



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por: Helena Teresa Pacheco Correia

LISBOA, Fevereiro de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por: Helena Teresa Pacheco Correia

Sob orientação de Professora Filipa Veludo

LISBOA, Fevereiro de 2011

RESUMO

Pretende-se com este relatório, descrever todo o percurso efectuado e evidenciar as competências desenvolvidas durante os estágios por mim realizados na Unidade Curricular Estágio de Enfermagem, incluídos no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pela Universidade Católica Portuguesa/Instituto de Ciências da Saúde (UCP/ICS), tendo sido a assistência ao doente crítico e o apoio à família/pessoa significativa, a linha orientadora do meu percurso.

Relativamente à vertente de Urgência, incidi a minha prestação de cuidados nos sectores do Serviço de Urgência considerados áreas críticas, em que o índice de gravidade dos doentes e consequente necessidade de acompanhamento da família são mais elevados, tendo prestado cuidados a doentes críticos das mais diversas especialidades médico-cirúrgicas. Desenvolvi competências no apoio ao doente de várias faixas etárias e respectiva família, com o incentivo de práticas de humanização. Durante a prestação de cuidados e devido à minha experiência profissional, desenvolvi competências na formação de pares através da prática de actividades específicas não habituais no Serviço de Urgência. Em projectos desenvolvidos, saliento a elaboração de uma folha de registos de enfermagem a utilizar em transportes inter-hospitalares e a criação de sacos de transporte para doente crítico. Refiro ainda a importância da identificação de situações problema, que motivaram o realizar de determinadas actividades proporcionando a mudança de práticas dos profissionais, tendo contribuído para o controle da infecção hospitalar, gestão do risco e gestão de recursos materiais.

No Bloco Operatório de Urgência, prestei cuidados nas três principais vertentes do período perioperatório. Dei novamente ênfase à família/pessoa significativa, proporcionando-lhes algum conforto com momentos em que privilegiei a comunicação e com a elaboração de um poster informativo. Facilitei a integração dos meus pares com a elaboração de normas de actuação e realização de posters sobre diluições de fármacos. Contribuí para a prevenção do controle da infecção hospitalar, instituindo novos materiais para a realização de pensos operatórios e cateteres vasculares, alertando para a importância da sua utilização através de momentos de formação integrada na prática de cuidados, e com a criação de posters e tapetes de rato. Saliento ainda a criação de uma mala que contém material de via aérea e todos os fármacos habitualmente utilizados no período perioperatório, de forma a facilitar o início de uma cirurgia de emergência.

ABSTRAT

The main purpose of this report is to describe the whole process and enlighten the carried out skills through the internships held at Nursing Internship Curricular Unit. The mentioned internships are included in the Professional Nursing Master Graduation Curriculum regarding Medical Surgery Nursing expertise at Universidade Católica Portuguesa / Instituto de Ciências da Saúde (UCP / ICS) in Lisbon, Portugal. The main guideline and purpose of this investigation relied on the critical patient assistance and the support given to the family.

In what concerns to the Emergency wise, I focused my healthcare contribution upon the Emergency Department, considered as a critical health services field, in which the patient injuries seriousness and family support needs indexes are the highest regarding the other Healthcare Services. In order to become this investigation and work wider and substantial, an extensive range of Medical Surgery Healthcare Services were given to the critic patients. During this process, I acquired different abilities applied to patient healthcare, from different age stages, as well as her/his family through the promotion of humanized procedures as, for instance, the number and schedule of family and friends visits. Due to my professional experience I developed colleagues' formation expertise through unusual and precise activities in the Emergency Room. Regarding the carried on projects, I would like to emphasize two mains procedures that were developed: a Nursing Schedule Sheet to be used at the Ambulance or Helicopter between Hospitals and transportation bags for critical patients. The importance to identify problematic and critical situations is also a procedure to be highlighted once it created a diverse range of activities which allowed a change of professional practices. These adjustments give a tremendous contribute considering the infection control in a hospital, risk and material logistics managements.

In the Emergency Operation Room, I delivered healthcares in the three main sides of the perioperative period. Once again, in this stage, I focused on the assistance to the patient's family, promoting them some comfort as the result of an effective communication as well as an informative poster. In order to become everyone in the team involved, I established procedures criterions and create graphic information (posters) regarding chemistry substances dilution. Furthermore, I contributed for the prevention of the control infection inside the hospital, introducing new materials to surgical dressing and vascular catheters processes. This contribution was achieved through very objective and easy graphic information in posters and in mouse pads. Finally, I enlighten the fact of had been created a handbag with all the material and medicines used in the perioperative period in order to support the first emergency surgery measures.

AGRADECIMENTOS

Expresso o meu agradecimento à Sr.^a Prof.^a Filipa Veludo, minha tutora, pelas críticas, sugestões, apoio e disponibilidade sempre presentes ao longo da tutoria deste percurso.

Aos Enfermeiros orientadores, Enf.^o Carlos Neto e Enf.^a Manuela André, um muito obrigado pelo apoio e disponibilidade permanente demonstrada, fundamental para a realização dos estágios.

Ao meu chefe e grande amigo, Enf.^o José Alexandre, por todo o apoio, por me saber ouvir e por todas as facilidades concedidas.

À Enf.^a Teresa Amores, responsável pela Comissão de Controle de Infecção do Hospital de Santa Maria, pela disponibilidade e incentivo demonstrado.

A todos os colegas do serviço e do curso, que de alguma forma contribuíram para a realização dos estágios e elaboração deste trabalho.

À minha mãe e aos meus sogros, que muito me ajudaram em termos familiares, de forma a que este trabalho fosse uma realidade.

Por último mas mais importante que tudo, ao Luís, meu marido e à Rita e André, meus filhos, o meu agradecimento juntamente com um pedido de desculpas, pelas muitas horas de amor, carinho e brincadeiras em que não pude estar presente.

A todos o meu sincero **MUITO OBRIGADO!**

ABREVIATURAS

Dr. - Doutor

Enf.^a – Enfermeira

Enf.^o - Enfermeiro

h - Horas

Kg – Kilograma

m – Minutos

n.^o - Número

p. – Página

Prof.^a - Professora

Sr. - Senhor

Sr.^a – Senhora

SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros das Salas de Operações Portuguesas

AO – Assistentes Operacionais

BO – Bloco Operatório

BOU – Bloco Operatório de Urgência

CCI – Comissão de Controle de Infecção

CHLN – Centro hospitalar Lisboa Norte

DGS – Direcção Geral de Saúde

DR – Diário da República

DSE – Direcção dos Serviços de Enfermagem

EPI – Equipamento de Protecção Individual

EV - Endovenosa

GCS – Glasgow Coma Score

HSM – Hospital de Santa Maria

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

O2 – Oxigénio

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

REPE – Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros

RCR – Reanimação Cárdio-Respiratória

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SO – Sala de Observação

SOA – Sala de Observação A

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SUC – Serviço de Urgência Central

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TCE – Traumatismo Craneo-Encefálico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCIPED – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCP/ICS - Universidade Católica Portuguesa/Instituto Ciências da Saúde

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

	p.
0 – INTRODUÇÃO	9
1 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	13
1.1. – MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA	13
1.1.1. – Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria	13
1.2. – MÓDULO III – MÓDULO OPCIONAL	26
1.2.1. – Bloco Operatório de Urgência do Hospital de Santa Maria.....	26
2 – CONCLUSÃO	38
3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	
ANEXO I - Identificação de dispositivos médicos nas salas de Reanimação.....	45
ANEXO II – Identificação de sondas gástricas e algalias, no carro de urgência pediátrico..	48
ANEXO III – Suporte para colocação de aventais na sala de Reanimação.....	53
ANEXO IV – Poster sobre resíduos hospitalares.....	56
ANEXO V – Folha de registos de enfermagem para transporte inter-hospitalar.....	58
ANEXO VI – Saco de Transporte.....	61
ANEXO VII - Poster sobre transporte intra-hospitalar.....	64
ANEXO VIII – Poster sobre transporte inter-hospitalar.....	66
ANEXO IX - Check-list de material	68
ANEXO X – Norma sobre funções de Enf. ^a Circulante.....	70
ANEXO XI – Poster BOU – Familiares/pessoas significativas	75
ANEXO XII - Tabela sobre diluição de fármacos	77
ANEXO XIII – Tabela sobre diluição de perfusões	79
ANEXO XIV - Mala de fármacos do BOU	81
ANEXO XV – Norma sobre funções de Enf. ^a Instrumentista	83
ANEXO XVI – Identificação de Dispositivos Médicos na UCPA	87
ANEXO XVII - Poster sobre pensos semi-permeáveis para acessos vasculares.....	90
ANEXO XVIII – Poster sobre pensos semi-permeáveis para ferida operatória.....	92
ANEXO XIX – Tapetes de “rato”	94

ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
Figura 1 - Localização do Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria	14

0 – INTRODUÇÃO

A Enfermagem no sentido de se tornar uma ciência, construiu teorias e modelos explicativos do seu exercício, fundamentando e alicerçando a profissão em si mesma. Para tal, os enfermeiros têm vindo ao longo dos tempos a reflectir e emanar conhecimentos, colocando-os em contextos práticos de modo a melhorar as intervenções e apoiar a excelência do exercício da Enfermagem, evoluindo esta como profissão autónoma. Os cuidados prestados assentam cada vez mais num corpo de conhecimentos sólidos e fidedignos e as exigências na prestação são cada vez maiores. A formação de profissionais de saúde é uma preocupação constante com vista a uma manutenção de cuidados de excelência, exigindo a OE e a própria sociedade cada vez mais qualidade aos cuidados de Enfermagem (FARIA, 2007). A própria Lei de Bases da Saúde (PORTUGAL, 1990, p.3455), assim o confirma na sua Base XVI relativa à formação do pessoal de saúde, nos pontos 1 e 3:

“1 - A formação e o aperfeiçoamento profissional, incluindo a formação permanente, do pessoal de saúde constituem um objectivo fundamental a prosseguir (...) 3 - A formação do pessoal deve assegurar uma qualificação técnico-científica tão elevada quanto possível tendo em conta o ramo e o nível do pessoal em causa, despertar nele o sentido da responsabilidade profissional, sem esquecer a preocupação da melhor utilização dos recursos disponíveis, e, em todos os casos, orientar-se no sentido de inculcar nos profissionais o respeito pela vida e pelos direitos das pessoas e dos doentes como o primeiro dever que lhes cumpre observar”

Por ser vasta e complexa a grande área que é a Saúde, torna-se cada vez mais importante a necessidade de uma especialização em enfermagem, com vista a garantir uma prestação de cuidados adequados e de qualidade, com certificação de competências, para que a prestação de cuidados de excelência a utentes e respectiva família com necessidades mais complexas, seja uma realidade permanente.

No Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril relativo ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e alterado pela Lei nº111/2009 de 16 de Setembro, no seu artigo 7º, (PORTUGAL, 2009, p. 6535-6536) refere que o *“título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade”*.

Também o REPE no ponto 3 do seu artigo 4º (PORTUGAL, 1998), define enfermeiro especialista como

“o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

De acordo com o descrito no Regulamento Geral (UNIVERSIDADE CATÓLICA, 2009), o Curso de Mestrado de Natureza Profissional na área de Especialização Médico-Cirúrgica, visa

precisamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico. Foi mediante estas orientações, que efectuei o estágio que serviu como base para elaboração do presente relatório, sendo a **assistência ao doente crítico e o apoio à família/pessoa significativa**, a linha orientadora do meu percurso.

Este relatório tem como objectivos: descrever as actividades efectuadas em cada estágio que permitiram cumprir os objectivos inicialmente propostos; evidenciar a necessidade de reformular objectivos de forma a dar resposta às verdadeiras necessidades de cada serviço; descrever as competências adquiridas com o decorrer da prática clínica; analisar as acções realizadas e suas implicações na essência do cuidar. Todas as actividades desenvolvidas com vista ao cumprimento de objectivos previamente delineados, toda a necessidade de reformulação estratégica dos mesmos ao longo da prática clínica, e toda a aprendizagem inerente, foram um enorme contributo para o meu crescimento e enriquecimento pessoal e profissional, no âmbito da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este é um estágio dividido por três módulos: módulo I – Serviço de Urgência, módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios, módulo III – Opcional. Dos três módulos existentes, realizei dois, módulos I e III, no Serviço de Urgência Central e no Bloco de Urgência, ambos no CHLN – Hospital de Santa Maria. A escolha destes locais de estágio não foi de forma nenhuma difícil nem problemática, tendo estado relacionada com a minha experiência profissional. Para além de trabalhar numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, em que a maioria dos doentes aqui internados tem como principal serviço de proveniência o SUC (SMI, 2009), pertenço também à equipa de Enfermagem da VMER deste Hospital. Enquanto Enf.^a no pré-hospitalar, sou responsável pela prestação de cuidados de Enfermagem a doentes críticos de todas as faixas etárias, independentemente da sua situação clínica sendo esta largamente diversificada, tendo como principal serviço de destino o SUC do HSM. A VMER, o SUC e o SMI, formam como que os “vértices de um triângulo”, em que a assistência ao doente crítico nas suas várias vertentes está no seu centro, sendo esta uma realidade inquestionável. Considero a prestação de cuidados passando pelos três “vértices”, uma mais-valia para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, pois vivencio problemas, dificuldades e novas situações que irão promover o meu crescimento, facilitando uma adequada continuidade de cuidados a prestar ao doente crítico e respectiva família. Atendendo a estes factos, o serviço de eleição para a realização do Módulo I do estágio não poderia ser outro senão o **Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria**. A escolha do local de estágio relativo ao módulo III teve como base os mesmos princípios: defini como prioridade na escolha, uma área que estivesse directamente relacionada com o meu local de trabalho, que tal como referido anteriormente é uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. No meu serviço recebo com muita frequência doentes em pós-operatório imediato das mais diversas especialidades vindos do Bloco de Urgência (SMI, 2009), sendo encaminhados também para este serviço, alguns doentes que estão já previamente internados no SMI, e que por agravamento do seu estado clínico,

necessitam de uma intervenção cirúrgica urgente/emergente. Também na minha outra área de intervenção, a emergência pré-hospitalar, constato que alguns dos doentes a quem presto cuidados e que são admitidos no SUC, acabam por necessitar de intervenções cirúrgicas urgentes/emergentes. Seguindo a analogia anteriormente efectuada, poderei dizer que VMER, SUC, BOU e SMI, são os quatro “lados de um quadrado” perfeito, que tem mais uma vez no seu centro, a assistência ao doente crítico. Como tal, foi inevitável a escolha do **Bloco de Urgência do Hospital de Santa Maria** para a realização do módulo III. Relativamente ao módulo II, não o efectuei por me ter sido concedida creditação, tendo em conta a minha experiência profissional de mais de 17 anos ligada a Unidades de Cuidados Intensivos, encontrando-me actualmente a exercer funções no SMI do HSM. O SMI é uma Unidade Polivalente com 11 camas, capacitada para prestar cuidados diferenciados a todos os doentes críticos, de qualquer especialidade médico-cirúrgica, sendo considerada uma unidade nível III. Segundo a DGS (PORTUGAL, 2003, p.8), existem 3 níveis de classificação, sendo o menos diferenciado o nível I e o mais diferenciado o nível III, correspondendo este último aos

“denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente”.

Os doentes admitidos no SMI são provenientes do SUC, do BOU ou de outros Blocos Operatórios, de outros serviços de internamento do HSM, de outras instituições hospitalares ou directamente do pré-hospitalar, sendo esta última uma situação rara. Os doentes no pós-operatório imediato aqui admitidos, podem pertencer a qualquer especialidade cirúrgica, sendo menos frequente pós-operatórios imediatos da Cirurgia Torácica e muito esporádicos os da Cirurgia Cardíaca. Outra grande área que motiva o internamento neste serviço é o trauma, tendo sido em 2009 a principal causa de admissão nesta Unidade de Cuidados Intensivos (SMI, 2009). Este serviço, é constituído por 33 enfermeiros e 12 AO. Para além de prestar cuidados directos aos doentes aqui internados, desempenho também funções de gestão quer de pessoal quer de material, oriento alunos em estágio, integro novos enfermeiros, sou desde o início de 2010 elemento de ligação à CCI tendo instituído no serviço determinados procedimentos e corrigido outros, de forma a que fossem cumpridas as normas pré-definidas pela CCI. Essas alterações foram apoiadas pelo Enf.º Chefe e muito bem aceites pelos meus pares e pela equipa de AO. Tenho ainda a salientar que assumo funções de chefia na ausência do Enfermeiro Chefe pois sou desde Julho de 2005, Enf.ª Coordenadora, inicialmente num serviço de Cirurgia do HSM, serviço este de grandes dimensões, constituído por 2 enfermarias com capacidade total de cerca de 50 doentes e um SO com 8 camas, com capacidade de monitorização invasiva e ventilação mecânica em todas elas. Em 2009, por interesse pessoal e do Enf.º Chefe do SMI, regressei a este serviço onde já tinha trabalhado anteriormente e onde permaneço actualmente, desempenhando igualmente funções de Enf.ª Coordenadora.

