacemaker dominante do coração:
  - ➡ Quadro associado à revascularização do Miocárdio;
  - ➡ EAM, Isquémia.

# SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE

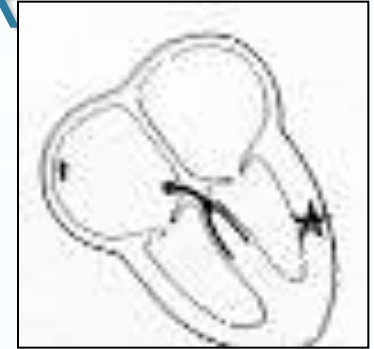
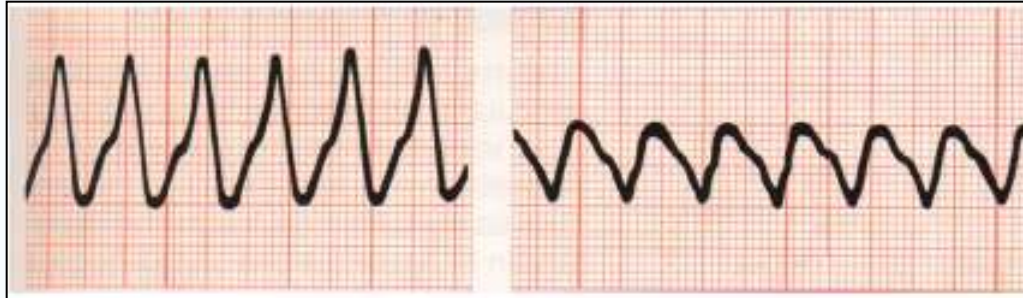


- Traçado com Ritmo regular;
- QRS mostra uma porção inicial ascendente lenta – *onda Delta*;
- Intervalo PR curto devido à existência de uma **via acessória**, com **reentrada do estímulo rápida**, entre a Aurícula e o Ventrículo esquerdos.

# Cuidados na Taquicardia do SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE

1. Verificar tolerância do doente:
  - Estado de consciência, TA e Sat O2;
2. Alertar e Registo de tira de ritmo;
3. Garantir acesso venoso periférico (2);
4. Estudo Electrofisiológico para ablação da via acessória.

# TAQUICARDIA VENTRICULAR



- Traçado com Ritmo regular;
- QRS alargados com frequência superior a 100 ppm;
- Ausência de onda P pois o foco desencadeante originou-se no ventrículo:

**MAL TOLERADA E PODE CONDUZIR À MORTE**

**TRATAMENTO EMERGENTE**

**ALGORITMO DA TAQUICARDIA DE COMPLEXOS LARGOS**  
(Tratar como taquicardia ventricular)  
Administrar O2 + Acesso venoso

SIM

PULSO

**Sinais de gravidade?**

- Pressão arterial sistólica <90 mmHg
- Précordialgia
- Insuficiência cardíaca
- Frequência cardíaca > 200/min
- Alterações do nível de consciência

NÃO

Se hipocaliêmia

**KCL – 30 mmol/h até corrigir**  
**Sulfato de Mg a 50%**  
**Amiodarona: 150 I.V. em 10 min Ou 5mL I.V. em 30 min**

**Amiodarona: 150 I.V. em 10 min Ou 5mL I.V. em 30 min**  
**Lidocaína: 5<sup>o</sup> mg I.V. em 2 min**  
(repetir cada 5 min – dose máx.: 200mg)

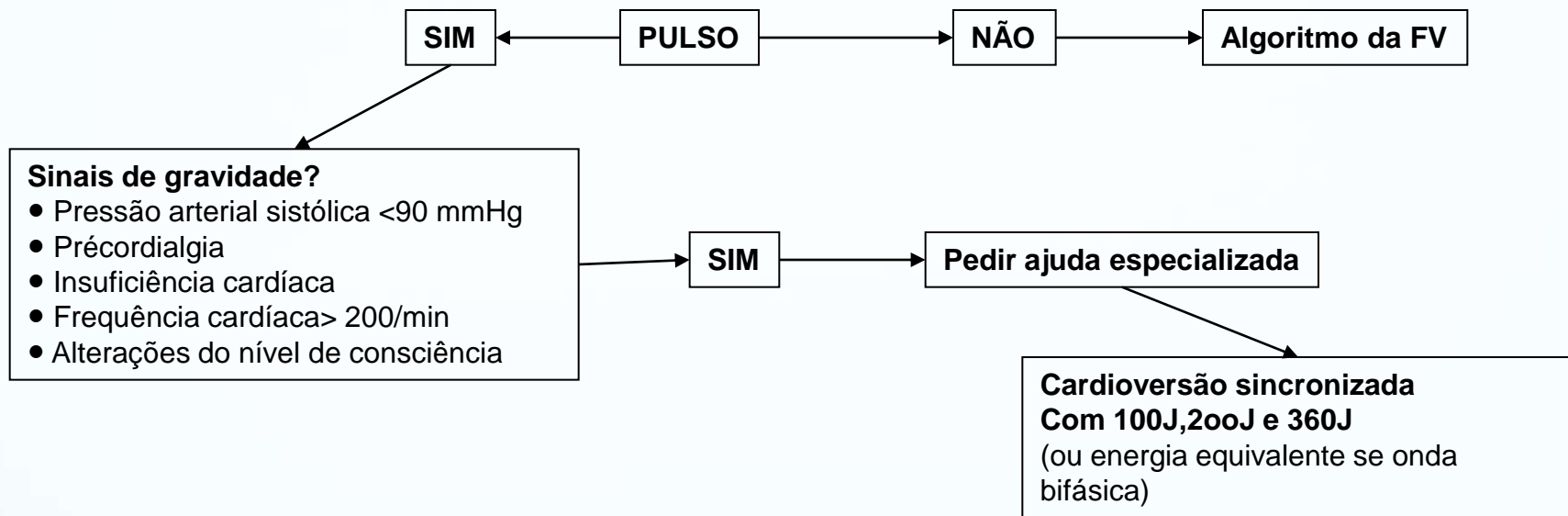
**Pedir ajuda especializada**

Se necessário:  
**Amiodarona: 150 I.V. em 10 min Seguida de 300 mg em 1h** Repetir cardioversão

**Amiodarona: 150 I.V. em 10 min**

Nova cardioversão se necessário

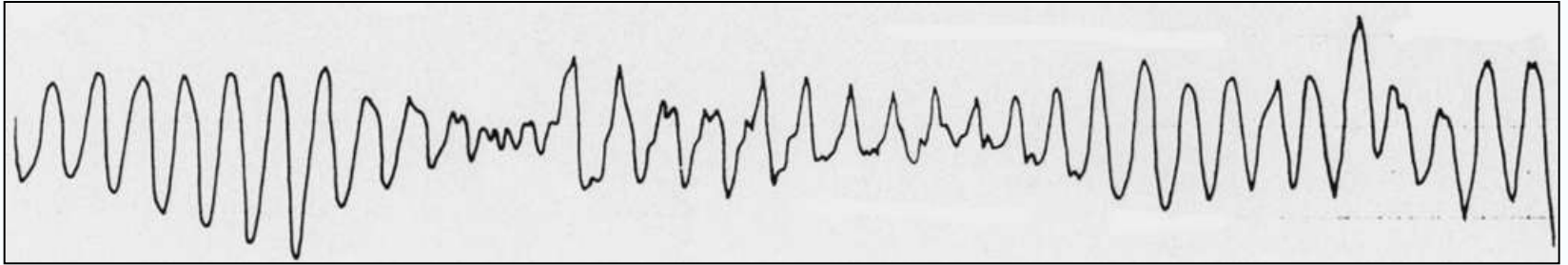
**ALGORITMO DA TAQUICARDIA DE COMPLEXOS LARGOS**  
(Tratar como taquicardia ventricular)  
Administrar O2 + Acesso venoso



## Cuidados na TAQUICARDIA VENTRICULAR

1. Verificar tolerância do dente:
  - Estado de consciência, pulso, TA e respiração;
2. Alertar equipa para **situação de Urgência**;
3. Se inconsciente (sem pulso) e desfibrilhador pronto cardioversão de 360 J, se não iniciar manobras de suporte básico de vida;
4. Permeabilizar vias aéreas e iniciar massagem cardíaca ( 30 compressões) alternada com ventilação artificial (2 insuflações) durante 5 ciclos ou até equipa suporte avançado chegar;
5. Se o doente mantiver TV sem pulso realizar nova cardioversão;
6. Garantir acessos venosos periféricos (2);
7. Administração de Lidocaina, Amiodarona em bólus e outros fármacos (sulfato magnésio; bicarbonato);
8. Colaboração na intubação endotraqueal para ventilação mecânica.

# TORSADE DE POINTES

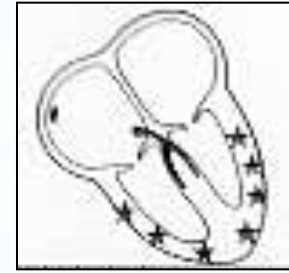
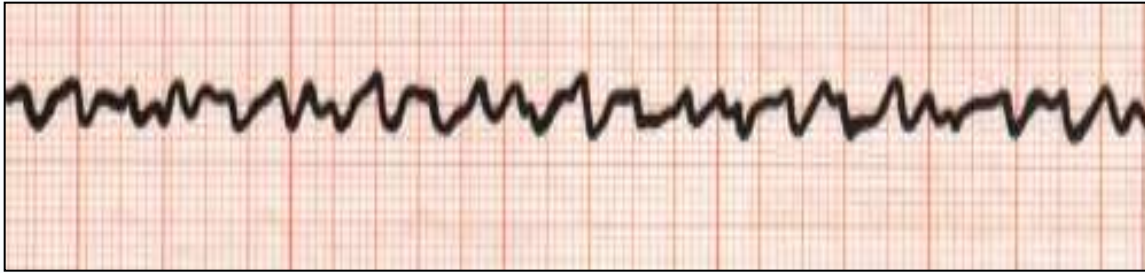


- QRS grosseiro, alargado, com padrão de espiral em torno da linha base;
- Trata-se de uma Taquicardia Ventricular

**MAL TOLERADA E PODE CONDUZIR À MORTE**

**TRATAMENTO EMERGENTE como na TV**

# FIBRILHAÇÃO VENTRICULAR



- ONDULAÇÃO GROSSEIRA EM TORNO DA LINHA BASAL;
- VENTRICULOS APENAS VIBRAM, NÃO SE CONTRAEM, NÃO IMPULSIONAM SANGUE;
- DOENTE SEM PULSOS PERIFÉRICOS;
- ALTERAÇÃO DE CONSCIÊNCIA:

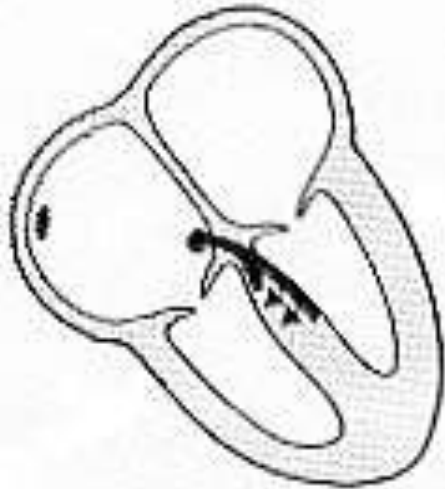
**FV = PARAGEM CARDIACA**

**TRATAMENTO EMERGENTE**

## Cuidados na FIBRILHAÇÃO VENTRICULAR

1. Verificar estado consciência, pulso, ventilação e monitorização;
2. Alertar equipa para situação de RCR;
3. Se desfibrilhador pronto, cardioversão de 360 J; se não, iniciar manobras de suporte básico de vida;
4. Permeabilizar via aérea e iniciar massagem cardíaca (30 compressões) alternada com ventilação artificial (2 insuflações);
5. Garantir acessos venosos periféricos (2);
6. Administração de Lidocaína, Amiodarona em bólus ou outros fármacos;
7. Colaboração na entubação endotraqueal para ventilação mecânica.

# DISTÚRBIOS DA CONDUÇÃO



- Alteração da condução do impulso ao longo do sistema de condução;



# BLOQUEIO AV 1º GRAU



- Traçado com Ritmo regular;
- Onda P está sempre presente mas com distancia aumentada ( $> 0,20$  seg.);
- QRS normais:

**VIGILÂNCIA**

**PODE EVOLUIR PARA BLOQUEIOS MAIS GRAVES**

# BLOQUEIO AV 2º GRAU - Mobitz I Wenckebach



- Traçado com Ritmo irregular;
- Intervalo *PR aumenta progressivamente* até que uma onda P não é conduzida;
- QRS idênticos:

**VIGILANCIA**

**PODE EVOLUIR NEGATIVAMENTE**

**COLOCAÇÃO DE Pace Maker**

# BLOQUEIO AV 2º GRAU

## Mobitz II



- Traçado com Ritmo irregular;
- Ondas P sempre presentes, com intervalo PR estável, *existência de ondas P não conduzidas*;
- QRS idênticos, nalguns casos associado um bloqueio de Ramo:

**VIGILANCIA**

**EVOLUÇÃO GRAVE**

**COLOCAÇÃO DE Pace Maker**

# BLOQUEIO AV 3º GRAU (BAVC)



- Traçado com Ritmo irregular;
- Ondas P presentes mas independentes e não relacionadas com o QRS;
- QRS depende do escape ser Ventricular ou Juncional, pois *nenhum impulso passa o nóduo AV*:

**SITUAÇÃO GRAVE**

**COLOCAÇÃO DE Pace Maker**

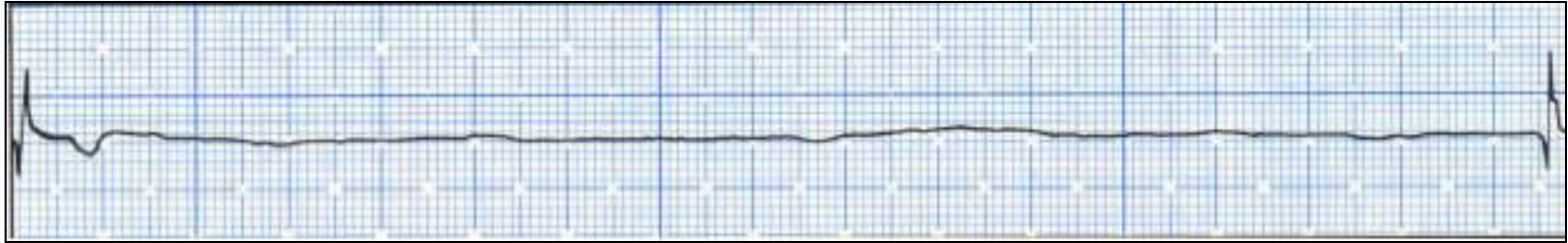
**Isoprenalina EV (perfusão)**

# RITMO DE PACE MAKER



- Traçado com Ritmo regular;
- Pode não existir onda P;
- Pode existir presença de Spikes (estímulo do aparelho);
- QRS sem alterações, com a frequência estabelecida pelo aparelho.

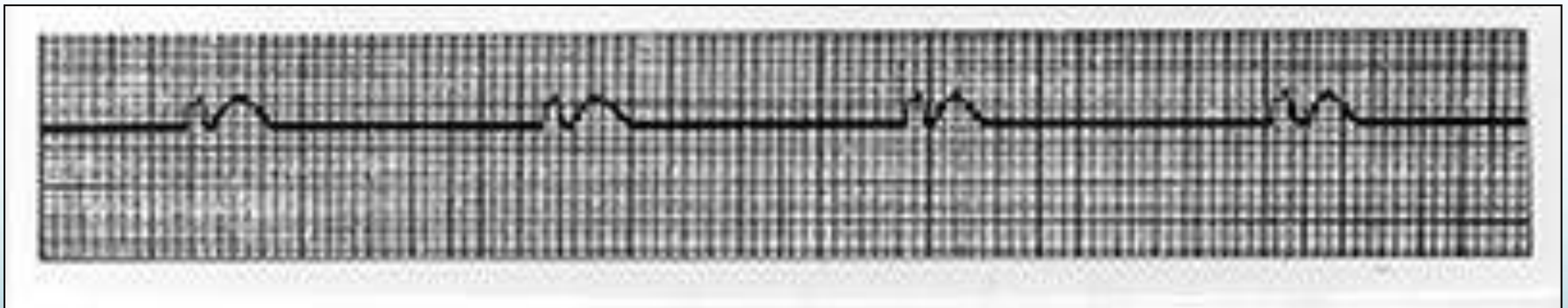
# ASSISTOLIA



- Cessação total da actividade ventricular;
- Ausência de qualquer tipo de onda.

# DISSOCIAÇÃO ELECTROMECHANICA

- Actividade eléctrica registada;
- Complexos QRS alargados;
- Ausência de pulso por ausência de actividade cardíaca.



# Conclusão

A precoce identificação de alterações do traçado cardíaco por parte dos enfermeiros, permite uma atempada actuação, com resultados directos na qualidade de vida dos doentes.

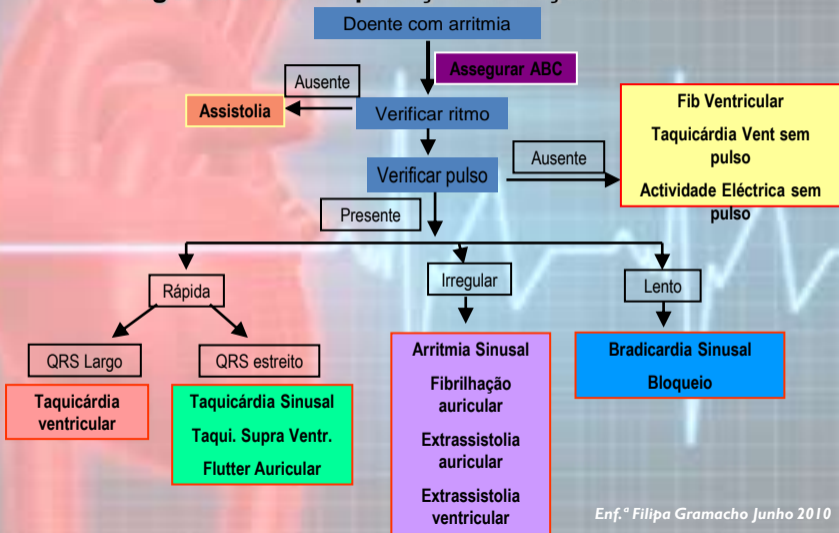
# Anexo

## Algoritmo de interpretação do traçado cardíaco

# Referências Bibliográficas

- BRAUNWALD – Tratado de Cardiologia, McGraw-Hill, 1997
- BRITO, D.; LACERDA, A.; MADEIRA, H. – Cuidados Intensivos – Principais Fármacos Utilizados; Ed dos autores; 1999
- FISCHBACH, F. – Exames Laboratoriais e Diagnósticos – Manual de Enfermagem; Guanabara Koogan; 5ª Edição; 1996
- JOHNSON, K.; ROWLINGS, K. – Oxford Handbook of Cardiac Nursing; 2001
- GILMAN; GOODMAN – As bases Farmacológicas da Terapêutica; McGrawHill; 9ª Edição; 1996
- HARRISON – Manual de Medicina; McGrawHill; 15ª Edição; 2003
- HURST'S – O coração – Manual de cardiologia; McGrawHill; 10ª Edição; 2002
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e Enunciados descritivos; Dezembro de 2001
- O'ROURKE, R.; FUSTER, V.; ALEXANDER, R. – Manual de Cardiologia ; 10ª Edição; 2002; Editora McGraw-Hill
- PORTO, C. – Doenças do Coração: Prevenção e Tratamento, Guanabara, 1998
- RODRIGUES, J. – Electrocardiografia clínica - Princípios fundamentais; Lidel; 2008

# Algoritmo de interpretação do traçado cardíaco



### INTERPRETAÇÃO DE GASIMETRIA ARTERIAL

Parâmetros a avaliar	Valores Normais	Possíveis alterações
<b>pH</b>	7,35 - 7,45	<7,35 → Acidose >7,45 → Alcalose
<b>PaO<sub>2</sub></b>	80 - 100mmHg	<60mmHg → Hipoxémia grave
<b>PaCO<sub>2</sub></b>	35 - 45 mmHg	<35mmHg → Alcalose Respiratória >45mmHg → Acidose Respiratória
<b>HCO<sub>3</sub><sup>-</sup></b>	22 - 26 mEq/L	<22mEq/L → Acidose Metabólica >26mEq/L → Alcalose Metabólica
<b>Sat O<sub>2</sub></b>	>95%	

#### Alcalose Respiratória pura

pH	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	PaCO <sub>2</sub>
>7,45	Mantido	<35mmHg

Hiperventilação → Hipocápnia → Alcalose Respiratória

#### Mecanismo Compensatório na Alcalose Respiratória

pH	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	PaCO <sub>2</sub>
A normalizar	<22mEq/L	<35mmHg

#### Alcalose Metabólica Pura

pH	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	PaCO <sub>2</sub>
>7,45	>28mEq/L	>45mmHg

#### Mecanismo Compensatório na Alcalose Metabólica

pH	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	PaCO <sub>2</sub>
A normalizar	>28mmHg	>45mmHg

#### Acidose Respiratória pura

pH	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	PaCO <sub>2</sub>
<7,35	Mantido	>45mmHg

Hipoventilação → Hiperocápnia → Acidose Respiratória

#### Mecanismo Compensatório na Acidose Respiratória

pH	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	PaCO <sub>2</sub>
A normalizar	>28mmHg	>45mmHg

#### Acidose Metabólica Pura

pH	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	PaCO <sub>2</sub>
<7,35	<22mEq/L	Mantido

#### Mecanismo Compensatório na Acidose Metabólica

pH	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	PaCO <sub>2</sub>
A normalizar	<22mmHg	<35mmHg

# FICHA INFORMATIVA

## DIETA HIPOSSALINA

A dieta com baixo teor de sódio, principal constituinte do sal comum, está indicada em associação com o tratamento de diversas patologias como sendo a hipertensão arterial, a insuficiência cardíaca, assim como em perturbações renais. Isto porque o sódio tem a particularidade de se associar à água e, portanto, esta Dieta está indicada em situações de estados edematosos por retenção de sódio e hipertensão arterial. Apesar da diminuição do sódio, nunca se trata de uma abstenção total do consumo do mesmo, primeiro porque isso não seria possível, uma vez que o mineral está presente em praticamente todo o tipo de alimentos, e depois porque o organismo necessita sempre dele, mesmo que seja em quantidades mínimas.

Neste sentido, esta Dieta implica a supressão do sal adicionado às refeições, bem como uma moderação ou mesmo supressão do consumo de alimentos ricos em sódio, como os apresentados na tabela seguinte. Estes alimentos são limitados a quantidades calculadas, podendo a restrição ser ligeira, moderada ou severa, dependendo da situação específica.

Tipo de Alimento	O que é permitido	O que é RESTRICTO
<b>Água</b>	Outras	Determinadas águas minerais
<b>Carne / Peixe / Marisco</b>	Peixe de água doce; Outros	Carne e peixe salgados, fumados ou curados Marisco Enchidos
<b>Batata / Cereais / Farinha / Pão</b>	Batata, cereais e farinha	Pão e preparados de salmoura
<b>Gorduras</b>	Outras	Gorduras com sal
<b>Verduras e Legumes</b>	Vegetais verdes	Azeitonas e vegetais de conserva
<b>Leite e Lactínios</b>	Leite	Queijos tratado
<b>Frutas</b>	Todas	
<b>Diversos</b>		Sal Conservas

## Referências Bibliográficas

FERREIRA, F. (1994) – Nutrição Humana, 2ª edição, Ed. Fundação Calouste Gulbenkian

GALISA, M.; et al (1999) – Nutrição, conceitos e aplicações, 2ª edição, ISBN 97-88576800-27-9

OCANA, R. (2009) – Nutrição de A a Z, 2ª edição, Edições Senac

SILVA, S.; MURA, J. (2007) – Alimentação, Nutrição e Dietoterapia, Editora Roca, ISBN: 8572416781; 1168p

### Sites consultados em Maio 2010:

Associação Portuguesa de Nutricionistas <http://www.apn.org.pt>

Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica [www.apnep.pt](http://www.apnep.pt)

Associação Portuguesa de Dietistas [www.apdietistas.pt](http://www.apdietistas.pt)

British Association for Parenteral and Enteral Nutrition [www.bapen.org.uk](http://www.bapen.org.uk)

American Society for Parenteral and Enteral nutrition [www.nutritioncare.org](http://www.nutritioncare.org)

## FICHA INFORMATIVA

### DIETA LIQUIDA

A Dieta Líquida está indicada em situações de incapacidade de tolerância a alimentos sólidos, assim como em situações que requerem alimentos facilmente digeridos e consumidos ou com um resíduo mínimo, estando por isso indicada em situações de evolução da dieta zero ou jejum temporário, assim como para doentes submetidos a testes diagnósticos, e na preparação ou imediatamente após uma cirurgia.

Apresenta neste sentido como objectivo o favorecer a ingestão alimentar em situações em que as fases mecânicas do processo de digestão se encontram comprometidas.

Desta Dieta, fazem parte todos os líquidos, servidos à temperatura ambiente, sendo os principais constituintes por elas fornecidos a água, o açúcar, o sal e algumas vitaminas, com um conteúdo de proteínas e calorias geralmente baixo. Quando bem planeada, pode ser adoptada durante períodos prolongados, podendo haver, nestes casos, necessidade de aumento de consumo de proteínas e calorias, assim como a associação de um suplemento alimentar e/ou vitamínico.

## Referências Bibliográficas

FERREIRA, F. (1994) – Nutrição Humana, 2ª edição, Ed. Fundação Calouste Gulbenkian

GALISA, M.; et al (1999) – Nutrição, conceitos e aplicações, 2ª edição, ISBN 97-88576800-27-9

OCANA, R. (2009) – Nutrição de A a Z, 2ª edição, Edições Senac

SILVA, S.; MURA, J. (2007) – Alimentação, Nutrição e Dietoterapia, Editora Roca, ISBN: 8572416781; 1168p

### Sites consultados em Maio 2010:

Associação Portuguesa de Nutricionistas <http://www.apn.org.pt>

Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica [www.apnep.pt](http://www.apnep.pt)

Associação Portuguesa de Dietistas [www.apdietistas.pt](http://www.apdietistas.pt)

British Association for Parenteral and Enteral Nutrition [www.bapen.org.uk](http://www.bapen.org.uk)

American Society for Parenteral and Enteral nutrition [www.nutritioncare.org](http://www.nutritioncare.org)

# FICHA INFORMATIVA

## DIETA MOLE

A Dieta Mole é prescrita em situações de doentes que apresentem distúrbios de mastigação e deglutição; risco de aspiração; em algumas situações de doentes neurológicos; situações de pós operatório, onde esta dieta geralmente surge depois de uma dieta líquida quando o organismo já é capaz de digerir formas mais consistentes que os líquidos, porém não sólidas; em situações onde há dificuldade mecânica de mastigação, assim como em situações de perturbações gástricas e intestinais, como úlcera gástrica ou lesões abertas da mucosa gástrica ou duodeno e em doenças do trato gastro-intestinal com inflamação ou espasmo. Apresenta como objectivo, o facilitar os processos de mastigação e deglutição, favorecendo deste modo a ingestão alimentar em situações em que as fases mecânicas do processo de digestão se encontram, por alguma razão, comprometidas.