Em coordenação permanente com o Enf.º Chefe, colaboro no planeamento, supervisão e avaliação dos cuidados prestados pela equipa de Enfermagem e pela equipa de AO de forma a promover um crescimento contínuo na equipa, tendo como objectivo a prestação de cuidados de excelência. De acordo com COSTA (2004, p.238),

“o líder da equipa tem a responsabilidade dos cuidados, assumindo primordial importância o desenvolvimento das suas capacidades de liderança, controlo e técnicas de supervisão, de forma a ajudar a equipa a conhecer as suas obrigações e executá-las com o melhor da sua capacidade”.

Elaborei este relatório de forma a facilitar quer a sua concepção, quer a sua leitura, encontrando-se este estruturado da seguinte forma: introdução, desenvolvimento e conclusão. Na introdução, tal como observado até agora, contextualizo o trabalho realizado, enumero os locais de estágio com justificação pela escolha dos mesmos, refiro o motivo pelo qual me foi concedida creditação a um módulo, defino a estrutura do relatório e os objectivos do mesmo. No decorrer do desenvolvimento, efectuo uma descrição e análise crítica e pormenorizada dos módulos efectuados, caracterizando os locais de estágio, focando objectivos previamente delineados e necessidade de formulação de novos, actividades desenvolvidas e competências desenvolvidas em cada módulo. Para que seja facilitadora a leitura deste relatório, irei subdividir toda a descrição de que cada módulo, tendo como base os objectivos propostos. A ordem pela qual são apresentados os módulos, é a mesma ordem pela qual os efectuei. Por último na conclusão, apresento uma reflexão crítica dos aspectos abordados, focando a importância deste relatório, avaliando os seus objectivos e referindo algumas dificuldades sentidas. Em anexo, serão apresentados alguns documentos elucidativos de actividades desenvolvidas nos dois módulos efectuados, que complementam de certa forma a análise do presente relatório.

Para que a elaboração deste relatório fosse possível, utilizei uma metodologia descritiva, tendo em consideração o Projecto de Estágio, pesquisa bibliográfica, conhecimentos adquiridos previamente, saberes adquiridos no decorrer do Curso e a análise e reflexão realizada em cada módulo de estágio efectuado.

1 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Pretendo neste capítulo, efectuar uma articulação entre fundamentação teórica e exemplos da prática de cuidados, evidenciando no final as competências desenvolvidas. As competências foram baseadas no Regulamento Geral do Curso (UNIVERSIDADE CATÓLICA, 2009), tendo sido sintetizadas as competências mais relevantes, o que não significa que outras não tenham sido desenvolvidas.

1.1. – MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

No dia 19 de Abril de 2010, começava o 1º módulo do estágio no âmbito do Curso de Mestrado de Natureza Profissional na área de Especialização Médico-Cirúrgica, com a duração de 180 horas. Nesse mesmo dia, realizei o 1º turno no Serviço de Urgência Central do HSM no Centro Hospitalar Lisboa Norte. Toda a minha actuação foi efectuada nos sectores do Serviço de Urgência considerados áreas críticas: salas de Reanimação e SO. A prestação de cuidados a doentes críticos das mais diversas especialidades médico-cirúrgicas, a elaboração de actividades directamente ligadas a transporte de doente crítico e o apoio ao doente e família/pessoas significativas, foram o foco principal da minha actuação. Para além disso, contribui para a prevenção da infecção hospitalar, gestão do risco e de recursos materiais, tendo desenvolvido competências na identificação de situações problema.

1.1.1. – Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria

Iniciei o estágio no SUC do HSM convicta de que sendo este um dos maiores serviços de Urgência do País, seria certamente um campo de estágio provido de situações geradoras de grandes momentos de aprendizagem. A este serviço de urgência, recorrem utentes de médio/alto risco, sendo alguns deles considerados doentes críticos. No SUC do HSM, por ser um Hospital Central ao qual acorrem utentes quer da sua área directa de intervenção, quer de Hospitais Distritais que por ausência de determinadas valências para aqui encaminham os seus utentes, o número de doentes críticos é sem dúvida mais elevado que em unidades hospitalares sem estas características.

O SUC do CHLN presta cuidados médicos urgentes a cerca de 300 000 habitantes da população de Lisboa e apoia ainda as várias especialidades diferenciadas médico-cirúrgicas não existentes nos Hospitais Distritais da sua área de influência. “ *O objectivo deste Serviço é tratar e salvar doentes com patologia aguda com a qualidade profissional e técnica que um*

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Hospital Central e Universitário deve disponibilizar, com dignidade e humanização e capacidade de resposta para os dramas humanos que por ele passam diariamente” (Hospital de Santa Maria - intranet). Este serviço tem como grande finalidade a prestação de cuidados médicos urgentes/emergentes a utentes que aqui recorrem. O SUC é composto por diversos sectores: uma pequena área, onde é realizada a triagem, segundo a Triagem de Manchester, duas salas de reanimação, uma sala de observação, com capacidade para 16 camas, sala de tratamentos 1, sala de tratamentos 2, sala de tratamentos 3 (ou sala de aerossóis), pequena cirurgia, sala de colocação de gessos e observação de monotrauma ortopédico e um bloco operatório (Bloco de Urgência Central) com duas salas e zona de recobro pós anestésico. Existe também uma sala onde os utentes permanecem para realização de Métodos Complementares de Diagnóstico, Laboratório de Análises Clínicas, e sala destinada ao serviço social. De todos estes sectores, as 2 grandes áreas vocacionadas para o atendimento e tratamento de doente crítico são as 2 salas de reanimação, com capacidade para atendimento em simultâneo de 3 doentes críticos com necessidade de ventilação mecânica invasiva, e tendo a hipótese de realização de exames radiológicos imediatos numa delas, e o SO, com 16 camas todas com capacidade de monitorização electrocardiográfica, pressão arterial não invasiva, saturação periférica de O₂ e capacidade também para efectuar ventilação não invasiva.

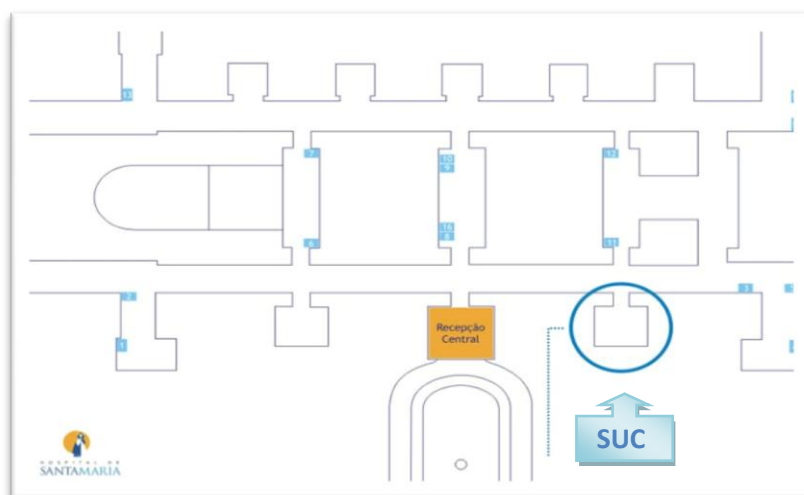


Figura I – Localização do Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria. Fonte: Intranet HSM.

Neste serviço, trabalham cerca de 120 Enfermeiros divididos por 5 equipas, estando o Chefe de cada equipa sem doentes atribuídos, para que com maior eficácia, possa dar resposta aos vários problemas e acontecimentos permanentes.

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos define doente crítico como *“aquele que, por disfunção ou falência profunda de um mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica.”* (SPCI, 2008, p.9). Tendo em conta que

toda a linha orientadora do meu estágio se prende com doente crítico e família, foi decidido conjuntamente com o meu orientador, que os sectores do SUC onde iria estagiar seriam as salas de reanimação e o SO. Nestas áreas o índice de gravidade dos utentes é maior, sendo consequentemente proporcional a ansiedade, as dúvidas e os medos dos seus familiares/pessoas significativas.

Tal como já referido anteriormente e para que seja mais facilitador toda a descrição do que foi o meu estágio, vou subdividir o restante texto tendo como base os objectivos propostos:

- Objectivo 1: *“Prestar cuidados de Enfermagem que requeiram conhecimentos especializados na área da enfermagem médico-cirúrgica, de forma a dar resposta às necessidades do doente e familiares”.*
- Objectivo 2: *“Desenvolver intervenções de enfermagem de acordo com princípios científicos e protocolos de actuação, relacionados com transporte intra-hospitalar de doentes críticos”.*

➤ Objectivo 1

“Prestar cuidados de Enfermagem que requeiram conhecimentos especializados na área da enfermagem médico-cirúrgica, de forma a dar resposta às necessidades do doente e familiares”.

Apenas no primeiro turno efectuado, não foi possível prestar cuidados de enfermagem especializados na admissão de doentes críticos e respectiva família, pois não houve nenhum doente admitido para as salas de reanimação, vulgarmente conhecidas como “salas de directos”. Para o meu início de estágio até foi facilitador, pois foi com mais calma que comecei a conhecer toda a estrutura orgânica do SUC. Foi possível também aprofundar alguns dos conhecimentos já adquiridos previamente relativos à estrutura física e recursos humanos existentes. Este é um serviço que não me é desconhecido devido à proximidade física entre o SUC e o meu local de trabalho, SMI, e por trazer inúmeras vezes doentes para esta Urgência, aquando da minha prestação de cuidados no âmbito pré-hospitalar, mas é fundamental compreender toda a dinâmica do serviço, para que todas as actividades desenvolvidas e projectos a implementar, possam ir de encontro aos verdadeiros recursos existentes. Prestei cuidados de enfermagem a doentes críticos com patologia muito variada, quer do foro médico, quer do foro cirúrgico e ortotraumatológico. Na assistência aos vários utentes e família, tive oportunidade de por colocar em prática os meus conhecimentos já adquiridos previamente através da formação base e experiência adquirida ao longo dos anos, tendo também como suporte, toda a pesquisa bibliográfica efectuada.

No decorrer do estágio, tive algumas situações de certa forma imprevistas e mais complexas: um dos doentes admitido por intoxicação por organofosforados, veio transferido de um Hospital Distrital já submetido a ventilação mecânica invasiva: à entrada do SUC apresentava

insuficiência renal aguda grave, tendo sido colocado com urgência cateter de hemodiálise na sala de directos e iniciado de imediato técnica dialítica contínua, procedimento este não habitual no serviço de urgência. Como futura enfermeira especialista, e atendendo à minha experiência neste tipo de técnicas, mobilizei conhecimentos adquiridos previamente e prestei cuidados inerentes a esta situação, dando alguma formação de forma integrada na prática aos enfermeiros que se encontravam aqui escalados, sobre o funcionamento da máquina de diálise e cuidados a ter com o doente submetido a técnica dialítica contínua. Considero ter sido este um momento de extrema importância, apesar de ter sido efectuado sem qualquer preparação prévia: permitiu-me transmitir os conhecimentos necessários para que enfermeiros sem experiência na prestação de cuidados a estes doentes, pudessem perceber vantagens desta técnica dialítica, identificar riscos, focar precauções a ter, desmistificar alguns medos e receios existentes, para que a prestação de cuidados durante o tempo de permanência do doente que seria de poucas horas, até à sua transferência para o SMI, fosse efectuada de forma adequada. Foi igualmente explicado à AO que aqui se encontrava, os cuidados relativos ao despejo do saco de efluente da máquina de diálise, para que todo o procedimento decorresse sem qualquer incumprimento das normas da CCI. Esta situação, em que transferi conhecimentos anteriores para a minha prática de estágio, contribuiu para a aquisição de determinadas competências, nomeadamente **gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da minha formação pós-graduada, promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros, demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da especialização médico-cirúrgica e liderar equipas de prestação de cuidados especializados, na área de especialização médico-cirúrgica.** Perante esta situação, atendendo à minha experiência e baseado no Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à Enfermagem, considero que o desempenho por mim efectuado está classificado como Estado 5 (Perito). *“A perita, que tem uma enorme experiência, compreende, agora de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”* (BENNER, 2001, p.58).

Outra situação foi a admissão de uma criança de 10 anos vítima de atropelamento por autocarro conjuntamente com a mãe, tendo esta tido morte imediata. Apesar de todas as vítimas de trauma serem admitidas neste serviço independentemente da idade, a admissão de crianças é sempre um momento mais complexo, pois este não é um serviço de pediatria, onde o cuidar de crianças é uma prática diária. Por considerar ser esta uma situação crítica, não propriamente pelo diagnóstico/prognóstico das lesões da criança mas sim por toda a componente psicológica envolvente, decidi acompanhá-la sempre durante a realização de exames complementares de diagnóstico, até à sua transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos. Apercebi-me rapidamente da importância da minha presença, pois não tendo sido possível contacto com nenhum familiar, esta criança de 10 anos viu em mim uma “cara de referência” durante todo o seu percurso no Hospital, desde a admissão no SUC passando por

vários exames complementares de diagnóstico, até ao internamento na UCIPED. Fui o elo de ligação nos vários locais, explicando-lhe de forma calma tudo o que iria acontecer, tendo promovido com a minha presença permanente, a diminuição do seu sentimento de medo e solidão. BRENNAN (1994, p. 452-453) fala da importância da comunicação com a criança hospitalizada. Esta autora, focando vários autores, refere vários aspectos importantes tais como a importância de ser directo e honesto na explicação de todos os procedimentos, encorajar a criança a verbalizar os seus medos e receios, e reforçar positivamente o seu comportamento, entre outros. Durante todo o tempo em que a acompanhei transmiti aos meus pares e restante equipa a informação de que a mãe tinha falecido no local do acidente mas que este não era ainda um facto conhecido pela criança, para que não houvesse na sua presença perguntas ou comentários inapropriados. Pude nesta situação demonstrar que tive capacidade de **desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente e reagir perante um acontecimento imprevisto e complexo**, no âmbito da área da especialização médico-cirúrgica.

Algumas das situações com que me deparei, foram geradoras de grande ansiedade por parte dos familiares. Um exemplo disso, foi a situação de um doente admitido por ferida por arma de fogo (tentativa de suicídio). O doente foi assistido pelo INEM, tendo sido de imediato ventilado no local. Foi admitido na sala de reanimação, tendo aqui permanecido. Realizou TAC, que revelou ser esta uma situação com prognóstico muito reservado. Foi uma situação perfeitamente inesperada para a família, que se encontrava em estado de grande ansiedade. Apesar de não estar contemplado horário para visitas neste sector do SUC (os doentes aqui admitidos encontram-se em estado crítico com necessidade de várias intervenções diagnósticas e terapêuticas que podem ser traumáticas para os familiares), procurei os familiares que sabia já se encontrarem no serviço e após alguns minutos de contacto e explicação de como iriam encontrar o seu familiar (tubos, fios, sondas, máquinas), acompanhei a filha e o genro para que pudessem estar uns momentos com o doente. A família tinha previamente falado com a equipa médica, tendo já conhecimento do prognóstico. A enfermeira escalada neste sector assistiu ao nosso diálogo, mas este foi conduzido por mim e com minha iniciativa. PIRES (1998) refere que *“...apesar de ser uma tarefa praticamente inevitável (...) dar más notícias a um paciente ou familiar, continua sendo uma parte difícil e especial do trabalho do profissional de saúde”*. Os minutos de visita permitidos foram para estes familiares de extrema importância, pois o seu familiar faleceu horas depois. Como futura enfermeira especialista, penso ser fundamental considerar a família como parte integrante, tratando-a e actuando como tal e transmitindo e inculcando esse comportamento aos meus pares e demais profissionais. A família é como que uma pedra basilar na intervenção de enfermagem e mais evidente se torna este valor, quando verificamos que se apresenta claramente definido no nosso Código Deontológico no Artigo 89º, *“O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) dar, quando presta cuidados atenção à pessoa como totalidade única, inserida numa família e numa comunidade;”* (OE, 2005, p.141).

Outra situação foi relativa a uma doente que ia embarcar para Paris e sofreu queda no aeroporto de Lisboa, tendo sido diagnosticado TCE grave. A senhora viajava sozinha, não tendo portando nenhum familiar presente com quem se pudesse contactar. Tomei a iniciativa de contactar o posto de Polícia sediado no SUC e através do nome da doente, foi possível contactar uns familiares que se encontravam no Brasil, explicando tudo o que se estava a passar com a sua familiar.