Esta Dieta implica que os alimentos sejam preparados de forma a poderem ser ensalivados sem necessidade de mastigação e não provocarem irritação tanto a nível gástrico como intestinal. A carne e o peixe poderão ser desfeitos e servidos com caldo suficiente para assegurar a ensalivação, e os vegetais e frutos triturados e desfeitos. Sendo as fibras difíceis de triturar, se possível, estas devem ser evitadas, o que torna a obstipação um possível problema. O sumo de ameixa ou de uva, farelos, iogurte e exercício regular podem ser um precioso auxílio para combater a obstipação.

Constitui, deste modo, na forma mais completa, uma modificação da dieta geral, onde os alimentos são servidos na forma de purés, papas e cremes, tornando os alimentos mais suaves, e pode incluir todos os alimentos necessários ao adulto médio, sob uma forma facilmente mastigável e digerível, pelo que pode ser adoptada durante longos períodos, já que contém todos os nutrientes.

## Referências Bibliográficas

FERREIRA, F. (1994) – Nutrição Humana, 2ª edição, Ed. Fundação Calouste Gulbenkian

GALISA, M.; et al (1999) – Nutrição, conceitos e aplicações, 2ª edição, ISBN 97-88576800-27-9

OCANA, R. (2009) – Nutrição de A a Z, 2ª edição, Edições Senac

SILVA, S.; MURA, J. (2007) – Alimentação, Nutrição e Dietoterapia, Editora Roca, ISBN: 8572416781; 1168p

### Sites consultados em Maio 2010:

Associação Portuguesa de Nutricionistas <http://www.apn.org.pt>

Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica [www.apnep.pt](http://www.apnep.pt)

Associação Portuguesa de Dietistas [www.apdietistas.pt](http://www.apdietistas.pt)

British Association for Parenteral and Enteral Nutrition [www.bapen.org.uk](http://www.bapen.org.uk)

American Society for Parenteral and Enteral nutrition [www.nutritioncare.org](http://www.nutritioncare.org)

# FICHA INFORMATIVA

## DIETA SEM RESÍDUOS

As dietas sem resíduos são úteis quando o corpo não consegue digerir alimentos moles ou com líquidos mais pesados e espessos. Esse tipo de regime alimentar geralmente é adoptado no pré e/ou pós-operatório de cirurgia gástrica e intestinal, assim como em casos de náuseas e vômitos intensos, diarreia, colite e outras perturbações gastro-intestinais.

Estão incluídos alimentos pobres em celulose, sem eliminar completamente a celulose no cólon, fornecendo a quantidade de nutrientes recomendada para o adulto médio, podendo, muitas vezes, durar de um a dois dias, ou até que a pessoa consiga ingerir outros tipos de bebidas e alimentos. Ajuda a evitar que o organismo perca líquidos em excesso durante a fase de convalescença e antes que fique pronto para uma dieta regular.

Tipo de Alimento	O que é permitido	O que NÃO é permitido
<b>Sopa</b>	Caldo de carne, caldos transparentes e sem gorduras, consomê	Todas as outras
<b>Carne / Aves / Peixe / Leguminosas</b>	Nenhum	Todos
<b>Batata / Arroz / Massa</b>	Nenhum	Todos
<b>Gorduras</b>	Nenhuma	Todas
<b>Verduras e legumes</b>	Sumo de vegetais coado	Todos os outros
<b>Pão / Cereais / Farinhas</b>	Nenhum	Todos
<b>Queijos</b>	Nenhum	Todos
<b>Ovos</b>	Nenhum	Todos
<b>Leite /Lacticínios</b>	Nenhum	Todos
<b>Frutas / Sumo de fruta</b>	Sumo de maçã e de uva, sumo de citrinos coados, se tolerados	Todas as outras
<b>Sobremesas</b>	Gelatina, gelado de fruta sem leite ou pedaços de fruta	Todas as outras
<b>Doces</b>	Mel, geleias, açúcar em pequena quantidade	Todos os outros
<b>Bebidas</b>	Água, bebidas gaseificadas, bebidas feitas com cereais, café, chá, sumos artificiais, limonada, sumo de lima e sumos diversos de fruta	Leite e qualquer outra bebida
<b>Diversos</b>	sal	Todos os outros

## Referências Bibliográficas

FERREIRA, F. (1994) – Nutrição Humana, 2ª edição, Ed. Fundação Calouste Gulbenkian

GALISA, M.; et al (1999) – Nutrição, conceitos e aplicações, 2ª edição, ISBN 97-88576800-27-9

OCANA, R. (2009) – Nutrição de A a Z, 2ª edição, Edições Senac

SILVA, S.; MURA, J. (2007) – Alimentação, Nutrição e Dietoterapia, Editora Roca, ISBN: 8572416781; 1168p

### Sites consultados em Maio 2010:

Associação Portuguesa de Nutricionistas <http://www.apn.org.pt>

Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica [www.apnep.pt](http://www.apnep.pt)

Associação Portuguesa de Dietistas [www.apdietistas.pt](http://www.apdietistas.pt)

British Association for Parenteral and Enteral Nutrition [www.bapen.org.uk](http://www.bapen.org.uk)

American Society for Parenteral and Enteral nutrition [www.nutritioncare.org](http://www.nutritioncare.org)

# FICHA INFORMATIVA

## PARECOXIB (DYNASTAT<sup>®</sup>)

### Resumo do medicamento

#### Apresentação:

Disponível na forma de pó e solvente para preparação de uma solução injectável, em frascos para injectáveis contendo 20 ou 40 mg de Parecoxib.

#### Indicações:

No tratamento de curta duração da dor moderada a grave no período pós-operatório.

#### Dosagem Adulto:

A dose recomendada é de 40mg, administrada por via intravenosa (IV) ou intramuscular (IM), seguida da administração de 20mg ou 40mg de 6 em 6 ou 12 em 12 horas, conforme necessário, não excedendo 80mg por dia. A injeção em bólus intravenoso pode ser administrada rápida e directamente na veia. A injeção por via intramuscular deve ser administrada lenta e profundamente no músculo.

#### Compatibilidade com sistema IV

Após reconstituição com o solvente adequado, o Parecoxib pode apenas ser injectado num sistema IV contendo: solução de Cloreto de Sódio a 0,9%, solução de Glucose a 5%, solução Cloreto de Sódio a 0,45%, e solução de Lactato de Ringer para injectáveis. A introdução num sistema IV contendo outras soluções IV não descritas acima não é recomendada, pois pode causar precipitação na solução

Pode ocorrer precipitação quando o Parecoxib é combinado em solução com outros medicamentos, pelo que Parecoxib não deve ser misturado com qualquer outro fármaco, quer durante a reconstituição como durante a injeção. Nos doentes em que se irá utilizar o mesmo sistema de administração IV para injectar outro medicamento, deverá lavar-se esse sistema de administração IV com uma solução de compatibilidade conhecida antes e após a injeção de Parecoxib.

#### Contra Indicações :

- Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes.
- Tratamento da dor pós-operatória após cirurgia de bypass da artéria coronária; Doença isquémica cardíaca; Insuficiência cardíaca congestiva (NYHA II-IV).
- Doença arterial periférica e/ou doença cérebro vascular estabelecidas.
- Úlcera péptica activa ou hemorragia gastrointestinal (GI).
- Disfunção hepática grave (albumina sérica < 25 g/l ou Child-Pugh ≥ 10).
- Patologia inflamatória intestinal.

### Reacções Adversas mais frequentes:

- anemia pós-operatória
- hipocaliémia
- agitação e insónia
- hipertensão/hipotensão
- insuficiência respiratória, dispepsia, faringite e osteíte alveolar
- flatulência
- prurido
- dor lombar
- oligúria e aumento dos níveis de creatinina
- edema periférico

### Precauções Especiais:

O Parecoxib tem sido associado a um risco aumentado de eventos cardiovasculares e trombóticos quando administrados por um longo período de tempo. Não foi determinada a magnitude exacta do risco associado a uma dose única, assim como a duração exacta da terapêutica associada a aumento do risco, pelo que deve ser utilizada a menor dose diária efectiva na menor duração possível eficaz.

Recomenda-se precaução na administração concomitante de Parecoxib com a varfarina e outros anticoagulantes orais, particularmente durante os primeiros dias após o início do tratamento com Parecoxib, uma vez que estes doentes apresentam um risco aumentado de complicações hemorrágicas.

Normalmente não é necessário ajuste da dose nos doentes idosos ( $\geq 65$  anos). Contudo, nos doentes idosos com um peso inferior a 50 kg de peso, o tratamento deve ser iniciado com metade da dose normalmente recomendada de Parecoxib, reduzindo a dose máxima diária para 40 mg. Não se recomenda a sua utilização em crianças e adolescentes.

Nos doentes com disfunção hepática moderada, o tratamento deve ser administrado com metade da dose normalmente recomendada de Parecoxib, reduzindo a dose máxima diária para 40 mg. Com base nas propriedades farmacocinéticas, não é necessário ajuste da dose nos doentes com disfunção renal ligeira a moderada (depuração da creatinina de 30-80 ml/min.). Nos doentes com insuficiência renal grave (depuração da creatinina  $<30$  ml/min.) ou nos doentes com predisposição para retenção de fluidos, o Parecoxib deve ser iniciado na menor dose recomendada e a função renal dos doentes deve ser cuidadosamente monitorizada.

Parecoxib pode ser administrado concomitantemente com analgésicos opiáceos. Em ensaios clínicos, a necessidade diária para opiáceos foi significativamente reduzida aquando da administração concomitante com Parecoxib.

### Informações adicionais

#### Como funciona o Dynastat?

O Parecoxib, é um “pró-fármaco” do valdecoxib, o que significa que é convertido em valdecoxib no organismo. O valdecoxib é um medicamento anti-inflamatório não esteróide (AINE) que pertence a um grupo de medicamentos denominado “inibidores da cicloxigenase 2 (COX-2)”. Esta substância bloqueia a enzima COX-2, o que conduz a uma redução na produção de prostaglandinas, substâncias envolvidas nos processos inflamatórios, o que ajuda na redução dos sintomas da inflamação, incluindo a dor.

#### Outras Contra Indicações :

- Antecedentes de qualquer tipo de reacções alérgicas a medicamentos, em particular reacções alérgicas cutâneas como o síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica, eritema multiforme, ou doentes com hipersensibilidade conhecida às sulfonamidas.
- Doentes com antecedentes de broncospasma, rinite aguda, pólipos nasais, edema angioneurótico, urticária ou outras reacções de tipo alérgico após ingestão de ácido acetilsalicílico ou AINEs, incluindo os inibidores da COX-2 (ciclo-oxigenase-2).
- No terceiro trimestre de gravidez ou a amamentar.

#### Outras Reacções Adversas:

- trombocitopenia
- drenagem anormal de serosidade a nível da ferida do esterno, infecção de feridas
- alterações vasculares cerebrais
- bradicardia
- ulceração gastroduodenal
- equimose
- aumento da AST, aumento da ALT, aumento do azoto ureico (BUN)

Após a cirurgia de bypass da artéria coronária, os doentes em quem se administrou Parecoxib apresentam um risco superior de acontecimentos adversos, tais como acontecimentos cardiovasculares e tromboembólicos (incluindo EAM, AVC, AIT, embolia pulmonar e trombose venosa profunda), infecções cirúrgicas profundas ou complicações na cicatrização da ferida esternal.

#### Outras Precauções Especiais:

Em doentes tratados com Parecoxib ocorreram complicações gastrointestinais no tracto superior (perfurações, úlceras ou hemorragias), algumas delas com resultados fatais. Aconselha-se precaução nos doentes com maior risco de desenvolverem complicações gastrointestinais com AINEs: idosos, doentes sob terapêutica concomitante com outros AINEs ou ácido acetilsalicílico, ou em doentes com história anterior de doença gastrointestinal como ulceração ou hemorragia gastrointestinal. Existe um risco aumentado de efeitos adversos gastrointestinais (úlceras gastrointestinais ou outras complicações gastrointestinais) quando o Parecoxib sódico é administrado concomitantemente com o ácido acetilsalicílico (mesmo em doses baixas).

## **Referências Bibliográficas**

- Folheto informativo Dynastat ® - Pfizer, 2009
- <http://www.epgonline.org/viewdrug.cfm/letter/D/language/ig0023/drugId/DR000043/drugName/Parecoxib>  
Consultado a 10 de Maio de 2010
- Relatório público Europeu de Avaliação  
<http://www.ema.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/Parecoxib/H-381-pt1.pdf> - Consultado a 10 de Maio de 2010

# Manual de Enfermagem

## **Bloco Operatório de Otorrinolaringologia**

Centro Hospitalar Lisboa Norte  
Hospital de Santa Maria

Elaborado por: Enfermeira Filipa Gramacho

Novembro 2010



## AGRADECIMENTOS

A toda a equipa de enfermagem do Bloco Operatório de ORL, o meu obrigado.

“Unir-se é um bom começo,  
manter a união é um progresso,  
trabalhar em conjunto é a vitória.”

Henry Ford

## ÍNDICE

	Pág.
<b>Introdução</b> .....	<b>6</b>
<b>Capítulo I. Integração de novos elementos</b> .....	<b>8</b>
I.1. Processo de integração de novos elementos .....	9
I.2. Enfermeiro de Anestesia .....	14
I.3. Enfermeiro Circulante .....	22
I.4. Enfermeiro Instrumentista .....	31
<b>Capítulo II. Patologias Cirúrgicas</b> .....	<b>40</b>
A. Patologia da Faringe	
• Adenoidectomia .....	41
B. Patologia de Nariz e Seios Perinasais	
• Septoplastia .....	44
• Turbinectomia .....	46
• Rinoplastia .....	48
C. Otologia	
• Patologia do ouvido .....	50
• Miringotomia com colocação de tubos transtimpânicos .....	53
• Timpanoplastia .....	56
• Otosclerose / Estapedectomia .....	59
• Mastoidectomia .....	62
<b>Capítulo III. Protocolos Cirúrgicos</b> .....	<b>64</b>
A. Patologia da Faringe	
• Amigdalectomia .....	66
• Adenoidectomia .....	67
• UPPPP .....	68
B. Patologia de Nariz e Seios Perinasais	
• Septoplastia e Turbinectomia .....	69
• Rinoseptoplastia .....	71
• Sinusectomia / Cirurgia Endoscópica Endonasal .....	73
• Caldwell-Luc .....	75
• Biopsia do Cavum .....	76
C. Otologia	
• Miringotomia com colocação de tubos transtimpânicos .....	77
• Exostose .....	78
• Timpanoplastia .....	80
• Estapedectomia .....	82
• Mastoidectomia .....	84
D. Patologia cervical	
• Microcirurgia da laringe sem lazer .....	86
• Microcirurgia da laringe com lazer .....	87
• Tiroidectomia .....	88
• Tiroidectomia .....	90

• Laringectomia .....	92
• Traqueotomia .....	
E. Outros .....	93
• Braquiterapia .....	
<b>Capítulo IV. Instrumental Cirúrgico .....</b>	<b>95</b>
A. Patologia da Faringe .....	
• Caixa de Amigdalectomia e Adenoidectomia .....	96
B. Patologia de Nariz e Seios Perinasais .....	
• Caixa de Septoplastia .....	97
• Caixa de Rinoseptoplastia .....	98
• Caixa de Sinusectomia .....	99
• Caixa de Biopsia .....	101
• Caixa de Caldwell-Luc .....	102
• Caixa de ossos próprios do nariz .....	104
C. Otologia .....	
• Caixa de Miringotomia (Tubos de Shepard) .....	105
• Caixa de Otosclerose .....	106
• Caixa de Timpanoplastia .....	107
D. Patologia cervical .....	
• Caixa de Microlaringoscopia Biopsia .....	109
• Caixa de Microlaringoscopia lazer .....	110
• Caixa de Pequena cirurgia .....	111
• Caixa de Plastia .....	112
• Caixa de Traqueotomia .....	113
• Caixa de Traqueotomia pediátrica .....	114
• Caixa de Laringectomia e Cirurgia Cervical .....	115
E. Outros .....	116
• Caixa de Tesouras Delicadas .....	117
• Caixa de Esofagoscopia .....	
<b>Capítulo V. Normas da Comissão de Controlo de Infecção do HSM .....</b>	<b>118</b>
• Norma 1. Precauções Básicas (2002) .....	120
• Norma 2. Lavagem e desinfecção das mãos (2002) .....	123
• Norma 3. Utilização de luvas (2002) .....	1130
• Norma 4. Prevenção da infecção cirúrgica (2006) .....	133
• Norma 5. Profilaxia da infecção associada a acessos intravasculares (2006) .....	141
• Norma 6. Prevenção infecções urinárias em doentes algaliados (2002) .....	151
• Norma 7. Prevenção da infecção respiratória nosocomial (2002) .....	155
• Norma 8. Protecção respiratória para a prevenção da transmissão de agentes biológicos (2007) .....	161
• Norma 9. Descontaminação de ventiladores da anestesia (2010) .....	164
• Norma 10. Recomendações para a descontaminação de materiais (2009) .....	168
• Norma 11. Política de utilização de anti-sépticos (2006) .....	180
<b>Conclusão .....</b>	<b>186</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>187</b>

## INTRODUÇÃO

A complexidade dos cuidados de enfermagem em contexto de ambiente cirúrgico, levam à necessidade de transmissão de informações pertinentes, sendo um Manual de Serviço uma excelente estratégia para tal, enquanto método sistemático e organizado que permite prestar cuidados de enfermagem individualizados, enfocando as respostas humanas de uma pessoa, a problemas de saúde reais ou potenciais, proporcionando, deste modo, a todos os profissionais uma orientação estruturada, no sentido da melhoria das práticas.

Tendo sido elaborado no âmbito de um projecto integrado na Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Católica, foi no entanto, um trabalho de toda uma equipa, equipa essa que trabalhou efectivamente unida por forma a utilizar os seus conhecimentos e habilidades em benefício do doente cirúrgico, contribuindo deste modo para a prevenção das complicações que ameaçam a vida. A promoção de um intercâmbio de informações entre os enfermeiros da equipa, assim como uma participação activa no mesmo, pretenderam que este Manual se pudesse tornar um trabalho da equipa, aceite e utilizado pela mesma, constituindo neste sentido, um documento de referência para o serviço.

Segundo a AESOP (2006), a enfermagem perioperatória é definida como “o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações (...) pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente (...), executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado”, tendo sido este manual construído enquanto contributo essencial para uma enfermagem perioperatória de qualidade.

Com a elaboração deste documento de apoio, pretende-se transmitir orientações, normas, protocolos, rotinas e procedimentos que se consideram úteis e necessários para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, no sentido de uma maior uniformidade, assim como permitir a quem é admitido, integrar-se na dinâmica de funcionamento deste Bloco.

O Manual de Serviço é então constituído por um primeiro capítulo de Integração de Novos Elementos, onde foi estruturado um plano de integração por quatro fases, tendo início num período de acolhimento/observação, seguido pelas etapas de Enfermeiro de Anestesia, Circulante e Instrumentista. Antes do início de cada uma destas três etapas, é solicitado ao elemento em integração que defina as suas expectativas face ao novo desafio, sendo que no final de cada uma das etapas, há uma listagem de actividades que constitui a avaliação formativa da mesma, que permite ao enfermeiro integrador e ao enfermeiro integrando, reflectir sobre a etapa do processo de integração avaliando e analisando habilidades e dificuldades, prévio à passagem para uma nova etapa.

O segundo capítulo do Manual é constituído por uma compilação de informações pertinentes acerca de algumas das Patologias Cirúrgicas mais frequentes em ORL. São compilações sucintas e sintéticas acerca da patologia em si, da intervenção cirúrgica associada, assim como de alguns dos cuidados inerentes ao pós operatório imediato. Pretendeu-se criar com este capítulo, um documento de consulta rápida, onde algumas dúvidas que surjam possam ser esclarecidas no momento, principalmente para quem está a iniciar funções na área de ORL.

O terceiro e quarto capítulo constituem uma compilação de informações úteis ao dia a dia de práticas em bloco operatório. Ao consultar um plano operatório, o enfermeiro circulante em conjunto com o enfermeiro instrumentista, devem seleccionar e preparar todo o material necessário



à intervenção cirúrgica, por forma a garantir que todo o material e equipamento está disponível e a funcionar correctamente, não havendo deste modo risco de atrasos e prolongamentos do tempo cirúrgico, com consequências directas para o doente.

Neste sentido o capítulo três é constituído pelos Protocolos Cirúrgicos, onde é descrito, por cirurgia, qual o material necessário, e o capítulo quatro é constituído por uma descrição do Instrumental Cirúrgico presente em cada caixa de instrumental existente no Bloco de ORL, permitindo deste modo saber onde existe que instrumental, assim como o número de caixas existente. A finalizar o Manual de Serviço, ficou o capítulo cinco constituído por uma compilação de onze Normas existentes no Hospital de Santa Maria, elaboradas pela Comissão de Controle de Infecção.

Sendo um Manual de Serviço, um documento aberto, pretende-se, através da colaboração de toda a equipa, a sua permanente actualização. Este documento não está definitivamente elaborado, pelo que deverá ser alvo de actualização e remodelação sempre que a sua necessidade se faça sentir, necessitando para tal, do envolvimento de todos, por forma a melhorá-lo e torná-lo mais efectivo.



## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

# CAPÍTULO I

## INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS

---

DEPARTAMENTO DE

OTORRINOLARINGOLOGIA, VOZ E PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO

## **I.1. Processo de integração de novos elementos**

A enfermagem perioperatória proporciona um vasto campo de intervenção, com actividades muito específicas, em constante evolução, exigindo uma actualização num conjunto de conhecimentos e competências diversas, requeridas no desempenho das suas funções enquanto Enfermeiro de Anestesia, Circulante e Instrumentista.

Neste sentido, e identificando o processo de integração no Bloco Operatório como sendo um processo bastante complexo, surge a necessidade de elaboração de um Programa de Integração de novos elementos, por forma a tornar todo este processo mais ágil, uniforme e linear.

A integração de novos elementos trata-se de um processo de socialização, que não só é determinante para a adaptação do indivíduo à organização como para a eficácia do seu desempenho e, conseqüentemente, para a satisfação pessoal e profissional em contexto de trabalho, ou seja, no bloco operatório, já que este é um dos serviços mais exigentes para os enfermeiros, enquanto pessoa integrada numa equipa multidisciplinar, quer pela situação de risco do utente, quer pela sua vulnerabilidade devido ao seu estado de consciência aliado à falta de formação a nível básico e pós-básico que existe nesta área do cuidar em enfermagem.

Segundo a AORN (Association of Operating Room Nurses) (2010) define-se como função do Enfermeiro perioperatório “Identificar as necessidades físicas, psicológicas e sociológicas do indivíduo, por em prática um plano de cuidados individualizado que coordene as acções, baseado no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo”, no período pré, intra e pós operatório imediato.

É necessário nesta fase que o enfermeiro em integração seja capaz de planear/executar/prestar cuidados de saúde de enfermagem de uma forma organizada, autónoma, com segurança e qualidade. A fase de integração tem de ser bem sucedida permitindo uma maior eficácia e uma melhor qualidade na prestação dos cuidados, por forma a que o enfermeiro recém-chegado se sinta motivado, assim como toda a equipa, e havendo uma menor mobilidade na organização, evitando-se deste modo os pedidos de transferência de serviço, assim como o absentismo.

Neste sentido, pretende-se que os cuidados de enfermagem sejam eficazes, de forma a dar resposta às necessidades dos utentes. O utente tem direito a receber os cuidados adequados ao seu estado de saúde, bem como a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados, efectuados por profissionais com qualificação técnica para o exercício da profissão em causa, que consigam como resultado último, a manutenção ou melhoria de um estado de saúde.

Neste contexto, percebe-se a importância do enfermeiro perioperatório dominar saberes específicos relativamente às diferentes áreas de intervenção, de forma a permitir um desempenho eficiente e eficaz no âmbito do doente e da equipa pluridisciplinar, fundamental na gestão dos cuidados, dos recursos humanos e materiais.

Deste modo, existe por parte dos enfermeiros perioperatório um comprometimento consigo próprios e para com os outros, tendo como finalidade, a protecção, o desenvolvimento e preservação da dignidade humana e a sua dimensão moral que moldará as relações interpessoais e, conseqüentemente, a forma como o enfermeiro está na relação profissional para com o doente cirúrgico, e com a restante equipa multidisciplinar.

Este capítulo do Manual de Serviço, Integração de Novos Elementos, apresenta como objectivo geral o favorecer a integração dos novos elementos de Enfermagem, a fim de concretizarem uma rápida e eficaz integração no Bloco Operatório de ORL, e como objectivos específicos o facilitar o processo de integração, tanto ao Enfermeiro integrador como ao integrando; proporcionar ao novo elemento informações sobre a estrutura e dinâmica do Bloco Operatório; proporcionar uma relação de confiança com o novo elemento; ajudar o novo elemento a consciencializar-se do seu papel como membro do serviço, das suas responsabilidades, deveres e direitos; favorecer uma uniformidade de actuação; contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem, assim como promover o desenvolvimento pessoal e profissional do novo elemento de Enfermagem.

Há ainda a salientar que o processo de integração dos enfermeiros, consiste numa forma organizada através da qual eles interiorizam a realidade objectiva representada pela instituição e pelo serviço, que posteriormente a transformaram em parte da sua identidade e que lhes permitirá transformarem-se em parte daquela realidade. O novo elemento não está sozinho, faz parte de uma estrutura organizacional e o seu trabalho está contemplado num esquema preciso provido de uma filosofia própria de cuidador.

Por forma a que estes objectivos sejam cumpridos, o novo elemento deverá demonstrar escuta atenta, iniciativa, interesse e autonomia no decurso da integração, apresentar espírito crítico e observador, colocar perguntas pertinentes, pesquisar bibliografia e actualizar-se face a novos conhecimentos, antecipar os pedidos da equipa, evitando o atraso no tempo operatório (tanto em anestesia como em cirurgia), o que se torna possível conhecendo as diferentes técnicas utilizadas, o instrumental, tempo cirúrgico e, prestando atenção ao desenrolar da cirurgia, a fim de estar sempre um passo à frente do cirurgião.

Este capítulo encontra-se estruturado em quatro etapas distintas do processo de integração, sendo a primeira etapa a de Acolhimento e Observação, a segunda etapa a de Anestesia, a terceira etapa a de Circulante e por fim a quarta etapa, a de Instrumentista. Em cada uma destas etapas, é exposto uma abordagem sucinta às mesmas, assim como os objectivos e as actividades associadas, com base no preconizado tanto pela AESOP (2006) como pela AORN (2010). Prévio ao início de cada etapa, torna-se importante um descrever das expectativas que o novo elemento apresenta e no final de cada etapa, torna-se fundamental uma avaliação formativa da mesmas, a fim de se dar início a uma nova etapa no processo de integração.

A abordagem das diferentes etapas, tem como objectivo fornecer guias de orientação, com a finalidade de otimizar o desempenho, de forma a contribuir para o desenvolvimento e manutenção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatório. Pretende-se igualmente identificar as competências técnicas e relacionais do enfermeiro perioperatório nas suas diferentes vertentes, contribuindo desta forma para uma melhor compreensão do significado e abrangência das suas funções, assim como uma sensibilização dos enfermeiros para a importância de promover o papel do enfermeiro perioperatório, no seio de uma equipa multidisciplinar.

**ACOLHIMENTO / OBSERVAÇÃO**

(1ª Fase)

Tempos Previsto de Integração: 1 SEMANA

Data Inicio \_\_ / \_\_ / \_\_

Data Final \_\_ / \_\_ / \_\_

**OBJECTIVO GERAL:** Conhecer a estrutura humana, física, organizacional e funcional do BO de ORL

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES DO INTEGRADOR	ACTIVIDADES DO INTEGRANDO
1. Conhecer a dinâmica organizacional do Bloco Operatório de ORL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhe o novo elemento</li> <li>• Realiza a entrevista de orientação inicial</li> <li>• Identifica necessidades e expectativas</li> <li>• Apresenta os objectivos de integração</li> <li>• Transmite informação sobre: instituição, história/criação do serviço; horário; pontualidade; assiduidade; ambiente de trabalho; equipa de enfermagem; equipa multidisciplinar; patologias mais frequentes; lotação/taxa de ocupação; cirurgias programadas; cirurgias de urgência; número de cirurgias efectuadas; formação em serviço; papel fundamental de secretária de unidade e serviços de apoio.</li> <li>• Fornece o plano de integração do BO ORL e realiza o seu planeamento, de acordo com as necessidades do seu integrando: objectivos; duração de cada fase; actividades; avaliação;</li> <li>• Realiza avaliação de conhecimentos inicial;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresenta-se no serviço</li> <li>• Participa numa entrevista com Enfermeiro Chefe e Enfermeiro Coordenador</li> <li>• Fornece dados e expectativas profissionais relevantes</li> <li>• Escuta activamente</li> <li>• Lê quadro referencial, normas e critérios de desempenho</li> <li>• Agenda as datas das próximas entrevistas</li> </ul>
2. Conhecer os elementos da equipa pluridisciplinar que integram o Bloco Operatório de ORL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresenta a equipa de enfermagem do BO ORL</li> <li>• Apresenta a constituição das equipas e funções dos diferentes elementos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacta com os diversos elementos que prestam cuidados</li> </ul>
3. Conhecer a estrutura física do Bloco Operatório de ORL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza visita guiada ao BO ORL apresentando: vestiários, casa de banho, transfer de pessoal, transfer de doentes, salas operatórias, recobro, zona de esterilizados, armazém, zona de desinfeção de material e zona de sujos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanha a visita</li> <li>• Observa as diversas zonas que compõem o BO</li> </ul>
4. Conhecer a estrutura organizativa e funcional do Bloco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornece informações sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• valências cirúrgicas</li> <li>• zonas restritas, semi restritas e</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuta atentamente</li> <li>• Observa os circuitos</li> </ul>

Operatório de ORL	<p>livres</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• conceito de assepsia</li> <li>• vestuário do BO</li> <li>• circuito dos doentes</li> <li>• circuito do material esterilizado</li> <li>• circuito do material de consumo clínico e farmácia</li> <li>• circuito de Anatomia Patológica</li> <li>• circuito de evacuação de instrumental</li> <li>• circuito de evacuação de resíduos</li> <li>• circuito de roupa</li> <li>• higienização do serviço</li> </ul>	
5. Conhecer os impressos e livros de registos existentes no Bloco Operatório de ORL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresenta instrumentos de registo no BO tais como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• folha de registo de cuidados perioperatórios de enfermagem</li> <li>• livro de registos de cirurgias</li> <li>• impresso de pedido de Anatomia Patológica</li> <li>• livro de registo de Anatomia Patológica</li> <li>• impresso de pedidos de hemoderivados</li> <li>• impressos de pedidos e envio do material para a esterilização</li> <li>• impresso de pedidos da Farmácia</li> <li>• impresso de registo de estufacientes</li> <li>• outros</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhece os vários impressos e livros de registo existentes</li> <li>• Escuta atentamente</li> <li>• Coloca dúvidas ao integrador</li> </ul>
6. Conhecer a articulação com outros serviços / departamentos do Hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explica a articulação com os outros serviços/departamentos existentes no hospital, tais como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• laboratório</li> <li>• serviço de sangue</li> <li>• farmácia</li> <li>• anatomia patológica</li> <li>• esterilização</li> <li>• radiologia</li> <li>• aprovisionamento</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuta atentamente</li> <li>• Observa esta articulação</li> <li>• Coloca dúvidas</li> </ul>
7. Conhecer o funcionamento de uma sala operatória	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explica o funcionamento de uma sala operatória desde o acolhimento do doente até à saída para o recobro</li> <li>• Explica as funções da equipa de enfermagem que integra a sala operatória, Enfermeiro de Anestesia, Circulante e Instrumentista</li> <li>• Explica as funções das assistentes operacionais durante o funcionamento de uma sala operatória</li> <li>• Define o conceito de equipa multidisciplinar e cirúrgica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa o funcionamento de uma sala operatória, acolhimento, transfer, colocação do doente na sala, fases de uma cirurgia, saída do doente da sala e transferência para o recobro</li> <li>• Observa as funções desempenhadas pelo Enfermeiro de Anestesia, Circulante e Instrumentista</li> <li>• Lê as funções dos enfermeiros perioperatórios</li> <li>• Escuta atentamente</li> <li>• Procura documentar-se sobre o</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmite a importância do trabalho em equipa no BO</li> <li>• Transmite a importância da comunicação verbal e não verbal entre a equipa e entre esta e o doente</li> <li>• Explica a importância da assertividade no seio da equipa multidisciplinar</li> <li>• Descreve os princípios de controlo de infeção</li> <li>• Descreve os cuidados a ter com os materiais contaminados</li> <li>• Explica as características de uma unidade operatória quanto a: iluminação, ventilação, humidade, mobiliário, materiais, equipamento</li> </ul>	<p>relacionamento interpessoal, trabalho em equipa e gestão de conflitos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta Normas sobre controlo de infeção</li> <li>• Coloca dúvidas</li> </ul>
8. Reflectir sobre a informação obtida durante a 1ª fase do plano de integração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza reunião para reflexão da 1ª fase</li> <li>• Prepara o novo elemento para a fase seguinte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participa em reunião com o Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Coordenador e Enfermeiro Integrador</li> <li>• Analisa e reflecte sobre as informações obtidas no decurso da 1ª fase do plano de integração</li> </ul>

## I.2. Enfermeiro de Anestesia

As funções do enfermeiro perioperatório enquanto se encontra a desempenhar funções de enfermeiro de anestesia, baseia-se numa panóplia de conhecimentos e competências básicas na área de anestesia, conhecimento e compreensão acerca das várias técnicas anestésicas, agentes anestésicos e interação farmacológica dos mesmos, técnicas e métodos de monitorização.

São pois exigidos 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, as quais devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade. Será sempre o domínio destes saberes, o responsável por um desempenho eficaz e eficiente, de acordo com as necessidades reais do doente e equipa.

Este campo de intervenção confere aos enfermeiros um conjunto de conhecimentos e competências de natureza diversa para o desempenho de funções em bloco operatório, onde as qualificações técnicas, científicas e a experiência profissional, no âmbito da anestesia, bem como a tecnologia mais sofisticada ao seu serviço, fazem com que seja uma área em contínua e significativa expansão, e em que, o cuidado ao doente assume um papel fulcral.

Deve, neste contexto, ser valorizada a área de enfermagem de anestesia como um campo distinto, mas em complementaridade com a área de circulação e instrumentação, no âmbito dos cuidados de enfermagem perioperatória. O processo global de anestesia compreende várias fases, que resultam da combinação dos efeitos de vários agentes farmacológicos, com repercussões nos sistemas fisiológicos do doente, conduzindo-o a um estado de inconsciência, analgesia, amnésia, relaxamento muscular e perda de reflexos. Neste processo de grandes alterações hemodinâmicas, o enfermeiro de anestesia colabora com o médico anestesista e desenvolve actividades específicas em cada uma dessas fases.

Durante esta colaboração, o enfermeiro de anestesia é responsável pelo doente numa fase de grande dependência, sendo por isso necessário manter uma observação e vigilância intensivas, demonstrando capacidades para despistar sinais e sintomas de complicações que possam surgir, assim como estar apto para actuar em situações de urgência e emergência. Os objectivos e actividades de seguida apresentados em tabela, descrevem o fundamental papel desta função do enfermeiro perioperatório.



**ENFERMEIRO DE ANESTESIA**

(2ª Fase)

Tempo previsto de integração: 4 SEMANAS

Data Inicio \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Data Final \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**OBJECTIVO GERAL:** Desenvolver competências como enfermeiro de anestesia

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES DO INTEGRADOR	ACTIVIDADES DO INTEGRANDO
1. Conhecer as diferentes técnicas anestésicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Define o conceito de anestesia e explica as diferentes técnicas anestésicas, fornecendo bibliografia</li> <li>Justifica a técnica anestésica utilizada em cada doente de acordo com as patologias associadas e cirurgia a efectuar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Está atento às explicações</li> <li>Lê a bibliografia fornecida</li> <li>Compreende a técnica anestésica utilizada em cada doente</li> <li>Coloca dúvidas</li> <li>Identifica qual a técnica anestésica adequada a cada situação</li> </ul>
2. Conhecer a acção e mecanismos de interacção dos fármacos utilizados em Anestesia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Explica o tipo de fármacos utilizados durante a anestesia</li> <li>Explica, sucintamente, as acções e interacções dos fármacos</li> <li>Descreve e demonstra as diluições preconizadas para alguns fármacos</li> <li>Justifica a necessidade do registo dos estupfacientes</li> <li>Demonstra o registo dos estupfacientes em impresso próprio</li> <li>Fornece e indica algumas referências bibliográficas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ouve atentamente as explicações</li> <li>Compreende as acções e os mecanismos de interacção dos fármacos utilizados em Anestesia</li> <li>Observa a preparação dos fármacos</li> <li>Identifica quais os fármacos necessários prepara para a anestesia</li> <li>Prepara os fármacos necessários à anestesia</li> <li>Observa as folhas de registo de estupfacientes e entende a sua função</li> <li>Regista os estupfacientes, sob supervisão de Enfermeiro Integrador</li> <li>Consulta bibliografia recomendada</li> <li>Coloca dúvidas</li> </ul>
3. Conhecer o funcionamento de todo o equipamento necessário à anestesia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demonstra e explica o funcionamento dos ventiladores existentes nas salas operatórias</li> <li>Explica de forma sucinta, as modalidades ventilatórias utilizadas em Bloco Operatório</li> <li>Explica os procedimentos relacionados com a manutenção e o teste dos ventiladores</li> <li>Fornece suporte teórico específico e relativo a cada ventilador</li> <li>Demonstra e descreve o funcionamento dos monitores (oximetria, capnografia, frequência cardíaca, pressão arterial invasiva e não invasiva e temperatura)</li> <li>Realiza e explica os procedimentos relativos à limpeza e desinfeção dos monitores e acessórios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observa e manipula o ventilador</li> <li>Procede ao teste do ventilador sob supervisão de Enfermeiro Integrador</li> <li>Procura documentar-se com o suporte teórico fornecido</li> <li>Escuta atentamente</li> <li>Percebe o funcionamento dos monitores e manipula-os</li> <li>Observa o modo de funcionamento da marquesa operatória, assim como as possíveis posições</li> <li>Observa o modo de funcionamento dos aspiradores, a sua conexão e substituição</li> <li>Observa e manipula o desfibrilhador cardíaco</li> <li>Demonstra conhecimentos de actuação com o desfibrilhador cardíaco</li> <li>Manipula as gavetas do carro de</li> </ul>

DEPARTAMENTO DE

OTORRINOLARINGOLOGIA, VOZ E PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra o funcionamento da marquesa operatória, os seus comandos e acessórios necessários ao posicionamento do doente</li> <li>• Demonstra o funcionamento dos aspiradores de vácuo, a sua conexão à rampa e o modo de substituição dos sacos (realizado pelas assistentes operacionais)</li> <li>• Explica o funcionamento do desfibrilhador cardíaco e a necessidade de se encontrar sempre em carga</li> <li>• Apresenta o carro de apoio à anestesia e o que contém: fármacos, material de consumo, material de entubação endotraqueal e gástrica, contentor de cortantes, luvas de protecção não esterilizadas, compressas</li> <li>• Transmite os tipos de fármacos e material para reposição do carro de apoio à anestesia</li> <li>• Apresenta os relaxantes musculares que se encontram no frigorífico</li> <li>• Fornece suporte teórico e referência bibliográficas sobre os temas apresentados (modalidades ventilatórias, fármacos, monitorização invasiva e não invasiva)</li> </ul>	<p>apoio à anestesia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreende a ordem de arrumação do carro</li> <li>• Manipula o material de entubação endotraqueal (laringoscópio e lâminas)</li> </ul>
4. Realizar a visita pré operatória	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza a visita pré operatória explicando a sua importância</li> <li>• Explica a importância de: estabelecer uma relação de empatia com o doente/família; fornecer informação e ensino relacionado com o tipo de anestesia e intervenção; saber a existência de outras patologias, cirurgias e alergias; transmitir à equipa as informações mais relevantes recolhidas durante a visita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanha a realização da visita pré operatória, identificando a sua finalidade</li> <li>• Escuta atentamente</li> <li>• Colabora na recolha de dados no processo</li> <li>• Realiza uma visita pré-operatória sob supervisão de Enfermeiro Integrador</li> <li>• Elabora um plano de cuidados individualizado</li> </ul>
5. Realizar o acolhimento do doente no Bloco Operatório de ORL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra como se realiza o acolhimento do doente, por exemplo chamando-o pelo seu nome e apresentando-se, mantendo um ambiente calmo, recebendo as informações fornecidas pelo colega, assim como o processo do doente; respeitando a cultura e crenças religiosas do doente</li> <li>• Prepara a sala operatória para receber o doente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa o acolhimento do doente, identificando as informações pertinentes a recolher</li> <li>• Realiza o acolhimento do doente sob supervisão de Enfermeiro Integrador</li> <li>• Observa e colabora na preparação da sala</li> <li>• Prepara a sala operatória sob supervisão de Enfermeiro Integrador</li> </ul>
6. Colaborar com o médico anestesista e realizar procedimentos de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prepara a anestesia seleccionada</li> <li>• Monitoriza o doente</li> <li>• Realiza cateterismo venoso periférico, sempre que necessário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colabora na monitorização do doente, valorizando os parâmetros vitais</li> <li>• Observa e colabora na preparação do</li> </ul>

durante a Anestesia do doente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administra os fármacos sob indicação oral do médico anestesista</li> <li>• Prepara o material de entubação endotraqueal, gástrica e cateterismos centrais, quando necessário</li> <li>• Assiste o médico anestesista na: entubação do doente; cateterismo de veias periféricas e centrais; manutenção da permeabilidade das vias aérea e venosas; controlo do balanço hídrico; manutenção de uma vigilância intensiva para despiste de possíveis complicações e situações de urgência;</li> </ul>	<p>material de entubação e cateterismos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coloca dúvidas</li> <li>• Observa e colabora no apoio ao médico anestesista desde o início ao fim da anestesia</li> <li>• Prepara material sob supervisão de Enfermeiro Integrador</li> <li>• Monitoriza o doente sob supervisão de Enfermeiro Integrador</li> <li>• Administra fármacos sob supervisão de Enfermeiro Integrador</li> <li>• Assiste Anestesista sob supervisão de Enfermeiro Integrador</li> </ul>
7. Dar resposta a situações de urgência durante a intervenção cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actua de forma rápida e eficaz nas situações de urgência que possam surgir durante a intervenção: hipotensão grave, desequilíbrios hidroelectrolíticos, hemorragia grave, paragem cardio-respiratória</li> <li>• Colabora com o médico anestesista nas manobras necessárias para o controlo da situação hemodinâmica do doente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa a actuação de todos os elementos da equipa e a função de cada um</li> <li>• Compreende a urgência da situação e a necessidade d trabalho de equipa</li> <li>• Colabora com o enfermeiro integrador</li> <li>• Coloca dúvidas</li> <li>• Colabora directamente com o médico anestesista nas manobras necessárias para o controlo da situação hemodinâmica do doente</li> </ul>
8. Garantir a continuidade dos cuidados através da realização de registos de Enfermagem completos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza os registos intra operatórios em folha própria, onde inclui registo de parâmetros vitais, fármacos administrados, tipos de cateterismos, administração de hemoderivados, situações de urgência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa a realização dos registos de enfermagem intra operatórios</li> <li>• Realiza os registos de enfermagem sob supervisão de Enfermeiro Integrador</li> <li>• Coloca dúvidas</li> </ul>
9. Colaborar na transferência do doente para o recobro, unidade cuidados intensivos ou outro serviço, através da transmissão de informações orais e escritas que permitam a continuidade de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colabora na transferência do doente da marquesa operatória para a cama</li> <li>• Comunica com o enfermeiro da enfermaria ou dos cuidados intensivos, de modo a providenciar a transferência do doente para outro nível de cuidados</li> <li>• Assegura a permeabilidade dos cateterismos e a oxigenação/ ventilação do doente durante o transporte</li> <li>• Transmite informações orais e escritas ao enfermeiro da enfermaria, permitindo a continuidade de cuidados</li> <li>• Realça a pertinência das informações transmitidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa e colabora na transferência do doente para a enfermaria</li> <li>• Realiza a transferência do doente para o serviço de destino, sob supervisão de Enfermeiro Integrador</li> <li>• Coloca dúvidas</li> <li>• Observa a transmissão de informações sobre o doente, entre o enfermeiro do BO e o enfermeiro do serviço de destino</li> <li>• Realiza a transmissão oral das informações em voz baixa, sucintamente, identificando o doente, a patologia e a intervenção realizada, cirurgião, os exames realizados, assim como as acções de enfermagem desenvolvidas no intra operatório, sob supervisão de Enfermeiro Integrador</li> </ul>
10. Reorganizar a sala operatória e proceder à reposição de material	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza a arrumação da sala</li> <li>• Limpa e desinfecta todo o equipamento que tenha estado em contacto directo com o doente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colabora na arrumação e reorganização da sala operatória</li> <li>• Visualiza todo o equipamento que necessita ser limpo e desinfectado e</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selecciona todo o restante equipamento que deve ser limpo e desinfectado pelas Assistentes Operacionais</li> <li>• Repõe os stocks de material de consumo e fármacos no carro de anestesia</li> <li>• Verifica a existência e funcionalidade de todo o material de apoio à anestesia para o próximo doente</li> <li>• Assegura que a sala fica adequada para receber outro doente</li> </ul>	<p>colabora no procedimento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colabora na reposição do stock do carro de anestesia</li> <li>• Colabora na verificação do material de apoio à anestesia</li> <li>• Realiza todas as actividades, sob supervisão de Enfermeiro Integrador</li> <li>• Garante que a sala fica adequada para receber outro doente, sob supervisão de Enfermeiro Integrador</li> </ul>
<p>II. Reflectir sobre o desempenho do integrando, como enfermeiro de anestesia, de acordo com o Plano de Integração</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participa em reunião de avaliação formativa com o Enfermeiro Chefe e Enfermeiro Coordenador</li> <li>• Analisa e reflecte sobre a 2ª fase de integração</li> <li>• Esclarece dúvidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participa na reunião de avaliação formativa</li> <li>• Reflecte sobre a 2ª fase do Plano de Integração</li> <li>• Preenche a folha de avaliação da 2ª fase</li> <li>• Manifesta necessidades e dificuldades sentidas</li> </ul>

## Avaliação Formativa do Enfermeiro de Anestesia

Tendo em atenção os objectivos desta fase de integração e as actividades desenvolvidas como enfermeiro de Anestesia, assinale o seu posicionamento com um círculo, na coluna da direita, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1 o nível mais baixo e 5 o nível mais elevado.

### ACTIVIDADES DO ENFERMEIRO DE ANESTESIA

Conhece as diferentes técnicas anestésicas, identificando qual a mais adequada a cada situação .....	1	2	3	4	5
Conhece a acção e mecanismos de interacção dos fármacos utilizados .....	1	2	3	4	5
Conhece o funcionamento de todo o equipamento necessário à anestesia do doente .....	1	2	3	4	5
Procede ao teste do ventilador correctamente .....	1	2	3	4	5
Demonstra conhecimentos de actuação com o desfibrilhador .....	1	2	3	4	5
Realiza a visita pré operatória sempre que possível e elabora um plano de cuidados individualizado .....	1	2	3	4	5
Realiza o acolhimento ao doente no BO de ORL, assim como a sua correcta monitorização .....	1	2	3	4	5
Identifica quais os fármacos necessários, preparando-os e administrando-os correctamente .....	1	2	3	4	5
Colabora com o anestesista e responsabiliza-se pelos cuidados anestésicos prestados ao doente durante a cirurgia .....	1	2	3	4	5
Actua em conformidade em situações de urgência .....	1	2	3	4	5
Realiza registos de enfermagem intra operatórios .....	1	2	3	4	5
Realiza a transferência do doente para o serviço de destino, transmitindo informações orais e escritas que permitam a continuidade dos cuidados .....	1	2	3	4	5
Reorganiza a sala operatória e procede à sua reposição .....	1	2	3	4	5



Observações

---

---

---

---

---

---

Enfermeiro Chefe \_\_\_\_\_

Enfermeiro Coordenador \_\_\_\_\_

Enfermeiro Integrador \_\_\_\_\_

Enfermeiro Integrando \_\_\_\_\_

Data \_\_ / \_\_ / \_\_

### I.3. Enfermeiro Circulante

O enfermeiro circulante tem como função coordenar um conjunto de actividades dentro da sala por forma a zelar para que o procedimento cirúrgico decorra nas melhores condições de segurança para o doente e equipa, implicando um pensamento crítico reflexivo permanente, em busca de uma melhoria contínua dos cuidados realizados ao doente cirúrgico.

Neste sentido, responsabiliza-se pelas necessidades de comunicação, conforto e segurança do doente, assim como por dar resposta às necessidades da equipa cirúrgica, competindo-lhe organizar, gerir e controlar todo o trabalho da sala operatória, por forma a que o acto cirúrgico se realize nas melhores condições de segurança para o doente e para a equipa cirúrgica.

Não fazendo parte da equipa estéril, é quem, durante toda a cirurgia, desenvolve a sua função em redor do campo operatório, detectando qualquer quebra de assepsia e introduzindo atempadamente medidas correctivas. Antecipa-se e dá resposta às necessidades da equipa, especificamente assistindo o enfermeiro instrumentista, enquanto dá continuidade aos cuidados ao doente garantindo a sua segurança, regista e documenta toda a informação necessária para a continuidade dos cuidados. Além da prestação de cuidados, cabem-lhe ainda as funções de gestão, de organização do trabalho, de relação, assim como de ensino.

A rentabilização da sala operatória passa pela responsabilidade do enfermeiro circulante, visto ser este o elemento que está apto a gerir os tempos e os contactos com o exterior, de modo a que não hajam “tempos mortos”, visto a possibilidade de circular na sala de operações lhe permitir coordenar o conjunto das actividades dentro da sala e realizar a comunicação com o exterior.

O enfermeiro circulante deve utilizar os seus conhecimentos e competências, como forma de garantir uma prestação segura dos cuidados de enfermagem, pelo que desenvolve a sua actividade no pré, no intra e no pós operatório imediato, com objectivos e actividades complementares, que se apresentam na tabela em seguida.