Outras situações ocorreram, com prognósticos tão ou mais graves que estas, e em que, considerei a família como parte integrante de toda a situação, assegurando o seu bem estar e segurança, tentando na medida do possível esclarecer as suas dúvidas e minimizar a sua ansiedade. Incuti aos meus pares a necessidade de inclusão da família em todo o processo, nunca me tendo sido negada qualquer sugestão de permissão de visitas nas salas de reanimação. Apercebi-me ao longo do estágio, que alguns dos enfermeiros aqui escalados têm sempre presente essa preocupação, encarando com bons olhos a possibilidade de visitas. Uma das situações terminais, foi um homem de 57 anos vítima de acidente de viação, do qual resultou TCE grave, tendo entrado em protocolo de morte cerebral. Propus ao enfermeiro aqui escalado, que fosse permitido alguns momentos de visita a todos os familiares que o quisessem visitar, sem restrições. Foi bem aceite e entraram as 4 pessoas que se encontravam no hospital. Seguidamente foi permitido que a esposa permanecesse mais tempo. Foi também explicado que os momentos de visita estavam condicionados por eventual admissão de doentes na sala de reanimação. Mostraram-se agradecidos pela permissão de visita de todos os familiares presentes, tendo desta forma conseguido despedir-se do seu ente querido, tendo esta despedida interferindo de forma positiva, no processo de luto que todos vão vivenciar. Segundo PEREIRA (2005, p. 125) o processo de luto é vivido

“de forma individual e depende do nível de desenvolvimento de cada um, da sua personalidade e das características pessoais de cada um, experiências anteriores, da condição física e psíquica, da cultura, das crenças e da adaptabilidade às situações”.

Esta autora (2005), identifica várias fases no processo de luto, correspondendo a primeira a uma fase de incredulidade e insensibilidade, a segunda a um período em há alguma tendência em negar a perda e se deseja que nada tenha ocorrido, a terceira que corresponde a uma fase de desespero e desorganização e por último, uma fase de reorganização, em que se começa a recuperar a vida dita “normal”.

Ao longo dos anos, tem havido uma crescente preocupação neste campo nos nossos serviços. Deixamos uma época em que a comunicação com a família de doentes críticos era quase exclusiva do médico e resumia-se a uma comunicação unilateral em que a família era apenas informada sobre qual a situação clínica do doente. Actualmente, e apesar da elevada carga de trabalho de enfermagem existente em serviços como Serviços de Urgência ou Unidades de Cuidados Intensivos, os enfermeiros sentem na “preocupação curativa” do doente, a necessidade de uma relação mais próxima com as famílias. A família tem obviamente preocupações com a gravidade da doença, com o eventual sofrimento do seu

familiar e também com a possível morte, tal como nos referem MARUITI e GALDEANO (2006, p.1) no seu estudo sobre necessidades de familiares de doentes internados em UCI's. "Os profissionais de enfermagem devem se preocupar em atender não apenas as necessidades dos pacientes, mas também de seus familiares". Neste estudo, são perceptíveis sentimentos de medo, insegurança, frustração, impotência ou depressão. No meu serviço, esses sentimentos estão igualmente presentes e apesar de não ser possível facultarmos um acesso livre de horários aos familiares/pessoas significativas dos nossos doentes, preocupamo-nos em criar momentos em que possamos ouvir a família, de forma a esclarecer as suas dúvidas, minimizar os seus medos e diminuir a sua ansiedade. Não é apenas actualmente que a comunicação com a família é tida como algo fundamental. Na década de 80, tal como refere STEDEFORD (1986, p.48), "...uma comunicação aberta é um passo vital para mobilizar os recursos da família". Esta temática mantém-se indiscutivelmente actual: "a comunicação é essencial para uma melhor assistência ao cliente e a família que estão vivenciando o processo de hospitalização" tal como é referido por SIQUEIRA et al (2006, p. 74).

O apoio adequado aos familiares/pessoas significativas, sempre foi para mim uma preocupação, tendo instituído no meu serviço o acompanhamento aos familiares, com o apoio do Enf.º Chefe, apesar da enorme carga de trabalho e pouca disponibilidade existente. Sempre que possível em qualquer visita e obrigatório em situações de 1ª vez que algum familiar de dirige ao SMI, há contacto prévio entre Enf.º e familiar/pessoa significativa, explicando o Enf.º de forma elucidativa todos os cuidados a ter relativos a higienização das mãos pré e pós visita, como vai encontrar o seu familiar e o que vai encontrar dentro da UCI – fios, tubos, cabos, máquinas, com o intuito de desmistificar alguns medos, esclarecer algumas dúvidas prévias e passar a mensagem de que todo o aparato tecnológico que vão encontrar é fundamental ao tratamento e recuperação. É sempre explicado que pode falar e tocar no seu familiar, excepto em situações pontuais em que existe essa contra-indicação, dando muitas vezes nós esse exemplo falando com o doente enquanto simultaneamente lhe tocamos, contribuindo assim para uma diminuição da ansiedade inicial por parte do familiar. Os meus pares reagiram de forma muito positiva, e hoje em dia este procedimento é prática corrente em todos os enfermeiros do serviço no momento de visita. É também permitido a permanência de amuletos, fotografias ou outros objectos significativos, desde que não haja incumprimento das normas da CCI. Durante muitos anos os profissionais que trabalham em cuidados intensivos, tiveram algum "prurido" em permitir que objectos do exterior viessem para perto dos doentes. Havia sempre o problema da infecção e do "...não nos responsabilizamos pela perda. Não temos onde guardar...". No meu serviço incuti nos meus pares a prática de uma enfermagem mais permissiva, tendo como objectivo ir de encontro a algumas necessidades dos doentes e de familiares/pessoas significativas. Vivenciei uma situação relativa a determinada família, em que me foi solicitado a colocação de uma fitinha branca considerada sagrada perto do seu familiar internado, e que deveria ser fixa de forma muito específica junto dele. Seguiram-se mais pedidos menos habituais, inclusive o colar em dois locais da pele do braço, minúsculos papéis,

também sagrados para a família. Nessa situação e como Enf.^a Coordenadora, dei indicação ao enfermeiro que nesse dia se encontrava a prestar cuidados a esse doente, que os fixasse com adesivo transparente de forma a que ficassem visíveis, e tive a preocupação de passar essa informação de turno para turno, de forma a que ninguém os retirasse. Todos nos apercebemos que esta nossa preocupação em colocar este pedido em prática foi de extrema importância para aqueles familiares. Todo o meu desempenho e iniciativa na abordagem à temática doente-família/pessoa significativa, tem ao longo dos anos sido fundamental para a aquisição e desenvolvimento de competências, nomeadamente **abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, 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.**

Ao longo do estágio, senti algumas dificuldades relacionadas com o facto de os dispositivos médicos numa das salas de reanimação não se encontrarem identificados. Porque a procura do material aumenta o tempo de actuação, aumentando também o risco de erro existindo probabilidade de troca de algum dispositivo, foi feito em conjunto com 2 colegas da especialidade, a identificação de todos os dispositivos médicos existentes e respectivos níveis de stock (ANEXO I), nas várias caixas e prateleiras. Segundo OLIVEIRA (2005, p.14) “... *uma boa gestão do risco permite melhorar a qualidade dos cuidados prestados; promover efectivamente a segurança de profissionais e utentes, uma vez que as falhas sistémicas são identificadas...*”. Considero também de extrema importância a colocação dos níveis pretendidos, tendo como objectivo evitar quer a falta de material, o que poderia prejudicar toda a assistência necessária aos doentes admitidos, quer o excesso de material em circulação, tendo em conta não só o aspecto monetário mas também o risco de perda de integridade de invólucros esterilizados e consequente infecção dos dispositivos por se encontrarem muito compactados nos recipientes. Foram individualizadas também com respectivos rótulos, as sondas gástricas e algalias do carro de emergência pediátrico (ANEXO II), para que a sua procura seja feita de forma rápida. Todo este processo de rotulagem contribui também para a integração de novos profissionais, enfermeiros e assistentes operacionais, já que a procura de dispositivos médicos e soros passará a ser efectuada com mais rapidez e facilidade, tendo **promovido o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros e efectuado uma boa gestão de cuidados na área da especialização.**

Outra dificuldade sentida prendeu-se com o uso de EPI. Os EPI estão perfeitamente definidos e legislados na nossa Lei, sendo referidos como “...*equipamento de protecção individual todo o equipamento, bem como qualquer complemento ou acessório, destinado a ser utilizado pelo trabalhador para se proteger dos riscos, para a sua segurança e para a sua saúde*” (PORTUGAL, 1993, p.553). Os aventais descartáveis numa das salas de directos, encontravam-se localizados numa caixa de difícil visualização, o que indirectamente condicionava a sua falta de uso. Considerei ser este um aspecto a ser melhorado e após falar com o meu orientador e com a enfermeira escalada nesse dia na sala de reanimação, foi

possível colocar um suporte improvisado logo à entrada da sala (ANEXO III). Foi com grande satisfação que constatei que essa pequena alteração se revelou eficaz, pois com a nova localização estes passaram a ser mais usados, contribuindo-se assim para a prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde, quer dos utentes quer dos profissionais de saúde. Tal como refere WILSON (2006, p. 178) *“tal como proteger o doente, as medidas de controlo de infecção são importantes para protecção da equipa de saúde”*. As batas de protecção estão também localizadas num local de fácil acesso, mas os aventais e luvas, como EPI mais utilizados nestes sectores, são os que se encontram mais visíveis. PINA (2007, p.14) alerta para a selecção dos EPI, devendo esta ser feita tendo como base a *“avaliação de risco de transmissão de microrganismos, o risco de contaminação da roupa, pele e mucosas dos profissionais com sangue, líquidos orgânicos, secreções e excreções do doente”*. Contudo, nos posteriores turnos em que aqui permaneci, constatei que alguns enfermeiros (poucos) e quase todos os restantes profissionais continuavam a ignorar a existência de aventais. Decidi que deveria chamar a atenção para esse facto, com o objectivo de o corrigir. Tal como é referido em documento elaborado pelo INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR RICARDO JORGE (2002, p.22) *“O papel da Enfermagem consiste na implementação de práticas para o controlo das infecções nos cuidados de saúde”*. Sendo assim, fui referindo de forma assertiva, a necessidade da sua utilização, tendo sempre comigo um avental para poder entregar ao profissional a quem me estava a dirigir. A minha recomendação foi sempre bem aceite, passando o profissional em questão a utilizá-lo. Também no meu serviço e porque sou elemento de ligação à CCI da minha instituição, a preocupação em relação a EPI e a prevenção de IACS é permanente. Nesta fase em que a infecção por H1N1 tem sido uma realidade no país e conseqüentemente no meu serviço, contactei de imediato a CCI de forma a ter rápido acesso a normas internas actualizadas para além das da DGS. Numa altura em que me encontrava a substituir o Enf.º Chefe, efectuei diligências logísticas para que todo o equipamento específico recomendado pela CCI para o contacto directo com doentes críticos infectados com H1N1, nomeadamente batas impermeáveis, toucas e óculos, passasse a fazer parte do stock do SMI. Apesar da existência por escrito das normas e estando estas localizadas em local de fácil acesso a todos os profissionais, aproveitei ainda o momento de todas as passagens de turno quer de enfermeiros quer de AO, para transmitir e reforçar a todos aspectos principais de prevenção e actuação. Tive também atenção à distribuição dos enfermeiros, de forma a que sempre que possível, cada enfermeiro ficasse apenas com 1 doente infectado. É com orgulho que afirmo que após todo o meu empenho, o cumprimento de normas de segurança relativas à Gripe A entre os vários profissionais, é uma realidade no SMI do HSM, não tendo havido até ao momento nenhuma transmissão a outros doentes aqui internados ou aos profissionais que aqui exercem funções. Toda esta situação proporcionou-me **efectuar uma boa gestão de cuidados na área da especialização**. As competências já adquiridas com o desempenho da prática de cuidados no meu serviço, influenciaram seguramente a minha actuação no SUC. Exemplo disso foi a forma espontânea com que detectei uma situação problema e a resolvi rapidamente: o doente com intoxicação por

organofosforados já referido anteriormente, necessitou de início urgente de técnica dialítica. Sendo esta uma técnica raramente efectuada no SUC, é perceptível que o material necessário para a sua realização não esteja disponível no serviço. Por ser uma técnica que domino e por ter pleno conhecimento de todo o material necessário e como pode ser solicitado com rapidez, tomei iniciativa (com o conhecimento da Enf.^a escalada neste sector) de efectuar alguns procedimentos de forma a que todos os dispositivos médicos necessários rapidamente estivessem disponíveis.

Outro comportamento que tentei modificar no SUC, foi a triagem de resíduos hospitalares na sala de tratamentos 1. Apesar deste não ter sido um sector de eleição para a realização do meu estágio, o facto é que devido à proximidade desta sala com as salas de reanimação, acabei por diversas vezes por prestar cuidados de enfermagem a utentes aqui admitidos. Constatei que os profissionais aqui escalados não tinham qualquer atenção a essa triagem. Após partilha de situações de estágio com colegas da especialidade que também se tinham apercebido do mesmo, resolvemos fazer algo que pudesse de alguma forma modificar este procedimento. Constatamos que os enfermeiros sabiam em que sacos deveriam colocar os diversos resíduos. Não sendo então falta de conhecimento, resolvemos realizar 1 poster cujo objectivo não foi informar como separar o lixo, mas sim alertar para a sua importância (ANEXO IV). Ao modificar práticas nos meus pares e outros profissionais, **zelei pela qualidade dos cuidados prestados**.

Tenho a salientar a receptividade e o reforço positivo feito pelos enfermeiros do serviço relativamente às actividades efectuadas, o que contribuiu para a minha motivação e reconhecimento do meu esforço.

► Objectivo 2

“Desenvolver intervenções de enfermagem de acordo com princípios científicos e protocolos de actuação, relacionados com transporte intra-hospitalar de doentes críticos”.

A temática *transporte de doente crítico* é algo perante a qual nutro uma especial atenção: durante alguns anos fiz parte de um grupo de trabalho que evidenciou a problemática do transporte através de um curso teórico-prático, sendo este ministrado a médicos e enfermeiros de todo o país nas instalações do HSM. Nos vários cursos efectuados, foi com muita satisfação que juntamente com os médicos que faziam parte deste grupo de trabalho, proporcionei momentos de aprendizagem a profissionais de várias instituições hospitalares, sensibilizando-os para a problemática de um transporte de doente crítico, incutindo a importância do cumprimento de Guide-Lines, tendo contribuído com certeza para a melhoria de cuidados prestados de outros profissionais. Como enfermeira de cuidados intensivos, porque em saúde a realidade de hoje não é a verdade de amanhã, e porque considero a formação contínua algo

fundamental na profissão, tenho desde sempre procurado manter-me actualizada relativamente a novos estudos ou novas terapêuticas e actuações. Mantenho-me a par de novas Guide-Lines nas várias áreas de intervenção frequente, tais como RCR, via aérea difícil ou Sépsis. Relativamente a RCR, tenho a salientar que desde há vários anos sou formadora do HSM e do INEM em SBV e SAV, tendo formado inúmeros médicos e enfermeiros nesta área. Fora da minha instituição, colaborei na formação em SBV de bombeiros, tripulantes de ambulância, agentes da autoridade e população em geral. Sendo o SBV uma prioridade da Direcção Geral de Saúde tal como consta na Circular Normativa de 22/06/2010 (DGS, 2010, p.6), relativa à criação e implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, **“*TODOS os profissionais da Unidade de Saúde devem ter formação em Suporte Básico de Vida...*”**, vou este ano retomar a formação de profissionais no CHLN na área da RCR. Considero ser a área da formação fundamental para o bom desempenho dos profissionais, tendo como finalidade uma actualização permanente. Desempenhei já no SMI, funções como Enf.^a Responsável pela Formação em Serviço, tendo feito um levantamento das necessidades formativas existentes, e elaborado um plano de formação de forma a dar resposta a essas mesmas necessidades. Sendo o HSM um Hospital Universitário, com uma política que visa a aposta formativa quer dos seus profissionais quer dos de outras instituições que aqui vêm dar continuidade à sua formação, não é então de estranhar a estreita relação existente entre o SMI e as Escolas Superiores de Enfermagem. É com grande prazer que participo na formação de futuros profissionais há mais de 15 anos, momentos de aprendizagem esses a que sempre atribuí grande importância, pois são providos de grande troca de experiências, não só para o aluno mas também para mim como formadora. Com todas as actividades desenvolvidas até ao momento relacionadas com a grande área que é a formação, identifiquei necessidades formativas e promovi a formação em serviço. A formação de profissionais de saúde é uma preocupação constante com vista a uma manutenção de cuidados de excelência. O Enf.^o Especialista tem igualmente um contributo fundamental nesta área, tal como é referido no Decreto-Lei Nº 437/91 no ser Artigo 7º, 3-g) *“responsabilizar-se pela formação em serviço do pessoal de enfermagem e outro pessoal da unidade de cuidados, elaborando, em articulação com o enfermeiro-chefe, o respectivo plano anual de actividades”*; e h) *“elaborar o relatório das actividades de formação em serviço”*. Neste estágio, optei por efectuar uma formação de forma integrada, pois apercebi-me que a receptividade por parte dos enfermeiros do serviço seria maior desta forma. A área do transporte de doente crítico tal como já referido anteriormente, é uma área sobre a qual tenho pleno domínio, permitindo-me as competências já adquiridas identificar facilmente situações problema, tendo sem grande dificuldade dar resposta aos mesmos.

Durante o estágio no SUC, tive oportunidade de efectuar inúmeros transportes intra-hospitalares de doentes críticos: exames complementares de diagnóstico, sala de pacing para colocação urgente de pace-maker, Unidades de Cuidados Intensivos (incluindo a Pediátrica e a de Queimados) e Bloco de Urgência foram alguns dos destinos. Após a decisão de transporte, prestei cuidados relativos às restantes fases, planeamento e efectivação, (SPCI, 2008, p. 9,

consultado a 5/02/2011). Nos primeiros turnos, efectuei também um transporte inter-hospitalar. Durante este transporte, senti necessidade que registar algumas ocorrências durante o mesmo, sendo estes registos efectuados numa simples folha de papel branca. Sendo o transporte de doente crítico uma temática a explorar durante o estágio, e após reunião com o Enf.^o Chefe, meu orientador, e com vários enfermeiros do serviço, ficou bem definido quais as áreas que necessitavam de ser trabalhadas/modificadas. Assim sendo, tornou-se desnecessária a elaboração de um questionário que serviria para avaliar necessidades existentes, actividade essa que chegou a ser por mim planeada no início do estágio. Tendo sempre presente a enorme importância dos registos de enfermagem, considerei fundamental elaborar um documento para esse efeito, a ser utilizado durante transportes inter-hospitalares. MACARTNEY e NIGHTINGALE (2001, p.14) referem a importância dos registos relativos aos acontecimentos ocorridos e à evolução da situação, mas também salientam a pertinência dos registos durante o transporte de doente crítico. É também fundamental termos sempre presente que os registos de Enfermagem são uma salvaguarda legal em caso de processo judicial. Na folha de registos por mim elaborada, consta para além da identificação do doente e Hospital/Serviço de destino, espaço para preenchimento de parâmetros vitais incluindo a dor, GCS e por fim, uma área para registos de acontecimentos/observações. No verso do documento, encontram-se as indicações da SPCI para a efectivação de cada transporte, no que respeita aos recursos humanos e materiais necessários. Após esboço do mesmo, foi feito um pré-teste e este foi sofrendo algumas alterações tendo como base as críticas efectuadas pelos enfermeiros do serviço, tendo com isso chegado então ao documento final a implementar (ANEXO V). Esse documento passou a ser apresentado aos enfermeiros durante as passagens de turno, tendo sido abrangidas todas as equipas. Considero ter sido esta uma actividade de grande importância para o serviço, pois passou a ser possível registar todos os acontecimentos e parâmetros vitais do doente durante o transporte, com vista a uma adequada continuidade de cuidados, sendo também este instrumento uma salvaguarda legal. Já após o término do meu estágio, fui contactada pela Sr.^a Enf.^a Supervisora do SUC: após conhecimento do documento por mim elaborado e porque este foi considerado pela Direcção dos Serviços de Enfermagem de extrema importância não só para o SUC mas também para todos os serviços do Hospital que efectuem transportes inter-hospitalares, foi-me pedido autorização para aplicação deste documento a todo o CHLN. Foi com grande gratificação que recebi esta notícia, pois este foi o reconhecimento de todo o trabalho efectuado, neste caso não só pelo serviço onde estagiei, mas pela DSE da instituição. Como futura enfermeira especialista contribuí para a promoção da continuidade de cuidados, tendo comunicado a todos o resultado do trabalho efectuado, transmitindo e inculcando aos meus pares que esta é uma realidade a ter sempre presente, não só dentro das paredes de um hospital mas também durante o percurso entre instituições.

Outra actividade planeada, foi a reformulação do saco de transporte que acompanha o doente durante o mesmo, de forma a que fossem cumpridas as indicações da SPCI. Após observação atenta do seu conteúdo, dispositivos médicos e fármacos, cheguei à conclusão que

este saco cumpria o pretendido, estando de acordo com as normas existentes relativas ao transporte. Este é um saco com bastantes dispositivos médicos e fármacos, e está especificamente concebido para o transporte de doente crítico, tornando-se excessivo e pesado, para transportes em que não ocorra acompanhamento médico. Por essa razão, e porque é frequentemente utilizado em transportes efectuados exclusivamente com acompanhamento de enfermagem, pois algum do seu material é fundamental nessas situações, achei pertinente a criação de um outro saco (ANEXO VI). Este conteria menos dispositivos médicos, sendo retirados fármacos e alguns dispositivos como laringoscópio, tubos traqueais entre outros, e ficando aqueles que do ponto de vista profissional e legal, podem ser utilizados por enfermeiros nas suas intervenções autónomas e são importantes durante um transporte. Os 3 compartimentos do saco foram aproveitados de forma a tentar agrupar de forma lógica e funcional, os dispositivos médicos que o constituem: material de ventilação assistida numa divisória de maiores dimensões, material de oxigenoterapia noutra compartimento e o restante material num terceiro espaço. Após o “nascimento” do saco, rapidamente se percebeu que ele deveria ter um “gémeo” e assim nasceu um segundo saco de transporte para transportes com acompanhamento de enfermagem. O saco existente previamente continua localizado no SO, podendo ser utilizado por qualquer sector durante um transporte em que haja acompanhamento médico. Também no SO ficou localizado um dos sacos por mim criado, visto ser um sector com número significativo de doentes transportados com acompanhamento de enfermagem. O outro ficou localizado nas salas de reanimação. Esta adaptação para a elaboração dos novos sacos de transporte, baseou-se quer nas normas da SPCI existentes, quer na experiência profissional, pois com tão elevado número de transportes efectuados no serviço, os enfermeiros têm pleno conhecimento sobre quais os dispositivos necessários. Como futura enfermeira especialista, considero ter sido esta uma actividade importante e benéfica para o serviço: é fundamental que se mantenha o mesmo nível de cuidados durante um transporte, sendo para isso necessário equipa e material adequados; passou a ser possível efectuar 3 transportes em simultâneo com material adequado, ao contrário do que acontecia anteriormente; com a criação destes novos sacos, os enfermeiros não transportam material desnecessário com peso considerável, mas sim apenas o que é adequado à situação. O saco previamente existente tem um peso considerável – 6,9 kg, enquanto o novo saco por mim criado tem um peso inferior a 2 Kg, tendo havido uma redução de cerca de 70% no peso.

Ainda relativamente ao transporte, achei importante colocar nos sectores onde à partida são admitidos doentes críticos posteriormente submetidos a transporte, posters elucidativos das normas da SPCI, para que não existam dúvidas sobre que material utilizar, que equipa acompanha e que meio de transporte se utiliza. Elaborei então 1 poster sobre transporte intra-hospitalar (ANEXO VII) e outro inter-hospitalar (ANEXO VIII), colocando um exemplar de cada no SO, e em cada uma das salas de reanimação.

Constatei ainda, que nem todo o material necessário e inerente ao transporte, regressa ao Serviço de Urgência. Com vista à manutenção do material, e responsabilização dos profissionais pela funcionalidade e devolução do mesmo, elaborei então um documento que funciona como check-list (ANEXO IX), e que facilita um controle mais adequado na circulação de vários dispositivos médicos.

1.2. – MÓDULO III – MÓDULO OPCIONAL

O módulo III teve início no dia 27 de Setembro de 2010. O BOU é um dos sectores do Serviço de Urgência Central (SUC), serviço este onde efectuei o módulo I do estágio já descrito anteriormente. Neste estágio relativo ao módulo III, onde tive oportunidade de prestar cuidados nas três principais vertentes do período perioperatório, dei também continuidade ao desenvolvimento de competências relacionadas com o apoio à família/pessoa significativa. Actividades como a elaboração de normas, de tabelas sobre fármacos e a criação de uma mala com fármacos de urgência, contribuíram para a integração dos meus pares. Contribui ainda para a prevenção das IACS com a implementação de dispositivos médicos para realização de pensos.

1.2.1. – Bloco Operatório de Urgência do Hospital de Santa Maria

O BOU, está localizado próximo das salas de reanimação do SUC, em área isolada da circulação geral do hospital, mas acessível aos diversos serviços de apoio e internamento, ficando no corredor da entrada principal do SUC e em frente ao SMI. Funciona 24h por dia, em todos os dias do ano, e recebe doentes de qualquer idade, de qualquer foro cirúrgico, provenientes do SUC ou de serviços de internamento. Mais raramente, recebe doentes vindos directamente da rua, já com diagnóstico efectuado por equipas médicas pré-hospitalares, com necessidade emergente de intervenção cirúrgica, quer por trauma, quer em situações de grávidas em PCR para que seja realizada cesariana de emergência. É dividido em três áreas: *livre*, *semi-restrita* e *restrita*. A *área livre* é constituída por uma entrada lateral, onde circulam profissionais a exercer funções neste serviço, por casas de banho e vestiários. É também constituinte da *área livre*, o início do corredor da entrada principal do BOU, onde é feita a admissão e acolhimento dos doentes/pessoas significativas e transferência da maca/cama onde se encontram para a marquesa operatória. Nesta área não é necessário o uso de roupa específica, podendo ser usados fardamentos externos ou roupa da rua. É limitada por uma faixa vermelha no chão, que faz a separação para a *área semi-restrita*. Nesta segunda área, é já obrigatório o uso de fardamento próprio. É constituída por salas de suporte periférico às salas operatórias: gabinete, sala de armazenamento de dispositivos médicos, sala de armazenamento de fármacos e dispositivos médicos de apoio à anestesia, sala de limpos, onde são embalados os ferros operatórios já depois de lavados e desinfectados, uma sala de

desinfecção com porta para o exterior, e por onde são retirados todos os resíduos hospitalares do BOU, uma sala de armazenamento de material eléctrico, uma UCPA com capacidade para 3 camas, estando 2 das quais equipadas com ventilação mecânica e um corredor de acesso às 2 salas operatórias. A circulação desta área está limitada aos profissionais devidamente fardados, doentes e familiares/pessoas significativas para acompanharem crianças na UCPA. A área *restrita* é constituída por uma sala de desinfecção de profissionais e pelas 2 salas operatórias. É nesta sala de desinfecção que se encontram as rampas de lavagem, as escovas e os desinfectantes para a lavagem cirúrgica das mãos e as máscaras obrigatórias antes de entrar em sala. Aqui estão também todas as caixas de instrumental cirúrgico já esterilizado que vão ser utilizadas nas mais diversas cirurgias, bem como algum material de apoio (taças, ebonites, canivetes eléctricos...). Sempre que possível, na sala denominada 1, são intervencionados os doentes do foro da Cirurgia Geral, sendo a sala 2 destinada às restantes especialidades cirúrgicas. É obrigatório o uso de máscara cirúrgica na área restrita, desde que se esteja em presença de material esterilizado aberto ou profissionais com indumentária estéril vestida.

Para que seja facilitadora toda a descrição do que foi o meu estágio neste serviço, vou subdividir o restante texto tal como já efectuado na apresentação do módulo anterior, tendo como base os objectivos propostos:

► Objectivo 1: *“Prestar cuidados no período peri-operatório que requeiram conhecimentos especializados na área da enfermagem médico-cirúrgica, de forma a dar resposta às necessidades do doente e familiares”.*

► Objectivo 2: *“Prestar cuidados de enfermagem que requeiram conhecimentos especializados na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica no período perioperatório, que contribuam para a prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde”.*

► Objectivo 1

“Prestar cuidados no período peri-operatório que requeiram conhecimentos especializados na área da enfermagem médico-cirúrgica, de forma a dar resposta às necessidades do doente e familiares”.

Foi decidido com a minha orientadora que relativamente à prestação de cuidados, faria a maioria dos turnos com ela como Enf.^a Circulante e os restantes como Enf.^a de Anestesia, e se possível alguns turnos como Enf.^a Instrumentista. Relativamente à prestação de cuidados como Enf.^a de Anestesia, foi decidido que ficaria com outra orientadora, visto não ser comum a Enf.^a que orientou o meu estágio, prestar cuidados nesta área. Tive noção de que poderia estar a ser demasiado ambiciosa ao querer prestar cuidados nas três grandes áreas do perioperatório, mas era esse o meu desejo. Segundo a AESOP (2006, P.107),

“A aquisição de saberes e o desenvolvimento de competências nas diferentes funções da enfermagem perioperatória é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade... Só assim é possível responder de uma forma mais organizada, eficaz e eficiente às necessidades do doente/família”.

No meu primeiro turno no BOU apenas houve um procedimento cirúrgico, o que se tornou facilitador para o meu início de adaptação a este serviço, conhecendo com calma toda a estrutura física. Fiz vários turnos como Enf.^a circulante, dando apoio a diversas cirurgias de diversas especialidades: cirurgia geral, cirurgia pediátrica, neurocirurgia, ortopedia, cirurgia vascular, hematologia (colheita de medula óssea), urologia, etc., tendo os meus pares e particularmente a minha orientadora de estágio sido fundamentais para o meu processo de integração. Rapidamente percebi que o tempo de integração neste serviço é moroso. Quando achava que já começava a ter alguma autonomia, aí vinha uma nova especialidade cirúrgica com particularidades diferentes, equipamentos e materiais diferentes, e lá me sentia voltar quase ao início. Tendo como referência Benner e o Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à Enfermagem, posso afirmar que na segunda semana de estágio, fiquei incluída no estado 2 (iniciada avançada) deixando para trás o estado 1: iniciada (BENNER, 2001), pois mesmo com as muitas particularidades de cada especialidade, consegui mobilizar para cada nova cirurgia os conhecimentos adquiridos até então, aplicando-os e adaptando-os às necessidades dos novos procedimentos cirúrgicos. Ao longo do estágio consegui apreender o necessário para circular em várias cirurgias de forma autónoma, estando a minha orientadora a partir da 4^a semana de estágio, apenas como supervisora do meu desempenho. Ao longo deste percurso, senti necessidade de consultar uma norma existente sobre funções do Enfermeiro Circulante, de forma a adoptar um desempenho de acordo com o definido no serviço. Tal como é referido pela ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001, p.15), as normas de procedimentos podem ser consideradas *“...metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade”*. Como essa norma não tinha ainda sido elaborada, decidi formulá-la (ANEXO X), pois além de toda a pesquisa a efectuar ser útil para a minha adequada prestação de cuidados durante o estágio, pretendo uniformizar os cuidados desempenhados por todos os enfermeiros de perioperatório, que prestam cuidados como Enfermeiros Circulantes. Promovi assim uma **orientação adequada para novos profissionais, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados**.

Em todas as situações em que os doentes se encontravam conscientes, com ausência de fármacos com efeitos farmacológicos sedativos, expliquei durante a admissão tudo o que se iria passar, o que iria encontrar na sala operatória, onde iria estar quando acordasse, enfim, desmistifiquei alguns medos e esclareci dúvidas, muitas delas comuns a quase todos os doentes, e que lhes provocam sentimentos de grande insegurança. A relação enfermeiro – doente é de extrema importância, tal como é referido num estudo efectuado à luz da Teoria das Relações Interpessoais de Joyce Travelbee, sobre inter-relacionamento da equipe de enfermagem-doente, no período pré-operatório. Nesse estudo CARVALHO et al (2006, p.55-60), salienta que o enfermeiro não se pode só limitar apenas à administração e execução de prescrições efectuadas pelo médico, mas sim estar particularmente atento às necessidades

sentidas por cada doente, percepção esta que leva à compreensão do cuidar e que contempla a relação enfermeiro – paciente. Saliento aqui uma situação de um doente que se encontrava muito ansioso, com medo de não acordar após a anestesia. Curiosamente a intervenção a que ia ser submetido era sob anestesia loco-regional, estando portanto sempre acordado. Após lhe ter explicado este facto, a ansiedade e o medo sentidos foram praticamente debelados, ficando o doente muito mais calmo.