**ENFERMEIRO CIRCULANTE**  
(3ª Fase)

Tempo previsto de Integração: 5 SEMANAS

Data Inicio \_\_ / \_\_ / \_\_

Data Final \_\_ / \_\_ / \_\_

**OBJECTIVO GERAL:** Desenvolver competências como Enfermeiro Circulante

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES DO INTEGRADOR	ACTIVIDADES DO INTEGRANDO
1. Verificar o plano operatório e planear os cuidados de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta o plano operatório no dia anterior</li> <li>• Prepara-se para as cirurgias programadas no dia anterior, verificando existência e funcionamento de material específico</li> <li>• Planeia os cuidados de acordo com as características do doente, da cirurgia e do cirurgião</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma conhecimento das cirurgias programadas para o dia seguinte</li> <li>• Prepara-se para as cirurgias programadas, através da consulta de referencial teórico sobre as mesmas</li> <li>• Colabora no planeamento dos cuidados ao doente</li> <li>• Realiza o planeamento dos cuidados, sob supervisão do Enfermeiro Integrador</li> </ul>
2. Controlar as condições da sala operatória	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica as condições ambientais da sala</li> <li>• Explica a importância destes cuidados no controlo das IACS</li> <li>• Assegura-se do adequado funcionamento do sistema de exaustão de gases anestésicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ouve atentamente as explicações fornecidas</li> <li>• Verifica as condições ambientais da sala, sob supervisão do Enfermeiro Integrador</li> </ul>
3. Preparar e testa todo o equipamento necessário à cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reúne na sala todo o equipamento necessário à cirurgia, explicando ao integrado a função de cada equipamento como sendo a unidade de electrocirurgia; aspirador de vácuo; microscópio, entre outros</li> <li>• Verifica o funcionamento de todo o equipamento</li> <li>• Organiza a sala consoante o tipo de cirurgia a realizar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colabora na selecção do equipamento necessário à cirurgia</li> <li>• Ouve atentamente as explicações dadas pelo integrador</li> <li>• Observa o modo de funcionamento dos diversos equipamentos e manipula-os</li> <li>• Coloca dúvidas</li> <li>• Identifica qual o equipamento necessário a cada cirurgia, garantindo o seu correcto funcionamento</li> </ul>
4. Colaborar na preparação das mesas cirúrgicas cumprindo a técnica asséptica cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colabora na selecção dos dispositivos médicos necessários à cirurgia (instrumental cirúrgico e material de consumo)</li> <li>• Realiza a abertura das trouxas de roupa cirúrgica ou outros campos, das batas e das luvas</li> <li>• Auxilia o enfermeiro instrumentista no vestir da bata cirúrgica</li> <li>• Realiza a abertura de todos os dispositivos médicos necessários à cirurgia, verificando: o indicador de esterilização, assim como o prazo de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa e colabora na selecção dos dispositivos médicos necessários à cirurgia</li> <li>• Visualiza o local onde se encontram os instrumentos cirúrgicos e os restantes dispositivos médicos estéreis</li> <li>• Observa e apreende a função do enfermeiro circulante</li> <li>• Observa e apreende a função do enfermeiro circulante no assistir do enfermeiro instrumentista</li> <li>• Observa e realiza a abertura de material estéril</li> </ul>

DEPARTAMENTO DE

OTORRINOLARINGOLOGIA, VOZ E PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO

	<p>validade da mesma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza a abertura de todo o material estéril: até à última embalagem; entrega à mão do enfermeiro instrumentista, com uma distância mínima de 30cm da mesa cirúrgica</li> <li>• Realiza a contagem de compressas, suturas e lâminas com o enfermeiro instrumentista, sempre que se justifique, e regista-a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percebe a importância da verificação da integridade das embalagens, do método de esterilização e do prazo de validade</li> <li>• Observa como se realiza a contagem de compressas e colabora no seu registo</li> <li>• Coloca dúvidas</li> <li>• Realiza todas estes procedimentos, sob supervisão do enfermeiro integrador</li> </ul>
5. Colaborar no posicionamento do doente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Providencia todo o material necessário ao posicionamento do doente (rolos de gel, almofadas, lençóis, protecções em gel, acessórios da mesa operatória)</li> <li>• Confirma o local da incisão cirúrgica para realizar o posicionamento do doente</li> <li>• Explica a importância da presença de patologias do doente, que limitem o posicionamento</li> <li>• Mantém sob visão directa os cateterismos venosos, arteriais e vesicais, por forma a assegurar a sua integridade</li> <li>• Mantém o alinhamento corporal do doente, evitando zonas de pressão, comprometimento da função respiratória, circulatória e neurológica</li> <li>• Isola o corpo do doente de metais, de modo a prevenir queimaduras</li> <li>• Explica e justifica ao integrando todos os procedimentos realizados durante o posicionamento, tendo como finalidade, a segurança do doente</li> <li>• Explica os principais posicionamentos realizados em bloco operatório: decúbito dorsal, decúbito ventral, decúbito lateral, proclive e trendelenbourg</li> <li>• Coloca o eléctrodo neutro auto adesivo, tendo em atenção: a pele do doente (humidade e pilosidade); proeminências ósseas, próteses metálicas; local da incisão cirúrgica</li> <li>• Justifica a sua actuação, quanto à colocação do eléctrodo neutro e esclarece o integrando relativamente às normas de segurança a adoptar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colabora na selecção do material necessário ao posicionamento do doente</li> <li>• Selecciona todo o material necessário, sob supervisão do enfermeiro integrador</li> <li>• Observa e colabora no posicionamento do doente</li> <li>• Compreende a responsabilidade e a função do enfermeiro circulante na segurança do doente</li> <li>• Compreende a responsabilidade e função dos restantes elementos da equipa cirúrgica no posicionamento do doente</li> <li>• Ouve atentamente as explicações</li> <li>• Coloca dúvidas</li> <li>• Realiza o posicionamento do doente, sob supervisão do enfermeiro integrador</li> <li>• Observa e colabora na colocação do eléctrodo neutro</li> <li>• Coloca o eléctrodo neutro sob supervisão do enfermeiro integrador</li> <li>• Ouve atentamente as justificações do enfermeiro integrador</li> </ul>
6. Colaborar na desinfeção do campo operatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garante uma correcta tricotomia, sempre que esteja indicado</li> <li>• Prepara o campo operatório, expondo a área a interencionar e fazendo uma lavagem prévia, sempre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa a tricotomia e escuta as explicações do enfermeiro integrador</li> <li>• Observa o modo de desinfeção do campo operatório</li> <li>• Prepara o campo operatório, sob</li> </ul>

	<p>que indicado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coloca os antissépticos na taça de desinfecção</li> </ul>	<p>supervisão do enfermeiro integrador</p>
<p>7. Colaborar com o enfermeiro instrumentista</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colabora com o enfermeiro instrumentista: no vestir da equipa cirúrgica; no ajuste dos pantof em posição adequada; na colocação das mesas de instrumental junto do campo operatório; na conexão de materiais e equipamentos do campo estéril para o não estéril; na contagem de compressas, agulhas de sutura e lâminas de bisturi; na reposição de todos os dispositivos médicos necessários durante a intervenção</li> <li>• Respeita a técnica asséptica cirúrgica</li> <li>• Explica todos os procedimentos realizados e justifica a sua importância na segurança do doente e no controlo de infeção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa todos os procedimentos necessários ao início da cirurgia</li> <li>• Colabora com o enfermeiro integrador na reposição de dispositivos médicos na mesa de instrumentação, durante a cirurgia, respeitando a técnica asséptica cirúrgica</li> <li>• Ouve atentamente as explicações do integrador e compreende a importância do controlo de infeção</li> <li>• Acompanha o enfermeiro integrador até aos locais onde está o material esterilizado para tentar aprender onde este se encontra</li> <li>• Colabora directamente com o enfermeiro instrumentista, sob supervisão do enfermeiro integrador</li> </ul>
<p>8. Garantir um ambiente seguro dentro da sala operatória, tanto para o doente como para a equipa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra preocupação com o barulho na sala</li> <li>• Limita a entrada e saída de pessoas da sala</li> <li>• Procura manter as portas fechadas</li> <li>• Vigia e denuncia comportamentos indevidos da equipa cirúrgica, que de algum modo possam colocar em causa a segurança do doente (quebras de técnica asséptica cirúrgica; pressão sobre o corpo do doente que comprometa alguma função; movimentação da equipa cirúrgica)</li> <li>• Respeita e faz respeitar a distância mínima de segurança entre a equipa estéril e não estéril (30cm)</li> <li>• Mantém a sala limpa e arrumada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa e colabora na manutenção do ambiente da sala</li> <li>• Coloca dúvidas</li> <li>• Respeita a distância entre a equipa estéril e não estéril</li> <li>• Mantém a sala limpa e arrumada, sob supervisão do enfermeiro integrador</li> </ul>
<p>9. Dar resposta a situações de urgência durante a intervenção cirúrgica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actua de forma rápida e eficaz nas situações de urgência que possam surgir durante a intervenção: hemorragias graves, paragem cardíaca</li> <li>• Colabora com a equipa cirúrgica nas manobras necessárias para controlar a situação hemodinâmica do doente</li> <li>• Explica a necessidade de controlar o aspirado do campo operatório, por forma a verificar as perdas sanguíneas do doente e realizar a sua reposição (o controlo é realizado entre o enfermeiro instrumentista e circulante, tendo em conta os líquidos fornecidos para o campo operatório)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa a actuação de todos os elementos da equipa e a função de cada um</li> <li>• Compreende a urgência da situação e a necessidade do trabalho de equipa</li> <li>• Entende a necessidade do controlo das perdas sanguíneas do doente, colaborando com o enfermeiro integrador</li> <li>• Coloca dúvidas</li> <li>• Identifica e actua em conformidade numa situação de urgência, sob supervisão do enfermeiro integrador</li> </ul>
<p>10. Providenciar material de penso e</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prepara material de drenagem e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa e colabora com o enfermeiro</li> </ul>

drenagem	penso e fornece-o ao enfermeiro instrumentista, utilizando técnica asséptica cirúrgica	integrador • Selecciona e fornece material de penso e drenagem, sob supervisão do enfermeiro integrador
11. Garantir segurança do doente, através da realização de contagem de compressas, material corto perfurante e instrumental cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procede à contagem de compressas, material corto perfurante e instrumental cirúrgico, com o enfermeiro instrumentista, sempre que se justifique</li> <li>• Procede ao seu registo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa como se realizam as contagens e como se elaboram registos</li> <li>• Coloca dúvidas</li> <li>• Realiza a contagem e os registos, sob supervisão do enfermeiro integrador</li> </ul>
12. Realizar os registos de dispositivos implantados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza os registos de dispositivos médicos implantados no doente na folha de enfermagem</li> <li>• Procede à recolha de dados essenciais ao registo de material de validade superior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa a realização dos registos</li> <li>• Compreende a necessidade do registo do material implantado no doente</li> <li>• Realiza o procedimento sob supervisão do enfermeiro integrador</li> </ul>
13. Colaborar na recepção, acondicionamento e registo de peças para anatomia patológica, citologia e microbiologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recebe peças operatórias e outros produtos biológicos, acondicionando-os nos contentores/frascos adequados com os solutos próprios</li> <li>• Identifica as peças</li> <li>• Procede aos registos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa como se realiza a recepção e acondicionamento de peças operatórias e outros produtos biológicos</li> <li>• Colabora na identificação e registos</li> <li>• Realiza a recepção, acondicionamento e registo das peças operatórias, sob supervisão do enfermeiro integrador</li> </ul>
14. Colaborar na saída do doente para o serviço de internamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colabora com o enfermeiro de anestesia na transferência do doente da marquesa operatória para a cama</li> <li>• Transmite oralmente, ao enfermeiro de anestesia algum dado importante para a continuidade dos cuidados ao doente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa e colabora nos momentos de passagem do doente e na sua transferência para a cama</li> <li>• Escuta activamente a transmissão de dados relevantes para a continuidade de cuidados</li> <li>• Realiza a transmissão de dados relevantes para a continuidade dos cuidados, sob supervisão do enfermeiro integrador</li> </ul>
15. Reorganizar e repor a sala, em colaboração com o enfermeiro de anestesia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Providencia a limpeza e arrumação da sala</li> <li>• Limpa e desinfecta todo o equipamento que tenha estado em contacto directo com o doente</li> <li>• Selecciona todo o restante equipamento que deve ser limpo e desinfectado pelas assistentes operacionais</li> <li>• Repõe os stocks de material</li> <li>• Supervisiona a limpeza da sala realizada pelas assistentes operacionais</li> <li>• Prepara a sala para o doente seguinte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa e colabora na arrumação e limpeza da sala</li> <li>• Reorganiza a sala para o doente seguinte, sob supervisão do enfermeiro integrador</li> </ul>
16. Reflectir o desempenho do integrando, como enfermeiro circulante, de acordo com o programa de integração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participa em reunião de avaliação formativa com o Enfermeiro Chefe e coordenador</li> <li>• Analisa e reflecte sobre a 3ª fase de integração</li> <li>• Esclarece dúvidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participa na reunião de avaliação</li> <li>• Reflecte sobre a 3ª fase do programa de integração</li> <li>• Preenche folha de avaliação da 3ª fase</li> <li>• Manifesta necessidades e dificuldades sentidas</li> </ul>



## Avaliação Formativa do Enfermeiro Circulante

Tendo em atenção os objectivos desta fase de integração e as actividades desenvolvidas como enfermeiro Circulante, assinale o seu posicionamento com um círculo, na coluna da direita, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1 o nível mais baixo e 5 o nível mais elevado.

### ACTIVIDADES DO ENFERMEIRO CIRCULANTE

Realiza o planeamento dos cuidados de enfermagem, segundo o plano operativo estabelecido, de acordo com o doente, a cirurgia e o cirurgião .....	1	2	3	4	5
Controla as condições ambientais da sala .....	1	2	3	4	5
Identifica, prepara e testa todo o equipamento necessário à cirurgia .....	1	2	3	4	5
Colabora na preparação das mesas cirúrgicas, seleccionando os dispositivos médicos necessários à cirurgia.....	1	2	3	4	5
Realiza correctamente a abertura de material estéril, respeitando a técnica asséptica cirúrgica .....	1	2	3	4	5
Realiza correctamente o posicionamento do doente .....	1	2	3	4	5
Selecciona correctamente a localização de aplicação do eléctrodo neutro e coloca-o	1	2	3	4	5
Colabora na preparação e desinfeção do campo operativo .....	1	2	3	4	5
Colabora directamente com o enfermeiro instrumentista nos procedimentos inerentes à cirurgia, respeitando a distância entre a equipa estéril e não estéril.....	1	2	3	4	5
Mantém a sala limpa e arrumada durante uma intervenção cirúrgica.....	1	2	3	4	5
Identifica e actua em conformidade numa situação de urgência durante a cirurgia.....	1	2	3	4	5
Selecciona e fornece material de penso e drenagem de forma adequada .....	1	2	3	4	5
Realiza a contagem de compressas, material corto perfurante e instrumental cirúrgico com o enfermeiro instrumentista e realiza o seu registo .....	1	2	3	4	5
Realiza o registo do material implantado no doente .....	1	2	3	4	5
Realiza a recepção, acondicionamento e registo das peças operatórias .....	1	2	3	4	5
Selecciona e prepara o material de penso e drenagem .....	1	2	3	4	5



- Realiza a transmissão de dados relevantes para a continuidade dos cuidados ..... | 2 3 4 5
- Colabora na saída do doente para a enfermaria, cuidados intensivos ou outro  
serviço de destino ..... | 2 3 4 5
- Reorganiza a sala para o doente seguinte ..... | 2 3 4 5

Observações

---

---

---

---

---

Enfermeiro Chefe \_\_\_\_\_

Enfermeiro Coordenador \_\_\_\_\_

Enfermeiro Integrador \_\_\_\_\_

Enfermeiro Integrando \_\_\_\_\_

Data \_\_ / \_\_ / \_\_

#### **I.4. Enfermeiro Instrumentista**

O enfermeiro instrumentista desenvolve a sua actividade inserido na equipa cirúrgica, que irá cuidar do doente durante um determinado procedimento cirúrgico, tendo como responsabilidade, zelar pelo perfeito funcionamento do instrumental e equipamentos utilizados pela equipa. Nesse sentido, assume a responsabilidade individual e em equipa, dos cuidados que presta, em parceria com outros profissionais, que têm a seu cargo determinado doente.

No âmbito desta valência, é sua função prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação para que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para o doente e equipa. Deverá neste sentido, preparar-se antes da cirurgia começar, prevendo o material e o equipamento a ser usado. Durante o acto cirúrgico, compete ao enfermeiro instrumentista monitorizar o material utilizado, fazendo a solicitação de reposição de material de consumo. Também é importante que o enfermeiro instrumentista esteja atento aos movimentos da equipa cirúrgica, tendo sob seu controle a quantidade exacta de compressas, corto perfurantes e instrumental cirúrgico, que não podem ser perdidos ou esquecidos.

Concomitantemente, o enfermeiro instrumentista deverá estar atento à manutenção da assepsia de toda a equipa cirúrgica, sendo extremamente importante o possuir de conhecimentos que o permitam aplicar os princípios de técnica asséptica, tendo noção espacial a fim de evitar contaminação da sua mesa com movimentos repentinos ou inesperados de qualquer membro da equipa cirúrgica. A responsabilidade constitui a base da consciência profissional do enfermeiro instrumentista, que deve constantemente ser aprimorada, para que as suas acções sejam o máximo possível correctas. Como qualquer dos outros elementos da equipa, o enfermeiro instrumentista deverá reger-se por normas de conduta pertinente à sua posição, servindo de manancial, as Boas práticas emitidas a nível nacional (AESOP) e internacional (AORN).

Neste contexto, pode-se afirmar que o enfermeiro instrumentista tem funções próprias, independentes e dependentes, baseadas nos conhecimentos científicos da enfermagem perioperatória e relacionadas com a área específica da sua intervenção, tendo objectivos e actividades muito específicos, apresentados na tabela seguinte.



**ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA**  
(4ª Fase)

Tempo previsto de Integração: 4 SEMANAS

Data Inicio \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Data Final \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**OBJECTIVO GERAL:** Desenvolver competências como enfermeiro instrumentista

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES DO INTEGRADOR	ACTIVIDADES DO INTEGRANDO
1. Perceber a área de actuação do enfermeiro instrumentista e as vantagens da sua participação na equipa cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explica as vantagens da existência do enfermeiro instrumentista, em relação ao tempo cirúrgico e ao risco de infecção</li> <li>• Explica que o instrumentista deve: prever, organizar, utilizar, gerir, controlar, assim como responsabilizar-se pela manutenção da técnica asséptica cirúrgica</li> <li>• Identifica e explica as funções do enfermeiro instrumentista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuta activamente</li> <li>• Coloca dúvidas</li> <li>• Consulta suporte teórico sobre a temática</li> </ul>
2. Proceder à selecção do instrumental cirúrgico adequado à cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selecciona o instrumental cirúrgico e os dispositivos médicos necessários à cirurgia</li> <li>• Relembra alguns conceitos importante relacionados com fisiopatologia, por forma a justificar a utilização do material seleccionado</li> <li>• Fornece referencias bibliográficas pertinentes sobre temáticas abordadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuta activamente</li> <li>• Coloca dúvidas</li> <li>• Consulta a bibliografia recomendada e disponibilizada</li> <li>• Realiza o procedimento de selecção do material, sob supervisão do enfermeiro integrador</li> </ul>
3. Realizar a lavagem cirúrgica das mãos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relembra alguns conceitos importante relacionados com a infecção cirúrgica</li> <li>• Mostra as Normas sobre a lavagem cirúrgica das mãos - explica e demonstra como se deve realizar a lavagem cirúrgica das mãos e quais os anti-sépticos que devem ser utilizados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuta activamente</li> <li>• Consulta as normas disponibilizadas</li> <li>• Observa a demonstração da lavagem cirúrgica das mãos</li> <li>• Realiza as diferentes técnicas de lavagem cirúrgica das mãos, sob supervisão do enfermeiro integrador</li> </ul>
4. Realizar o vestir da bata cirúrgica estéril	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrever a função da bata e dos campos cirúrgicos no controle da infecção e segurança do doente</li> <li>• Explica o objectivo da utilização da bata cirúrgica estéril</li> <li>• Explica o procedimento de vestir a bata cirúrgica estéril</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuta activamente</li> <li>• Observa o procedimento de vestir a bata cirúrgica</li> <li>• Realiza o procedimento sob supervisão do enfermeiro integrador</li> </ul>
5. Realizar o calçar luvas cirúrgicas, com técnica asséptica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica o objectivo de calçar luvas cirúrgicas, ao formar uma barreira entre a pessoa mais desinfectada e o doente</li> <li>• Descreve os métodos utilizados para a realização deste procedimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuta activamente</li> <li>• Observa o procedimento de calçar luvas cirúrgicas estéreis por método aberto e fechado</li> <li>• Realiza o procedimento pelos dois métodos, sob supervisão do enfermeiro</li> </ul>

DEPARTAMENTO DE

OTORRINOLARINGOLOGIA, VOZ E PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra o método aberto e o método fechado de calçar luvas estéreis</li> </ul>	integrador
6. Realizar os procedimentos de vestir a bata e de calçar as luvas cirúrgicas aos outros elementos da equipa cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explica que uma das funções do enfermeiro instrumentista é saber vestir a bata estéril a um elemento da equipa cirúrgica</li> <li>• Exemplifica noutro elemento da equipa este procedimento, explicando o modo de pegar na bata e de a vestir ao outro elemento, tendo o cuidado de não se infectar</li> <li>• Demonstra a técnica de calçar as luvas cirúrgicas a outro elemento da equipa cirúrgica, explicando o procedimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuta activamente</li> <li>• Observa a demonstração do Enfermeiro Integrador, quanto às técnicas de vestir a bata e de calçar as luvas cirúrgicas aos outros elementos da equipa cirúrgica</li> <li>• Realiza o procedimento, sob supervisão do Enfermeiro Integrador</li> </ul>
7. Criar um campo estéril, através da utilização da trouxa de roupa cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exemplifica a abertura da trouxa de roupa cirúrgica, descrevendo todos os passos dados e porquê</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa a abertura da trouxa de roupa cirúrgica</li> <li>• Realiza o procedimento sob a supervisão do integrador</li> </ul>
8. Descrever os princípios gerais da colocação de mesas de instrumentação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descreve e exemplifica os princípios gerais na colocação das mesas de instrumentação: a técnica do "circuito não cruzado"; só o tampo da mesa é considerado estéril; os instrumentos cirúrgicos são colocados com a parte funcional voltada para o centro; os instrumentos cirúrgicos pontiagudos devem ter a extremidade voltada para cima por forma a evitar a perfuração dos campos; o material de sutura deve ser colocado no campo, separado dos restantes materiais; o material de implante deve ser colocado em mesa separada e só deve ser manipulado no momento da utilização</li> <li>• Refere que o enfermeiro instrumentista deve: possuir destreza mecânica e manual, no manuseamento de instrumentos, suturas, agulhas e equipamentos; ser responsável por todos os equipamentos, compressas e suturas e realizar a sua contagem; manter os equipamentos livres de matéria orgânica; conhecer os tempos operatórios, de modo a antecipar-se às necessidades do cirurgião; controlar as perdas hemáticas</li> <li>• Fornece suporte teórico sobre instrumentação e Normas do serviço</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuta e observa a exemplificação do enfermeiro integrador</li> <li>• Consulta suporte teórico sobre a temática</li> <li>• Realiza o procedimento de colocação de mesa de instrumentação, sob a supervisão do integrador</li> </ul>
9. Conhecer as regras de movimentação da equipa cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explica as regras de movimentação da equipa cirúrgica</li> <li>• Refere que a equipa cirúrgica: pode-se movimentar dentro da área estéril estabelecida; a movimentação deve ser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuta activamente</li> <li>• Coloca dúvidas</li> <li>• Consulta suporte teórico sobre a temática</li> </ul>

	<p>mínima; deve manter as áreas estéreis sempre sob observação; as trocas de posição devem ser realizadas costas com costas; as alterações do nível do campo operatório devem ser evitadas, mas caso aconteçam devem ser acompanhadas por toda a equipa estéril; não se pode sair da sala ou ir a outra sala operatória com a bata cirúrgica vestida</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Justifica estas regras na manutenção da técnica asséptica cirúrgica e segurança do doente</li> </ul>	
10. Proceder à desinfecção do campo operatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresenta os diferentes anti-sépticos disponíveis e sua correcta utilização</li> <li>• Desinfecta o campo operatório, respeitando os princípios básicos da desinfecção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa e escuta as explicações do enfermeiro integrador</li> <li>• Observa o modo de desinfecção do campo operatório</li> <li>• Consulta suporte teórico sobre a temática</li> <li>• Realiza o procedimento, sob supervisão do enfermeiro integrador</li> </ul>
11. Preparar o campo cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exemplifica o procedimento da colocação dos campos cirúrgicos, com o integrando ou com outro elemento da equipa</li> <li>• Selecciona e faculta bibliografia sobre os tipos de campos cirúrgicos</li> <li>• Colabora no ajuste dos pantof em posição adequada</li> <li>• Coloca as mesas de instrumentação junto do campo operatório</li> <li>• Fornece as conexões dos materiais e equipamentos do campo estéril para o não estéril</li> <li>• Respeita a técnica asséptica cirúrgica</li> <li>• Explica todos os procedimentos realizados e justifica a sua importância na segurança do doente e no controlo da infecção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa todos os procedimentos necessários ao início da cirurgia</li> <li>• Ouve atentamente as explicações do integrador e compreende a importância do controlo da infecção</li> <li>• Consulta suporte teórico sobre a temática</li> <li>• Coloca dúvidas</li> <li>• Colabora com o enfermeiro integrador na preparação do campo cirúrgico</li> <li>• Prepara o campo cirúrgico, respeitando a técnica asséptica cirúrgica, sob a supervisão do enfermeiro integrador</li> </ul>
12. Garantir um procedimento cirúrgico sem intercorrências	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibiliza os instrumentos ao cirurgião e ajudante, respeitando os princípios básicos da instrumentação</li> <li>• Conserva o campo operatório limpo e em ordem</li> <li>• Conserva os instrumentos cirúrgicos no lugar próprio e livres de matéria orgânica</li> <li>• Explica a justificação destes procedimentos, assim como a importância da capacidade de antecipação dos pedidos do cirurgião, evitando o atraso no tempo operatório</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuta atentamente</li> <li>• Observa e colabora na manutenção da limpeza e arrumação da mesa de instrumentação</li> <li>• Observa a forma correcta do disponibilizar dos instrumentos cirúrgicos</li> <li>• Coloca dúvidas</li> <li>• Consulta suporte teórico sobre a temática</li> <li>• Respeita a distância entre a equipa estéril e não estéril</li> <li>• Mantém a mesa de instrumentação limpa e arrumada, e os instrumentos cirúrgicos livres de matéria orgânica</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• sob supervisão do Enfermeiro Integrador</li> <li>• Disponibiliza os instrumentos ao cirurgião e ajudante, respeitando os princípios básicos da instrumentação, sob supervisão do Enfermeiro Integrador</li> </ul>
13. Garantir um ambiente seguro dentro da sala operatória, tanto para o doente como para a equipa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra preocupação com o barulho na sala</li> <li>• Vigia e denuncia comportamentos indevidos da equipa cirúrgica, que de algum modo possam colocar em causa a segurança do doente (quebras de técnica asséptica cirúrgica; pressão sobre o corpo do doente que comprometa alguma função; movimentação da equipa cirúrgica)</li> <li>• Respeita e faz respeitar a distância mínima de segurança entre a equipa estéril e não estéril (30cm)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa e colabora na manutenção do ambiente da sala</li> <li>• Coloca dúvidas</li> <li>• Consulta suporte teórico sobre a temática</li> <li>• Respeita a distância entre a equipa estéril e não estéril</li> <li>• Vigia e denuncia comportamentos indevidos, sob supervisão do enfermeiro integrador</li> </ul>
14. Dar resposta a situações de urgência durante a intervenção cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actua de forma rápida e eficaz nas situações de urgência que possam surgir durante a intervenção: hemorragias graves, paragem cardíaca</li> <li>• Colabora com a equipa cirúrgica nas manobras necessárias para controlar a situação hemodinâmica do doente</li> <li>• Explica a necessidade de controlar o aspirado do campo operatório, para se verificar as perdas sanguíneas do doente e realizar a sua reposição</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa a actuação de todos os elementos da equipa e a função de cada um</li> <li>• Compreende a urgência da situação e a necessidade do trabalho de equipa</li> <li>• Entende a necessidade do controlo das perdas sanguíneas do doente, colaborando com o enfermeiro integrador</li> <li>• Coloca dúvidas</li> <li>• Identifica e actua em conformidade numa situação de urgência, sob supervisão do enfermeiro integrador</li> </ul>
15. Garantir segurança do doente, através da realização de contagem de compressas, material corto perfurante e instrumental cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descreve e exemplifica os princípios gerais na contagem de compressas, material corto perfurante e instrumental cirúrgico</li> <li>• Proceda à sua contagem, sempre que se justifique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuta e observa a exemplificação do enfermeiro integrador</li> <li>• Consulta suporte teórico sobre a temática</li> <li>• Coloca dúvidas</li> <li>• Realiza o procedimento, sob a supervisão do enfermeiro integrador</li> </ul>
16. Proceder à colocação de drenos e à realização do penso operatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explica a importância dos drenos assim como do penso operatório adequado, e material disponível</li> <li>• Solicita o material necessário adequado à colocação dos drenos e à realização do penso operatório</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuta a explicação do enfermeiro integrador</li> <li>• Consulta suporte teórico sobre a temática</li> <li>• Coloca dúvidas</li> <li>• Solicita o material adequado, sob a supervisão do enfermeiro integrador</li> <li>• Realiza o procedimento, sob a supervisão do enfermeiro integrador</li> </ul>
17. Preparar as peças e outros produtos biológicos para anatomia patológica, bacteriologia, citologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explica a importância de uma correcta identificação das peças operatórias e outros produtos biológicos</li> <li>• Fornece a peça cirúrgica e outros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuta atentamente</li> <li>• Colabora no fornecer da peça ao enfermeiro circulante</li> <li>• Realiza o procedimento, sob supervisão do enfermeiro integrador</li> </ul>



e microbiologia	produtos biológicos ao enfermeiro circulante, por forma a que este os possa acondicionar	
-----------------	--	--

## Avaliação Formativa do Enfermeiro Instrumentista

Tendo em atenção os objectivos desta fase de integração e as actividades desenvolvidas como enfermeiro Instrumentista, assinale o seu posicionamento com um círculo, na coluna da direita, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1 o nível mais baixo e 5 o nível mais elevado.