Uma dificuldade sentida nos primeiros dias como enfermeira circulante prendeu-se com o afastamento obrigatório de alguns procedimentos relativos ao doente, como manutenção da via aérea ou vigilância hemodinâmica, procedimentos estes usuais na minha prática diária, ficando estas funções a cargo da Enf.^a de Anestesia. No início e sem me aperceber, estava atenta a esses aspectos e foi necessário um esforço acrescido e a ajuda da minha enfermeira orientadora para que esta situação pudesse ser corrigida. Contudo, numa cirurgia (by-pass femoro-femural) em que me encontrava a circular, houve uma ocorrência não habitual durante a indução anestésica: após a administração de fármacos, o doente desencadeou uma contractura muscular exuberante e generalizada, que condicionou quase na totalidade a expansão torácica, impedindo dessa forma uma ventilação eficaz. Desta vez foi inevitável e acabei por dar apoio à colega que se encontrava de anestesia, e que segundo ela não tinha ainda muita experiência em situações de emergência. A situação foi crítica durante alguns minutos. Acabei por actuar nesta situação de urgência/emergência dando algumas indicações de actuação à colega presente. Como futura enfermeira especialista, tive oportunidade de fazer uma pequena formação relativa a fármacos de reanimação e também a um dispositivo médico utilizado para efectuar inaladores em doentes ventilados (câmara expansora) que ela desconhecia. Tive também oportunidade de explicar como efectuar a conexão de determinados cabos para avaliação de pressão invasiva, para que este tipo de procedimento seja futuramente efectuado de forma mais funcional. Apesar de neste serviço me sentir uma enfermeira *iniciada/iniciada avançada*, considerando a classificação de competências defendida por BENNER e tendo em conta a minha inexperiência relativamente às especificidades de um Bloco Operatório, tive a capacidade de mobilizar conhecimentos adquiridos previamente, actuando de forma rápida e eficaz, demonstrando na prática a capacidade de aquisição e desenvolvimento de competências. BENNER (2001, p. 141) refere que *“São precisos imensos conhecimentos e competências para se determinar a gravidade de uma situação e a necessidade de uma intervenção rápida...”*. Considero ter **conseguido 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, avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada e desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente e reagir perante um acontecimento imprevisto e complexo.**

Fiz cerca de 4 turnos como enfermeira de anestesia. Esta é a área do perioperatório em que não me sinto “perdida”, pois é a que tem mais aspectos em comum com o dia-a-dia no meu serviço, em que a prestação de cuidados directos ao doente crítico é uma realidade. Apesar disso, houve algumas ocorrências que não são para mim habituais: encontrava-se em sala uma médica interna de anestesia, que efectuava ela própria controle de débito urinário, soros e administração de fármacos. Isso de início foi um pouco destabilizador para o meu trabalho, pois estas são funções em que não estou de forma alguma habituada a “partilhar” com elementos da equipa médica, mas sim habituada a realizar com total autonomia. Tive de me adaptar a uma realidade que desconhecia mas que é prática comum com alguns anestesistas. Esta dificuldade sentida acabou por ser propícia para que pudesse **demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar**. A minha experiência foi promotora de algumas discussões multidisciplinares, tendo sido propícia para a **mudança de práticas profissionais**, nomeadamente na área de incompatibilidade de fármacos, e permitiu-me **reflectir na e sobre a prática, de forma crítica, produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde**.

Nos turnos em que prestei cuidados na área da anestesia, foram admitidas também crianças. Estas situações foram para mim enriquecedoras, pois permitiram o meu aprofundamento de conhecimentos relativamente a dosagens específicas de fármacos em pediatria. Das várias intervenções, saliento a admissão de uma criança de 2 anos, com o diagnóstico de corpo estranho na orofaringe. Esta foi uma situação geradora de grande ansiedade por parte dos familiares. Os pais encontravam-se bastante apreensivos e também cansados pois a admissão no serviço de urgência de Pediatria tinha ocorrido por volta das 22h e a menina só deu entrada no BOU às 6h, por indisponibilidade de sala. Perguntei à anestesista se não era possível a mãe acompanhá-la á sala (depois de devidamente equipada com roupa adequada) mas percebi que este não era um procedimento habitual. Apesar disso, imediatamente confirmei que iria ser assegurado todo o sentimento de segurança da criança: foi administrado Midazolam EV com a criança ao colo da mãe e só quando esta ficou sonolenta, foi então levada para a sala operatória. A mãe ficou a chorar. Acompanhei os pais para fora do Bloco, disse-lhes que ficassem por perto, que assim que terminasse os viria avisar. Expliquei também que o medicamento administrado ainda ao colo da mãe, para além de a sedar tinha também um efeito amnésico e que portanto a sua pequena não se iria lembrar de nada. Estes 2 minutos de conversa, foram suficientes para os reconfortar. Esta criança, durante a indução anestésica, fez um broncospasmo marcado, ficando cianosada e com diminuição franca de saturação de O₂. Foi necessário actuar de forma rápida, estabelecendo prioridades de forma ágil e adequada, administrando fármacos de forma urgente, para que se solucionasse esta ocorrência. Esta foi uma situação imprevista, revestida de uma complexidade inerente ao facto de ser uma criança de 2 anos, num serviço que não é de pediatria. O facto de ter experiência em situações de urgência/emergência, quer no SMI com adultos, quer na VMER incluindo a área da Pediatria, foi facilitador para a minha rápida actuação, tendo esse facto sido salientado pela anestesista,

que me congratulou no final de todo o procedimento. Afinal não chegou a ser feita esofagoscopia, pois durante a laringoscopia, foi visualizada e removida a espinha. Assim que foi possível fui avisar os pais que ela estava bem e já a acordar. Os pais ficaram visivelmente mais descansados e agradeceram-me bastante. Esta situação foi promotora para aquisição de competências, nomeadamente **desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização médico-cirúrgica e demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família.**

Outra situação foi também respeitante a uma criança, esta um pouco mais velha: 11 anos. Durante a execução de uma arte marcial, este menino sofreu fractura dos ossos da perna, tendo sido admitido no bloco cerca das 23h30m, muito ansioso e queixoso, acompanhado pelos pais. Foi permitido a entrada da mãe no bloco, tendo permanecido ao pé dele até à administração de fármacos e entrada na sala operatória. Expliquei à mãe que se previa ser uma intervenção relativamente rápida e que a viria avisar quando terminasse, o que veio a acontecer. No final da cirurgia fui avisar a mãe, e apesar do adiantado da hora, por ser uma criança, foi permitido que esta permanecesse na UCPA. Enquanto lhe entregava uma bata e protectores de calçado para que pudesse entrar na área semi-restrita, fui-lhe explicando como o iria encontrar (ainda muito sonolento) e quais os procedimentos a partir daquele momento. Em ambas as situações, considerei a família como parte integrante de toda a situação, tendo tentado na medida do possível esclarecer as suas dúvidas e minimizar a sua ansiedade. Apercebi-me também que estes cuidados estão incutidos nos meus pares. Segundo FIDALGO (2003, p.18),

“Na enfermagem perioperatória, deve estar presente a dimensão humana da pessoa, todas as acções de enfermagem devem ser revestidas de atitudes cuidativas, considerando o doente como um todo, mantendo uma relação de ajuda, que se deve estender à família”.

Momentos como estes contribuíram para o meu crescimento como futura enfermeira especialista, na medida em que **abordei questões complexas de modo sistemático e criativo relacionadas com o doente e família**, sendo esta uma competência que se pretende ser adquirida.

Uma situação problema detectada, prende-se com o facto de por vezes chegarem familiares ao bloco operatório já depois da admissão do seu familiar. Quando estão as duas salas operatórias a funcionar, é quase impossível haver disponibilidade de elementos da equipa de enfermagem para esclarecer as suas dúvidas. Como a entrada no bloco operatório está obviamente condicionada, achei útil elaborar um poster a ser colocado à entrada, de forma a ser proporcionado algum conforto a familiares/pessoas significativas (ANEXO XI). Deste documento consta também indicação de qual o local onde se podem dirigir para que possam obter alguma informação. A comunicação com a família atinge uma elevada importância e é considerada fundamental na prestação de cuidados no bloco operatório. O enfermeiro que

“estabelece uma relação de empatia no período perioperatório e está atento às necessidades do doente/família” (ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS 2006, P.179) promove a comunicação como competência a atingir.

Apercebi-me ao longo do estágio, que nem todos os meus pares estão familiarizados com determinadas diluições de fármacos e perfusões contínuas. Porque as situações de emergência requerem uma actuação o mais rápida possível e porque existem vários enfermeiros em integração nesta área perioperatória, senti necessidade de elaborar uma tabela em que conste os fármacos endovenosos mais habituais, tipo de seringa a utilizar, necessidade de diluição e diluição final pretendida. Foi colocada uma tabela (ANEXO XII) em cada sala operatória e outra na sala de indução, para que em qualquer um dos locais possíveis para a preparação de fármacos, esta orientação esteja visível. Elaborei também uma outra tabela, em que constam as perfusões contínuas mais utilizadas e respectiva diluição (ANEXO XIII), que ficou exposta nos locais anteriormente descritos. Este trabalho foi bastante elogiado pelos meus pares, pois consideraram estas tabelas um contributo para a rapidez de actuação, já sentido em situações concretas da sua prática. Sendo este instrumento **facilitador na integração de novos profissionais**, é conseqüentemente **promotor da melhoria da prestação de cuidados**. A ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS (2006, P.284) salienta que *“Uma integração bem programada beneficiará a instituição e o indivíduo, uma vez que quanto mais rapidamente o novo elemento se adaptar ao seu meio, mais depressa dará uma contribuição efectiva à instituição”*. Estas tabelas, como instrumento facilitador da integração que são, contribuem também para uma prevenção do erro clínico. FRAGATA e MARTINS (2008, p.23) referem que *“O erro médico torna-se mais provável quando a prática é exercida por pessoal menos experiente, nomeadamente durante o treino.”*

A cerca de 2 semanas do final do meu estágio, a Enf.^a responsável do bloco teve conhecimento de que os fármacos existentes no bloco 3 (bloco de cirurgias electivas existente no piso 5, mas que funciona como bloco de urgência para abertura de uma 3^a sala, em caso de emergência) iriam ficar condicionados a um local fechado, cujo acesso só é possível mediante chave colocada em local a designar. Porque a abertura desta sala é sempre uma emergência, e a existência de fármacos não disponíveis no imediato não é compatível com esta designação, achei pertinente a criação de uma mala em que ficassem colocados todos os fármacos habitualmente utilizados (ANEXO XIV), e que estaria localizada no bloco de urgência, pronta a ser deslocada para o bloco 3 em caso de necessidade. Quando me propus realizar este trabalho e o comuniquei à minha enfermeira orientadora, esta foi muito receptiva e incentivou-me imenso nesta actividade, que se adivinhava de extrema utilidade em situações futuras. Foi possível criar uma mala que contem material de via aérea na divisória superior, e nas 4 gavetas existentes, fármacos de reanimação, indutores de sono, relaxantes musculares e analgésicos. Ainda durante o meu estágio, houve necessidade de utilização desta mala que já se encontrava pronta, tendo os meus pares referido posteriormente que era extremamente útil

e funcional, o que me proporcionou grande gratificação pelo projecto desenvolvido e pela sua aplicabilidade.

Após a realização de cerca de 15 turnos de estágio, e porque o meu esforço foi reconhecido pelos meus pares, foi decidido que passaria a instrumentar, tendo a 1ª cirurgia sido uma desarticulação coxo-femural. Para mim foi o reconhecer do meu investimento, desempenho e capacidade de integração. No meu projecto de estágio, apesar de ser este um desejo meu, só estavam contemplados cuidados perioperatórios como Enf.ª Circulante e Enf.ª de Anestesia, pois achei pretensioso ambicionar realizar cuidados de enfermagem neste âmbito, provido de grandes conhecimentos teórico-práticos e de perícia. No início do estágio ficou pendente a ideia de que poderia instrumentar, mas este facto foi considerado por mim como algo provavelmente inatingível, e foi com grande satisfação que iniciei a prestação de cuidados nesta área perioperatória. Prestei cuidados como enfermeira instrumentista em 5 cirurgias. Numa delas, uma colecistectomia por via laparoscópica, fiquei particularmente orgulhosa do meu trabalho, pois no final o cirurgião referiu nunca se ter apercebido durante todo o acto cirúrgico que era a 1ª vez que eu instrumentava este tipo de cirurgia, e só o soube porque eu assim o referi. Foi portanto para mim de extrema importância ter prestado cuidados nesta área, pois termino o meu estágio com mais experiência, tendo passado por mais uma das áreas pertencentes ao período perioperatório. Quando me foi proposto instrumentar, senti necessidade de consultar uma norma relativa à prestação de cuidados como enfermeira instrumentista. Visto essa norma ainda não ter sido elaborada propus-me realizá-la (ANEXO XV), o que acabei por conseguir, estando para aprovação as duas normas por mim elaboradas.

Apesar de não estar contemplado no meu estágio a prestação de cuidados na UCPA, é com frequência que acompanho até esta sala os doentes vindos das salas operatórias. Por essa razão, apercebi-me que existem várias caixas que contêm dispositivos médicos que não estão identificadas, o que aumentou o meu tempo para a procura dos mesmos. À semelhança do referido anteriormente, a procura do material aumenta o tempo de actuação, aumentando também o risco de erro (probabilidade de troca de algum dispositivo) identifiquei os vários dispositivos médicos existentes e respectivos níveis (ANEXO XVI), nas várias caixas existentes. FRAGATA e MARTINS (2008, p. 23) refere que *“se é certo que os erros ligados à prestação de cuidados de saúde não poderão jamais ser abolidos na totalidade, devemos seguramente tudo fazer para que sejam minimizados na probabilidade de ocorrência e nas suas consequências”*. Com a identificação de dispositivos médicos, **zelei pela qualidade dos cuidados prestados na área de especialização médico-cirúrgica.**

Como síntese deste objectivo, considero que a enfermagem efectuada num BO na vertente de anestesia e numa UCI tal como no serviço em que eu trabalho, têm aspectos em comum, apesar das muitas especificidades de cada serviço. As UCI e seus profissionais, têm ao longo dos anos sofrido uma evolução crescente. *“O historial do enfermeiro de cuidados intensivos inicia-se com o aparecimento de algumas “salas” vocacionadas para o doente em estado crítico. Essas salas estavam inseridas num serviço, eram apetrechadas com material mais*

sofisticado e nelas prestavam-se cuidados mais diferenciados” (MORENO 2000, p.35). A enfermagem tem um papel de especial importância neste tipo de serviços. É fundamental preservar a noção do cuidar o doente, utilizando como adjuvante toda a tecnologia de monitorização e tratamento disponíveis, mas vendo sempre o doente e família como ponto fulcral da nossa actuação e nunca como primeiro plano, todos os meios de monitorização e tratamento disponíveis nas UCI. Segundo URDEN et al (2008, p.6) “a enfermeira de cuidados intensivos tem de ser capaz de prestar cuidados de alta qualidade com a maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas e incorporando também abordagens psicossociais e holísticas, quando apropriadas ao tempo e situação do doente”. A comunicação é algo fundamental e que deve estar sempre presente, mesmo perante doentes sedados.

► Objectivo 2

“Prestar cuidados de enfermagem que requeiram conhecimentos especializados na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica no período perioperatório, que contribuam para a prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde”.

Após o início do estágio e com o decorrer do mesmo, constatei que um dos objectivos por mim inicialmente propostos, ***“Prestar cuidados de enfermagem que requeiram conhecimentos especializados na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, no planeamento da transferência de doentes críticos, no período pós-operatório”***, não era passível de ser realizado. A transferência de doentes é feita única e exclusivamente pelos Enfermeiros dos serviços de destino e não pelos Enfermeiros do BO. Assim sendo, tornou-se fundamental a reformulação deste objectivo visto o inicialmente proposto não ter fundamento nesta realidade. Tornou-se então imperioso alterar toda uma linha previamente pensada, dando início a novas actividades que me possibilitassem a concretização deste novo objectivo. Sendo eu actualmente o elemento de ligação do meu serviço à CCI da minha instituição e sabendo previamente que esta é uma área em que muito há a fazer, facilmente identifiquei situações problema e defini o novo objectivo a ser atingido. Logo nos primeiros dias de estágio, apercebi-me que a não ser em situações de redução incruenta de fracturas em que não há perda de integridade da pele, é obviamente efectuado penso operatório. Num estudo de prevalência efectuado no nosso país em 1988, 1993 e 2003 sobre infecção do local cirúrgico (COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR, 2007, p.1) observou-se que esta foi uma das infecções nosocomiais mais frequentes. Nos inquéritos efectuados a infecção do local cirúrgico representou, respectivamente, 20%, 16% e 13,03% das infecções nosocomiais detectadas, sendo este o tipo de infecção mais frequente nos serviços de cirurgia. Já em Março de 2009, foi realizado no HSM um inquérito de prevalência integrado num estudo nacional (COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR, 2009, p.1-2), com uma amostra de 387 doentes distribuídos por 21 serviços da instituição. Neste estudo, a infecção do local cirúrgico representa 10,9%, sendo a 4ª IACS mais frequente. A referir também a elevada

percentagem das infecções hematogénicas, com 18,8%. Obviamente, há várias variáveis a considerar quando nos referimos à infecção do local cirúrgico: a preparação da pele no período pré-operatório, todo o período intra-operatório e posteriormente o pós-operatório, em que um dos aspectos a ter em conta é a manutenção do penso operatório. Também MANGRAM (1999) foca este aspecto no seu trabalho. Foi nesta variável, manutenção do penso operatório, que resolvi efectuar diligências para que pudessem ser alterados comportamentos. Os pensos utilizados no BO são feitos de material permeável, o que faz com que haja necessidade de serem refeitos com mais frequência, o que não está de acordo com as indicações da CCI. Assim sendo, e porque já existem actualmente pensos semi-permeáveis disponíveis no HSM, fiz alguma sensibilização nesse sentido à equipa de enfermagem do BO. Dirigi-me ao Armazém Central do HSM, tendo-me sido fornecidos os códigos referentes aos vários tamanhos de pensos existentes. Transmiti essa informação à enfermeira responsável do BO, que se mostrou muito receptiva a esta mudança, tendo sido a implementação destes novos dispositivos médicos uma realidade ainda durante os últimos dias de estágio. Elaborei um poster sobre a importância da utilização deste tipo de pensos na prevenção de infecção do local cirúrgico (ANEXO XVII), e durante várias passagens de turno, comuniquei aos meus pares a sua existência e importância chamando a atenção para as normas da CCI, que referem que a substituição de pensos não deverá ser efectuada antes das 48h após a cirurgia a não ser que seja estritamente necessário (CCI, 2006, p.7) sendo o material de penso semi-permeável facilitador para que esta indicação seja possível atingir. Com todo o processo de implementação destes dispositivos, considero ter adquirido como competência, **demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da especialização médico-cirúrgica e comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.**

Apercebi-me também que as lâminas de laringoscópio utilizadas no bloco, não são por norma esterilizadas. Ao falar com a enfermeira responsável com vista à elaboração de protocolos neste âmbito, constatei que este é já um problema identificado e em vias de resolução. Estão já pedidas lâminas em número suficiente para que possam sempre ir ao serviço de esterilização, sem que haja probabilidade de falta deste tipo de dispositivo médico no bloco operatório.

Resolvi então, e porque me apercebi da necessidade de mudança de comportamentos relativos à realização de pensos de cateteres (periféricos, centrais e arteriais), sensibilizar os meus pares e também os médicos que os colocam, para a importância da utilização de pensos transparentes semi-permeáveis. Este tipo de dispositivo médico permite uma visualização permanente do local de inserção, tendo posteriormente o doente maior autonomia nos cuidados de higiene e requer um menor número de substituições que os tradicionais pensos de gaze, o que contribui para a diminuição da carga de trabalho de Enfermagem (O'GRADY et al, 2002). Contudo, um estudo efectuado comparando pensos transparentes semi-permeáveis e pensos de gaze em acessos periféricos com cerca de 2000 casos estudados ao qual O'GRADY (et al) faz referência (2002, p.7), não parece provar benefício entre um ou outro

dispositivo. Reflectindo na e sobre a prática, tenho a referir que a minha prática de cuidados diária me faz preferir os pensos transparentes semi-permeáveis, sendo uma das suas vantagens a visualização directa do local de inserção e fixação do acesso vascular, e consequentemente uma rápida identificação de início de sinais inflamatórios. Na norma sobre Profilaxia da Infecção associada aos Acessos Vasculares elaborada pela CCI do HSM (2003, p.3) pode ler-se

“Colocar um penso estéril, tanto quanto possível ligeiro, de forma a que permita a vigilância fácil e adequada do local de inserção, para detecção precoce de sinais inflamatórios. Se o doente está diaforético ou se o local de inserção está sangrante, deve preferir-se compressa seca. Noutras situações em que o local de inserção esteja exposto a fluidos, por exemplo secreções, devem ser utilizados pensos semipermeáveis de preferência transparentes”.

Parecendo haver alguma controvérsia, contactei então a Enf.^a responsável pela CCI, tendo-a informado sobre o que pretendia realizar relativamente aos pensos operatórios e de acessos vasculares, e também para esclarecimento sobre qual a recomendação exacta da CCI relativamente a pensos transparentes semi-permeáveis. A Enf.^a mostrou-se muito disponível para esclarecimento de qualquer dúvida e congratulou todo o trabalho que me propus realizar. Confirmei então a indicação da CCI do HSM para a preferência de utilização de pensos transparentes semi-permeáveis em cateteres periféricos, centrais e arteriais, desde que não se esteja perante doente diaforético ou com hemorragia no local de inserção. Este tipo de pensos para acessos vasculares já estava disponível no bloco, mas não era utilizado regularmente. Fui falando da sua importância e indicações de forma informal, quer nas passagens de turno, quer durante colocação de acessos vasculares. Foi com muito agrado que me apercebi que a utilização deste dispositivo tal como na ferida operatória começou a ser efectuada, pois no meu serviço recebo inúmeros doentes provenientes do bloco, e comecei a constatar a sua utilização. Elaborei também um poster de sensibilização (ANEXO XVIII) e vários tapetes de rato utilizados em todas as cirurgias (ANEXO XIX), pois é necessário efectuar registo informático, de forma a que o alerta para a utilização dos vários tipos de pensos semi-permeáveis, seja uma realidade a não esquecer. Resta-me ainda referir que já depois de terminado o meu estágio, foi-me comunicado pelos meus pares que alguns elementos da equipa médica elogiaram os posters elaborados sobre os pensos semi-permeáveis, solicitando este tipo de dispositivos na sua prática de cuidados. **Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral, zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área de especialização médico-cirúrgica e promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros,** foram algumas das competências adquiridas.

Como futura enfermeira especialista, pretendi **demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência e contribuir para uma adequada continuidade de cuidados,** modificando comportamentos de forma a promover a prevenção de infecções associadas aos cuidados de saúde.

Apesar de me ter deparado com o facto de ter que alterar um dos objectivos, alterando de certa forma a minha linha orientadora, considero ter desenvolvido actividades adequadas para que este novo objectivo pudesse ser alcançado. Considero ter atingido os restantes objectivos previamente definidos, adquirindo assim as competências pretendidas, tendo **tomado decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas, mantendo de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.**

2 – CONCLUSÃO

A palavra conclusão, proveniente do latim *conclusionem*, “*significa acto ou efeito de concluir...acabamento...termo, fim...consequência...proposição final de um raciocínio...*”. PERFEITO (2010, p. 395). Encontrando-me na fase final deste relatório, considero ser este não só um guia descritivo do que foi o estágio, mas principalmente uma ferramenta pessoal que me permitiu reflectir, avaliar e registar todo o trajecto percorrido descrevendo e analisando de forma crítica, ideias, interesses, actividades, experiências e claro, as competências efectivamente adquiridas. Transmiti através do relatado neste documento, todo o trabalho desenvolvido durante o estágio, dando assim cumprimento ao primeiro objectivo proposto para a elaboração deste relatório.

A realização deste relatório permitiu-me sem dúvida, reflectir na e sobre a prática, tendo o trabalho realizado contribuído para o repensar nas práticas diárias e potenciar mudanças de comportamento nos meus pares. Com isso, o desenvolvimento e aquisição de competências tornou-se uma realidade.

Este foi um percurso longo, que não teve início no 1º dia de aulas do Curso. Ao longo de todo o meu percurso profissional, comecei a trilhar os caminhos que nos levam em direcção à grande “estrada do saber”, estrada esta que nos ensina a repensar nas práticas diárias e a promover mudanças de comportamento com vista à satisfação das necessidades do doente e família e à prática de cuidados de excelência. O Curso efectuado, com a sua componente teórico-prática, sinalizou-me os trilhos e atalhos a percorrer, de forma a que o atingir da importante “estrada do saber” decorresse de forma mais rápida, mostrando-me percursos com menos curvas, pouco montanhosos, mas com cruzamentos e portagens, que pude ultrapassar tendo em conta o investimento pessoal, o empenho, a capacidade de iniciativa e a importante troca de experiências que realizei com os meus pares.

Durante o decorrer do estágio, a aceitação por parte dos meus pares que me receberam e acolheram nos seus locais de trabalho, foram de extrema importância para que a realização das actividades previamente propostas se tornasse realidade. Para além dessas actividades, identifiquei situações problema, tendo reformulado objectivos e definindo novas estratégias para os atingir, tendo em conta as reais necessidades detectadas e sentidas em cada serviço. Considero ter atingido os objectivos previamente definidos, adquirindo assim as competências pretendidas, mantendo de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

Todo este percurso que culminou na elaboração deste relatório não foi tarefa fácil. Algumas dificuldades surgiram sendo o conciliar de horários no local de trabalho com o período de

frequência do curso na sua vertente teórico-prática e com a vida familiar, a dificuldade mais difícil de superar. O facto de ter havido necessidade de alteração de objectivos durante o estágio relativo ao Módulo III, com a conseqüente implicação de mudança de estratégias e actividades, foram por si só motivo de algum desalento. Porém, foi minimizada a importância por mim dada a esta suposta dificuldade através da orientação pedagógica da Professora Filipa Veludo. Com facilidade encarei este novo desafio detectando novas situações problema, interligando-as com a minha prática profissional, associando todos estes aspectos à minha motivação pessoal e profissional.

Considero ter atingido os objectivos propostos para a elaboração deste relatório, na medida em que descrevo todo o percurso realizado durante o estágio, descrevendo as actividades efectuadas que permitiram cumprir os objectivos inicialmente propostos, evidencio a necessidade de reformular objectivos de forma a dar resposta às verdadeiras necessidades de cada serviço, descrevo as competências adquiridas com o decorrer da prática clínica e analiso as acções realizadas e suas implicações na essência do cuidar.

Saliento como principais contributos a elaboração dos sacos de transporte e a folha de registos de Enfermagem para transporte inter-hospitalar, no SUC, e no BOU a mala de fármacos e as tabelas de fármacos e perfusões. Considerando de extrema importância a aferição da eficácia, pertinência e funcionalidade dos projectos implementados, deixo como sugestão a realização de avaliações do saco de transporte, da folha de registos e da mala de fármacos.

Este percurso de ano e meio permitiu-me ter uma “visão mais além”. A identificação de situações problema pareceu ficar mais clarificada e a forma de lhes dar resposta passou a surgir de forma mais natural, tornando-se sem dúvida este curso de Especialização, num importante contributo pessoal e profissional. A alteração de comportamentos por mim implementada relativa às visitas no meu serviço, não foi mais que o aplicar de conhecimentos adquiridos durante o curso. Outra área de intervenção que sofreu a influência deste percurso e em que estou a investir actualmente é a sensibilização dos enfermeiros do meu serviço para a elaboração de normas de procedimentos no SMI. Após este ano e meio, posso afirmar que na minha prestação diária, estará certamente reflectida toda a aprendizagem e competências adquiridas ao longo do Curso.

Termino, consciente de que com o caminho percorrido não cheguei ainda ao fim da estrada; simplesmente cheguei até ela, continuando daqui para a frente um novo percurso em paralelo com os meus pares, com mais responsabilidades mas também com consciência do meu crescimento enquanto pessoa e enfermeira, ambicionando atingir a prestação de cuidados de enfermagem de excelência no cuidados ao doente e família/pessoa significativa.

3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS – **Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados**. Loures: Lusodidacta, 2006. 356 p. ISBN: 972-8930-16-X
- BENNER, Patrícia - **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto, 2001. 294 p. ISBN: 972-8535-97-X
- BRENNAN, Andrea – **Caring for Children During Procedures: a Review of the Literature**. Pediatric Nursing. Vol.20, n.º5. Set-Out 1994. 8 p.
- CARVALHO, DENISE (et al) - **Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee - Cogitare Enferm**; nº11(1); (Jan–Abril, 2006.) p.55-60 [consultado a 2 de Novembro de 2010 às 22h30m]. http://www.faculdadespequenoprincipe.org.br/publicacoes/arquivos/20080919050909_Artigo%20relacionamento%20enfermeiro%20paciente.pdf
- COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – CHLN. **Boletim trimestral Outubro a Dezembro de 2009**. [consultado a 19/02/2011 às 23h]. Disponível em http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/CCIH/Boletim_Comissao_Outubro_a_Dezembro_2009.pdf
- COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – HSM. **Boletim trimestral Janeiro a Março de 2007**. [consultado a 19/02/2011 às 23h10m]. Disponível em http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/CCIH/CCIH_boletim_trimestral_1_2007.pdf
- COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – HSM. **Prevenção da Infecção Cirúrgica**. 2006. p.7 [consultado a 19/02/2011 às 22h30m]. Disponível em http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/CCIH/Prevencao_Infeccao_Cirurgica.pdf
- COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – HSM. **Profilaxia da Infecção associada a acessos intravasculares**. 2003. p.3 [consultado a 28/04/2011 às 23h30m]. Disponível em http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/CCIH/Dispos_intravasc.pdf
- COSTA, José Santos - Métodos de prestação de cuidados. **Millenium**. Viseu. ISSN 0873-3015. nº30 (Outubro 2004), p.234-251

- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Circulares Normativas e Normas**. 2010. [consultado a 13/02/2011 às 23h44m]. Disponível em <http://www.dgs.pt/>
- FARIA, Sidónio – **Supervisão Clínica – Modelos de Supervisão**. 2007. [consultado a 12/05/2011 às 23h50m]. Disponível em <http://supervisaoclinicanaenfermagem.wikidot.com/modelos-de-supervisao>
- FIDALGO, Alexandra. O papel do enfermeiro face ao doente e/ou família/pessoas significativas no período perioperatório. **AESOP revista**. Lisboa. Vol. IV, nº12 (Dezembro 2003), p.15-22.
- FRAGATA, José; MARTINS, Luís - **O Erro em Medicina – perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade**. Coimbra: Almedina, 2008. ISBN: 978-972-40-2347-2. 327p.
- HOSPITAL DE SANTA MARIA – **Estrutura Organizacional**. [consultado a 6-02-2011 às 17h30m]. Disponível em <http://www.hsm.min-saude.pt/CentroHospitalar/Organização/EstruturaOrganizacional/AçãoMédica/Departamentod eUrgênciaeCuidadosIntensivos/ServiçodeUrgênciaCentral/tabid/1626/Default.aspx>
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR RICARDO JORGE. “**Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital. Um Guia Prático**. Ministério da Saúde: 2ª edição, 2002. 93 p.
- MACARTNEY, Ian; NIGHTINGALE, Peter. - Transfer of the critically ill adult patient. **British Journal of Anaesthesia**. Volume I, Number I (2001), p. 12-15
- MANGRAM, Alicia J. *et al* - **Guideline for Prevention of Surgical Site Infection**. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol.20, nº4 (1999). p.268 [consultado a 19/10/2010 às 22h10m]. Disponível em <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/SSI.pdf>
- MARUITI, Marina R.; GALDEANO, Luiza E.- **Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos**. 2006. [consultado a 13/02/2011 às 19h39m]. Disponível em www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a07v20n1.pdf
- MORENO, Rui – **Gestão e Organização em Medicina Intensiva**. Lisboa: WLP, 2000, ISBN: 972-733-067-3, p. 35.
- O'GRADY, Naomi P. *et al* – **Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections**. 2002, 31p. [consultado a 13/10/2011 às 23h]. Disponível em <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm>
- OLIVEIRA, Jacinto – **Gestão do Risco Hospitalar – perspectiva multiprofissional**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2005. ISBN: 1646-2629. Nº 19., p.12-15
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. 454 p. ISBN 972-99646-0-2

- ▶ **ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001

- ▶ PEREIRA, Maria Aurora Gonçalves – Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto. Contributos para a formação em enfermagem. 2005, 547 p. [consultado a 29/04/2001 às 23h]. Disponível em <http://www.enfermagemp.pt/2011/02/comunicacao-de-mas-noticias-em-saude-e.html>

- ▶ PERFEITO, Abílio Alves Bonito *et al* – **Dicionário da Língua Portuguesa 2011.** Porto: Porto Editora, 2010. 1744 p.