### ACTIVIDADES DO ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA

Respeita a distância entre a equipa estéril e não estéril .....	1	2	3	4	5
Identifica as vantagens da participação do enfermeiro instrumentista na equipa cirúrgica .....	1	2	3	4	5
Realiza o procedimento de selecção do material adequado a cada cirurgia .....	1	2	3	4	5
Realiza o procedimento das diferentes técnicas de lavagem cirúrgica das mãos .....	1	2	3	4	5
Realiza o procedimento de vestir a bata cirúrgica estéril .....	1	2	3	4	5
Realiza o procedimento de calçar luvas estéreis pelo método aberto e pelo método fechado .....	1	2	3	4	5
Realiza o procedimento de vestir a bata e de calçar as luvas cirúrgicas aos outros elementos da equipa cirúrgica .....	1	2	3	4	5
Realiza o procedimento de abertura da trouxa de roupa cirúrgica .....	1	2	3	4	5
Identifica os princípios gerais na colocação das mesas de instrumentação .....	1	2	3	4	5
Realiza o procedimento de colocação de mesa de instrumentação, respeitando os princípios gerais do mesmo .....	1	2	3	4	5
Identifica as regras de movimentação da equipa cirúrgica .....	1	2	3	4	5
Realiza o procedimento de desinfeção do campo operatório .....	1	2	3	4	5
Prepara o campo cirúrgico, respeitando a técnica asséptica cirúrgica .....	1	2	3	4	5
Mantém a mesa de instrumentação limpa e arrumada .....	1	2	3	4	5
Disponibiliza os instrumentos ao cirurgião e ajudante, respeitando os princípios básicos da instrumentação .....	1	2	3	4	5
Vigia e denuncia comportamentos indevidos, garantindo um ambiente seguro dentro da sala operatória .....	1	2	3	4	5

DEPARTAMENTO DE

OTORRINOLARINGOLOGIA, VOZ E PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO

Identifica e actua em conformidade numa situação de urgência .....		2	3	4	5
Realiza o procedimento de contagem de compressas, material corto perfurante e instrumental cirúrgico .....		2	3	4	5
Solicita o material adequado para proceder à colocação de drenos e à realização do penso operatório .....		2	3	4	5
Realiza o procedimento de colocação de drenos e ao realização do penso operatório .....		2	3	4	5
Realiza o procedimento de preparação de peças e outros produtos biológicos para anatomia patológica, bacteriologia, citologia e microbiologia .....		2	3	4	5
Respeita a técnica asséptica durante todo o período intra operatório .....		2	3	4	5

#### Observações

---

---

---

---

---

---

---

Enfermeiro Chefe \_\_\_\_\_

Enfermeiro Coordenador \_\_\_\_\_

Enfermeiro Integrador \_\_\_\_\_

Enfermeiro Integrando \_\_\_\_\_

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_



## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

# CAPÍTULO II PATOLOGIAS CIRÚRGICAS

---

DEPARTAMENTO DE

OTORRINOLARINGOLOGIA, VOZ E PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO

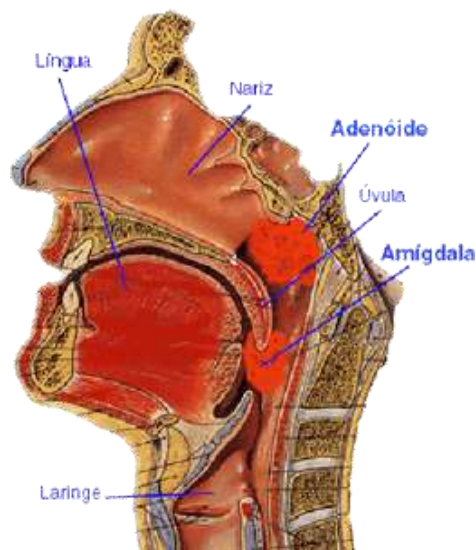
## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

PATOLOGIA CIRÚRGICA

### ADENOIDECTOMIA

#### O que é adenóide?

As adenóides são uma acumulação de folículos linfóides que se encontram na região superior da faringe, a nível da nasofaringe.

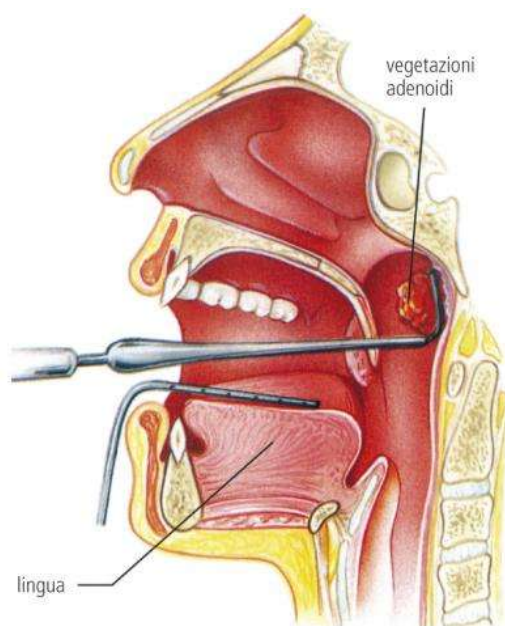
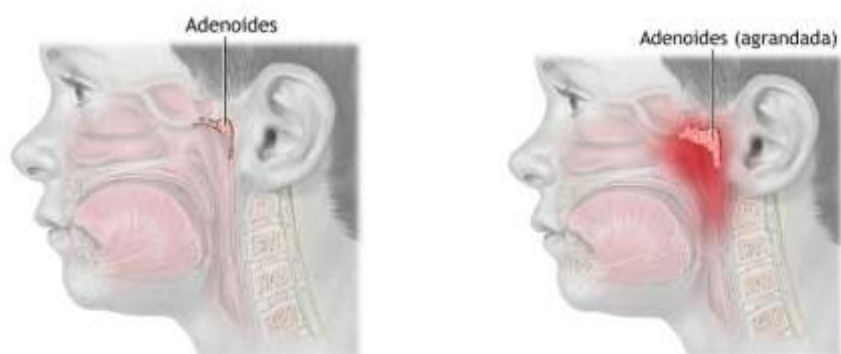


#### Quando é necessária a cirurgia?

Quando esta acumulação é muito grande, pode chegar a tampar a passagem de ar desde a fossa nasal até a laringe, obrigando a criança a respirar através da boca. Quando isso ocorre pode haver complicações como infecções do ouvido, infecção de repetição de garganta, bronquite, roncos nocturnos, dificuldade em dormir um sono tranquilo, sendo nestes casos indicada a cirurgia de Adenoidectomia.

#### Como é realizada a cirurgia?

A cirurgia é realizada sob anestesia geral, sendo a abordagem por via oral, sem incisões externas, através de uma raspagem da adenóide.



### Quais são as possíveis complicações?

- **Febre e dor** – Febre e dores de garganta ou dor no ouvido ocorrem normalmente e não devem ser causa de inquietação, pois geralmente cedem entre 3 e 10 dias.
- **Mau hálito** – É comum ocorrer, e cede entre 7 e 14 dias.
- **Vómitos** – Podem ocorrer algumas vezes, no dia da cirurgia, constituídos de sangue, mas sem significado de gravidade.
- **Hemorragia** – Representa o maior risco desta cirurgia, podendo ocorrer até 10 dias após a mesma, sendo mais frequente em pequeno volume e, mais raramente, em maior volume, podendo levar até a necessidade de nova cirurgia com anestesia geral e transfusão sanguínea.
- **Infecção** – Pode ocorrer na região operada, causada por germes normais da faringe e, geralmente, regride sem antibióticos.
- **Voz anasalada e refluxo de líquidos** – Podem ocorrer nos primeiros dias desaparecendo sozinhos.
- **Recidiva**, visto a remoção das Adenóides ser feita por intermédio de uma curetagem, na qual se retira grande parte, mas não totalmente. É possível que as adenóides voltem a crescer, principalmente (mas nem sempre) após infecções virais ou em crianças que apresentem refluxo gastro-esofágico. Este facto não contra-indica a cirurgia, a qual traz grande alívio respiratório para a criança, ainda que temporariamente.

### Quais são os cuidados no pós-operatório?

Esta cirurgia, quando realizada isoladamente, não exige cuidado especial. Em geral o doente recebe alta no mesmo dia.

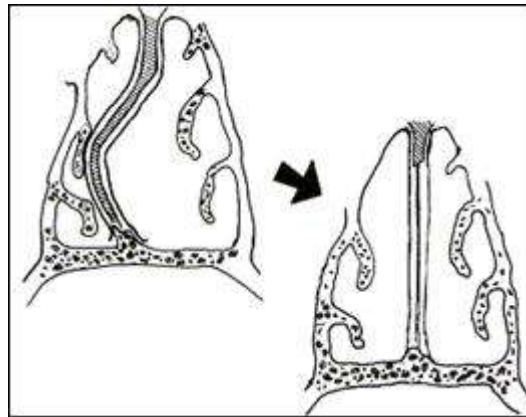
## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

PATOLOGIA CIRÚRGICA

### SEPTOPLASTIA

#### O que é septoplastia?

Septoplastia é uma cirurgia realizada para a correcção de desvios existentes no septo nasal, sendo o objectivo da cirurgia o melhorar a respiração pelo nariz. A única solução para este problema é a cirurgia.

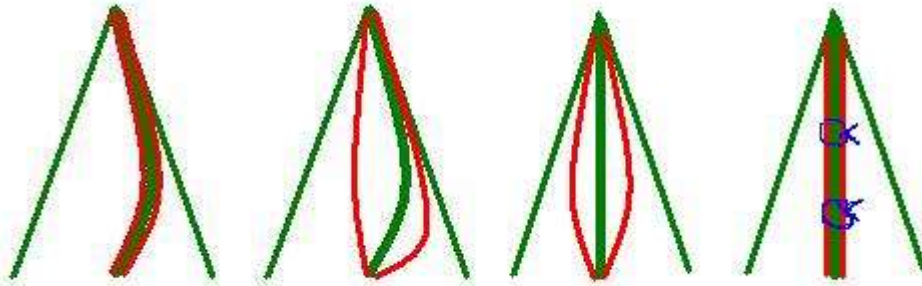


#### O que é septo nasal?

O septo nasal é a parte do nariz que divide a cavidade nasal direita da cavidade nasal esquerda, estando geralmente no centro do nariz, sendo na sua maioria constituído por cartilagem.

#### Como é realizada a cirurgia?

A cirurgia é realizada por via endonasal, não sendo realizadas incisões externas, e demorando aproximadamente 60 a 90 minutos, dependendo da complexidade do desvio.



### Quais são as possíveis complicações?

- **Hemorragia** – Nas primeiras 12 horas é comum haver algum sangramento (mesmo com tamponamento), e que geral cede espontaneamente. Sangramentos persistentes e volumosos são raros, mas podem exigir novo tamponamento, hemostase e até transfusão sanguínea.
- **Infecção** – Raramente ocorre, sendo controlada com administração de antibióticos.
- **Abcesso do septo nasal e hematoma** – Podem ocorrer em raros casos e exigir drenagem cirúrgica.
- **Perfuração do septo nasal** – É rara, podendo necessitar de reparação cirúrgica.
- **Sinéquias** – Podem ocorrer no interior do nariz, sendo tratado com intervenção médica e raramente exigem outra intervenção cirúrgica.
- **Sinusite** – É uma complicação pós-operatória possível, cedendo espontaneamente ou com o uso de antibióticos.

### Quais são os cuidados no pós-operatório?

O doente deve ser mantido em repouso relativo cerca de 48 horas após a cirurgia, sendo normal neste período a perda de pequena quantidade de sangue pelo nariz ou garganta. A actividade física apenas deve ser iniciada após 15 dias.

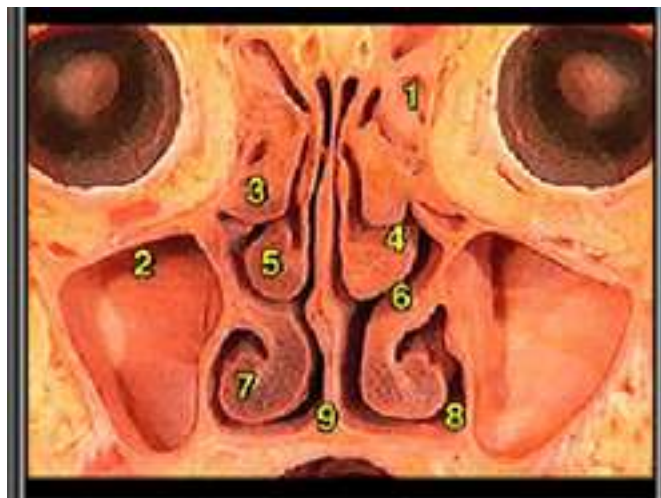
## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

PATOLOGIA CIRÚRGICA

### TURBINECTOMIA

#### O que são os cornetos?

Cornetos são projecções ósseas para o interior da cavidade nasal, recobertos por mucosa. Existe no nariz cerca de três cornetos de cada lado, superior, médio e inferior.



#### Quando deve ser realizada a cirurgia dos cornetos?

A turbinectomia está indicada quando o doente apresenta obstrução nasal importante decorrente da hipertrofia do corneto, que não responde ao tratamento clínico.

#### Como é realizada a cirurgia?

Geralmente, a obstrução nasal é causada por aumento da concha nasal inferior. A cirurgia consiste em basicamente remoção do excesso de concha. A cirurgia pode ser realizada tanto com anestesia local ou geral. Após a remoção do excesso de concha é feita uma cauterização no restante da concha para evitar sangramentos.

A cirurgia dura cerca de 30 minutos, normalmente não é necessário uso de tamponamento, apenas quando a cauterização não é suficiente para conter completamente a hemorragia.

### Quais são os cuidados no pós-operatório?

O doente deve ser mantido em repouso relativo cerca de 48 horas após a cirurgia, sendo normal neste período a perda de pequena quantidade de sangue pelo nariz ou garganta. A actividade física apenas deve ser iniciada após 15 dias.

### Quais são as possíveis complicações?

- **Hemorragia** – Pode ocorrer sangramentos tanto no pós-operatório imediato quanto tardio, sendo às vezes necessário colocação de tampão ou reintervenção cirúrgica para nova cauterização.
- **Sinéquia** – Consiste em uma cicatrização inadequada do corneto, que leva a obstrução nasal. Pode ser evitada com limpeza adequada no pós-operatório.
- **Rinite atrófica** – É causada pela secura da cavidade nasal, que fica muito ampla após a cirurgia. O doente apresenta formação de crostas com odor desagradável e secura do nariz e garganta. Geralmente limpeza com solução hipertónica e antibiótico resolvem o problema, mas em raros casos é necessário correcção cirúrgica.
- **Sinusite** – É uma complicação pós-operatória possível, cedendo espontaneamente ou com o uso de antibióticos.
- **Dor em face** – Raro e regride após alguns dias.
- **Falta de sensibilidade ao fluxo aéreo** – Embora as cavidades nasais estejam desobstruídas, alguns doentes podem apresentar a sensação de que o nariz continua entupido.

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### PATOLOGIA CIRÚRGICA

### RINOPLASTIA

#### O que é uma rinoplastia?

A rinoplastia é uma cirurgia que visa corrigir defeitos estéticos e/ou funcionais do nariz.



#### Como é realizada a cirurgia?

A cirurgia pode ser realizada por dentro do nariz ou então com uma pequena incisão na pele da columela. É realizado reposicionamento e recessão dos ossos e cartilagens nasais, de modo a realizar uma correcção estética do mesmo.

#### Quais são as possíveis complicações?

- **Hemorragia** – Nas primeiras 12 horas é comum haver algum sangramento (mesmo com tamponamento), e que geral cede espontaneamente. Sangramentos persistentes e volumosos são raros, mas podem exigir novo tamponamento, hemostase e até transfusão sanguínea. Morte por hemorragia é muito raro.
- **Infecção** – Raramente ocorre, sendo controlada com administração de antibióticos.
- **Abcesso do septo nasal e hematoma** – Podem ocorrer em raros casos e exigir

drenagem cirúrgica.

- **Perfuração do septo nasal** – Rara, podendo necessitar de reparação cirúrgica.
- **Sinéquias** – Podem ocorrer no interior do nariz, sendo tratado com intervenção médica e raramente exigem outra intervenção cirúrgica.
- **Sinusite** – É uma complicação pós-operatória possível, cedendo espontaneamente ou com o uso de antibióticos.
- **Hematoma de face, lábio superior e do céu-da-boca** – É raro e cede em poucos dias.

### **Quais são os cuidados no pós-operatório?**

O doente deve ser mantido em repouso relativo cerca de 48 horas após a cirurgia, sendo normal neste período a perda de pequena quantidade de sangue pelo nariz ou garganta. A actividade física apenas deve ser iniciada após 15 dias.

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### PATOLOGIA CIRÚRGICA

### PATOLOGIA DO OUVIDO

#### **Otite externa**

É habitualmente causada pela humidade nos ouvidos devido ao excesso de banhos de piscina ou praia, por isso é muito mais comum nos meses de verão. Também pode ser causada pelo uso excessivo de cotonetes ou qualquer outro instrumento introduzido no canal do ouvido. O diagnóstico clínico é baseado nos sintomas que são: dor de ouvido e sensação de ouvido entupido, e pelo exame clínico que mostra um canal auditivo vermelho e inchado. O tratamento é clínico, à base de medicações tópicas e analgésicos, e geralmente resolve-se em alguns dias.

#### **Otite média**

A otite média, ao contrário da otite externa, acontece mais nos meses de inverno. Ocorre juntamente com uma gripe ou constipação que acaba acometendo o ouvido, causando uma inflamação no tímpano e na parte mais interna do ouvido, daí a dor ser maior do que a otite externa e a sensação de perda de audição é também muito maior. Acomete mais crianças, e causam uma dor maior principalmente à noite pelo arrefecimento do organismo, às vezes com febre alta e mal estar geral. O diagnóstico também é clínico, pelo exame físico que mostra um tímpano vermelho e abaulado, além dos sintomas mencionados. O tratamento já é a base de antibióticos via oral, além de analgésicos e descongestionantes nasais, sendo que o quadro também se resolve em alguns dias.

#### **Otite média serosa ou secretora**

É a complicação da otite média simples, descrita anteriormente. Ocorre quando há uma acumulação de secreções no ouvido médio, internamente ao tímpano, devido a gripes frequentes ou nas crianças que não respiram bem, por rinites alérgicas, aumento das amígdalas e das adenóides, entre outras. O sintoma principal é a perda de audição, a criança começa a ficar desatenta e o rendimento escolar diminui. O diagnóstico é clínico, pelo exame físico que mostra

presença de secreção por trás do tímpano, e confirmado pelos exames de audiometria, que mostram uma perda de audição de graus variáveis além de diminuição da vibração do tímpano. O tratamento é à base de corticosteróides via oral por alguns dias, e se não houver resolução do quadro, é indicado o tratamento cirúrgico, com colocação de tubos de ventilação no tímpano, para drenar a secreção do ouvido médio e impedir que esta se forme novamente, restabelecendo dessa forma a audição da criança.

### **Perfuração de tímpano**

Ocorre nas pessoas com história prévia de otites de repetição, em que alguma dessas otites acabou perfurando o tímpano que não cicatrizou. Pode ocorrer também por trauma, devido a cotonetes, agressões físicas ou por pressões bruscas como ondas do mar. O sintoma é a diminuição da audição, além de exsudado pelo ouvido sempre que se deixa entrar água no canal auditivo. O diagnóstico é clínico, pelo exame físico em que notamos a perfuração, e os exames complementares são os exames auditivos, como a audiometria, para averiguar o grau da perda auditiva causada pela perfuração. O tratamento é cirúrgico, através de uma Timpanoplastia.

### **Colesteatoma**

O colesteatoma é o grau mais agressivo das otites, em que ocorre um crescimento de pele do canal auditivo para dentro do ouvido, através de uma perfuração do tímpano, causando um exsudado amarelado com odor fétido, além de uma perda de audição de um grau maior. O diagnóstico também é clínico, pelo exame físico, e auxiliado pela tomografia computadorizada que vai mostrar a extensão da doença. O tratamento é cirúrgico, através de uma Timpanomastoidectomia, em que é feita uma reconstrução do tímpano associada a uma limpeza de toda essa massa epidérmica que invadiu internamente o tímpano.

### **Otosclerose**

A otosclerose caracteriza-se por uma fixação do estribo, responsável pela condução do som à cóclea, órgão responsável pela audição dentro do ouvido. É mais frequente em mulheres jovens, pois tem relação hormonal, geralmente ocorrendo após uma gravidez. O sintoma principal é a perda de audição, acompanhada ou não de zumbido nos ouvidos. O diagnóstico é feito através da

audiometria e eventualmente da tomografia computadorizada em alguns casos. O tratamento é cirúrgico, através de uma Estapedectomia, em que é feita a substituição do estribo por uma prótese que vai restabelecer a vibração a ser transmitida para a cóclea e para o nervo auditivo.

## **Surdez**

A surdez ou perda de audição tem várias causas e graus, algumas causas já foram citadas, como as otites e a otosclerose. Porém existem outras causas de perdas auditivas relacionadas com a cóclea ou com o nervo auditivo, e que tem um tratamento completamente diferente. Dependendo do grau da surdez, o tratamento pode ser feito através de aparelhos auditivos convencionais, mas em muitos casos estes não são suficientes para uma satisfação auditiva e actualmente temos vários tipos de implantes auditivos que podem ser usados para tratamento destes tipos de surdez.

## **Labirintopatias**

Labirintopatias são as doenças do labirinto e podem ter como causa alterações da coluna vertebral, diabetes, alta taxa de triglicéridos e de colesterol, anemia, problemas na região temporomandibular, entre outras. Os principais sintomas das Labirintopatias são: vertigem, tontura, vômitos, cefaleia, zumbido, náusea, entre outras formas de mal-estar. As Labirintopatias podem ser divididas de diversas maneiras de acordo com a causa a qual ela está relacionada. A Doença de Menière (aumento da pressão dos líquidos nos canais internos do ouvido) é uma das causas e manifesta-se através de episódios frequentes e repetidos de vertigem muito forte, perda gradativa da audição e zumbido. A tontura é um sintoma bastante comum e está presente em quase todas as formas de Labirintopatias, podendo ser definida como a falta de percepção de equilíbrio da pessoa em relação ao ambiente que a circula. O zumbido é também um sintoma bem frequente. Para diagnosticar as Labirintopatias muitas vezes é necessária uma avaliação completa da saúde da pessoa através de vários exames, e somente a partir da descoberta da causa é que o médico pode definir o tratamento adequado.

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

PATOLOGIA CIRÚRGICA

### MIRINGOTOMIA COM COLOCAÇÃO DE TUBOS TRANSTIMPÂNICOS

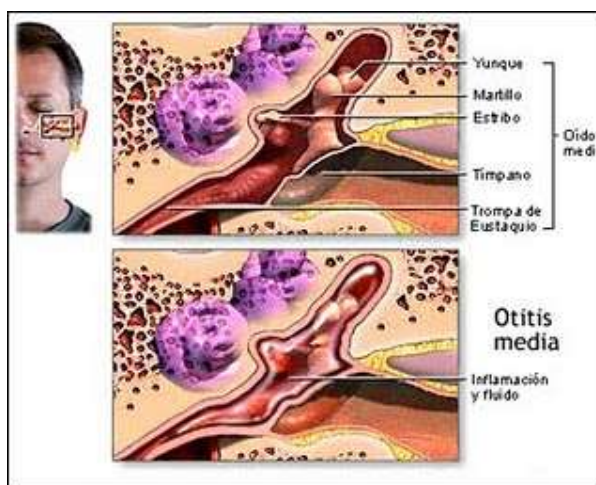
(TUBOS DE SHEPARD)

#### O que são os tubos transtimpânicos?

Tubos transtimpânicos ou de ventilação, são pequenos tubos plásticos inseridos através da membrana do tímpano, com o objectivo de remover as secreções do ouvido médio, ventilando-o com ar.



#### Quando são indicados os tubos trans-timpânicos ?



A membrana do tímpano normalmente vibra com o som porque o espaço atrás dela (ouvido interno) está preenchido com ar. Se o ouvido está preenchido com líquido, como ocorre quando há alguma infecção, não há vibração da membrana do tímpano, não ocorrendo assim produção de som.

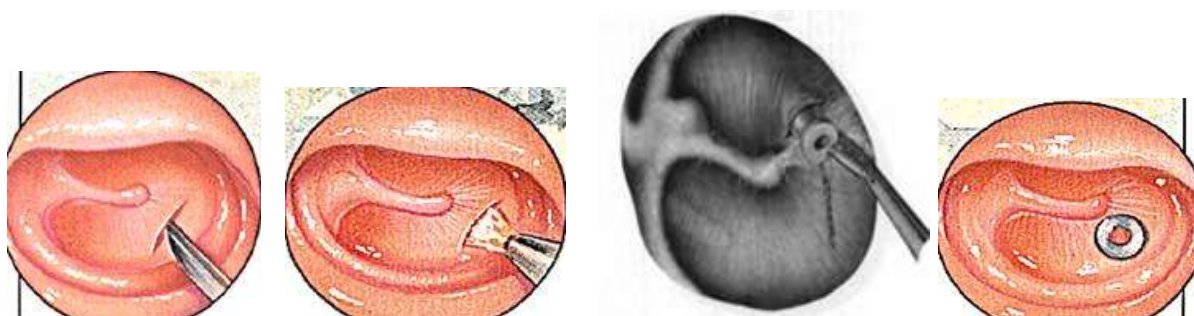
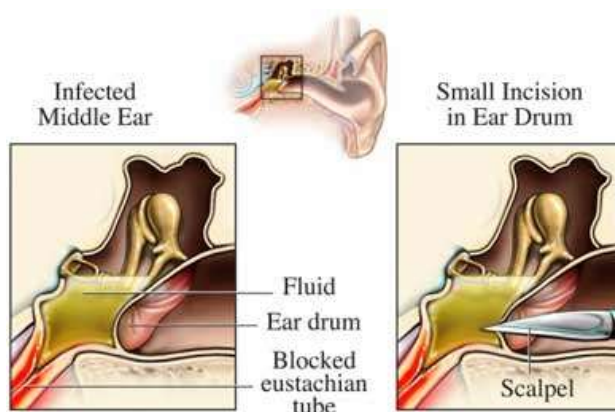
Algumas vezes mesmo após passada a infecção, o líquido permanece dentro do ouvido, o que ocorre se a trompa de Eustáquio, estiver entupida, não permitindo o escoamento desse líquido do ouvido até o nariz.

O principal problema desse líquido dentro do ouvido é que ele atrapalha a audição da criança, atrasando assim o seu desenvolvimento linguístico e educacional, predispondo igualmente a infecções de ouvido de repetição.

O tubo de ventilação está indicado quando há presença de líquido nos ouvidos por pelo menos três meses, se houver infecção de ouvido de repetição ou se a infecção de ouvido evoluir com complicações graves, como meningite, mastoidite, etc.

### Como é realizada a cirurgia?

Através do uso do microscópio é realizada uma pequena incisão na membrana timpânica, onde será inserido o tubo.





### Quais são as complicações possíveis?

Geralmente o tubo é expulso após 1 ano, espontaneamente. Às vezes, ele sai logo após a cirurgia, e então é necessário que seja recolocado novamente. Se o tubo permanece no ouvido após 2 anos, não saindo sozinho, deverá ser retirado.

Após a saída do tubo, estes podem deixar uma pequena perfuração, que geralmente encerra sozinha, mas caso não aconteça, poderá ser necessário recorrer a uma Timpanoplastia.



### Quais são os cuidados no pós-operatório?

Durante o banho, o ouvido operado deverá ser protegido com touca plástica ou com algodão embebido com óleo Johnson. A criança não poderá nadar ou entrar dentro de água até que o tubo tenha saído. Somente após indicação médica, o doente poderá realizar actividades aquáticas.

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

PATOLOGIA CIRÚRGICA

### TIMPANOPLASTIA

#### O que é a timpanoplastia?



Timpanoplastia é um procedimento que repara ou reconstrói uma perfuração na membrana do tímpano, sendo realizada no sentido de restaurar a audição normal e prevenir infecções de repetição do ouvido. Os sintomas podem ser saída de pus ou sangue pelo ouvido, perda da audição, tontura quando água entra dentro do ouvido e frequentes infecções de ouvido.

#### Quando a timpanoplastia é indicada?

Uma timpanoplastia é recomendada quando a membrana timpânica está perfurada associada a uma perda da audição ou infecções de repetição.

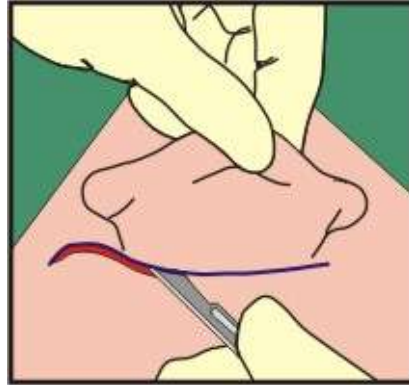
#### Quando a cirurgia deve ser adiada?

Infecção activa do ouvido.

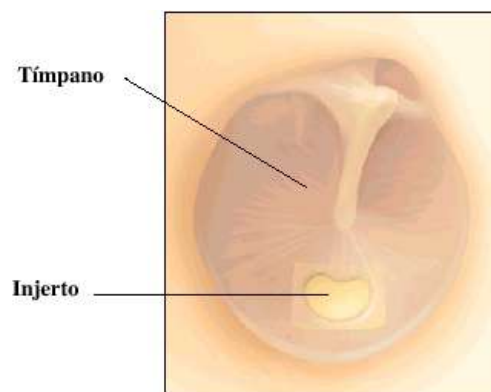
#### Como é realizada a timpanoplastia?

A timpanoplastia é realizada com anestesia geral, havendo duas abordagens cirúrgicas possíveis. A primeira é a via fechada, sendo a cirurgia realizada através do canal auricular, sem outras incisões.

A outra técnica, a técnica aberta consiste numa incisão retro auricular, sendo o pavilhão auricular levado para frente, e então a membrana do tímpano é exposta com cuidado, e o ouvido médio e sua cadeia de ossículos é examinado.



A escolha da via (aberta ou fechada) dependerá do tamanho e da localização da perfuração da membrana do tímpano. O local que possui a perfuração na membrana do tímpano é então limpo, um pedaço de fásia é retirado da região retro auricular e colocado por debaixo da perfuração da membrana do tímpano para criar uma nova membrana sem defeitos, constituindo deste modo o enxerto. Este enxerto possibilita que uma nova “pele” cresça e feche então a perfuração existente na membrana do tímpano.



### Quais são as possíveis complicações?

Devido ao facto de esta cirurgia ser realizada em locais dentro e em redor do ouvido, existem riscos especiais em adição aos riscos existentes em qualquer cirurgia (infecção e hemorragia). Assim sendo estas são algumas das complicações que podem ocorrer, apesar de serem raras:

- **Perda da audição** – A timpanoplastia é feita para ajudar a melhorar o nível de audição até



uma faixa normal. Entretanto, algum grau de perda de audição (mais comum quando é necessário manipular os ossículos do ouvido) pode ocorrer após a cirurgia.

- **Paralisia facial** – Devido ao facto do nervo facial passar bem perto do local da cirurgia, lesões deste nervo apesar de raras, podem ocorrer. Isto pode resultar em fraqueza temporária dos músculos da face e perda do gosto num lado da língua.
- **Tonturas** – Complicação rara.

### **Quais são os cuidados no pós-operatório?**

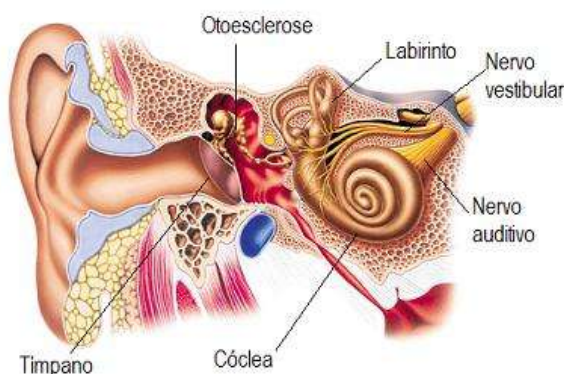
É colocado dentro do ouvido operado um pequeno tampão, o qual é retirado pelo médico, alguns dias após a cirurgia, sendo depois importante não deixar molhar o ouvido e evitar fazer esforços que levem a um aumento de pressão no ouvido (ex. carregar peso, fazer abdominais).

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

PATOLOGIA CIRÚRGICA

### OTOSCLEROSE → ESTAPEDECTOMIA

**Otosclerose** é uma doença do ouvido médio que causa surdez progressiva, tendo um carácter hereditário.



#### Causas e incidência

A causa da otosclerose é hereditária, caracterizando-se por um crescimento ósseo anormal das paredes do ouvido interno. Pode causar fixação do menor osso do corpo humano, o estribo, o que impede que as vibrações sonoras passem para o ouvido interno (surdez de condução), causando diminuição de sensação auditiva. Na maioria dos casos de otosclerose, ambos os ouvidos estão afectados. Aproximadamente 1 pessoa em cada 200 é afectada pela doença, a qual, na maioria dos casos, só é percebida na idade adulta. É mais frequente nas mulheres do que nos homens e agrava-se durante a gravidez e na menopausa.

#### Sintomas e sinais

A perda auditiva progride lentamente durante um período de 10 a 15 anos e é muitas vezes acompanhada por zumbidos e raramente por vertigens.

#### Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico baseia-se no exame clínico e nos testes auditivos. Um aparelho auditivo pode melhorar a audição, mas a solução mais adequada é a Estapedectomia.

## O que é estapedectomia?

Estapedectomia é uma microcirurgia do ouvido que visa substituir um dos ossículos do ouvido (estribo) por uma prótese.

## Quando está indicada a cirurgia?

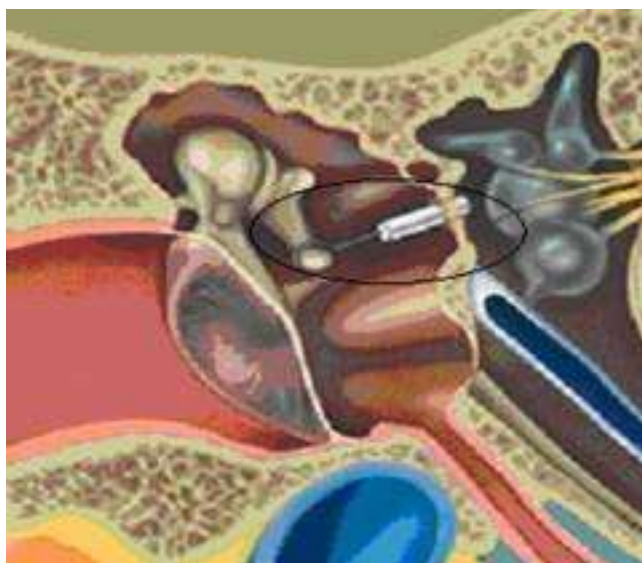
A cirurgia é indicada nos casos de otosclerose e doenças genéticas que levam a perda auditiva progressiva. Nesse caso um dos pequenos ossos do ouvido, o estribo, fixa-se na cóclea, não permitindo a passagem do som, sendo que a cirurgia tem como objectivo a melhoria da audição.

## Como é realizada a cirurgia?



Utilizando um microscópio, é substituído o ossículo doente por uma prótese (de cerca de 4 a 6 mm) que irá conectar a cóclea até a bigorna, como mostram as imagens seguintes.





### Quais são as possíveis complicações?

- **Tontura** – É comum nos primeiros dias de pós-operatório, raramente prolongando-se por mais de uma semana.
- **Distúrbios do paladar e boca seca** – Não é raro ocorrer, por semanas após a cirurgia. Em alguns casos este distúrbio poderá ser ainda mais prolongado pelo manuseio ou secção de um nervo do tímpano.
- **Zumbidos** – O comum é diminuir ou desaparecer após a cirurgia. Em raros casos poderá piorar ou até surgir em casos que não apresentavam este sintoma.
- **Perfuração do tímpano** – Poderá ocorrer em alguns casos devido a infecção ou trauma. Geralmente fecha-se sozinha, mas pode exigir uma Timpanoplastia para correcção.
- **Paralisia facial** – É uma complicação rara e temporária. Poderá ocorrer como resultado de uma anomalia ou edema do nervo facial. A paralisia definitiva nesta cirurgia é muito rara.

### Quais são os cuidados no pós-operatório?

É colocado dentro do ouvido operado um pequeno tampão, o qual é retirado pelo médico, alguns dias após a cirurgia, sendo depois importante não deixar molhar o ouvido e evitar fazer esforços que levem a um aumento de pressão no ouvido (ex. carregar peso, fazer abdominais).

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

PATOLOGIA CIRÚRGICA

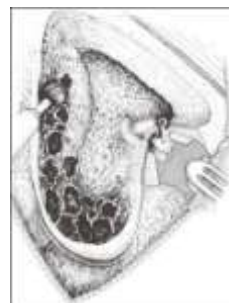
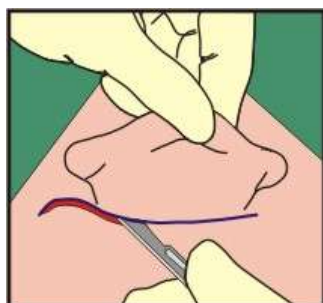
### MASTOIDECTOMIA

#### O que é a mastóide? Quando deve ser realizada a cirurgia?

Mastóide é o osso situado imediatamente atrás da orelha, com função de arejar o ouvido médio, e onde por vezes pode ocorrer infecção crónica das células da mastóide sendo necessário tratamento cirúrgico. Em alguns casos, quando não é bem tratado pode evoluir com infecções intracranianas, como por exemplo, meningite.

#### Como é realizada a cirurgia?

É realizada uma incisão na região retroauricular, sendo removida toda a área acometida pela infecção através do uso de uma broca, podendo haver necessidade de associar uma Timpanoplastia.



#### Quais são as possíveis complicações?

- **Infecção** – Infecção no ouvido, com saída de secreção, edema e dor, pode persistir após a cirurgia ou, em raras ocasiões, aparecer mais tarde em virtude da cicatrização. Quando isto ocorre, uma cirurgia adicional pode ser necessária para controlar a infecção.
- **Perda da audição** – Em pequena parte dos doentes operados a audição poderá diminuir por problemas com a cicatrização. Raramente esta perda é grave e incapacita a pessoa.
- **Perfuração timpânica residual ou recidivante** – Em alguns casos, o enxerto poderá não ficar funcionante, podendo necrosar posteriormente. Nestes casos, uma segunda cirurgia é

indicada para corrigir este defeito.

- **Zumbido** – Pode surgir ou piorar é de difícil tratamento.
- **Tontura** – Poderá ocorrer logo após a cirurgia, por irritação do ouvido interno. Em alguns casos poderá persistir por uma semana.
- **Distúrbio do paladar e boca seca** – Não é raro ocorrer. Quase sempre regride algumas semanas após a cirurgia.
- **Paralisia facial** – A paralisia do nervo da face causa desvio da comissura labial. É rara, e pode ser temporária, podendo regredir espontaneamente. Pode, entretanto, ser definitiva. Em raras ocasiões o nervo poderá ser lesado na cirurgia, nestes casos, pode ser necessário um enxerto de nervo do pescoço ou da perna. Podem, ainda, ocorrer complicações nos olhos resultantes dessa paralisia.
- **Complicações cranianas** – Muito raramente pode acontecer infecção cerebral ou meningite. Mesmo podendo ser tratadas com antibióticos, é uma complicação séria

### Quais são os cuidados no pós-operatório?

É colocado dentro do ouvido operado um pequeno tampão, o qual é retirado pelo médico, alguns dias após a cirurgia, sendo depois importante não deixar molhar o ouvido e evitar fazer esforços que levem a um aumento de pressão no ouvido (ex. carregar peso, fazer abdominais).



## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### CAPÍTULO III

## PROTÓCOLOS CIRÚRGICOS

---

DEPARTAMENTO DE

OTORRINOLARINGOLOGIA, VOZ E PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO

## Luvas Cirúrgicas

<b>Cirurgião</b>	<b>Nº Luva</b>
Prof. Mário Andrea	8
Prof. Oscar Dias	7
Dr. Alberto Santos	7,5
Dr. <sup>a</sup> . Ana Claro	6
Dr. <sup>a</sup> . Ana Rita	6,5
Dr. Carlos Macor	7
Dr. Cassul	7
Dr. Fernando Canavarros	7
Dr. Marco Simão	7,5
Dr. Miguel Catarino	7
Dr. Nascimento	7
Prof. <sup>a</sup> . Rosa Roque Farinha	7,5
Dr. Paulo Martins	7
Dr. Peter	7,5
Dr. <sup>a</sup> . Otilia	6
Dr. Vitor Gouveia	7
<b>Médico Interno de Cirurgia</b>	<b>Nº Luva</b>
Dr. <sup>a</sup> . Maria João Barros	7
Dr. <sup>a</sup> . Marta Marques	6,5
Dr. Luis Freitas	7
Dr. <sup>a</sup> . Maria Pimenta Machado	6,5
Dr. <sup>a</sup> . Sandra Agostinho	6,5
Dr. Luis Dores	7

<b>Enfermeira</b>	<b>Nº Luva</b>
Enf. <sup>a</sup> . Filipa Gramacho	6
Enf. <sup>a</sup> . Lara Pereira	6,5
Enf. <sup>a</sup> . Lurdes Pião	7
Enf. <sup>a</sup> . Lusitana Valejo	6,5
Enf. <sup>a</sup> . Manuela Rocha	6,5
Enf. <sup>a</sup> . Margarida Laia	6,5
Enf. <sup>a</sup> . Noélia Nobrega	7
Enf. <sup>a</sup> . Sofia Reis	6

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### PROTOCOLO CIRÚRGICO

Cirurgia: **AMIGDALECTOMIA**

POSICIONAMENTO	MATERIAL DE CONSUMO
Decúbito Dorsal Posição de Rose (rolo sob os ombros, estabilização da cabeça e Trendelenbourg)	Luvas cirúrgicas esterilizadas Batas cirúrgicas (x3) Campo cirúrgico de mesa Campo cirúrgico com orifício 150x175 Campo de mesa de Mayo Compressas esterilizadas 10 x 10 (x2)
PREFERÊNCIA DE ENTUBAÇÃO	Tubo de aspiração
TET pré moldado	Soro de lavagem Seringa de 20cc
INSTRUMENTAL	Punho de canivete eléctrico (opcional) Lâmina nº 11 (opcional)
Caixa de Amigdalectomia e Adenoidectomia	
MATERIAL INDIVIDUAL	EQUIPAMENTO ACESSÓRIO
Punhos de microscópio Colorado (opcional) Pinça bipolar grossa (por vezes também a de pontas finas) + Cabo	Consola de electrocoagulação + eléctrodo neutro (opcional) Microscópio com Lente 300 mm OU Espelho de luz frontal
SUTURAS	
Vicryl 3/0 com agulha cilíndrica (opcional)	

**Observações:** Poderão existir pequenas alterações de acordo com o cirurgião e particularidades do doente

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### PROTOCOLO CIRÚRGICO

Cirurgia: **ADENOIDECTOMIA**

POSICIONAMENTO	MATERIAL DE CONSUMO
Decúbito Dorsal Posição de Rose (opcional) (rolo sob os ombros, estabilização da cabeça e Trendelenbourg)	Luvas cirúrgicas esterilizadas Batas cirúrgicas (x3) Campo cirúrgico de mesa Campo cirúrgico com orifício 150x175 Campo de mesa de Mayo Compressas esterilizadas 10 x 10 (x1)
PREFERÊNCIA DE ENTUBAÇÃO	Tubo de aspiração
TET pré moldado	Soro de lavagem Seringa de 20cc Sonda de aspiração de secreções CH10
INSTRUMENTAL	
Caixa de Amigdalectomia e Adenoidectomia	
MATERIAL INDIVIDUAL	EQUIPAMENTO ACESSÓRIO
Punhos de microscópio Pinça bipolar + Cabo (opcional)	Microscópio com Lente 300mm OU Espelho de luz frontal
SUTURAS	

Observações: Poderão existir pequenas alterações de acordo com o cirurgião e particularidades do doente

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### PROTOCOLO CIRÚRGICO

Cirurgia: **UPPP (UVULO PALATO PHARINGO PLASTIA)**

POSICIONAMENTO	MATERIAL DE CONSUMO
Decúbito Dorsal Posição de Rose (rolo sob os ombros, estabilização da cabeça e Trendelenbourg)	Luvas cirúrgicas esterilizadas Batas cirúrgicas (x3) Campo cirúrgico de mesa Campo cirúrgico com orifício 150x175 Campo de mesa de Mayo Compressas esterilizadas 10 x 10 (x1)
PREFERÊNCIA DE ENTUBAÇÃO	Tubo de aspiração
Sem preferência	Soro de lavagem Seringa de 20cc Punho de canivete eléctrico
INSTRUMENTAL	
Caixa de Amigdalectomia e Adenoidectomia	
MATERIAL INDIVIDUAL	EQUIPAMENTO ACESSÓRIO
Pinça dissecação comprida Punhos de microscópio Colorado Pinça Bipolar grossa + Cabo	Consola de electrocoagulação + eléctrodo neutro Microscópio com Lente 300mm OU Espelho de luz frontal
SUTURAS	
Vicryl 3/0 com agulha cilíndrica (20mm)	

Observações: Poderão existir pequenas alterações de acordo com o cirurgião e particularidades do doente

**ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA**

## PROTOCOLO CIRÚRGICO

Cirurgia: **SEPTOPLASTIA + TURBINECTOMIA**

POSICIONAMENTO	MATERIAL DE CONSUMO
Decúbito Dorsal Proclive	Luvas cirúrgicas esterilizadas Batas cirúrgicas (x3) Campo cirúrgico de mesa Campo cirúrgico com orifício 150x175 Campo de mesa de Mayo Compressas esterilizadas 10 x 10 (x3) Tubo de aspiração Soro de lavagem Seringa de 5cc e de 20cc Agulha sub cutânea e de diluição Lâmina nº 15 Punho de canivete eléctrico Algodão Codman (x2) Neo-sinefrina Lidocaína a 1% com adrenalina Abocatt CHI8 (opcional) Tamponamento nasal Terricil pomada oftálmica
PREFERÊNCIA DE ENTUBAÇÃO	
TET colocado na comissura labial esquerda	
INSTRUMENTAL	
Caixa de Septoplastia	
MATERIAL INDIVIDUAL	EQUIPAMENTO ACESSÓRIO
Punhos de microscópio Colorado (opcional) Pinça Bipolar em baioneta (opcional) Cabo bipolar	Consola de electrocoagulação + eléctrodo neutro Microscópio com Lente 300mm OU Espelho de luz frontal
SUTURAS	
Vicryl 3/0 com agulha cilíndrica	

**Observações:** Poderão existir pequenas alterações de acordo com o cirurgião e particularidades do doente; Diluição infiltração: 1F Adrenalina + 3ml Água destilada → retirar 1ml e adicionar 20ml Lidocaína 2% sem adrenalina

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### PROTOCOLO CIRÚRGICO

#### Cirurgia: RINOSEPTOPLASTIA

POSICIONAMENTO	MATERIAL DE CONSUMO
Decúbito Dorsal Proclive	Luvas cirúrgicas esterilizadas Batas cirúrgicas (x3) Campo cirúrgico de mesa Campo cirúrgico com orifício 150x175 Campo de mesa de Mayo Compressas esterilizadas 10 x 10 Tubo de aspiração Soro de lavagem Seringa de 5cc e de 20cc Agulha sub cutânea e de diluição Lidocaína a 2% sem adrenalina Caneta dermatográfica ponta fina Lâmina nº15 Algodão Codman (x2) Adrenalina (lâmpola) Punho de canivete eléctrico Gase gorda Tamponamento nasal Terricil pomada oftálmica Gesso + Taça inox com água quente + Tesoura Mayo
PREFERÊNCIA DE ENTUBAÇÃO	
TET aramado colocado a meio do lábio inferior	
INSTRUMENTAL	
Caixa de Septoplastia Pacote de rinoseptos (x2)	
MATERIAL INDIVIDUAL	EQUIPAMENTO ACESSÓRIO
Colorado (opcional) Pinça Bipolar em baioneta (opcional) Cabo bipolar	Consola de electrocoagulação + eléctrodo neutro Espelho de luz frontal
SUTURAS	
Vicryl 4/0 com agulha cilíndrica Nylon 4/0	

Observações: Poderão existir pequenas alterações de acordo com o cirurgião e particularidades do doente; Diluição infiltração: 1F Adrenalina + 3ml Água destilada → retirar 1ml e adicionar 20ml Lidocaína 2% sem adrenalina

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### PROTOCOLO CIRÚRGICO

Cirurgia: **SINUSECTOMIA / CIRURGIA ENDOSCÓPICA ENDONASAL**

POSICIONAMENTO	MATERIAL DE CONSUMO
Decúbito Dorsal Proclive	Luvas cirúrgicas esterilizadas Batas cirúrgicas (x3) Campo cirúrgico de mesa Campo cirúrgico com orifício 150x175 Campo de mesa de Mayo Compressas esterilizadas 10 x 10 Tubo de aspiração Soro de lavagem Seringa de 5cc e de 20cc Agulha sub cutânea e de diluição Lidocaína a 1% com adrenalina Algodão Codman (x2) Neo-sinefrina Lâmina nº15 Punho de canivete eléctrico Abocatt CHI8 (opcional) Tamponamento nasal Terricil pomada oftálmica
PREFERÊNCIA DE ENTUBAÇÃO	
TET colocado na comissura labial esquerda	
INSTRUMENTAL	
Caixa de Sinusite	
MATERIAL INDIVIDUAL	EQUIPAMENTO ACESSÓRIO
Colorado (opcional) Pinça Bipolar em baioneta (opcional) Cabo bipolar Cabo luz fria Câmara Endoscópios (0° e 30°)	Consola de electrocoagulação + eléctrodo neutro Trolley de imagem
SUTURAS	
Vicryl 3/0 com agulha cilíndrica	

Observações: Poderão existir pequenas alterações de acordo com o cirurgião e particularidades do doente

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### PROTOCOLO CIRÚRGICO

Cirurgia: CALDWELL LUC

POSICIONAMENTO	MATERIAL DE CONSUMO
Decúbito Dorsal Proclive	Luvas cirúrgicas esterilizadas Batas cirúrgicas (x3) Campo cirúrgico de mesa Campo cirúrgico com orifício 150x175 Campo de mesa de Mayo Compressas esterilizadas 10 x 10 (x2)
PREFERÊNCIA DE ENTUBAÇÃO	
TET colocado na comissura labial esquerda	Tubo de aspiração Soro de lavagem Seringa de 20cc Lâmina nº15 Zaragatoa (opcional)
INSTRUMENTAL	
Caixa de Caldwell Luc	
MATERIAL INDIVIDUAL	EQUIPAMENTO ACESSÓRIO
Pinça Bipolar + Cabo(opcional) Peça de mão angulada Brocas (x2) Micromotor + Cabo	Consola de electrocoagulação + eléctrodo neutro Microscópio com Lente 300mm OU Espelho de luz frontal
SUTURAS	
Vicryl 2/0 com agulha cilíndrica	

Observações: Poderão existir pequenas alterações de acordo com o cirurgião e particularidades do doente

**ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA**

## PROTOCOLO CIRÚRGICO

Cirurgia: **BIOPSIA DO CAVUM**

<b>POSICIONAMENTO</b>	<b>MATERIAL DE CONSUMO</b>
Decúbito Dorsal Proclive	Luvas cirúrgicas esterilizadas Batas cirúrgicas (x3) Campo cirúrgico de mesa Campo cirúrgico com orifício 150x175 Campo de mesa de Mayo Compressas esterilizadas 10 x 10 (x2)
<b>PREFERÊNCIA DE ENTUBAÇÃO</b>	
TET colocado na comissura labial esquerda	Tubo de aspiração Soro de lavagem Seringa de 20cc Sondas de aspiração CH10 ou CH12 (x2)
<b>INSTRUMENTAL</b>	
Caixa de Biopsia	
<b>MATERIAL INDIVIDUAL</b>	<b>EQUIPAMENTO ACESSÓRIO</b>
Endoscópio 0° e 30° (do nariz) Cabo luz fria Câmara Pinça Bipolar + Cabo(opcional)	Consola de electrocoagulação + eléctrodo neutro Microscópio com Lente 300mm OU Espelho de luz frontal
<b>SUTURAS</b>	

Observações: Poderão existir pequenas alterações de acordo com o cirurgião e particularidades do doente

**ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA**

## PROTOCOLO CIRÚRGICO

Cirurgia: **MIRINGOTOMIA COM COLOCAÇÃO DE TUBOS TRANSTIMPÂNICOS**

<b>POSICIONAMENTO</b>	<b>MATERIAL DE CONSUMO</b>
Decúbito Dorsal com lateralização de cabeça	Luvas cirúrgicas esterilizadas
<b>PREFERÊNCIA DE ENTUBAÇÃO</b>	Batas cirúrgicas (x3)
Sem preferência	Campo cirúrgico de mesa
<b>INSTRUMENTAL</b>	Campo cirúrgico com orifício 150x175
Caixa de Tubos de Shepard	Campo cirúrgico de ouvido
	Campo de mesa de Mayo
	Compressas esterilizadas 10 x 10
	Tubo de aspiração silastic
	Soro de lavagem
	Seringa de 20cc
	Tubos de Shepard (x2)
	Dexaval (opcional)
<b>MATERIAL INDIVIDUAL</b>	<b>EQUIPAMENTO ACESSÓRIO</b>
Punhos de microscópio	Microscópio com Lente 200mm
<b>SUTURAS</b>	

Observações: Poderão existir pequenas alterações de acordo com o cirurgião e particularidades do doente

**ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA**

## PROTOCOLO CIRÚRGICO

Cirurgia: **EXOSTOSE**

POSICIONAMENTO	MATERIAL DE CONSUMO
Decúbito Dorsal com lateralização da cabeça Proclive	Luvas cirúrgicas esterilizadas Batas cirúrgicas (x3) Touca de roupa disposable universal
PREFERÊNCIA DE ENTUBAÇÃO	Campo de mesa de Mayo (x3) Campo pequeno de ouvido
Sem preferência	Compressas esterilizadas 10 x 10 (x4) Tubo de aspiração silastic
INSTRUMENTAL	Soro de lavagem Lâmina nº15 e nº24 (opcional) Seringa de 5cc e 20cc Agulha sub cutânea e de diluição Lidocaína 1% com Adrenalina Spongostan Folha de sylastic Algodão esterilizado Punho de canivete eléctrico Capa de microscópio Merocel (PopEarWick) Gaze gorda 10x10 individual (opcional) Contenção para penso de ouvido OU Ligadura elástica esterilizada
MATERIAL INDIVIDUAL	EQUIPAMENTO ACESSÓRIO
Punhos de microscópio Cabo de Micromotor Peça de mão angulada	Consola de electrocoagulação + eléctrodo neutro Microscópio com Lente 200mm / 250mm Micromotor
SUTURAS	
Seda lanceolada 2/0 ou 3/0 Vicryl 2/0 ou 3/0 Nylon / Agrafos	

**Observações:** Antes de colocar a capa do microscópio, verificar se a ocular do ajudante está na posição correcta; Poderão existir pequenas alterações de acordo com o cirurgião e particularidades do doente

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### PROTOCOLO CIRÚRGICO

Cirurgia: TIMPANOPLASTIA

POSICIONAMENTO	MATERIAL DE CONSUMO
Decúbito Dorsal com lateralização da cabeça Proclive	Luvas cirúrgicas esterilizadas Batas cirúrgicas (x3)
PREFERÊNCIA DE ENTUBAÇÃO	Trouxa de roupa disposable universal Campo cirúrgico de ouvido Campo de Mesa de Mayo (x3) Compressas esterilizadas 10 x 10 (x5)
Sem preferência	Tubo de aspiração silastic Soro de lavagem Lâmina nº11, nº15 e nº24 Seringa de 5cc e 20cc Agulha sub cutânea e de diluição Lidocaína 1% com Adrenalina Spongostan Fita de nastro (opcional) Folha de sylastic Algodão esterilizado Punho de canivete eléctrico Capa de microscópio Gaze gorda 10x10 individual (opcional) Merocel (PopEarWick) Contenção para penso de ouvido OU Ligadura elástica esterilizada
INSTRUMENTAL	
Caixa de timpanoplastia	

MATERIAL INDIVIDUAL	EQUIPAMENTO ACESSÓRIO
Pinça Bipolar grossa Cabo bipolar Punhos de microscópio Punhos de Pantoff Cabo de micromotor Peça de mão angulada	Consola de electrocoagulação + eléctrodo neutro Microscópio com Lente 200mm / 250mm Micromotor
SUTURAS	
Seda lanceolada 2/0 ou 3/0 Vicryl 2/0 ou 3/0 Nylon / Agrafos	

Observações:

- # Antes de colocar a capa do microscópio, verificar se a ocular do ajudante está na posição correcta
- # Poderão existir pequenas alterações de acordo com o cirurgião e particularidades do doente
- # Pode ser necessário material de algaliação

**ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA**

## PROTOCOLO CIRÚRGICO

Cirurgia: **ESTAPEDECTOMIA**

POSICIONAMENTO	MATERIAL DE CONSUMO
Decúbito Dorsal com lateralização da cabeça Proclive	Luvas cirúrgicas esterilizadas Batas cirúrgicas (x3) Touca de roupa disposable universal Campo cirúrgico de ouvido Campo de Mesa de Mayo (x3) Compressas esterilizadas 10 x 10 (x2) Tubo de aspiração silastic Soro de lavagem Lâmina nº11, nº15 e nº24 Seringa de 5cc e 20cc Agulha sub cutânea e de diluição Lidocaína 1% com Adrenalina Spongostan Fita de nastro (opcional) Folha de sylastic Algodão esterilizado Capa de microscópio Piston Adrenalina (1 ampola) Meroceel (PopEarWick) Gaze gorda 10x10 individual (opcional) Contenção para penso de ouvido OU Ligadura elástica esterilizada
PREFERÊNCIA DE ENTUBAÇÃO	
Sem preferência	
INSTRUMENTAL	
Caixa de otosclerose Fixador de espéculo auricular	
MATERIAL INDIVIDUAL	EQUIPAMENTO ACESSÓRIO
Punhos de microscópio Cabo de micromotor (opcional) Peça de mão angulada (opcional)	Microscópio com Lente 200mm / 250mm Micromotor (opcional)
SUTURAS	
-	

**Observações:** Antes de colocar a capa do microscópio, verificar se a ocular do ajudante está na posição correcta; Poderão existir pequenas alterações de acordo com o cirurgião e particularidades do doente

**ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA**

## PROTOCOLO CIRÚRGICO

Cirurgia: **MASTOIDECTOMIA**

<b>POSICIONAMENTO</b>	<b>MATERIAL DE CONSUMO</b>
Decúbito Dorsal com lateralização da cabeça Proclive	Luvas cirúrgicas esterilizadas Batas cirúrgicas (x3) Touca de roupa disposable universal Campo cirúrgico de ouvido Campo de mesa de Mayo (x3)
<b>PREFERÊNCIA DE ENTUBAÇÃO</b>	Campo cirúrgico de ouvido Compressas esterilizadas 10 x 10 (x10) Compressas esterilizadas 40 x 50 (x1)
Sem preferência	Tubo de aspiração silastic Soro de lavagem Lâmina nº11, nº15 e nº24 Seringa de 5cc (x1) e 20cc (x3) Agulha sub cutânea e de diluição Lidocaína 1% com Adrenalina Spongostan Fita de nastro esterilizada Folha de sylastic Algodão esterilizado Capa esterilizada de microscópio Punho de canivete eléctrico Merocel (PopEarWick) Gaze gorda 10x10 individual (opcional) Contenção para penso de ouvido OU Ligadura elástica esterilizada
<b>INSTRUMENTAL</b>	
Caixa de timpanoplastia	
<b>MATERIAL INDIVIDUAL</b>	<b>EQUIPAMENTO ACESSÓRIO</b>
Pinça Bipolar grossa +Cabo Punhos de microscópio Punhos de Pantoff Cabo de micromotor Peça de mão angular	Consola de electrocoagulação + eléctrodo neutro Microscópio com Lente 200mm / 250mm Micromotor



<b>SUTURAS</b>	
Seda lanceolada 2/0 ou 3/0 Vicryl 2/0 ou 3/0 Nylon / Agrafos	

Observações: # Antes de colocar a capa do microscópio, verificar se a ocular do ajudante está na posição correcta; # Poderão existir pequenas alterações de acordo com o cirurgião e particularidades do doente; # Pode ser necessário material de algaliação

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### PROTOCOLO CIRÚRGICO

Cirurgia: **MICROLARINGOSCOPIA SEM LAZER**

POSICIONAMENTO	MATERIAL DE CONSUMO
Decúbito Dorsal Proclive	Luvas cirúrgicas esterilizadas Batas cirúrgicas (x3) Campo cirúrgico de mesa Campo cirúrgico com orifício 150x175 Campo de mesa de Mayo Compressas esterilizadas 10 x 10 (x1) Compressas esterilizadas 40 x 50 (x1) Tubo de aspiração Soro de lavagem Algodão Codman (x2) Azul de Metileno (opcional) Líquido desembaciador
PREFERÊNCIA DE ENTUBAÇÃO	
TET de micro (MLT)	
INSTRUMENTAL	
Caixa de Microlaringoscopia de Biopsia	
MATERIAL INDIVIDUAL	EQUIPAMENTO ACESSÓRIO
Cabo comprido de coagulação Punhos de microscópio Endoscópio (0°, 30°, 70° e de contacto) Cabo luz fria Câmara	Consola de electrocoagulação + eléctrodo neutro Microscópio com Lente 400mm Trolley imagem
SUTURAS	

Observações: Poderão existir pequenas alterações de acordo com o cirurgião e particularidades do doente

**ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA**

## PROTOCOLO CIRÚRGICO

**Cirurgia: MICROLARINGOSCOPIA COM LAZER**

<b>POSICIONAMENTO</b>	<b>MATERIAL DE CONSUMO</b>
Decúbito Dorsal Proclive	Luvas cirúrgicas esterilizadas Batas cirúrgicas (x3) Campo cirúrgico de mesa Campo cirúrgico com orifício 150x175 Campo de mesa de Mayo Compressas esterilizadas 10 x 10 (x2) Compressas esterilizadas 40 x 50 (x2) Algodão Codman (x2) Agulha EV + SC + IM (opcional) Tubo de aspiração (x2) Soro de lavagem Spongostan (opcional) Azul de Metileno (opcional) Liquido desembaciador
<b>PREFERÊNCIA DE ENTUBAÇÃO</b>	
TET de Lazer + Fio condutor + Seringa 20ml com SF	
<b>INSTRUMENTAL</b>	
Caixa de Microlaringoscopia lazer	
<b>MATERIAL INDIVIDUAL</b>	<b>EQUIPAMENTO ACESSÓRIO</b>
Cabo comprido de coagulação Punhos de microscópio Endoscópio (0°, 30°, 70° e de contacto) Cabo luz fria Câmara	Consola de electrocoagulação + eléctrodo neutro Microscópio com Lente 400mm Consola de Lazer + peça de lazer Trolley imagem Óculos de protecção
<b>SUTURAS</b>	

Observações: Poderão existir pequenas alterações de acordo com o cirurgião e particularidades do doente

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### PROTOCOLO CIRÚRGICO

#### Cirurgia: TIROIDECTOMIA

POSICIONAMENTO	MATERIAL DE CONSUMO
Decúbito Dorsal Proclive com rolo sob os ombros	Luvas cirúrgicas esterilizadas Batas cirúrgicas reforçadas (x4)
PREFERÊNCIA DE ENTUBAÇÃO	Trouxa de roupa disposable universal
TET aramado (opcional)	Campo cirúrgico com orifício 150x175 Compressas esterilizadas 10 x 10 (x5) Compressas esterilizadas 40 x 50 (x2)
INSTRUMENTAL	Tubo de aspiração Soro de lavagem Lâmina nº15 e nº24 (x2 cada) Seringa de 20cc Caneta dermatográfica Punho de canivete eléctrico Ponta de electrocoagulação monopolar extra Capa microscópio Ruberdain (x2) Steri-strip (x2) Ligadura elástica esterilizada Material algaliação (opcional)
MATERIAL INDIVIDUAL	EQUIPAMENTO ACESSÓRIO
Pinça Bipolar grossa + fina + Cabo Punhos microscópio Punhos de Pantoff	Consola de electrocoagulação + eléctrodo neutro Microscópio com Lente 300mm



SUTURAS
Seda nº2 (x10) Seda nº1 (x3) Seda nº1 lanceolada (x2) Seda nº1 cilíndrica (x1) Vicryl 3/0 cilíndrico (x2) Nylon / Agrafos

Observações:

# Poderão existir pequenas alterações de acordo com o cirurgião e particularidades do doente

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### PROTOCOLO CIRÚRGICO

Cirurgia: **LARINGECTOMIA**

POSICIONAMENTO	MATERIAL DE CONSUMO
Decúbito Dorsal com rolo sob os ombros Proclive	Luvas cirúrgicas esterilizadas Batas cirúrgicas reforçadas (x4) Touca de roupa disposable universal Campo cirúrgico com orifício 150x175 Compressas esterilizadas 10 x 10 (x10) Compressas esterilizadas 40 x 50 (x2) Tubo de aspiração Soro de lavagem aquecido Seringa de 20cc Lâmina nº15 e nº24 (x2) Caneta dermatográfica Punho de canivete eléctrico Ponta de electrocoagulação monopolar extra Prótese fonatória Provox TET de laringectomia Drenos aspirativos (x2) Cânulas de traqueostomia Traqueia de TET esterilizada Ligadura elástica esterilizada Material algáliação Material para colocação SNG
PREFERÊNCIA DE ENTUBAÇÃO	
Sem preferência	
INSTRUMENTAL	
Caixa de laringectomia Instrumental para Prótese fonatória	
MATERIAL INDIVIDUAL	EQUIPAMENTO ACESSÓRIO
Pinça Bipolar grossa (x2) + Cabo Punhos de Pantoff	Consola de electrocoagulação + eléctrodo neutro



SUTURAS
Seda nº2 (x10) Seda nº1 (x4) Seda nº0 (x2) Seda nº1 lanceolada (x4) Seda nº1 cilíndrica (x4) Seda 2/0 lanceolada (x2) Vicryl 3/0 cilíndrico (x4) Nylon / Agrafos

Observações:

# Poderão existir pequenas alterações de acordo com o cirurgião e particularidades do doente

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### PROTOCOLO CIRÚRGICO

#### Cirurgia: TRAQUEOTOMIA

POSICIONAMENTO	MATERIAL DE CONSUMO
Decúbito Dorsal com rolo sob os ombros Proclive	Luvas cirúrgicas esterilizadas Batas cirúrgicas (x3)
PREFERÊNCIA DE ENTUBAÇÃO	Trouxa de roupa disposable universal Campo cirúrgico com orifício 150x175 Compressas esterilizadas 10 x 10 (x4) Tubo de aspiração
Sem preferência	Soro de lavagem aquecido Seringa de 20cc Lâmina nº15 e nº24 Punho de canivete eléctrico Cânulas de traqueostomia nº8 e nº10 Traqueia de TET esterilizada Penso de traquetomia Fita de penso de traqueotomia
INSTRUMENTAL	
Caixa de traquetomia	
MATERIAL INDIVIDUAL	EQUIPAMENTO ACESSÓRIO
Pinça Bipolar grossa + Cabo Punhos de Pantoff	Consola de electrocoagulação + eléctrodo neutro
SUTURAS	
Seda nº1 cilíndrica (x2) Vicryl 3/0 cilíndrico (x2)	

Observações: Poderão existir pequenas alterações de acordo com o cirurgião e particularidades do doente

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### PROTOCOLO CIRÚRGICO

#### Cirurgia: BRAQUITERAPIA

POSICIONAMENTO	MATERIAL DE CONSUMO
Decúbito Dorsal	Luvas cirúrgicas esterilizadas
<b>PREFERÊNCIA DE ENTUBAÇÃO</b>	Batas cirúrgicas (x3)
TET nasotraqueal	Campo cirúrgico de mesa
<b>INSTRUMENTAL</b>	Campo cirúrgico com orifício 150x175
Caixa de Amigdalectomia	Campo de mesa de Mayo
Abre bocas de adenóides	Compressas esterilizadas 10 x 10 (x2)
Pinça de desinfecção	Soro de lavagem
Taça inox (x3)	Lâmina nº11 e nº15
Material específico:	Caneta dermatográfica
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Molde de orifícios</li> <li>• Molde branco triangular com orifícios</li> <li>• Molde branco com números</li> <li>• Agulhas com mandril metálico</li> <li>• Peça metálica comprida</li> </ul>	Azul de metileno
MATERIAL INDIVIDUAL	EQUIPAMENTO ACESSÓRIO
Pinça Bipolar grossa + Cabo (opcional)	Consola de electrocoagulação + eléctrodo neutro
Punhos de Pantoff	
<b>SUTURAS</b>	
Seda nº2/0 lanceolada (x3)	



Observações: Poderão existir pequenas alterações de acordo com o cirurgião e particularidades do doente



## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

# CAPÍTULO IV INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

---

DEPARTAMENTO DE

OTORRINOLARINGOLOGIA, VOZ E PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO



## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

Caixa: AMIGDALECTOMIA E ADENOIDECTOMIA

INSTRUMENTAL INDIVIDUAL	INSTRUMENTAL EM GANCHO
<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 Cabo de canivete n° 7</li><li>• 1 Abre-bocas</li><li>• 4 Lâminas</li><li>• 2 Cânulas de aspiração em chuveiro (grande + pequena)</li><li>• 2 Colheres de Beckman</li><li>• 1 Pinça baioneta grande</li><li>• 1 Descolador</li><li>• 1 Abaixa línguas</li><li>• 1 Taça média</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 Pinça de preensão</li><li>• 2 Pinças hemostáticas compridas</li><li>• 1 Porta agulhas</li><li>• 1 Tesoura de dissecação</li><li>• 1 Pinça de roupa</li></ul>

Observações: Existem 9 caixas

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

#### Caixa: SEPTOPLASTIA

INSTRUMENTAL INDIVIDUAL	INSTRUMENTAL EM GANCHO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Cabo de canivete n° 3</li> <li>• 1 Pinça de dentes de rato</li> <li>• 1 Pinça Adson com dentes</li> <li>• 1 Pinça de dissecação</li> <li>• 1 Pinça baioneta</li> <li>• 2 Descoladores</li> <li>• 1 Mackenty</li> <li>• 1 Faca Wullstein grande</li> <li>• 1 Gancho duplo diferente</li> <li>• 1 Retractor de columela</li> <li>• 1 Cureta</li> <li>• 1 Martelo</li> <li>• 1 Osteotomo grande</li> <li>• 1 Escopro goivo</li> <li>• 2 Escopros rectos   Abaixa língua</li> <li>• 1 Levantador de lábio</li> <li>• 2 Ansas</li> <li>• 3 Cânulas de aspiração metálicas</li> <li>• 2 Aspiradores descoladores de adulto</li> <li>• 1 desentupidor de cânulas</li> <li>• 5 Espéculos nasais</li> <li>• 2 Taças (grande + média)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Afastador de Palmer</li> <li>• 2 Pinças de Etmóide recta</li> <li>• 2 Pinças de Etmóide curva</li> <li>• 2 Pinças de Luc                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1 Pinça Retrógrada</li> </ul> </li> <li>• 1 Pinça de pensos nasais</li> <li>• 1 Tesoura de cornetos</li> <li>• 1 Tesoura de fios</li> <li>• 1 Tesoura angulada grande recta</li> <li>• 1 Tesoura angulada grande esquerda</li> <li>• 1 Tesoura angulada grande direita</li> <li>• 1 Tesoura de dissecação curva</li> <li>• 1 Tesoura de dissecação curva pequena</li> <li>• 1 Porta agulhas</li> <li>• 2 Pinças de roupa</li> </ul>

#### Observações:

# Existem 2 caixas

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

Caixa: **RINOSEPTOPLASTIA**

#### INSTRUMENTAL INDIVIDUAL

- 2 Limas rectas
- 1 Limas esq.
- 2 Serras dt / esq.
- 3 Osteotomos laterais
- 2 Osteotomos de ponta romba
- 1 Escopro
- 1 Pinça goiva
- 1 Pinça de biopsia
- 1 Afastador

#### INSTRUMENTAL INDIVIDUAL

- 1 Lima direita
- 1 Lima dupla
- 1 Lima delicada
- 2 Escopros
- 3 Osteotomos laterais
- 1 Tesoura de bicos finos angulada
- 1 Tesoura de serrilha curva

#### INSTRUMENTAL INDIVIDUAL

- Pinça de cornetos
- Levantador
- Mosquito medição

Observações: Existem 3 caixas

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

Caixa: **SINUSECTOMIA**

INSTRUMENTAL INDIVIDUAL	INSTRUMENTAL EM GANCHO		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Cabo de canivete n° 3</li> <li>• 1 Abaixa língua</li> <li>• 1 Pinça baioneta</li> <li>• 1 Pinça Adson com dentes</li> <li>• 1 Pinça de dissecação com dentes</li> <li>• 1 Pinça de dissecação</li> <li>• 1 Makenty</li> <li>• 2 Descoladores</li> <li>• 2 Curetas</li> <li>• 1 Faca de Wullstein grande</li> <li>• 1 Osteótomo</li> <li>• 1 Martelo</li> <li>• 2 Escopro</li> <li>• 2 Ansas</li> <li>• 5 Espéculo nasal</li> <li>• 1 Cânula de aspiração descolador de adulto</li> <li>• 1 Cânula de aspiração descolador pediátrica</li> <li>• 2 Cânulas de aspiração metálicas</li> <li>• 2 Cânulas de aspiração de seio maxilar</li> <li>• 2 Taças (média, pequena)</li> <li>•</li> </ul>	<table border="1" data-bbox="804 958 1423 1064"> <thead> <tr> <th data-bbox="804 958 1423 1064">INSTRUMENTAL EM GANCHO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="804 1070 1423 1630"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Pinça hemostática recta</li> <li>• 2 Tesoura de dissecação curva</li> <li>• 1 Tesoura de fios</li> <li>• 1 Tesoura angulada grande recta</li> <li>• 1 Tesoura angulada grande esquerda</li> <li>• 1 Tesoura angulada grande direita</li> <li>• 1 Porta agulhas</li> <li>• 2 Pinças de roupa</li> <li>• 2 Pinças de etmóide rectas + 1 com cânula de aspiração</li> <li>• 2 Pinças de etmóide curvas + 1 com cânula de aspiração</li> <li>• 2 Pinças de Luc (grande + pequena)</li> <li>• 1 Pinça retrógrada para a esquerda</li> <li>• 1 Pinça retrógrada para a direita</li> <li>• 1 Pinça retrógrada para cima</li> <li>• 2 Pinças de biópsia</li> <li>• 1 Pinça de pensos nasais</li> <li>• 1 Tesoura de cornetos recta</li> <li>• 1 Tesoura de cornetos para a esquerda</li> <li>• 1 Tesoura de cornetos para a direita</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	INSTRUMENTAL EM GANCHO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Pinça hemostática recta</li> <li>• 2 Tesoura de dissecação curva</li> <li>• 1 Tesoura de fios</li> <li>• 1 Tesoura angulada grande recta</li> <li>• 1 Tesoura angulada grande esquerda</li> <li>• 1 Tesoura angulada grande direita</li> <li>• 1 Porta agulhas</li> <li>• 2 Pinças de roupa</li> <li>• 2 Pinças de etmóide rectas + 1 com cânula de aspiração</li> <li>• 2 Pinças de etmóide curvas + 1 com cânula de aspiração</li> <li>• 2 Pinças de Luc (grande + pequena)</li> <li>• 1 Pinça retrógrada para a esquerda</li> <li>• 1 Pinça retrógrada para a direita</li> <li>• 1 Pinça retrógrada para cima</li> <li>• 2 Pinças de biópsia</li> <li>• 1 Pinça de pensos nasais</li> <li>• 1 Tesoura de cornetos recta</li> <li>• 1 Tesoura de cornetos para a esquerda</li> <li>• 1 Tesoura de cornetos para a direita</li> </ul>
INSTRUMENTAL EM GANCHO			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Pinça hemostática recta</li> <li>• 2 Tesoura de dissecação curva</li> <li>• 1 Tesoura de fios</li> <li>• 1 Tesoura angulada grande recta</li> <li>• 1 Tesoura angulada grande esquerda</li> <li>• 1 Tesoura angulada grande direita</li> <li>• 1 Porta agulhas</li> <li>• 2 Pinças de roupa</li> <li>• 2 Pinças de etmóide rectas + 1 com cânula de aspiração</li> <li>• 2 Pinças de etmóide curvas + 1 com cânula de aspiração</li> <li>• 2 Pinças de Luc (grande + pequena)</li> <li>• 1 Pinça retrógrada para a esquerda</li> <li>• 1 Pinça retrógrada para a direita</li> <li>• 1 Pinça retrógrada para cima</li> <li>• 2 Pinças de biópsia</li> <li>• 1 Pinça de pensos nasais</li> <li>• 1 Tesoura de cornetos recta</li> <li>• 1 Tesoura de cornetos para a esquerda</li> <li>• 1 Tesoura de cornetos para a direita</li> </ul>			

Observações: Existe 1 caixa

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

Caixa: **BIOPSIA**

INSTRUMENTAL INDIVIDUAL	INSTRUMENTAL EM GANCHO
<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 Pinça baioneta</li><li>• 1 Pinça de etmóide recta</li><li>• 1 Pinça de pensos nasais</li><li>• 2 Pinças de biopsia (grande + pequena)</li><li>• 1 Pinça de biopsia com adaptação de endoscópio</li><li>• 1 Abre bocas com lâmina grande</li><li>• 1 Abaixa línguas</li><li>• 3 Espéculos nasais</li><li>• 1 Cânula de aspiração em chuveiro</li><li>• 2 Cânulas de aspiração grossas</li><li>• 1 Taça média</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 Pinça hemostática curva grande</li><li>• 1 Passa fios</li><li>• 1 Tesoura de dissecação</li><li>• 2 Pinças de roupa</li></ul>

Observações: Existe 1 caixa

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

Caixa: **CALDWELL-LUC / POLIPOSE**

INSTRUMENTAL INDIVIDUAL	INSTRUMENTAL EM GANCHO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Cabo de canivete n° 3</li> <li>• 1 Pinça baioneta</li> <li>• 1 Pinça de dissecação</li> <li>• 1 Pinça de dissecação com dentes</li> <li>• 1 Pinça Adson com dentes</li> <li>• 1 Pinça de Kerrison</li> <li>• 1 Pinça de Hajec-kofler</li> <li>• 1 Abaixa línguas</li> <li>• 1 Afastador de lábios</li> <li>• 2 Descoladores</li> <li>• 1 Lima</li> <li>• 2 Curetas</li> <li>• 1 Makenty</li> <li>• 1 Faca Wullstein grande</li> <li>• 1 Rugina</li> <li>• 1 Martelo</li> <li>• 2 Escopros</li> <li>• 2 Polipótomos</li> <li>• 2 Afastadores de farabeuf</li> <li>• 2 Cânulas de aspiração metálicas</li> <li>• 1 Aspirador descolador</li> <li>• 4 Espéculos nasais</li> <li>• 2 Taças (grande + média)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Afastador de Palmer</li> <li>• 1 Pinça de Etmóide recta</li> <li>• 1 Pinça de Etmóide angulada a 90°</li> <li>• 2 Pinças de Luc</li> <li>• 1 Pinça de pensos nasais</li> <li>• 1 Pinça bico de pato</li> <li>• 1 Tesoura de dissecação</li> <li>• 1 Tesoura de fios</li> <li>• 1 Tesoura angulada</li> <li>• 1 Porta agulhas</li> <li>• 2 Pinças de roupa</li> </ul>

Observações: Existe 1 caixa

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

Caixa: **OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ**

INSTRUMENTAL INDIVIDUAL	INSTRUMENTAL EM GANCHO
<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 Cabo de canivete nº 3</li><li>• 1 Pinça de dissecação</li><li>• 1 Pinça de dentes de rato</li><li>• 1 Abaixa línguas</li><li>• 1 Alferich</li><li>• 1 Pinça de Asch</li><li>• 1 Pinça de Walsham</li><li>• 1 Pinça de pensos nasais</li><li>• 3 Espéculos nasais</li><li>• 3 Cânulas de aspiração grossas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 Pinça hemostática</li><li>• 1 Pinças de Kocher</li><li>• 1 Tesoura recta</li><li>• 1 Tesoura de dissecação curva</li><li>• 1 Porta agulhas</li><li>• 1 Pinça de roupa</li></ul>

Observações: Existe 1 caixa

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

Caixa: **MIRINGOTOMIA (TUBOS SHEPARD)**

INSTRUMENTAL INDIVIDUAL	INSTRUMENTAL DE MICROCIRURGIA
<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 Pinça baioneta pequena</li><li>• 3 Espéculos auriculares</li><li>• 1 Racord</li><li>• 1 conjunto de cânulas de aspiração finas</li><li>• 1 Tesoura</li><li>• 1 Pinça de desinfecção pequena</li><li>• 1 Pinça de roupa pequena</li><li>• 1 taça inox pequena</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2 Picos</li><li>• 1 Faca de Wullstein</li><li>• 2 Facas de paracentese</li><li>• 1 Micro pinça goiva</li><li>• 1 Micro pinça</li><li>• 1 Gancho grande</li><li>• 1 Micro gancho</li></ul>

Observações: Existem 4 caixas

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

Caixa: **OTOSCLEROSE**

INSTRUMENTAL INDIVIDUAL	INSTRUMENTAL DE MICROCIRURGIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Cabos de canivete nº3</li> <li>• 1 Pinça Adson com dentes</li> <li>• 1 Pinça Adson sem dentes</li> <li>• 1 Pinça baioneta</li> <li>• 1 Gancho de cerumen</li> <li>• 1 Mosquito curvo</li> <li>• 2 Tesoura pequena de bicos</li> <li>• 1 Tesoura de dissecação recta</li> <li>• 1 Tesoura de dissecação curva</li> <li>• 1 Conjunto de cânulas de aspiração</li> <li>• 2 Racords</li> <li>• 3 Brocas</li> <li>• 3 Espéculos auriculares</li> <li>• 1 Espéculo nasal</li> <li>• 1 Pinça de desinfecção</li> <li>• 1 Pinças de Roupa</li> <li>• 2 Taças pequenas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 Canivetes de conduto</li> <li>• 2 Descoladores</li> <li>• 2 Facas de Wullstein</li> <li>• 1 Perfurador</li> <li>• 1 Medidor</li> <li>• 4 Curetas duplas</li> <li>• 2 Desarticuladores</li> <li>• 5 Ganchos</li> <li>• 3 Picos</li> <li>• 1 Micro pinça</li> <li>• 1 Micro pinça goiva</li> <li>• 1 Micro tesoura</li> </ul>

Observações: Existem 2 caixas

**ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA**

## INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

Caixa: **TIMPANOPLASTIA**

INSTRUMENTAL INDIVIDUAL	INSTRUMENTAL EM GANCHO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Cabos de canivete nº3</li> <li>• 1 Cabo de canivete nº 4</li> <li>• 2 Pinças de dissecação</li> <li>• 2 Pinças de dentes de rato</li> <li>• 1 Pinça Adson</li> <li>• 1 Pinça Adson com dentes</li> <li>• 1 Pinça baioneta</li> <li>• 1 Sonda cânula</li> <li>• 1 Levantador de aponevrose</li> <li>• 2 Descoladores</li> <li>• 1 Descolador duplo</li> <li>• 2 Curetas</li> <li>• 1 Rugina</li> <li>• 1 Escopro</li> <li>• 1 Goiva</li> <li>• 1 Pinça Goiva</li> <li>• 1 Martelo</li> <li>• 1 Conjunto de brocas</li> <li>• 1 Tabuleiro pequeno</li> <li>• 1 Esmagador de cartilagem</li> <li>• 4 Espéculos auriculares</li> <li>• 1 Espéculo nasal</li> <li>• 2 Afastadores automáticos médios</li> <li>• 1 Afastador automático pequeno</li> <li>• 1 Conjunto de cânulas de aspiração</li> <li>• 2 Racords</li> <li>• 3 Cânulas de aspiração metálicas</li> <li>• 3 Taças (média, pequena e mini)</li> <li>• 1 Ebonite pequena</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Mosquitos curvos</li> <li>• 2 Mosquitos rectos</li> <li>• 1 Pinça de Allis</li> <li>• 2 Tesouras de dissecação curvas</li> <li>• 1 Tesoura de dissecação recta</li> <li>• 2 Porta agulhas</li> <li>• 1 Pinça de desinfecção</li> <li>• 2 Pinças de roupa</li> </ul> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>INSTRUMENTAL DE MICROCIRURGIA</b></p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 Curetas duplas</li> <li>• 2 Facas de Wullstein</li> <li>• 4 Ganchos</li> <li>• 3 Picos</li> <li>• 5 Canivetes de conduto</li> <li>• 2 Descoladores</li> <li>• 1 Sonda tenotomo</li> <li>• 1 Dissector duplo de Pick</li> <li>• 1 Perfurador</li> <li>• 1 Pinça em guilhotina</li> <li>• 1 Micro tesoura</li> <li>• 1 Micro pinça goiva</li> <li>• 1 Micro pinça</li> </ul>

Observações: Existem 2 caixas

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

Caixa: MICROLARINGOSCOPIA BIOPSIA

#### INSTRUMENTAL INDIVIDUAL

- 1 Micro tesoura recta
- 2 Micro tesoura angulada
- 1 Micro pinça goiva recta
- 1 Micro pinça goiva para esquerda
- 1 Micro pinça goiva para direita
- 1 Micro pinça Bouchayer para esquerda
- 1 Micro pinça Bouchayer para direita
- 1 Tesoura de Mayo
- 1 Clip
- 1 Laringoscópio
- 1 Suspensão
- 1 Adaptador de suspensão
- 2 Cânulas de aspiração (grossa + fina)
- 2 Pinças de roupa
- 2 Taças inox

Observações: Existe 1 caixa

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

Caixa: **MICROLARINGOSCOPIA LAZER**

#### INSTRUMENTAL INDIVIDUAL

- 1 Micro tesoura recta
- 2 Micro tesoura angulada
- 1 Micro pinça goiva recta
- 1 Micro pinça goiva para esquerda
- 1 Micro pinça goiva para direita
- 1 Micro pinça Bouchayer para esquerda
- 1 Micro pinça Bouchayer para direita
- 1 Tesoura de Mayo
- 1 Clip
- 1 Ponta de electrocoagulação
- 1 Ponta colorado
- 1 Ponta prensão lazer
- 1 Laringoscópio
- 1 Suspensão
- 1 Adaptador de suspensão
- 2 Cânulas de aspiração (grossa + fina)
- 1 Cânula de aspiração de lazer
- 1 Cânula aspiração espatulada
- 2 Pinças de roupa
- 3 Taças inox

Observações: Existe 1 caixa

DEPARTAMENTO DE

OTORRINOLARINGOLOGIA, VOZ E PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

Caixa: **PEQUENA CIRURGIA**

INSTRUMENTAL INDIVIDUAL	INSTRUMENTAL EM GANCHO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 cabo de canivete nº 3</li> <li>▪ 1 cabo de canivete nº 4</li> <li>▪ 2 pinças dentes de rato</li> <li>▪ 2 pinças de dissecação</li> <li>▪ 1 pinça de adson com dentes</li> <li>▪ 1 sonda cânula</li> <li>▪ 2 ganchos</li> <li>▪ 1 descolador</li> <li>▪ 1 espelho nasal pequeno</li> <li>▪ 2 afastadores farabeuf grandes</li> <li>▪ 2 afastadores farabeuf pequenos</li> <li>▪ 2 cânulas de aspiração metálicas</li> <li>▪ 2 taças (grande e pequena)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 mosquitos curvos</li> <li>• 2 mosquitos rectos</li> <li>• 4 Pinças hemostáticas curvas</li> <li>• 2 pinças hemostáticas rectas</li> <li>• 2 pinça de Kocher</li> <li>• 3 tesouras de dissecação (grande + pequena + recta)</li> <li>• 2 porta agulhas</li> <li>• 1 pinça de desinfecção</li> <li>• 2 pinças de roupa</li> </ul>

Observações: Existe 1 caixa

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

Caixa: **PLASTIA**

INSTRUMENTAL INDIVIDUAL	INSTRUMENTAL EM GANCHO		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Cabo de canivete nº 3</li> <li>• 2 Cabo de canivete nº 4</li> <li>• 4 Pinça de dissecação</li> <li>• 4 Pinça de dentes de rato</li> <li>• 1 Pinça Adson com dentes</li> <li>• 1 Pinça Adson sem dentes</li> <li>• 1 Descolador</li> <li>• 1 Afastador de gancho duplo pequeno</li> <li>• 1 Dilatador de traqueia</li> <li>• 1 Tesoura de Liston</li> <li>• 3 Cânulas de aspiração metálicas</li> <li>• 2 Afastadores Farabeuf grandes</li> <li>• 2 Afastadores Farabeuf pequenos</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th data-bbox="801 1061 1417 1149">INSTRUMENTAL EM GANCHO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="801 1158 1417 1527"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 Mosquitos curvos</li> <li>• 4 Mosquitos rectos</li> <li>• 6 Pinças hemostáticas</li> <li>• 4 Pinças hemostáticas curvas médias</li> <li>• 1 Passa fios</li> <li>• 2 Pinças de roupa</li> <li>• 2 Pinças hemostáticas rectas</li> <li>• 1 Pinça Allis</li> <li>• 2 Pinças de Kocher</li> <li>• 2 Tesouras de dissecação curvas</li> <li>• 1 Tesoura de dissecação recta</li> <li>• 4 Porta agulhas</li> <li>• 2 Pinças de desinfeção</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	INSTRUMENTAL EM GANCHO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 Mosquitos curvos</li> <li>• 4 Mosquitos rectos</li> <li>• 6 Pinças hemostáticas</li> <li>• 4 Pinças hemostáticas curvas médias</li> <li>• 1 Passa fios</li> <li>• 2 Pinças de roupa</li> <li>• 2 Pinças hemostáticas rectas</li> <li>• 1 Pinça Allis</li> <li>• 2 Pinças de Kocher</li> <li>• 2 Tesouras de dissecação curvas</li> <li>• 1 Tesoura de dissecação recta</li> <li>• 4 Porta agulhas</li> <li>• 2 Pinças de desinfeção</li> </ul>
INSTRUMENTAL EM GANCHO			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 Mosquitos curvos</li> <li>• 4 Mosquitos rectos</li> <li>• 6 Pinças hemostáticas</li> <li>• 4 Pinças hemostáticas curvas médias</li> <li>• 1 Passa fios</li> <li>• 2 Pinças de roupa</li> <li>• 2 Pinças hemostáticas rectas</li> <li>• 1 Pinça Allis</li> <li>• 2 Pinças de Kocher</li> <li>• 2 Tesouras de dissecação curvas</li> <li>• 1 Tesoura de dissecação recta</li> <li>• 4 Porta agulhas</li> <li>• 2 Pinças de desinfeção</li> </ul>			

Observações: Existe 1 caixa

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

Caixa: **TRAQUEOTOMIA**

INSTRUMENTAL INDIVIDUAL	INSTRUMENTAL EM GANCHO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Cabo de canivete nº3</li> <li>• 2 Cabo de canivete nº4</li> <li>• 2 Pinças de dissecação</li> <li>• 2 Pinças de dente de rato</li> <li>• 1 Dilatador de traqueia</li> <li>• 3 Cânulas de aspiração metálicas</li> <li>• 2 Afastadores Farabeuf grandes</li> <li>• 2 Afastadores Farabeuf pequenos</li> <li>• 2 Afastadores de Langenbeck</li> <li>• 2 Taças</li> <li>• 1 Ebonite pequena</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Mosquitos curvos</li> <li>• 2 Mosquitos rectos</li> <li>• 2 Pinças hemostáticas curvas fortes</li> <li>• 2 Pinças hemostáticas curvas médias</li> <li>• 2 Pinças hemostáticas rectas</li> <li>• 1 Pinça Allis</li> <li>• 2 Tesouras de dissecação curvas</li> <li>• 1 Tesoura de dissecação pequena</li> <li>• 1 Tesoura de fios</li> <li>• 2 Porta agulhas</li> <li>• 1 Pinça de desinfecção</li> <li>• 2 Pinças de roupa</li> </ul>

Observações: Existem 2 caixas (uma no carro de urgência)

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

Caixa: **TRAQUEOTOMIA PEDIÁTRICA**

INSTRUMENTAL INDIVIDUAL	INSTRUMENTAL EM GANCHO
<ul style="list-style-type: none"><li>• 2 Cabo de canivete nº3</li><li>• 2 Pinças de dissecação</li><li>• 2 Pinças Adson com dentes</li><li>• 2 Afastadores Farabeuf grandes</li><li>• 2 Afastadores Farabeuf pequenos</li><li>• 1 Espéculo nasal pediátrico</li><li>• 4 Cânulas de aspiração metálicas</li><li>• 1 Taça pequena</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 4 Mosquitos curvos</li><li>• 3 Mosquitos rectos</li><li>• 3 Tesouras de dissecação curvas</li><li>• 1 Tesoura angulada</li><li>• 1 Tesoura de fios</li><li>• 2 Porta agulhas</li><li>• 1 Pinça de desinfecção</li><li>• 4 Pinças de roupa</li></ul>

Observações: Existe 1 caixa

## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

Caixa: LARINGECTOMIA E CIRURGIA CERVICAL

INSTRUMENTAL INDIVIDUAL	INSTRUMENTAL EM GANCHO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Cabo de canivete nº 3</li> <li>• 2 Cabo de canivete nº 4</li> <li>• 2 Pinças Adson sem dentes</li> <li>• 1 Pinças Adson com dentes</li> <li>• 4 Pinça de dissecação</li> <li>• 4 Pinça de dissecação com dentes</li> <li>• 1 Sonda cânula</li> <li>• 1 Estilete</li> <li>• 1 Descolador</li> <li>• 1 Tesoura de Liston</li> <li>• 2 Afastadores Farabeuf grandes</li> <li>• 2 Afastadores Farabeuf pequenos</li> <li>• 2 Afastador de gancho duplo</li> <li>• 2 Afastador de Langenback</li> <li>• 3 Cânulas de aspiração metálicas</li> <li>• 3 Taças (grande, média, pequena )</li> <li>• 2 Ebonite pequena</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 Mosquitos curvos</li> <li>• 4 Mosquitos rectos</li> <li>• 4 Pinças hemostáticas delicadas</li> <li>• 6 Pinças hemostáticas curvas pequenas</li> <li>• 6 Pinças hemostáticas fortes</li> </ul>
	INSTRUMENTAL EM GANCHO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 Pinças hemostáticas rectas</li> <li>• 4 Pinça de Allis</li> <li>• 4 Pinças de Kocher</li> <li>• 1 Porta tampões</li> <li>• 1 Dilatador de traqueia</li> <li>• 2 Pinças de desinfecção</li> <li>• 3 Pinças de roupa</li> </ul>
	INSTRUMENTAL EM GANCHO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 Tesouras de dissecação curvas</li> <li>• 1 Tesoura de dissecação curva pequena</li> <li>• 2 Tesoura de dissecação recta</li> <li>• 1 Passa fios</li> <li>• 6 Porta agulhas</li> </ul>	

Observações: Existe 1 caixa



## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

Caixa: **TESOURAS DELICADAS**

#### INSTRUMENTAL INDIVIDUAL

- I Tesoura curva de bicos finos angulada pequena
- I Tesoura curva de bicos finos média
- I Tesoura angulada pequena
- I Tesoura de Rino

Observações: Existe 1 caixa



## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

Caixa: **ESOFAGOSCOPIA**

#### INSTRUMENTAL INDIVIDUAL

- 2 Esofagoscópios adulto
- 10 Esofagoscópios pediátricos
- 3 Condutores de luz de adulto
- 3 Condutores de luz pediátricos
- 4 Cânulas de aspiração de adulto
- 5 Cânulas de aspiração pediátricas
- 8 Pinças de corpo estranho de adulto
- 3 Pinças de corpo estranho pediátricas

Observações: Existe 1 caixa



























## ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

# CAPÍTULO V

## **NORMAS DA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO**

---

DEPARTAMENTO DE

OTORRINOLARINGOLOGIA, VOZ E PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO



## Normas da Comissão de Controlo de Infecção

- Norma 1. Precauções Básicas (2002)
- Norma 2. Lavagem e desinfecção das mãos (2002)
- Norma 3. Utilização de luvas (2002)
- Norma 4. Prevenção da infecção cirúrgica (2006)
- Norma 5. Profilaxia da infecção associada a acessos intravasculares (2006)
- Norma 6. Prevenção das infeções urinárias em doentes algaliados (2002)
- Norma 7. Prevenção da infecção respiratória nosocomial (2002)
- Norma 8. Protecção respiratória para a prevenção da transmissão de agentes biológicos (2007)
- Norma 9. Descontaminação de ventiladores da anestesia (2010)
- Norma 10. Recomendações para a descontaminação de materiais (2009)
- Norma 11. Política de utilização de anti-sépticos (2006)



**NORMA I**  
**PRECAUÇÕES BÁSICAS (2002)**

---

DEPARTAMENTO DE

OTORRINOLARINGOLOGIA, VOZ E PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO







**NORMA 2**  
**LAVAGEM E DESINFECÇÃO DAS MÃOS (2002)**

---

DEPARTAMENTO DE

OTORRINOLARINGOLOGIA, VOZ E PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO















**NORMA 3**  
**UTILIZAÇÃO DE LUVAS (2002)**

---

DEPARTAMENTO DE

OTORRINOLARINGOLOGIA, VOZ E PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO







**NORMA 4**

**PREVENÇÃO DA INFECÇÃO CIRÚRGICA (2006)**

---

DEPARTAMENTO DE

OTORRINOLARINGOLOGIA, VOZ E PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO

















**NORMA 5**  
**PROFILAXIA DA INFECÇÃO ASSOCIADA A ACESSOS INTRAVASCULARES (2006)**

---

DEPARTAMENTO DE

OTORRINOLARINGOLOGIA, VOZ E PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO





















**NORMA 6**  
**PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES URINÁRIAS EM DOENTES ALGALIADOS (2002)**

---

DEPARTAMENTO DE

OTORRINOLARINGOLOGIA, VOZ E PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO









**NORMA 7**  
**PREVENÇÃO DA INFECÇÃO RESPIRATÓRIA NOSOCOMIAL (2002)**

---

DEPARTAMENTO DE

OTORRINOLARINGOLOGIA, VOZ E PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO













**NORMA 8**  
**PROTECÇÃO RESPIRATÓRIA PARA A PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DE**  
**AGENTES BIOLÓGICOS (2007)**

---

DEPARTAMENTO DE

OTORRINOLARINGOLOGIA, VOZ E PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO







**NORMA 9**  
**DESCONTAMINAÇÃO DE VENTILADORES DA ANESTESIA (2010)**

---

DEPARTAMENTO DE

OTORRINOLARINGOLOGIA, VOZ E PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO









**NORMA 10**  
**RECOMENDAÇÕES PARA A DESCONTAMINAÇÃO DE MATERIAIS (2009)**

---

DEPARTAMENTO DE

OTORRINOLARINGOLOGIA, VOZ E PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO

























**NORMA II**  
**POLÍTICA DE UTILIZAÇÃO DE ANTISÉPTICOS (2006)**

---

DEPARTAMENTO DE

OTORRINOLARINGOLOGIA, VOZ E PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO











## CONCLUSÃO

O que hoje está em cima da mesa nas unidades de saúde é uma necessidade evidente de existir confiança no seio dos enfermeiros, confiança essa baseada em autonomia na decisão sobre o processo de cuidados de enfermagem, garantindo as condições de exigência e responsabilidade inerentes a uma prática de excelência.

A prática da Enfermagem perioperatória, neste contexto, deverá ter uma base científica sólida, não só pelos desafios constantes face à inovação e evolução tecnológica, como pelas exigências que se impõem para a melhoria das condições de saúde dos doentes e família/sociedade. Enquanto prática especializada, enquadra-se numa filosofia de cuidados que visa uma assistência dinâmica, programada e orientada, oferecendo ao Enfermeiro Perioperatório, um vasto campo de intervenção, com actividades muito específicas a exigirem uma diversidade de conhecimentos e habilidades para o desempenho das suas funções.

Neste sentido, a área de cuidados em Enfermagem perioperatória constitui, nos dias de hoje, um conhecimento em saúde muito específico e actualizado, capaz de corresponder às expectativas da população, no âmbito do desenvolvimento tecnológico cada vez mais premente. Os cuidados de enfermagem em si, exigem observação, colheita e procura contínua, minuciosa e de forma sistémica e sistematizada de dados, com o objectivo de conhecer continuamente a situação do doente alvo de cuidados, previsão e detecção precoce de complicações, permitindo uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

Atendendo à complexidade do trabalho em bloco operatório e ao direito do doente cirúrgico de ser cuidado no respeito e cumprimento das regras necessárias à sua segurança, os enfermeiros de bloco operatório devem ser munidos de conhecimentos científicos, habilidades técnicas e de comunicação, que lhes permitam garantir a qualidade dos cuidados, sendo neste sentido, fundamental o envolvimento do enfermeiro perioperatório num processo de formação contínua e auto-desenvolvimento de competências, bem como a sua permanente actualização, tendo em conta tratar-se de uma área em constante evolução, pretendendo este Manual ser um documento essencial de apoio a um desenvolvimento da própria equipa de enfermagem.

Em conclusão, a assunção fundamental é que o enfermeiro tem obrigações para com a sociedade e para com os doentes em ordem a prestar cuidados de elevada qualidade, na melhor gestão dos meios e recursos de que dispõe e considerando-se a si mesmo como primeiro recurso. A pessoa sujeita a intervenção cirúrgica confia-se, espera e tem direito a cuidados de qualidade. E o enfermeiro em contexto perioperatório segue os princípios orientadores da actividade profissional – age no respeito pelos direitos humanos, busca a excelência do exercício e assume a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade – e cumpre os seus deveres, conforme a moldura reguladora da profissão, decidindo com base em conhecimentos e competências.

Assim, a autonomia e a responsabilidade devem configurar-se como o corolário da centralidade dos cuidados, em qualquer área de actuação do enfermeiro. Sendo que a nossa própria razão de ser, enquanto profissionais, decorre da necessidade de cuidados, que deverão ser prestados com excelência, equidade e proximidade: porque somos enfermeiros.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AESOP (2006) – Enfermagem perioperatória, da filosofia à prática dos cuidados, ed. Lusodidata, Lisboa

BARBOSA, D. et al (2004) – Acidentes de trabalho com perfuro-cortante envolvendo a equipe de enfermagem de um hospital de ensino. in Revista Arquivo Ciências Saúde, Abril-Junho

BISINOTTO, F. et al (1996) - Queimadura Provocada por Bisturi Eléctrico Associado ao Oxímetro de Pulso. Relato de Caso. In Revista Brasileira de Anestesiologia, vol 46 nº: 2, p. 133 - 135

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2007) – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa, Março, 20p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos. Lisboa

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) – Quadro de Referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. Lisboa, suplemento da revista nº13

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) - Orientações relativas às atribuições do enfermeiro circulante. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa

VENDRAMINI, R. (2010) – Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. In Revista Escola Enfermagem Universidade São Paulo, vol 44, nº3

WILSON, J. (2003) – Controlo de Infecção na prática clínica. 2ª Edição. Loures. Lusociência

[www.aorn.org](http://www.aorn.org) - site oficial AORN - Association of periOperative Registered Nurses, consultado em Setembro 2010