- ▶ PINA, Elaine. – Equipamento de protecção individual, protecção facial e respiratória. **Nursing**, 227, (Novembro 2007), p.14-20

- ▶ PIRES, Adriane Pacheco. - **Comunicação de más notícias.** 1998. [consultado a 29/04/2001 às 22h]. Disponível em <http://www.ufrgs.br/bioetica/masnot.htm>

- ▶ PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n.º 48/90 – **Lei de Bases da Saúde.** D.R. 195/90 SÉRIE I de 24 de Agosto. [consultado a 22/04/2011 às 23h30m]. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/sg/conteudos/legisaude/legis+leoms.htm#A2>

- ▶ PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto-Lei n.º 104/98 - **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.** D.R. I Série-A, nº93, 21 de Abril de 1998, Lisboa. p.1739-1757.

- ▶ PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n.º 111/2009. **D.R. I Série.** 180(2009-09-16) p. 6535-6536.

- ▶ PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dec-Lei n.º 348/93. **D.R. I Série-A.** 231 (2003-10-01) p. 5553

- ▶ PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dec-Lei n.º 437/91. **D.R. I Série.** 257 (1991-11-08) p. 5723-5740.

- ▶ PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direcção de Serviços de Planeamento. **Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento.** Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2003. ISBN: 972-675-098-0. 72 p.

- ▶ SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA. **Casuística.** Lisboa: SMI, 2009. 6 p.

- ▶ SIQUEIRA, Amanda Batista *et al* – Relacionamento enfermeiro, paciente e família: factores comportamentais associados à qualidade da assistência. 2006. 5 p. [consultado a 28/04/2001 às 22h] Disponível em <http://site.fmabc.br/admin/files/revistas/31amabc73.pdf>

- ▶ STEDEFORD, Averil – **Encarando a Morte**, 1ª edição, Porto Alegre, 1986, Artes Médicas, 168p

- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS - **Guia para transporte de doente crítico**. [consultado a 5 de Fevereiro de 2011 às 23h04m]. Disponível em <http://www.spci.org/documentos/?imr=11&imc=11n&fmo=ver&id=17>
- UNIVERSIDADE CATÓLICA – **Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional**. Lisboa: UCP-ICS/ESPS, 2007. 14p.
- URDEN, Linda D.; STACY, Kathleen M.; LOUGH, Mary E. – **Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos – Diagnóstico e intervenção**. 5ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. 1265 p. ISBN: 978-989-8075-08-06
- WILSON, Jennie. – **Infection control in clinical practice**. (3ªEd). Elsevier, 2006. 339 p. ISBN: 0 7020 2761 8



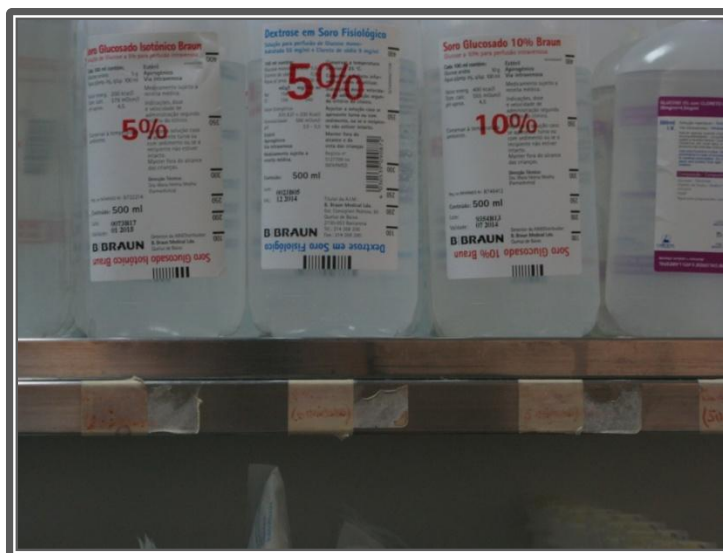
ANEXOS



ANEXO I

Identificação de Dispositivos Médicos nas Salas de Reanimação

Alguns exemplos de como se encontravam as prateleiras de soros e dispositivos médicos, na Sala de Reanimação



Resultado final





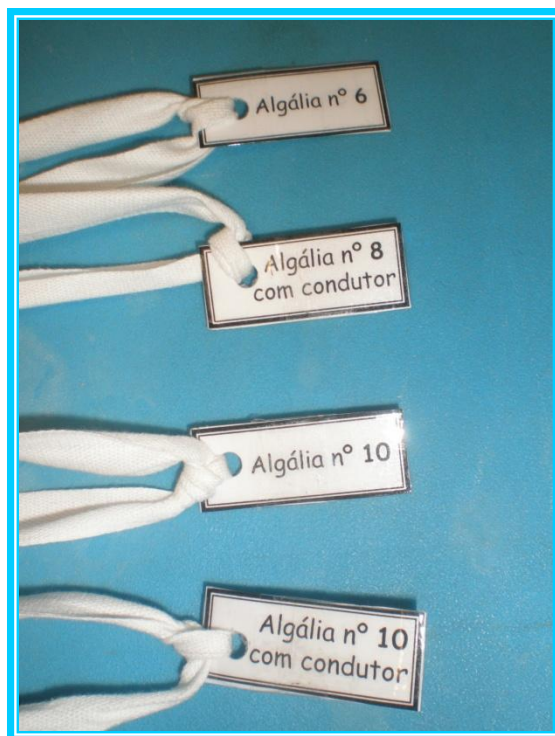
ANEXO II

Identificação de sondas gástricas e algalias, no carro de urgência pediátrico

Como encontrei...



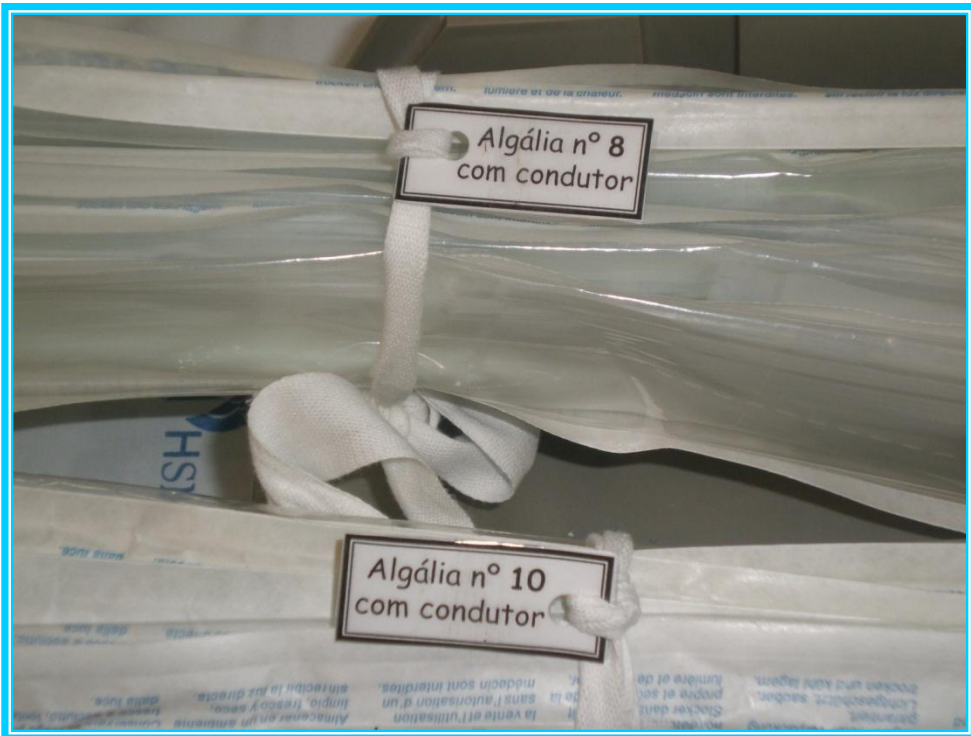
O que fiz...



Sondas: Resultado final



Algalias: Resultado final

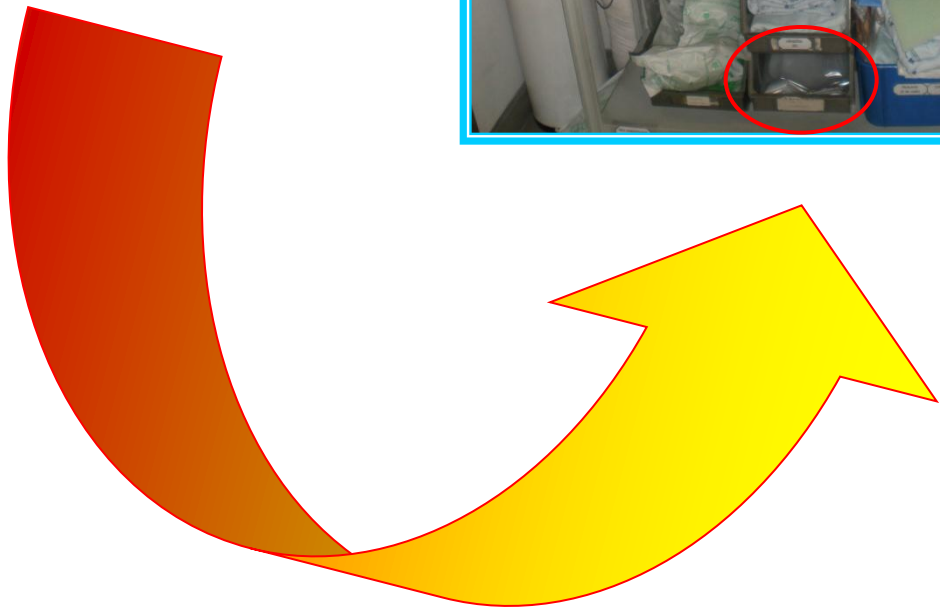




ANEXO III

Suporte para colocação de aventais na Sala de Reanimação

Como encontrei...



Resultado Final





Poster sobre residuos hospitalares

Serviço de Urgência Central

Triagem de Resíduos Hospitalares



Uma responsabilidade partilhada!

RESÍDUOS NÃO PERIGOSOS		RESÍDUOS PERIGOSOS	
GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III	GRUPO IV
RESÍDUOS URBANOS	RESÍDUOS HOSPITALARES NÃO PERIGOSOS	RESÍDUOS HOSPITALARES RISCO BIOLÓGICO	RESÍDUOS HOSPITALARES ESPECÍFICOS
SACOS PRETOS		SACOS BRANCOS	SACOS VERMELHOS
			CONTENTORES AMARELOS
			CONTENTORES CINZENTOS



Folha de registos de enfermagem para transporte inter-hospitalar

Transporte Inter-Hospitalar

Registos de Enfermagem

Etiqueta

Hospital de Destino: _____ Serviço de Destino: _____

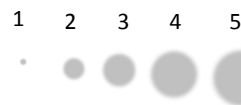
Contacto efectuado com: _____

Data: __/__/____ Hora de Saída: ____h ____m Hora de Chegada ao Hosp. Destino: ____h ____m

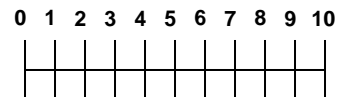
Escala de Coma de Glasgow

<u>Abertura de olhos</u>		<u>Resposta Verbal</u>		<u>Resposta Motora</u>	
Espontânea	4	Orientado	5	Obedece a ordens	6
Sob comando	3	Confuso	4	Localiza a dor	5
À dor	2	Palavras inapropriadas	3	Reage em fuga	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis	2	Reage em flexão	3
		Nenhuma	1	Reage em extensão	2
				Nenhuma	1

Avaliação Pupilar



Escala de dor



Ausência
de dor

Dor
moderada

Dor
máxima

<i>Parâmetros</i> <i>Hora</i>	FC	TA	FR	Temp.	Sat. O2	Dor	GCS
____ h ____ m	____ ppm	____/____ mmHg	____ cpm	____ C	____%	____	____
____ h ____ m	____ ppm	____/____ mmHg	____ cpm	____ C	____%	____	____
____ h ____ m	____ ppm	____/____ mmHg	____ cpm	____ C	____%	____	____

Registos: _____

Assinatura: _____

Número Mecanográfico: _____

Transporte Inter-hospitalar

1. VIA AEREA ARTIFICIAL Não 0 Sim (tubo de Guedel) 1 Sim (se intubado ou com traqueostomia recente) 2	8. PACEMAKER Não 0 Sim, definitivo 1 Sim, provisório (externo ou endocavitário) 2
2. FREQUENCIA RESPIRATORIA FR entre 10 e 14 / min 0 FR entre 15 e 35 / min 1 Apneia ou FR<10 / min ou FR>35 / min ou Respiração irregular 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 0 Escala de Glasgow >8 e <14 1 Escala de Glasgow ≤8 2
3. SUPORTE RESPIRATORIO Não 0 Sim (Oxigenoterapia) 1 Sim (Ventilação Mecânica) 2	10. SUPORTE TECNICO E FARMACOLOGICO Nenhum dos abaixo indicados 0 Grupo I: Naloxona Corticosteroides Manitol a 20% Analgesicos 1 Grupo II: Inotropicos Vasodilatadores Antiarritmicos Bicarbonatos Tromboliticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno toracico 2
4. ACESSOS VENOSOS Não 0 Acesso periférico 1 Acesso central em doente instável 2	
5. AVALIACAO HEMODINAMICA Estável 0 Moderadamente estável (requer < 15mL/min) 1 Instável (inotrópicos ou sangue) 2	
6. MONITORIZACAO DO ECG Não 0 Sim (desejável) 1 Sim (em doente instável) 2	
7. RISCO DE ARRITMIAS Não 0 Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) 1 Sim, alto risco * (e EAM < 48 h) 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	VEÍCULO	EQUIPA	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Ambulância Normal	Tripulante	Nenhum	“Standard” Ambulância AMS
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Ambulância Normal	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito+monitor de transporte+seros+ injectáveis
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Amb. Medicalizada ou helicóptero	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Nível B+ventilador+material via aérea avançada + desfibrilhador com paceseringas/bombas infusoras



Saco de Transporte

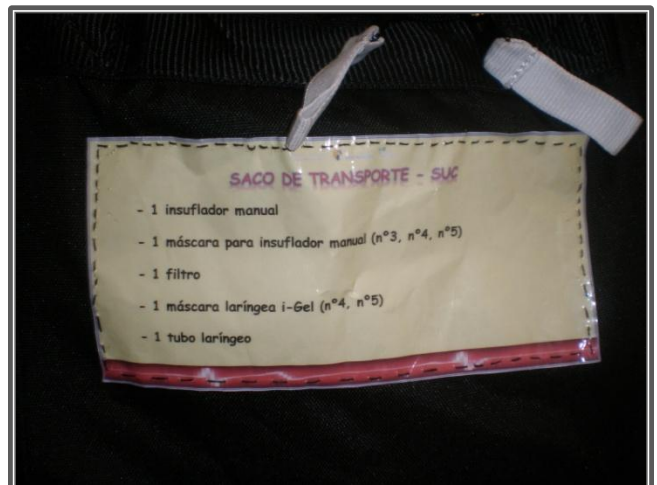
SACO DE TRANSPORTE



Material:

- 1 Insuflador Manual
- 1 Máscara para insuflador manual de cada tamanho (nº3, nº 4, nº 5)
- 1 filtro
- 1 tubo de conexão de O2
- 1 máscara de O2
- 1 máscara com doseador de FiO2
- 1 máscara de alta concentração
- 1 óculos nasais
- 1 máscara laríngea i-Gel de cada tamanho (nº4, nº5)
- 1 tubo laríngeo
- 1 tubo nasofaríngeo de cada tamanho (nº 28, nº30)
- 1 tubo de Guedel de cada tamanho (nº3, nº4, nº5)
- Luvas limpas (4 pares S, 4 pares M, 4 pares L)
- 1 Lidocaína Gel

SACO DE TRANSPORTE





Poster sobre transporte intra-hospitalar

TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

A avaliação deve ser efectuada no serviço de origem, previamente ao transporte. O resultado (em pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível) define as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização e o equipamento, para qualquer nível de gravidade de doente, não desresponsabilizando o médico que toma a decisão de como deve ser efectuado o 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 Corticosteroides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico e Aspiração	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 + + Mascara + 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.

IN: Transporte de Doentes Críticos - Recomendações, SPCI, 2008, p.33



Poster sobre transporte inter-hospitalar

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

A avaliação deve ser efectuada no serviço de origem, previamente ao transporte. O resultado (em pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível) define as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização, o equipamento e o tipo de veículo, para qualquer nível de gravidade do doente, não desresponsabilizando o médico que toma a decisão de como deve ser efectuada o 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 Corticosteroides 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	VEÍCULO	EQUIPA	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Ambulância Normal	Tripulante	Nenhum	"Standard" Ambulância AMS
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Ambulância Normal	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito+monitor de transporte+soros+ injectáveis
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Amb. Medicalizada ou helicóptero	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Nível B+ventilador+material via aérea avançada + desfibrilhador com pacer+seringas/bombas infusoras

IN: Transporte de Doentes Críticos - Recomendações, SPCI, 2008, p.37



ANEXO IX

Check-list de material

EQUIPAMENTO UTILIZADO EM TRANSFERÊNCIAS

Data: ___/___/___ Destino: _____

Etiqueta

⇒ EQUIPAMENTO ELÉCTRICO:

- Monitor/desfibrilhador
- Monitor de transporte
- Bipap
- Ventilador portátil
- Bomba Infusora - Quantidade _____
- Seringa Infusora - Quantidade _____
- Outro - Qual? _____

⇒ EQUIPAMENTO VIA AÉREA:

- Insuflador Manual - Quantidade _____
- Máscaras - Quantidade _____
- Bala de Oxigénio - Quantidade _____
- Outro - Qual? _____

⇒ EQUIPAMENTO DE TRAUMA:

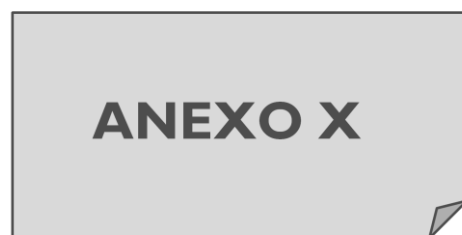
- Plano duro
- Colar Cervical
- Estabilizadores de cabeça
- Aranha
- Outro - Qual? _____

Transporte efectuado por:

Nome: _____ Nº mecanográfico: _____

Material conferido por:

Nome: _____ Nº mecanográfico: _____



Norma sobre funções de Enf.^a Circulante

NORMA DE PROCEDIMENTO Nº2

Funções de circulante

1. OBJECTIVOS

- Definir a actividade da Equipa de Enfermagem com funções de Enfermeiro (a) circulante;
- Facilitar a integração de novos elementos;
- Contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados prestados ao doente e família/pessoa significativa.

2. ÂMBITO

Aplica-se a todas as actividades desempenhadas pelos Enfermeiros do Bloco Operatório do SUC com funções de Circulante.

3. DESCRIÇÃO

O Enfermeiro perioperatório com funções de Circulante cuida do doente cirúrgico em toda a sua vertente física, social e psicológica. Fazem ainda parte das suas funções planear, implementar e efectuar cuidados individualizados e globais ao doente/família, submetido a procedimentos cirúrgicos. Pretende-se contribuir desta forma, para a segurança do doente/família e para uma adequada gestão dos recursos disponíveis, aplicando os conhecimentos técnico-científicos e relacionais.

O plano de cuidados formulado pelo Enfermeiro perioperatório com funções de Circulante é composto por várias etapas que permitem:

- O estabelecimento de uma relação de ajuda entre doente/família;
- Uma colheita de dados personalizada;
- Transmissão de segurança e conforto ao doente, reforçando a confiança na equipa;
- A verificação atempada da operacionalidade do equipamento necessário à intervenção;
- O controlo dos recursos materiais, evitando desperdícios;
- A segurança da técnica asséptica;
- Evitar a ocorrência de complicações e perda de tempo.

4. RESPONSABILIDADE

O Enfermeiro Circulante tem responsabilidade relativamente a:

- Segurança do doente e equipa cirúrgica;
- Segurança do ambiente;
- Controle da infecção;
- Gestão de riscos inerentes a um bloco operatório;
- Gestão organizacional na sala de operações.

5. ACTIVIDADES

Antes de cada Cirurgia:

- ✓ Equipar-se segundo as normas do Bloco Operatório;
- ✓ Reunir todos os dispositivos médicos necessários para o acto cirúrgico, em conjunto com a Enfª Instrumentista;
- ✓ Verificar a integridade e esterilidade dos dispositivos médicos;
- ✓ Verificar todos os aparelhos e material a utilizar;
- ✓ Providenciar a limpeza das superfícies lisas (tampos);
- ✓ Verificar as condições ambientais da sala operatória;
- ✓ Preparar a sala e verificar o funcionamento dos equipamentos necessários:
 - Testar aspirador;
 - Testar canivete eléctrico (se necessário);
 - Preparar e testar câmara em colaboração com o cirurgião (se necessário);
 - Testar garrote pneumático (se necessário);
 - Etc.
- ✓ Efectuar acolhimento do doente:
 - Apresentar-se ao doente (sem máscara), avaliando o seu grau de consciência;
 - Confirmar identificação do doente;
 - Confirmar com o doente cirurgia a efectuar;

- Confirmar inexistência de próteses, anéis ou outros adornos;
 - Confirmar jejum, grupagem, antecedentes, exames complementares de diagnóstico, alergias.
 - Promover a informação necessária ao doente de forma a diminuir a sua angústia/medo referente ao perioperatório;
 - Garantir que o doente e/ou cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento informado;
 - Colaborar na transferência do doente para a marquesa operatória;
 - Acompanhar o doente à sala;
 - Colaborar no posicionamento do doente na marquesa operatória;
-
- ✓ Colocar placa neutra do equipamento de electrocirurgia (quando necessário) e testar;
 - ✓ Algalhar o doente (se necessário);
 - ✓ Providenciar tricotomia (se necessário);
 - ✓ Colaborar com a equipa cirúrgica enquanto se equipam com roupa estéril;
 - ✓ Efectuar desinfeção prévia do campo operatório;
 - ✓ Colaborar na colocação das mesas cirúrgicas, tendo em conta a contagem de compressas (se necessário);
 - ✓ Conectar os vários materiais estéreis a unidades não estéreis;

No decurso da cirurgia:

- ✓ Providenciar dispositivos médicos necessários ao decorrer da cirurgia;
- ✓ Verificar a integridade e esterilidade dos dispositivos médicos;
- ✓ Colaborar com o Enfermeiro Instrumentista na contagem de compressas e outro instrumental;
- ✓ Manter a disciplina na sala;
- ✓ Adequar os gastos tendo em conta a necessidade do procedimento cirúrgico;
- ✓ Manter a sala limpa e organizada;

- ✓ Prevenir riscos para o doente e equipa cirúrgica;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir regras de assepsia;
- ✓ Actuar em situações de emergência;
- ✓ Acondicionar adequadamente produtos biológicos para exames;
- ✓ Desligar equipamentos que já não vão ser utilizados;
- ✓ Realizar triagem de resíduos;
- ✓ Proceder aos registos de enfermagem em folha própria e aplicação informática;
- ✓ Colaborar na realização do penso cirúrgico;

No final da cirurgia:

- ✓ Proporcionar um acordar confortável ao doente;
- ✓ Colaborar na transferência do doente para a UCPA;
- ✓ Realizar a traçabilidade da intervenção;
- ✓ Cumprir o protocolo de higienização, montagem e verificação dos equipamentos;
- ✓ Efectuar reposição de dispositivos médicos e fármacos;
- ✓ Preparar a sala para o próximo doente.

6. REGISTOS

São efectuados os seguintes registos perioperatórios de Enfermagem:

- Registos de enfermagem em impresso próprio;
- Registos relativos ao consumo de determinados dispositivos médicos;
- Registos relativos a produtos para análise;
- Registos em aplicação informática.

7. BIBLIOGRAFIA

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2006). Enfermagem perioperatória – Da Filosofia à prática dos Cuidados. Loures. Lusodidacta.

Fonseca, R. (2009). Apontamentos das aulas de Enfermagem Perioperatória. Lisboa



ANEXO XI

Poster BOU – Familiares/pessoas significativas



**BLOCO OPERATÓRIO
DE
URGÊNCIA**

Tem o seu familiar/amigo a ser submetido a uma cirurgia?

Não entre no Bloco Operatório: **AGUARDE!**

Não fale alto: **ESCUTE!**

Não desespere: **CONFIE!**

O seu familiar/amigo está a ser atendido por uma equipa multidisciplinar e bem treinada. Dirija-se ao secretariado do S.O. para mais informações.



ANEXO XII

Tabela sobre diluição de fármacos

FÁRMACOS HABITUAIS: (VIA ENDOVENOSA)



Fármacos	Seringa	Preparação	Diluição pretendida
Alfentanil	10 cc	2 cc até 10 cc SF	0,1 mg/ml
Atracurio	5 cc	Sem diluição	10 mg/ml
Atropina	10 cc	Sem diluição	0,5 mg/ml
Cetamina	10 cc	Sem diluição	50 mg/ml
Cisatracurio	5 cc	Sem diluição	2 mg/ml
Diazepan	10 cc	2 cc até 10 cc SF	1 mg/ml
Efedrina	10 cc	1 cc até 10 cc SF	5 mg/ml
Etomidato	20 cc	10 cc até 20 cc SF	1 mg/ml
Fentanil	10 cc	Sem diluição	0,05 mg/ml
Midazolan	5 cc	1 cc até 5 cc SF	1 mg/ml
Morfina	10 cc	1 cc até 10 cc SF	1 mg/ml
Propofol	20 cc	Sem diluição	10 mg/ml
Rocurónio	5 cc	Sem diluição	10 mg/ml
Succinilcolina	2 cc	Sem diluição	50 mg/ml
Sufentanil	10 cc	2 cc até 10 cc SF	0,01 mg/ml
Vecurónio	5 cc	Diluir em 5cc SF	2 mg/ml
Tiopental	20 cc	Diluir em 20cc água dest.	25 mg/ml



ANEXO XIII

Tabela sobre diluição de perfusões

PERFUSÕES HABITUAIS:



Fármacos	Diluição
Amiodarona	600 mg / 50cc Dext. 5% H2O
Atracurium	100 mg / 50cc SF ou 50 mg / 50cc SF
Dinitrato de Isossorbido	50 mg / 50cc SF ou 20 mg / 20cc SF
Dobutamina	500 mg / 50cc Dext. 5% H2O ou 250 mg / 50cc Dext. 5% H2O
Dopamina	400 mg / 50cc Dext. 5% H2O ou 200mg / 50cc Dext. 5% H2O
Noradrenalina	10 mg / 50cc Dext. 5% H2O ou 5mg / 50cc Dext. 5% H2O
Rocurónio	100 mg / 50cc SF ou 5mg / 50cc SF

ANEXO XIV

Mala de fármacos do BOU

MALA DE FÁRMACOS





ANEXO XV

Norma sobre funções de Enf.^a Instrumentista

NORMA DE PROCEDIMENTO Nº3

Funções de Enfermeira instrumentista

1. OBJECTIVOS

- Definir a actividade da Equipa de Enfermagem com funções de Enfermeiro (a) Instrumentista;
- Facilitar a integração de novos elementos;
- Contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados prestados ao doente e família/pessoa significativa.

2. ÂMBITO

Aplica-se a todas as actividades desempenhadas pelos Enfermeiros do Bloco Operatório do SUC com funções de Instrumentista.

3. DESCRIÇÃO

Como em qualquer outra função do Enfermeiro perioperatório, a prestação de cuidados do Enfermeiro Instrumentista exige competências específicas na área da enfermagem perioperatória. Tem funções próprias, independentes e dependentes. O Enfermeiro Instrumentista deve compreender e valorizar a sua área de instrumentação enquanto isolada e distinta, mas em simultâneo deve valorizar as áreas da Circulação e da Anestesia, pois complementam a sua prestação de cuidados. O plano de cuidados formulado pelo Enfermeiro perioperatório com funções de Instrumentista, é composto por várias etapas que visam prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação, para que em todo o procedimento cirúrgico esteja presente a segurança para o doente e equipa.

4. RESPONSABILIDADE

O Enfermeiro Instrumentista tem responsabilidade relativamente a:

- Segurança do doente e equipa cirúrgica;
- Prevenção, redução e de preferência extinção do risco de infecção operatória;
- Assegurar o cumprimento de protocolos estabelecidos relativos a técnica asséptica cirúrgica e de contagem de compressas ou outros materiais ou dispositivos médicos;
- Diminuição do tempo cirúrgico, pela redução ou eliminação de tempos mortos;

- Adequada gestão de gastos, com fim a uma redução de custos e adequado controle de dispositivos médicos;
- Cuidados relativos à utilização, manipulação e manutenção dos instrumentos, o que contribui para a promoção da sua durabilidade.

5. ACTIVIDADES

Antes de cada Cirurgia:

- ✓ Reunir todos os dispositivos médicos necessários para o acto cirúrgico, em conjunto com a Enfermeira Circulante;
- ✓ Efectuar acolhimento do doente:
 - Apresentar-se ao doente (sem máscara), avaliando o seu grau de consciência;
 - Confirmar identificação do doente;
 - Confirmar com o doente cirurgia a efectuar;
 - Promover a informação necessária ao doente de forma a diminuir a sua angústia/medo referente ao perioperatório;
- ✓ Efectuar desinfecção cirúrgica das mãos;
- ✓ Equipar-se segundo as normas do Bloco Operatório;
- ✓ Preparar as mesas para a cirurgia em conjunto com a Enfermeira Circulante, dispondo o instrumental cirúrgico em função dos tempos operatórios;
- ✓ Colaborar no vestir da restante equipa cirúrgica;
- ✓ Colaborar na preparação/desinfecção do campo operatório;
- ✓ Validar a esterilização dos diferentes dispositivos médicos verificando fitas integradoras (“testemunho”);
- ✓ Iniciar a contagem de compressas e outros dispositivos/materiais em conjunto com a Enfermeira Circulante;
- ✓ Entregar à Enfermeira Circulante os vários materiais estéreis para conexão a unidades não estéreis;

No decurso da cirurgia:

- ✓ Providenciar dispositivos médicos necessários ao decorrer da cirurgia;
- ✓ Mantém a contagem de compressas ou outro instrumental em colaboração com a Enfermeira Circulante;
- ✓ Estar atenta a toda a equipa, tempos operatórios e assepsia;
- ✓ Realizar correctamente e sem perda de tempo a passagem de instrumentos cirúrgicos;
- ✓ Prevenir riscos para o doente e equipa cirúrgica;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir regras de assepsia;
- ✓ Adequar os gastos tendo em conta a necessidade do procedimento cirúrgico;
- ✓ Manter a organização da mesa de instrumentação;
- ✓ Recolher produtos biológicos para análise e entregá-los à Enfermeira Circulante;
- ✓ Realizar contagem final de compressas e outros dispositivos e alertar em caso de falhas;
- ✓ Colaborar na realização do penso cirúrgico;

No final da cirurgia:

- ✓ Providenciar a remoção do instrumental cirúrgico da sala operatória;
- ✓ Colaborar na transferência do doente para a UCPA;
- ✓ Colaborar na preparação e reorganização da sala para o próximo doente.

6. BIBLIOGRAFIA

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2006). Enfermagem perioperatória – Da Filosofia à prática dos Cuidados. Loures. Lusodidacta.

Fonseca, R. (2009). Apontamentos das aulas de Enfermagem Perioperatória. Lisboa



ANEXO XVI

Identificação de Dispositivos Médicos na UCPA

UCPA: IDENTIFICAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS UCPA

Como encontrei...



UCPA: IDENTIFICAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS UCPA

Resultado final





ANEXO XVII

Poster sobre pensos semi-permeáveis para acessos vasculares

PENSOS SEMI-PERMEÁVEIS:

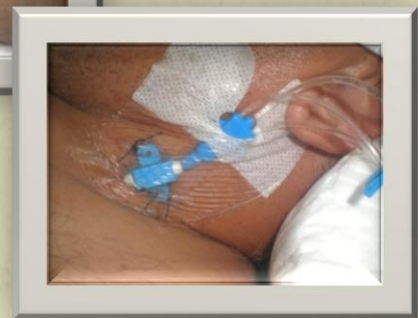
UMA MANIA ??



Acessos periféricos



Cateteres Arteriais



Cateteres Venosos Centrais

NÃO: UMA SOLUÇÃO!

**Prevenção da infecção em cateteres:
Está nas suas mãos!!**



ANEXO XVIII

Poster sobre pensos semi-permeáveis para ferida operatória

PENSOS SEMI-PERMEÁVEIS:

UMA MANIA ??



NÃO: UMA SOLUÇÃO!

Prevenção da infecção da ferida operatória:

Está nas suas mãos!!



ANEXO IX

Tapetes de “rato”

Bloco de Urgência



Pensos

semi-permeáveis



Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde