



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: Vitor Miguel de Jesus Gomes

Lisboa, Maio, 2012



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

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: Vitor Miguel de Jesus Gomes

Sob orientação da Professora Isabel Rábais

Lisboa, Maio, 2012

RESUMO

Com este relatório pretendo evidenciar a evolução potenciada pelos estágios e dar a conhecer o percurso efetuado. Os estágios realizados visaram especificamente o desenvolvimento de competências para assistência de Enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico. O trabalho em estágio pelas atividades desenvolvidas para a concretização dos objetivos traçados permitiu o desenvolvimento das capacidades de reflexão e análise crítica nas experiências de aprendizagem e de competências na área de especialidade.

O estágio, efetuado no Serviço de Urgência, em que as intervenções de Enfermagem representam um desafio, foi uma atividade interdisciplinar e abrangente impondo conhecimentos, saberes e competências a vários níveis. O acompanhamento de várias situações urgentes e emergentes, permitiram-me mobilizar conhecimentos na área de cuidados ao doente crítico.

O estágio efetuado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, revelou-se enriquecedor a nível profissional e sobretudo pessoal, ao nível da humanização da relação doente/profissional de saúde.

No módulo opcional de Enfermagem Peri-Operatória obtive creditação, pelas competências obtidas ao longo da minha experiência nesta área. O desenvolvimento das funções do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica permitiu-me validar, alargar e cimentar conhecimentos teóricos e adquirir maiores competências na área da Enfermagem Peri-Operatória.

Ao longo deste trabalho foi realçada a capacidade de identificar situações problema, de refletir e de debater as várias situações vivenciadas tendo em vista o desenvolvimento de competências.

ABSTRACT

With this report I intend to show the evolution enhanced by internships and make known the way done. The stages undertaken aimed specifically the development of competencies for advanced nursing care to adult and elderly patients with severe disease, especially directed to assist the patient in critical condition. Work on stage for activities to achieve the objectives outlined allowed the development of capacities for reflection and critical analysis in the learning experiences and skills in specialty area. The stage, made in Urgency Service, where nursing interventions is a challenge, was a comprehensive and interdisciplinary activity requiring skills, knowledge and skills at various levels. The monitoring of several urgent and emergent situations, allowed me to mobilize knowledge in critical patient care.

The stage made in Intensive Care Unit Polyvalent, proved to be rewarding on a professional level and above personal level about the humanization of patient / health professional.

Optional module in Peri-Operative Nursing got accreditation, the skills gained through my experience in this area. The development of the functions of the nurse specialist in Medical-Surgical Nursing has allowed me to validate, extend and strengthen their theoretical knowledge and acquire more skills in Peri-Operative Nursing. Throughout this work was highlighted the ability to identify problem situations, to reflect and discuss the various situations experienced in order to develop skills

AGRADECIMENTOS

Gostaria de reservar este pequeno espaço para agradecer a quem direta ou indiretamente me ajudou neste percurso a superar todas as dificuldades com que me deparei na realização do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em especial à minha orientadora, Professora Isabel Rabiais, agradeço a disponibilidade no decurso da realização deste trabalho, o estímulo contínuo e as indicações sempre rigorosas que lhe foram sugerindo as várias leituras do meu texto. Aos meus companheiros de curso, pelos bons momentos que passámos todos juntos, em especial à Sónia Pequito e ao Lúcio Aguiar. À enfermeira Teresa Batista e à enfermeira Florbela Neves, enfermeiros orientadores, pela coordenação dos estágios e pela preciosa colaboração.

À minha esposa e às minhas filhas, por serem o meu pilar e pela paciência e apoio incondicionais em todos os momentos mais difíceis.

À minha chefe e aos meus colegas de serviço, pelo apoio e colaboração.

A todos os doentes com quem ao longo dos estágios me proporcionaram momentos de aprendizagem.

“Não estejas conformado com o que alcançaste, nem satisfeito contigo mesmo... Inicia sempre novos caminhos. Começa hoje um novo projecto...”

Ezequiel Ander-Egg

SIGLAS

BO – Bloco Operatório

CCIH – Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar

CHMT – Centro Hospitalar do Médio Tejo

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direcção-Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PVC – Pressão Venosa Central

SO – Sala de Observações

SPO₂ – Saturação Periférica de Oxigénio

SU – Serviço de Urgência

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

UCPA- Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

ACRÓNIMOS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AEVAS – Associação para o Estudo da Via Aérea de Santarém

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

SABA - Solução Anti-séptica de Base Alcoólica

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SAV – Suporte Avançado de Vida

TAC – Tomografia Axial Computorizada

VAD – Via Aérea Difícil

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

0 - INTRODUÇÃO

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa visa especificamente 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.

De acordo com plano de estudos, o estágio na área de especialização, decorreu entre o período de 27 de Abril de 2011 a 27 de Janeiro de 2012, tendo sido proposto a elaboração de um relatório de estágio, baseado num projeto, anteriormente elaborado.

O estágio foi estruturado em 3 módulos:

- Módulo I – Serviços de Urgência – Serviço de Urgência (SU) da Unidade de Abrantes do Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT), de 26 de Setembro a 19 de Novembro;
- Módulo II – Cuidados Intensivos – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) da Unidade de Abrantes do CHMT, de 21 de Novembro de 2011 a 27 de Janeiro de 2012;
- Módulo III – Opcional - Enfermagem Peri-Operatória de 26 de Abril a 18 de Junho de 2011, ao qual obtive creditação.

Cada módulo teve 180 horas de contacto, tutorado pela Professora Isabel Rabiais, estando a respetiva orientação a cargo de um enfermeiro especialista, da referida instituição, com experiência profissional relevante na área.

Em relação à escolha dos locais de estágio, pesaram alguns fatores pessoais e profissionais. A opção pelo SU (módulo I) da Unidade de Abrantes do CHMT prende-se com o facto de ser uma Urgência Médico-Cirúrgica com várias valências, nomeadamente Cirurgia, Medicina, Otorrinolaringologia, Ortopedia e Traumatologia, na qual adquiri e aprofundei competências na área de intervenção ao doente crítico.

Para a realização do estágio do Módulo II, escolhi a UCIP da Unidade de Abrantes do CHMT, por ser uma unidade polivalente que presta cuidados a doentes de médio e alto risco. É uma unidade recente e de referência no CHMT, com uma equipa dinâmica e empreendedora no que concerne a projetos direcionados para a qualidade de cuidados, na qual procurei aprofundar as minhas competências na área de especialização.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

O módulo III correspondia a uma área opcional, em que me foi permitido optar, por uma de três áreas, em função do projeto profissional pessoal. Como exerço funções no serviço de Bloco Operatório (BO) há 12 anos, foi-me concedida creditação a este estágio, por reunir, a nível da Enfermagem Peri-Operatória, um conjunto de competências aliadas à minha experiência nesta área e também à minha ligação à gestão do próprio serviço.

Optei por realizar os dois estágios no CHMT- Unidade de Abrantes, por ser um hospital com uma grande abrangência de valências na vertente Médico-Cirúrgica, e por ter a possibilidade de efetuar os estágios na mesma instituição onde exerço funções, beneficiando de um conhecimento aprofundado da dinâmica, filosofia e política de qualidade da mesma.

Ao longo de cada estágio, elaborei um portfólio em que fui compilando as atividades desenvolvidas, vivências e reflexões críticas, transmitindo as estratégias adotadas, para atingir os objetivos propostos no projeto de estágio, e, fundamentando a aquisição e desenvolvimento de competências. Neste sentido, a construção do mesmo permitiu-me realizar a reflexão sobre a minha prática, as minhas ações, os meus comportamentos e atitudes, os momentos bons e menos bons, de forma a poder compreendê-los, encarando-os como parte do percurso e tentando sempre melhorá-los ao longo do mesmo. A prática reflexiva surge como um método para estabelecer uma correlação entre a experiência, a teoria e a prática. Zeichner (1993) citado por Santos e Fernandes (2004, p.59) refere que a prática reflexiva é uma potencial situação de aprendizagem, pois permite que através desta o sujeito se torne sabedor daquilo que faz e de como o faz.

Este relatório tem como objetivos dar a conhecer o percurso efetuado, as expectativas, os objetivos traçados no projeto de estágio e as atividades desenvolvidas para a concretização dos mesmos, desenvolver as capacidades de reflexão e análise crítica nas experiências de aprendizagem, analisar o contributo dos ensinamentos clínicos, para a aquisição e o desenvolvimento de competências na área de especialidade.

Dadas as indicações fornecidas para a elaboração do mesmo, e atendendo aos seus objetivos, este trabalho é composto pela introdução, pelo desenvolvimento, dividido em três capítulos, referentes a cada um dos módulos de estágio. Em cada capítulo, vou expor os objetivos delineados no projeto de estágio, analisar as atividades e refletir

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

sobre as competências desenvolvidas. Termino com uma conclusão e em anexo apresento os documentos referentes a atividades desenvolvidas ao longo dos estágios que determinaram a aquisição dessas mesmas competências.

A metodologia aplicada na elaboração deste documento foi reflexiva e descritiva, baseado na reflexão pessoal, nos objetivos específicos, na pesquisa bibliográfica e na meditação sobre as experiências vivenciadas.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

1- ESTÁGIOS – UM PERCURSO NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Sendo os problemas de saúde das pessoas e as respostas humanas adaptativas muito diversificadas e diferenciadas, emerge na Enfermagem a necessidade de especialização para garantir a prestação de cuidados adequados e de qualidade. As pessoas e a sociedade encontram-se cada vez mais informadas e como tal anseiam por enfermeiros capazes de contribuir para a resolução dos problemas e prestarem cuidados seguros e de elevada qualidade. Cabe ao enfermeiro dar visibilidade aos cuidados, contribuindo para a qualidade de vida, com ganhos em saúde sensíveis aos cuidados especializados, tendo em vista a capacitação e *empowerment* daqueles que beneficiam dos seus cuidados. O desenvolvimento de competências é um importante instrumento de evolução dos enfermeiros e, conseqüentemente da Enfermagem, o que se traduz em melhores cuidados para a pessoa/família. Assim, o saber especializado em Enfermagem implica um conhecimento aprofundado sobre a pessoa, pois, por definição da Ordem dos Enfermeiros (2001. p. 8), "...os Cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue." A procura de um domínio específico da Enfermagem que, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007, p.15) "...reforça a visão holística e contextual da pessoa e potencia a adequação da resposta face à especificidade das necessidades em cuidados de Enfermagem" leva à definição das competências específicas do Enfermeiro Especialista. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2004, p.29) "O título de Enfermeiro Especialista reconhece competências científicas, técnicas e humanas para prestar, além dos cuidados gerais, cuidados de Enfermagem especializados, na área clínica da respetiva especialidade".

Para Leite (2006, p.6) ser Enfermeiro Especialista pressupõe,

"...uma prática/exercício profissional onde predominam competências clínicas especializadas (prestação de cuidados) adequadas às necessidades específicas da pessoa" e também "...promotora de outras competências a nível da conceção de cuidados, gestão de cuidados (planeamento estratégico), supervisão de cuidados (gestão operacional), assessoria, formação e investigação".

Com base nestas premissas ou nestes pressupostos, foram definidos no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Portuguesa/Instituto de Ciências da Saúde, determinados objetivos gerais e competências, dos quais começo por destacar:

- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Visa especificamente 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. Para a Ordem dos Enfermeiros (2007, p.20) o doente crítico é o alvo de intervenção dos enfermeiros de Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo esta especialidade

“...dirigida à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e falência orgânica passíveis de risco de vida, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida”.

O doente em estado crítico é

“... aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica, e requer avaliação constante, intensiva e multidisciplinar. Todos os dias surgem novas tecnologias, novos procedimentos e novas investigações que alteram a abordagem ao doente crítico, ao doente em estado grave (que apresenta comprometimento importante das suas funções vitais) e ao doente de alto risco (aquele que embora se encontre bem no momento, pode subitamente apresentar alterações graves das suas funções vitais.” (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, p. 8).

Um indivíduo portador de uma patologia grave, considerada de alto risco, é um doente, particularmente sensível a tudo e a todos os que o rodeiam e dos quais depende a sua vida. Cuidar de doentes críticos pressupõe, da parte do enfermeiro, um suporte de conhecimentos científicos, técnicos e humanos atualizados bem como um conjunto de

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

competências específicas desta área que adquiri e aprofundei durante estes estágios. Fazendo uma reflexão global, os estágios permitiram, na sua abrangência alcançar um conjunto de competências, através de uma linha orientadora que nos guia, entre os objetivos delineados e as atividades planeadas, que nos conduz para a especialização. Para Martin (1991), citado por Abreu (2007, p.213) o estágio é um

“...tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação, em que se promove uma relação entre um formador e um formando, a qual decorre num contexto de trabalho de natureza clínica” e “... envolve não apenas o desenvolvimento de competências diretamente ligadas à assistência mas também um conjunto de transformações e mudanças pessoais que se constituem como requisitos para prestar cuidados de saúde”.

No decorrer dos estágios, fomentei atividades e procurei oportunidades indo de encontro aos objetivos elaborados no projeto de estágio, particularmente a aquisição de competências intrínsecas ao enfermeiro especialista. Nesse sentido, foram definidos como objetivos gerais:

- *Prestar cuidados de Enfermagem que requeiram conhecimentos especializados à pessoa/família em situação crítica no Serviço de Urgência;*
- *Prestar cuidados de Enfermagem que requeiram conhecimentos especializados à pessoa/família em situação crítica na UCIP.*

Como objetivos específicos, no estágio do serviço de Urgência:

- *Desenvolver competências relacionais e de comunicação com o doente /família em situação crítica no Serviço de Urgência;*
- *Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente em situação crítica com necessidade de abordagem da via aérea difícil (VAD).*

E como objetivos específicos, no estágio da UCIP:

- *Desenvolver competências relacionais e de comunicação com o doente /família em situação crítica na UCIP;*
- *Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente em situação crítica com necessidade de abordagem da VAD.*

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Nos subcapítulos que se seguem, irei organizar e analisar experiências de aprendizagem adquiridas ao longo deste estágio, desde os conceitos científicos até aos conceitos mais pessoais de natureza autorreflexiva.

1.1 - MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Estágio teve início no dia 26 de Setembro, no qual fui recebido pela enfermeira Chefe e pela enfermeira que colabora na gestão do serviço, responsáveis pelo SU, que fizeram uma breve apresentação do serviço e da equipa. Foi-me apresentada a enfermeira Teresa, como minha orientadora, especialista na área Médico-Cirúrgica, com quem realizei uma entrevista informal, com troca de ideias, sobre os objetivos do estágio e as possibilidades de atividades a desenvolver para atingir as competências necessárias.

Para atingir os objetivos propostos é necessário um conhecimento efetivo da realidade do serviço. Assim, a primeira semana foi de conhecimento, integração e interação com a equipa. A equipa de Enfermagem é constituída por 42 enfermeiros, divididos em 8 equipas. Cada equipa é constituída por 5/6 elementos liderados por um chefe de equipa. Nos turnos diurnos a equipa do SU (com exceção do SU da pediatria) funciona na íntegra com 9 enfermeiros distribuídos pelos vários setores existentes, ou seja, 1 na área laranja, 2 na Sala de Observações (SO), 1 na sala de Emergência/Trauma (que é o responsável de turno) que dá apoio aos colegas na área laranja ou noutro setor que seja necessário, 1 na sala de Enfermagem que atende os utentes triados de azul e verde, 2 na sala amarela, 2 na de Triagem de Manchester, 1 na área da Cirurgia/ Ortopedia. No turno da noite a equipa funciona apenas com 6 elementos, uma vez que é retirado um elemento do gabinete de triagem, outro da sala amarela e o da sala de Emergência/Trauma, assegurado pelo enfermeiro destacado para a sala laranja.

O serviço de Urgência fica situado no piso 2 da Unidade de Abrantes, do CHMT. Tem atendimento permanente, diferenciado em recursos humanos e tecnológicos que funciona como uma urgência Médico-Cirúrgica, acolhendo situações de urgência/emergência. Apresenta diferentes especialidades nomeadamente Ortopedia, Medicina Interna, Pediatria e Cirurgia, com apoio permanente de BO, Imagiologia e Imuno-Hemoterapia, dando resposta às necessidades populacionais. Existe uma zona de

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

triagem, com dois postos de Enfermagem e dois postos de triagem médica. O SU utiliza a triagem de Manchester. Este sistema de triagem permite a identificação da prioridade clínica e definição do tempo alvo recomendado até à observação médica, caso a caso, quer em situações de funcionamento normal do SU, quer em situações de catástrofe. O método consiste em identificar a queixa inicial do doente e seguir o respetivo fluxograma de decisão, existem ao todo 52 fluxogramas certificados a nível internacional. Perante a identificação do discriminador relevante determina-se a prioridade clínica com a respetiva cor de identificação. É realizada por enfermeiros que tenham o curso da responsabilidade do Grupo Português de Triagem. Os gabinetes onde é feita a triagem apresentam todas condições de privacidade no atendimento ao utente, pois são fechados, facilitando o trabalho dos enfermeiros, não sendo interrompidos pelo “burburinho” da circulação de funcionários e doentes. Em conversa informal com os colegas que fazem triagem dentro da equipa, pude aperceber-me que sentem muita pressão por parte dos doentes que já conhecem o significado das cores, pelos tempos de espera, pelos bombeiros e pela equipa médica. Os algoritmos existentes deixam pouco espaço para a autonomia das decisões de Enfermagem, sendo o tempo despendido com cada doente escasso. A conversa com o doente, às vezes, é demasiado rápida, podendo ser descurados alguns aspetos importantes na identificação das necessidades de cuidados. Durante o estágio tive oportunidade, com supervisão do enfermeiro, de efetuar triagem. Apercebi-me que é um ato que, apesar de breve, é complexo, pois não consiste apenas em atribuição de prioridade e encaminhamento, mas implica também a avaliação dos comportamentos e atitudes, por parte do utente, que não devem ser negligenciadas. Na minha opinião, este modo de acolhimento, que privilegia a presença do enfermeiro na triagem, facilita o rápido atendimento do doente urgente e, por outro lado, minimiza o estado de ansiedade em que o doente se encontra, transmitindo maior segurança e estabelecendo uma relação de confiança. Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista, pela formação diferenciada que possui na área relacional e técnico-científica, apresenta-se como elemento da equipe de Enfermagem cuja intervenção é essencial no momento da admissão do doente ao meio hospitalar.

As várias salas de observação de doentes no SU encontram-se pintadas de acordo com as cores da Triagem de Manchester. Considero a ideia da separação dos doentes por salas pintadas de acordo com a cor atribuída muito interessante. Em conversa com a Enfermeira chefe, na remodelação do SU, há 2 anos atrás, houve necessidade de fazer

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

salas de acordo com a complexidade clínica do doente e pintá-la com a respetiva cor, de modo a ser facilmente identificada. O facto de os doentes serem divididos em salas diferentes, de acordo com a cor atribuída, faz toda a diferença na organização do SU, pois existe uma melhor vigilância dos doentes, de acordo com a complexidade da situação clínica, resultando numa prestação de cuidados mais diferenciados.

Existe uma sala de administração de medicação e uma sala de observação para onde são encaminhados os doentes com a cor azul, verde e amarelo, que estão ao cuidado dos médicos de Clínica Geral, que por sua vez irão para uma zona intermédia, se os mesmos entenderem ser observados pelo médico da especialidade (Ortopedia, Medicina Interna, Pediatria e Cirurgia). Na zona intermédia existe a sala laranja, para os doentes com triagem laranja, duas amarelas para os doentes triados com a cor amarela. Estas salas, sempre que o serviço o permite, são divididas em Homens e Mulheres, sendo aí os doentes observados pelo médico da especialidade que necessitam. Há ainda uma sala de gessos, utilizada pela Ortopedia e uma sala de pequena Cirurgia. Nesta zona intermédia também se encontra a urgência Pediátrica, que é assegurada durante o dia pelos enfermeiros da Pediatria e no turno da noite pelos da Urgência. Finalmente uma sala de emergência, com 2 postos de observação, para todos os doentes triados de vermelho e uma SO com 8 camas, com uma sala para isolamento. Este isolamento é de extrema importância pois permite criar barreiras físicas, de níveis variáveis, de modo a limitar ou mesmo suprimir a transmissão de agentes infecciosos, que podem ser estabelecidas de doente para doente, de doente para os profissionais de saúde e destes para o doente.

A equipa de Enfermagem, em que fiquei integrado, é jovem e dinâmica, com espírito de grupo e interajuda, o que foi determinante na minha adaptação ao espaço físico e na minha orientação nos diferentes setores. Desde o primeiro dia de estágio que colaborei com a equipa multidisciplinar do SU, demonstrei sempre disponibilidade para ajudar e participar em todos os cuidados de Enfermagem, tentando ser parte integrante da equipa em que estava inserido. Deste modo, fui interiorizando e compreendendo as dificuldades e problemas que surgem todos os dias e a forma como são superados.

Durante os dias que se seguiram a enfermeira Teresa foi-me orientando na dinâmica do serviço e fui-me inteirando de alguns protocolos instituídos no serviço, tais como avaliação do risco de queda e avaliação da integridade cutânea do doente, à entrada. O controlo de riscos é uma parte importante da estrutura de gestão clínica e controlo de

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

segurança. Implica uma abordagem sistematizada, para identificação dos fenómenos que têm consequências negativas, quer para os doentes, quer para os profissionais de saúde, para a implementação de medidas de controlo dos mesmos e para providenciar a criação das estruturas e manuais de procedimentos adequados, para além de ser um importante indicador de qualidade. Para se aplicarem as medidas de prevenção de forma eficiente e individualizada, torna-se necessário avaliar o risco individual do utente. A Escala de Morse (Morse, 1997 citado por Schwendimann, Geest e Milisen, 2006) é uma escala de avaliação simples e rápida e a mais usada para avaliar o risco de queda em locais de atendimento de casos graves, em hospitais e instituições de atendimento prolongado. Essa escala exige uma avaliação confiável e sistemática dos fatores de risco de queda do utente, aquando da ocorrência de alguma queda, nas mudanças de condição e na alta ou transferência para novo local. Esta escala categoriza o risco em “baixo” e “alto” risco de queda. Fui-me familiarizando com o preenchimento destes impressos e da vigilância que o doente de alto risco de queda requer na nossa atuação, nomeadamente na prevenção da mesma. É colocada uma pulseira de cor azul para identificar o alto risco. Neste processo é muito importante o ensino ao doente para não se levantar sozinho e solicitar sempre a ajuda de alguém, despertando nele a possibilidade de cair, e manter o doente em segurança e todo o ambiente que o rodeia. Este ensino também é feito, sempre que possível, à família quando o doente tem alta e lhe é entregue um folheto.

A nível de despiste de infeções, existe um protocolo de atuação perante os doentes provenientes de instituições ou com informação de colonizações anteriores, através de zaragatoa pernasal. Deste modo, tive oportunidade de pôr em prática todo este processo, desde a colheita de sangue para hemoculturas, de urina para uroculturas, zaragatoas, para despiste de situações passíveis de isolamento, embora em caso de suspeita de doentes infetados, se proceda, sempre que possível ao isolamento do mesmo, por precaução. Quando confirmada a infeção, é informada a Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH) da unidade e preenchidos os respetivos impressos para a notificação da situação de isolamento. Existem protocolos de atuação perante situações de doentes contaminados para a manutenção da segurança, quer dos doentes/família quer dos profissionais de saúde, elaborados pela CCIH do CHMT, que já conhecia, por trabalhar no mesmo Centro Hospitalar, embora num contexto de BO. Em todos os isolamentos é da responsabilidade dos profissionais de saúde, as precauções a adotar e o

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

tipo de orientação/educação para a saúde e informação sobre a situação para o doente/família. Hesbeen (2000, p.42) afirma que “... é importante ter sempre presente que não basta ter recursos pessoais de alto nível e condições de trabalho perfeitas para garantir o surgimento e a manutenção do desejo de qualidade”. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006, p.20), “...a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de Enfermagem” e para tal envolve um conjunto de medidas com um “largo espectro de ação”, dos quais se destaca,

“... a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão do risco (o que inclui o controle de infeção, uma prática clínica segura, segurança dos equipamentos e a manutenção de um ambiente de cuidados seguros)”,

acrescendo ainda a necessidade de conhecimentos científicos. As infeções nosocomiais ou infeções contraídas no hospital são definidas por Wilson (2003, p.53) como “... toda a infeção que se desenvolve em consequência do tratamento no hospital, de que o doente não sofria nem estava em incubação no momento da admissão no hospital.” As infeções contraídas no hospital são consideradas como um indicador de qualidade, e como tal espera-se que os profissionais de saúde se responsabilizem por manter um nível elevado de padrões de atuação. Na vertente do controlo da infeção, que tem vindo a ser fortalecida no CHMT, foram desenvolvidas campanhas entre os doentes, visitas e os profissionais, nomeadamente no âmbito do Programa Nacional de Controlo da Infeção – Higienização das Mãos. Foi implementada, juntamente com a Segurança e Saúde no Trabalho, a Gestão Integrada de Resíduos Hospitalares, a qual tem monitorização trimestral. O controlo de infeção também tem elos de ligação nos serviços, que facilitam a identificação de situações de potencial infeção e alertam para cuidados de forma a evitar comportamentos de risco. Com estas atividades, pretende-se reduzir/minimizar o risco de infeção, melhorando a qualidade dos cuidados prestados e garantindo um ambiente mais saudável para os profissionais, doentes e visitas. Sendo a minha enfermeira orientadora o elo de ligação da CCIH, colaborei com ela nalgumas auditorias trimestrais que os elos de ligação têm que enviar, observando se os profissionais procediam à higienização das mãos, antes e após procedimentos. Através da colaboração tive a oportunidade de participar nesta campanha da lavagem das mãos e exercer supervisão no exercício de outros profissionais.

Durante os primeiros turnos, fui mais destacado para a sala amarela e laranja onde contactei com doentes do foro médico, cirúrgico e politraumatizados. São doentes

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

instáveis, que necessitam de uma vigilância rigorosa e constante, que a qualquer momento podem complicar o seu quadro clínico. O despiste atempado de complicações que podem surgir é essencial para não agravar a sua situação clínica e pôr em causa a sua vida. Senti alguma dificuldade na abordagem de doentes com patologias do foro médico, pois na minha realidade, não contacto muito com este tipo de patologias, como a diabetes, doenças do foro respiratório e cardíaco. Nos doentes do foro cirúrgico e de orto-traumatologia, a minha dificuldade foi menor, pelo facto de contactar habitualmente com estas especialidades no BO, sentindo mais segurança na abordagem aos mesmos, tanto nas intervenções de Enfermagem, como nos diagnósticos médicos e terapêutica. Consigo relatar alguns casos, tais como, o de um doente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e hematúria, com dificuldade respiratória acentuada, SatO₂ 80%, com Fio₂ 50%, taquidisritmia, apresentando sinais de exaustão. Avaliando a situação pudemos antever uma situação de peri-paragem, pelo que foi alertada equipa médica, que respondeu de imediato, administrados diuréticos, corticoterapia, inaloterapia, tendo o doente estabilizado. Transferimos de seguida o doente para a SO.

Outra situação que considero importante relembrar, refere-se a uma doente com 40 anos, com hiperglicémias superiores a 400mg/dl, a quem foi diagnosticada uma Diabetes tipo II inaugural. A doente apresentava-se bastante ansiosa devido à sua situação clínica, desconhecendo o modo como lidar com esta patologia, e muito preocupada face ao futuro. Durante o seu ciclo da vida a pessoa pode sofrer transições que requerem adaptações na busca de bem-estar e equilíbrio. Segundo Meleis (1997, Pag.31) “Transição significa uma mudança na condição de saúde, ...requerendo, por isso, que as pessoas incorporem novos conhecimentos, modifiquem comportamentos...”. O desafio para os enfermeiros é entender o próprio processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva às pessoas, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar, (Meleis et al, 2000). Prestei apoio emocional à doente e à filha que a acompanhava e coloquei em prática alguns ensinamentos informais, esclarecendo-as em linhas gerais sobre o que é a Diabetes. Enfatizei a importância de fazer algumas mudanças nos seus hábitos de vida para controlar a doença, restrições alimentares necessárias, formas de adaptar a sua vida pessoal e profissional, em termos futuros. O papel do enfermeiro é encorajar o doente e a família à adesão ao regime terapêutico. A adesão a um regime terapêutico geralmente exige que a pessoa faça uma ou mais

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

alterações no estilo de vida para empreender atividades específicas, como sejam tomar a medicação prescrita, manter uma dieta saudável, aumentar o exercício e manter uma vigilância do seu estado. As atividades desenvolvidas com vista a adesão ao regime terapêutico, adotando estratégias de comunicação, argumentação e negociação permitiram desenvolver competências, demonstrando consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o doente e família e refletindo na e sobre a prática, de forma crítica e demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família.

Para a consecução dos meus objetivos também foram importantes as atividades que se desenrolaram na sala de emergência. A sala de emergência fica junto à porta principal, o que permite um rápido atendimento. Tem duas unidades de atendimento, com possibilidade de abertura direta para o BO. Esta sala está apetrechada com equipamento e material, conforme norma vigente. Em todos os turnos ficam destacados dois elementos da equipa de Enfermagem, com formação creditada em Suporte Avançado de Vida (SAV), e um médico da equipa de anestesia para assegurar o funcionamento da sala. Apercebi-me da sua organização e tive oportunidade de acompanhar várias pessoas na sala de emergência. A maior parte dos doentes foram transportados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), encontrando-se, à chegada, já estabilizados. Nalgumas situações, foi-me possível colaborar na prestação de cuidados de SAV, e senti-me um membro ativo e integrado na equipa de emergência. Mobilizei os conhecimentos dos algoritmos do suporte básico e avançado de vida, e de alguma prática anterior, sentindo-me seguro do apoio que prestei nas situações de emergência que vivenciei. Para mim, foi mais complexo colaborar nas situações de trauma por ser uma área em que não tenho tanta experiência anterior. Caso do contacto do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) para a chegada de um doente de 21 anos com Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) grave, vítima de acidente de viação. Feita preparação da sala de emergência e receção do doente, que vinha com via aérea assegurada e estabilização hemodinâmica pelo INEM. Prestados cuidados necessários ao doente de acordo com as *guidelines*, assegurando a via aérea, e monitorização de parâmetros vitais na manutenção do doente estabilizado. Asseguradas condições de segurança para o transporte do doente para efetuar Tomografia Axial Computorizada (TAC). Durante a TAC vigilância do doente de forma a assegurar que a sua situação clínica não se agrave, assegurando permanentemente, a ventilação mecânica e a

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

monitorização de parâmetros hemodinâmicos. Doente apresentava múltiplas fraturas da face, várias contusões na cabeça e hemorragia cerebral. Iniciada preparação do doente para a transferência de helicóptero para Lisboa. Prestados os cuidados a todas as lesões na face, no corpo e membros. Colocação de gelo para controlar edemas. Comunicada aos pais a situação clínica, pelo médico e dada a possibilidade de ver o filho, antes da transferência. Falei com esta família proporcionando-lhe os esclarecimentos adequados perante o quadro clínico grave, sem criar falsas expectativas. Prestei apoio emocional numa situação muito delicada. A mãe agradeceu-me muito pelo facto de ter visto o filho antes da sua transferência, pois poderia ser o último momento que teria com ele. A minha atuação perante este caso, proporcionou-me a tomada de decisão fundamentada, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais e éticas.

No conjunto das atividades desenvolvidas, perante a diversidade de situações que surgiram, contribuíram para o desenvolvimento de competências de modo a *prestar cuidados de Enfermagem com conhecimentos especializados à pessoa/família em situação crítica no serviço de Urgência*. Permitiram-me demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o utente e família. Consegui também abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionado com o doente e família.

Na minha passagem pelo SU, posso congratular esta equipa, pelo excelente acompanhamento que fazem à família, incluindo a parte relacional como parte integrante dos cuidados de Enfermagem. De uma maneira geral, constatei com agrado, que quase toda a equipa está sensibilizada para a prestação de apoio emocional aos familiares, que vivem situações bastante intensas e de grande ansiedade, e mesmo a morte do seu familiar.

Desenvolver competências relacionais e de comunicação com o doente /família em situação crítica no Serviço de Urgência foi um dos objetivos específicos que pretendi atingir neste estágio, por ser uma área que queria aprofundar. Trabalho há doze anos no BO e o meu contacto com a família é praticamente nulo. Embora tenha contacto diário com o doente, o espaço de tempo que temos para estabelecer uma relação de empatia e ajuda é diminuto. Durante o estágio tive muitas oportunidades de contacto com o doente crítico, ansioso, com necessidade de alguém que lhe dê uma palavra amiga e o conforto

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

num momento da vida que lhe é difícil. Consegui aprofundar a parte relacional na minha conduta como enfermeiro e estabelecer a empatia e a relação de ajuda ao doente.

Cuidar de doentes em estado crítico pressupõe da parte do enfermeiro um suporte de conhecimentos técnicos, científicos e humanos atualizados bem como um conjunto de competências específicas, na qual se inclui a comunicação. Comunicar é um processo interativo e pluridimensional que leva à troca de ideias, experiências e sentimentos entre as pessoas, fazendo parte do dia-a-dia do homem que vive em sociedade. Torna-se mais complexo quando envolve doentes, em que é requerida toda uma habilidade, treino e dedicação por parte do enfermeiro, na qual é essencial a relação de ajuda, para levar a cabo todo esse processo, tal como refere Atkinson e Murray (1989, p.57) quando nos dizem que “Como uma técnica de Enfermagem, a comunicação envolve mais do que a modalidade verbal ou falada de se relacionar.” Pode-se considerar também que o estado físico e o estado emocional podem afetar a capacidade de comunicação de uma pessoa. Se essa pessoa está doente, é natural que sinta alguma dificuldade em comunicar, podendo mesmo não conseguir ordenar o pensamento de forma satisfatória a fim de elaborar a mensagem que quer transmitir. Na opinião de Dugas (1984), o mesmo pode acontecer se o indivíduo está sujeito a grande ansiedade, ao contrário do que acontece quando se encontra tranquilo, fluindo nessa altura o diálogo com facilidade. Por vezes, se a pessoa se encontra sujeita a grande stress, pode não conseguir verbalizar o seu problema, fechando-se ainda mais em si mesmo. O doente e a família, com a ajuda dos profissionais de saúde, podem desenvolver estratégias adequadas no sentido de enfrentar e ultrapassar as formas de insegurança e de angústia vividas num SU. A doença e a hospitalização de um dos membros da família, atua como uma fonte de stress provocando nesta, uma situação de crise. Todo este desequilíbrio é mais complexo quando o internamento tem lugar num SU, onde as visitas são muito restritas e o estado físico do doente é particularmente preocupante para todos. Segundo Gibson (2006, p.80), “...com a hospitalização os familiares têm de renunciar habitualmente ao seu papel de dar assistência, são muitas vezes desencorajados de prestar cuidados ao doente, além de não serem envolvidos no tipo de assistência que o doente recebe”. Assim, a comunicação com a família, pode reduzir a sua ansiedade, transmitindo uma sensação de envolvimento na assistência dada ao doente, permitindo que esta desempenhe um papel preponderante no apoio psicológico e afetivo aos doentes internados, suavizando a separação e diminuindo a ansiedade. Deste modo, as visitas inserem-se na humanização

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

dos cuidados e integram a componente assistencial devendo, por conseguinte serem consideradas um direito próprio do doente, diminuindo assim as diferenças entre o meio familiar e o meio hospitalar.

No SU o horário de informações e das visitas aos doentes é efetuado de 2 em 2 horas, nas horas ímpares, sendo permitida a visita de dois familiares. Assim, são prestadas informações, sempre que solicitado pelos familiares, do doente em questão. O enfermeiro chama o familiar que o acompanha, para lhe dar informações e colher alguns dados, pertinentes para a prestação de cuidados ao mesmo. Também se dá importância às condições em que o doente vive e quem cuida do mesmo, especialmente, por nesta região, existir uma grande percentagem de população idosa, que necessita de apoio familiar, nem sempre existente. Aqui a interação de papéis por parte do enfermeiro e da assistente social é essencial para se poderem despistar situações de abandono de idosos, maus tratos físicos e psicológicos, e se referenciar situações graves. Sempre que o serviço não permite a vinda do familiar junto do doente, quer por questões de funcionamento ou devido à instabilidade clínica, é o profissional que se desloca ao exterior para falar com o mesmo.

Durante o estágio tive a oportunidade de contactar com os familiares/visitas tendo a preocupação de os informar sobre a situação do doente e de os acalmar e confortar em situações mais graves. Sempre que possível estabeleci uma relação de ajuda com os familiares, transmitindo informações com um discurso ajustado aos seus níveis de conhecimento. Foi minha preocupação manter uma postura de disponibilidade, escutar o familiar proporcionando conforto durante a visita, respondendo a todas as perguntas colocadas, esclarecendo possíveis dúvidas, incentivando a comunicação e o toque família/doente. Assim, as atividades realizadas, perante a diversidade de situações que surgiram, permitiram-me demonstrar e aprofundar conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família.

Relembro o caso de um jovem politraumatizado, vítima de queda de uma viga com cerca de 1000kg sobre o hemitórax esquerdo e região supra púbica, contusão pulmonar grave, com fratura de vários arcos costais, sem *vollet* e fratura dos ossos da perna direita. Foram prestados todos os cuidados inerentes ao acolhimento do doente, administração de terapêutica, colheitas de sangue, transporte para o serviço de

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Imagiologia, monitorização de sinais vitais, para vigilância do agravamento da situação clínica. Feitos contactos para a Unidade de Cardiotorácica de Santa Maria, para onde foi transferido. Iniciado o processo de preparação para a alta, nomeadamente registo de lesões e carta de transferência, instituída no serviço. Contactei a mãe, proporcionando-lhe a visita ao filho antes da evacuação. Proporcionei cuidados de alívio da dor, do sofrimento e de conforto. Informei a família e proporcionei-lhe o acompanhamento do filho. A minha atuação diminuiu a ansiedade da família perante a situação clínica do filho e promoveu um clima de confiança, com base na escuta e na observação, no sentido de compreender a ansiedade desta família. Diariamente o enfermeiro atua como recetor de mensagens, mas também como emissor, transmitindo mensagens de compreensão e de ajuda. Tal como Lazure (1994 p.16) assumo que “Em relação de ajuda a escuta é uma capacidade, um instrumento essencial, que a enfermeira deve desenvolver, pois é a única via de acesso à compreensão dos clientes.” Ao desenvolver atividades, no sentido de estabelecer com o doente e família uma relação de ajuda, permitiram-me demonstrar e aprofundar conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família, assumindo o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente.

Outro dos objetivos específicos do meu estágio no serviço de Urgência visava *contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente em situação crítica com necessidade de abordagem da Via Aérea Difícil (VAD)*. Este foi um tema que considerei pertinente desenvolver na urgência, pois, embora, grande parte dos doentes que entram na sala de emergência, já venha com via aérea assegurada, pelo INEM, no pré-hospitalar, por vezes ocorrem situações no SU, de necessidade de entubação por VAD.

Assim, após conversa informal com a enfermeira Teresa e a enfermeira Chefe, manifestaram o interesse numa formação sobre este tema, durante o meu estágio no SU, promovendo desta forma a formação em serviço, na minha área de especialização. Alguns colegas da urgência revelaram ter pouco conhecimento ou nenhuma formação sobre o tema, sentindo alguma ansiedade quando surgia algum caso de necessidade de VAD, na sala de emergência, pois não existe material específico (apenas uma máscara

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

laríngea e o material básico de entubação orotraqueal), nem treino adequado, mesmo quem tinha formação de SAV, existindo por isso necessidades formativas nesta área.

A área de formação e supervisão é talvez uma das vertentes em que o enfermeiro especialista pode dar maior visibilidade da sua atuação, detetando áreas passíveis de intervenção e intervindo quando necessário. A formação em serviço, quando devidamente planeada, motiva e organiza a reflexão sobre a prática e o desenvolvimento de competências, ajuda na resolução de problemas com vista a uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Embora, seja o médico o responsável pela manutenção da via aérea dos doentes, os enfermeiros deve ter o treino e o conhecimento adequado sobre técnicas e dispositivos existentes facilitadores da permeabilização da via aérea.

A Ordem dos Enfermeiros (2003, p.10) defende que o enfermeiro, aplicando conhecimentos e técnicas adequadas na sua prática e aplicando o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes. “...responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente” e “...responde eficazmente em situações de emergência...”.

Na abordagem do doente crítico a permeabilização da via aérea e sua adequada manutenção é uma das maiores preocupações e podem constituir a diferença entre a vida e a morte. A segurança do doente em situação de VAD deve ser preservada. Para isso é necessário:

- Identificar situações de risco;
- Conhecer o algoritmo de VAD;
- Conhecer dispositivos supraglóticos disponíveis e modos de utilização.

Quando indicada a entubação, devemos estar cientes de que algumas vezes estaremos diante de uma VAD, definida pela Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA, 2003), quando existe:

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

- Dificuldade na ventilação com máscara facial - Não reverte os sinais de ventilação inadequada ou saturação <90% com pressão positiva com fio2 a 100%;
- Dificuldade na entubação endotraqueal - Mais que 3 tentativas ou procedimento superior a 10 minutos.

Barrios e Mesa (2005, p.16) definem VAD como uma

“... situação devida a uma desproporção anatómica ou patologia preexistente, onde um profissional treinado encontrará dificuldade em realizar a laringoscopia direta ou em manter a ventilação manual sob máscara facial, ou ambos”.

Para se efetuar um correto reconhecimento da VAD, é essencial conhecer a história clínica do doente, tais como: existência de traumas da face, das vias aéreas superiores, sequelas de queimaduras, síndromes congênitos, tumores, infecções, corpos estranhos, variações anatómicas, obesidade, e fazer uma correta avaliação da articulação temporomandibular e da extensão cervical, se possível. De acordo com a indicação e condição clínica do paciente, e havendo reconhecimento da via aérea difícil, existem um conjunto de alternativas à máscara facial/entubação orotraqueal que facilitam o acesso à via aérea e permitem uma ventilação adequada.

Assim, com um adequado conhecimento da anatomia e uma propedêutica específica das vias aéreas, pode-se antecipar boa parte dos eventuais problemas de ventilação e planejar condutas para superá-los. Por se tratar de uma situação extrema, recomenda-se que cada hospital desenvolva seu próprio protocolo, incluindo alternativas de assegurar via aérea para o caso de um eventual fracasso na entubação.

No sentido de facilitar o manuseio da via aérea e de reduzir a incidência de eventos adversos, a ASA (2003), desenvolveu um algoritmo de abordagem da VAD e de utilização de dispositivos supraglóticos. Em situações de emergência, é importante saber como utilizar com sucesso novas técnicas na abordagem da VAD, sempre com o propósito de garantir maior segurança aos doentes. Com o aparecimento de novas tecnologias, como vários métodos de laringoscopia com fibra ótica, está-se a alterar a tomada de decisões sobre as vias aéreas, particularmente no que diz respeito à entubação difícil. Contudo, a abordagem de emergência da via aérea, seja no SU, noutro

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

local do hospital, ou num cenário pré-hospitalar, ainda compreende um conjunto complexo de ações, que exigem precisão:

- Avaliar rapidamente a necessidade de entubação do paciente e a urgência da situação;
- Determinar o melhor método para a abordagem da via aérea;
- Utilizar, de maneira proficiente, um dispositivo a fim de obter uma via aérea definitiva, minimizando a probabilidade de hipoxia;
- Reconhecer quando a intervenção planeada falhou para escolher e executar de maneira rápida e efetiva uma técnica alternativa. (Walls & Murphy, 2010, Pag. 3).

Esta formação visou proporcionar a melhoria da qualidade dos cuidados em doentes com VAD por parte da equipa de Enfermagem. Para a realização da mesma, assumi que seria importante ser efetuada por alguém que fosse perito nesta matéria, havendo possibilidade de haver uma exposição teórico-prática do tema e o contributo de experiências de quem convive de perto com esta realidade. Convidei assim, o enfermeiro João Hipólito e a enfermeira Isilda Ferreira, que pertencem à Associação para o Estudo da Via Aérea de Santarém (AEVAS), que se disponibilizaram para realizar a formação no dia 29 de Outubro de 2011 (Anexo1). Considerei que também seria pertinente estender esta formação não só ao SU, mas também ao BO e á equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do CHMT, por se depararem no dia a dia com casos de via aérea difícil e por poderem partilhar experiências das suas dificuldades, e também á equipa da UCIP, visto ser o meu próximo local de estágio, e onde pretendia também abordar este tema. Em reunião com os colegas da AEVAS, ponderámos que seria melhor uma formação teórico-prática, com duração de 4 horas, em que as 2 primeiras seriam de formação teórica, e as restantes de carácter prático, com bancas de treino de manipulação e aplicação dos dispositivos.

Esta formação teve bastante adesão, tendo sido assistida por 30 profissionais, entre enfermeiros e médicos, algo que eu considero bastante bom tendo em conta que foi realizada a um sábado, pelas 9 horas e nenhum dos profissionais estava de serviço.

Esta formação, teve como objetivos, aprofundar conhecimentos teóricos sobre VAD, e desta forma:

- Identificar a situação de VAD;

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

- Enunciar os critérios de previsibilidade de situação VAD;
- Apresentar manobras facilitadoras da ventilação e entubação do doente;
- Sensibilizar para a importância da organização dos recursos no âmbito desta situação de emergência;
- Definir quais as competências do enfermeiro em situação de VAD;
- Treinar técnicas de entubação orotraqueal e colocação de dispositivos supraglóticos.

Esta formação não seria possível sem a ajuda da enfermeira Teresa, que colaborou na organização logística da formação e na sua divulgação. A formação teve o conhecimento e o apoio do Departamento de Formação Permanente, tendo sido avaliada no final pelo impresso próprio do CHMT. (Anexo 2). Na avaliação geral desta formação posso concluir que a equipa de Enfermagem ficou sensibilizada para este tema da via aérea difícil (Apêndice 1), mostrando-se interessados em organizar na sala de emergência um espaço reservado para o material de VAD existente no CHMT.

Atingido este objetivo, posso concluir que adquiri competências na melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente em situação crítica com necessidade de VAD. Identifiquei necessidades formativas, promovi formação em serviço e o desenvolvimento profissional dos outros enfermeiros do SU, tendo conseguido demonstrar um nível de aprofundamento na área de especialização.

Foi meu intuito, ao longo deste estágio, adotar um espírito analítico, reflexivo, na medida em que esta prática tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação para os profissionais de Enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento das suas práticas. O estágio no SU foi um constante desafio, pela imprevisibilidade dos cuidados e pela constante novidade e interdisciplinaridade. Foram acompanhadas várias situações urgentes e emergentes, impondo conhecimentos, saberes e competências a vários níveis, tendo oportunidade de desenvolver competências na área da especialização, nomeadamente na prestação de cuidados de Enfermagem que requeiram conhecimentos especializados e no desenvolvimento de competências relacionais e de comunicação, à pessoa/família em situação crítica, e no contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente em situação crítica com necessidade de abordagem da via aérea difícil.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

1.2- MÓDULO II – UCIP

O Estágio teve início no dia 21 de Novembro, no qual fui recebido pelo enfermeiro responsável pela UCIP, que fez uma breve apresentação do serviço e da equipa. Foi-me apresentada a enfermeira Florbela, como minha orientadora. Fiz uma entrevista informal, com a enfermeira orientadora e o Enfermeiro responsável, com troca de ideias, sobre os objetivos do estágio e as possibilidades de atividades a desenvolver para atingir as competências necessárias.

A UCIP situa-se no 6º piso, da Unidade de Abrantes do CHMT, estende-se em *open space* com 6 camas totalmente preparadas para acolher qualquer doente crítico que necessite de cuidados intensivos. É um espaço amplo e com muita luz natural. No centro é visível um balcão de trabalho, que facilita o contacto visual permanente das unidades dos doentes, permitindo assim uma vigilância contínua dos seus parâmetros vitais. Existe uma sala de isolamento com antecâmara, com capacidade para um doente, o que por vezes se torna complicado quando há mais que um doente infetado, havendo necessidade de colocar doentes infetados junto dos restantes, apenas separados pelas cortinas, com todos os riscos de infeção inerentes a esta situação. Sensibilizei a equipa no sentido de se utilizar rigorosamente todos os dispositivos de proteção individual, de acordo com cada situação, e de se proceder com regularidade à lavagem das cortinas e da sua substituição sempre que o doente tem alta. Procede-se à transferência precoce destes doentes infetados para um internamento, desde que minimamente estabilizados. Existe uma copa para o pessoal, que está equipada com um monitor onde se pode visualizar a monitorização dos parâmetros de todos os doentes. Relativamente à unidade individual do doente, cada uma contém cama elétrica articulada com colchão de pressão alterna, monitor com avaliação de parâmetros hemodinâmicos e ventilatórios, um ventilador, equipamento para perfusões, sistema de aspiração de secreções e rede de gases, de acordo o que está preconizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Para o regular funcionamento da UCIP, existe um conjunto de recursos humanos que engloba diferentes setores profissionais, constituindo-se uma equipa multidisciplinar que assegura uma assistência contínua, durante as vinte e quatro horas. Esta equipa é constituída pelos seguintes elementos profissionais: enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de radiologia, fisioterapeuta e administrativa. A

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

equipa de Enfermagem é constituída por 18 enfermeiros liderada por um enfermeiro especialista com funções de responsável de serviço. É uma equipa estável, dinâmica, com espírito de grupo e interajuda. O turno da manhã decorre das oito às dezasseis horas e trinta, contando por norma com a presença de três enfermeiros, 2 assistentes operacionais e a equipa médica. Por sua vez, o turno da tarde sucede das dezasseis às vinte e quatro horas, com a presença de 3 enfermeiros, 2 assistentes operacionais e um médico. Finalmente, o turno da noite decorre das vinte e três e trinta às oito e trinta horas, com a presença de 3 enfermeiros, um médico e uma assistente operacional. Relativamente à metodologia de trabalho, é utilizado o método individual de trabalho, mas de inter-relação e interajuda contínua. Concordo com o método individual, na medida em que o enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados daquele doente estabelecendo-se uma relação de maior confiança entre ambos. O plano de distribuição deveria ser elaborado por turno, com a distribuição dos doentes por enfermeiro, de acordo o índice de gravidade e o grau de dependência do doente, e o índice de carga de trabalho do enfermeiro, instrumentos que podem assumir-se como importantes dimensões numa gestão eficaz dos recursos humanos. A passagem de turno é realizada com a presença de toda a equipa de Enfermagem, desde modo, permite ao enfermeiros responsável do serviço ter uma perspetiva global da situação clínica de todos os doentes internados, bem como à restante equipa de Enfermagem, facilitando a prestação dos cuidados aos mesmos.

A admissão de um doente na UCIP é todo um processo planeado ao pormenor pela equipa, com o objetivo de estabilizar e manter as funções vitais do doente. A Unidade acolhe doentes com diversas necessidades, abrangendo uma variedade de especialidades e de patologias, como doentes do foro cirúrgico, médico, com situações de trauma, intoxicações, entre outros, possuindo, a maior parte destes, monitorização invasiva e não invasiva, assim como possibilidade de suporte de ventilação mecânica. Tem meios de monitorização conhecidos como essenciais para a prática da Medicina intensiva incluindo, eletrocardiograma, pressão arterial invasiva e não invasiva, pressão arterial média, pressão venosa central (PVC), monitorização da pressão intra-abdominal, saturação periférica de oxigénio (SpO₂), cateterismo venoso central (CVC), ventilação mecânica invasiva e não invasiva e técnicas contínuas de substituição da função renal. Ao enfermeiro que fica responsável pelo doente admitido, compete testar todos os equipamentos, iniciando-se todo um processo de monitorização contínua dos

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

parâmetros hemodinâmicos e ventilatórios. Quando há necessidade de ventilação mecânica procede-se à ligação ao ventilador, sendo necessário verificar se está bem adaptado ao modo ventilatório que foi previamente programado pelo médico. Durante o internamento, o suporte e manutenção dos parâmetros vitais são das intervenções de Enfermagem mais trabalhadas em doentes críticos internados neste tipo de unidades. Compete-nos a nós enfermeiros vigiar, prevenir, detetar essas alterações da estabilidade do doente, e comunicá-las ao médico de serviço, instituindo o mais precocemente possível, as medidas necessárias para restabelecer os padrões normais do doente. A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) refere UCI como uma área diferenciada das Ciências Médicas pois aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de doentes em condições fisiopatológicas pretensamente reversíveis, que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais. A este respeito Gomes (1988) afirma que o enfermeiro que atua nesta unidade necessita ter conhecimento científico, prático e técnico, a fim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente, diminuindo os riscos que ameaçam a vida do doente. O enfermeiro tem responsabilidade quanto à manutenção do nível das habilidades técnicas e do conhecimento necessário para a realização dos cuidados de Enfermagem. O crescimento da autonomia dos enfermeiros na sua prática de cuidados, veio trazer maior responsabilidade e credibilidade. Segundo o Artigo 9º do Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, pode ler-se que:

- "As intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes;
- Consideram-se autónomas, as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos da investigação em Enfermagem;
- Consideram-se interdependentes as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas."

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A Ordem dos Enfermeiros (2001) acrescenta que a tomada de decisão do enfermeiro implica uma abordagem sistémica e sistemática, as suas intervenções são prescritas de forma a evitar riscos, detetando precocemente problemas potenciais.

Durante este período tive a oportunidade de participar em todo este processo de admissão do doente. Desenvolvi várias ações na prestação de cuidados ao doente crítico, de acordo com cada situação e singularidade, tendo em conta as suas necessidades básicas de higiene, conforto, segurança, comunicação, vigilância do estado de consciência, na vigilância de sinais vitais, na manutenção de oxigenação adequada e permeabilização da via aérea, registo de drenagens, na administração de medicação instituída e na manutenção do ritmo da nutrição entérica adequado, segundo protocolo instituído.

Um aspeto que considero fundamental e não é prática neste serviço, é a avaliação da dor, sendo esta considerada como 5º sinal vital, tal como é referido pela Direção Geral de Saúde (2003). Por este facto, acredito que a equipa deveria receber orientações para a instituição da avaliação da dor na sua prática profissional, com o propósito de prestar cuidados humanizados valorizando as necessidades do doente. Questionei o enfermeiro responsável o porquê de não estar instituída a avaliação da dor, tendo respondido que existe um protocolo a nível do CHMT mas que a equipa não o segue rigorosamente. Quando o doente refere dor é comunicado ao médico. Não é feita a avaliação posterior da instituição da analgesia. A nível do CHMT está instituído um protocolo de avaliação da dor. A avaliação da dor deve ser realizada uma vez por turno quando o doente não tem dor e em situações em que o doente é submetido a técnicas invasivas de 2 em 2 horas nas primeiras 8 horas, e nas próximas 24 horas de 4 em 4 horas. Se o doente não referir dor nem houver indícios de dor, a avaliação passa novamente a uma vez por turno. Esta é feita de acordo com a escala numérica de 0 a 10 ou pela escala do observador, pela avaliação que o enfermeiro faz do fâcies do doente. Foi sempre um cuidado meu perguntar ao doente se sentia dor, quando não era possível tentava avaliar se tinha um fâcies de dor. Como conhecia o protocolo da dor tive possibilidade de motivar a equipa a instituí-lo nos cuidados, com rigor. Com a colaboração da Enfermeira orientadora e o enfermeiro responsável, sensibilizei a equipa para avaliação da dor de acordo com os critérios definidos e a sua periodicidade, na manutenção do conforto do doente e avaliar se a analgesia instituída era ou não eficaz. Assumo que é

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

um dever ético e prático de todos os profissionais de saúde, nomeadamente da Enfermagem, através das suas intervenções autónomas e interdependentes, aliviar a dor, pois um dos direitos do doente é o alívio da mesma. A equipa começou a incluir a avaliação da dor como um dado importante a referir na passagem do turno, adotando a periodicidade de reavaliação da mesma, quando o doente apresentasse fácies de dor ou qualquer alteração hemodinâmica que orientasse no sentido de existência ou aumento da intensidade. Nas notas gerais a equipa passou a registar, se durante o turno, o doente apresentava fácies de dor, ou não, e se sim, a que horas e que analgesia foi administrada, bem como a reavaliação do seu efeito, o que considero ter contribuído para melhorar a gestão da dor no doente em situação crítica.

Identifiquei alterações das funções vitais e as complicações que comprometiam a vida do doente, colaborando no planeamento das intervenções de Enfermagem, quer autónomas quer as interdependentes simultaneamente com a enfermeira orientadora. A vigilância e a interpretação de parâmetros hemodinâmicos e ventilatórios foram áreas em que senti alguma segurança por ter experiência anterior. Sempre que verificava alguma alteração suscetível de cuidados, comunicava ao médico responsável, no sentido de ser necessário alterar perfusões ou administrar alguma medicação oportuna à situação. Colaborei nos cuidados a doentes com necessidade de ventilação mecânica assistida, nos diversos modos ventilatórios, na ventilação espontânea em T, máscara de “Venturi” e na fase de extubação, aprofundando os meus conhecimentos na área da ventilação mecânica, relativamente, às diferentes modalidades ventilatórias, com o esclarecimento devido da enfermeira orientadora e através de pesquisa bibliográfica. Procurei vigiar a boa adaptação ao ventilador, a existência de expansão torácica bilateral, bem como a possível necessidade de aspiração de secreções a nível do tubo orotraqueal. A monitorização durante a terapia de ventilação inclui a medição dos gases sanguíneos arteriais, na linha arterial, sendo esta uma prática corrente neste serviço, executada pelos enfermeiros, por rotina, às 7 horas, na qual colaborei. A medição da PVC é realizada uma vez por turno no lúmen distal do CVC, a qual tive oportunidade de avaliar. Todos os outros parâmetros hemodinâmicos e ventilatórios são avaliados e registados de hora a hora, na folha de registo diário de Enfermagem. No que diz respeito aos registos de Enfermagem, é utilizada uma folha na qual é registada informação relativa a sinais vitais, farmacoterapia instituída, drenagens (sonda nasogástrica, sonda

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

vesical, drenos, entre outras), escala de coma de Glasgow, diâmetro pupilar, valores de glicemia, alimentação entérica/parentérica e diário de Enfermagem. É consensual a importância dos registos de Enfermagem para a produção de conhecimento científico em Enfermagem. Tal como refere Costa (1994) a utilização de registos contribui seguramente para o planeamento, aplicação e avaliação dos cuidados prestados, tornando-os individualizados, contínuos e progressivos. Por outro lado, reforça a autonomia e a responsabilidade do enfermeiro, contribuindo para a segurança, qualidade e satisfação, quer de quem presta cuidados como de quem os recebe. A consolidação e a manutenção da Enfermagem, como uma profissão e disciplina científica, requerem uma permanente atualização daquilo que se passa na realidade clínica quotidiana, para que a mesma se mantenha útil à sociedade, cujas necessidades estão em permanente transformação. As instituições de saúde e as equipas de Enfermagem destas, têm vindo a desenvolver esforços na tentativa de implementar sistemas de informação e documentação em Enfermagem utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), que facilitem os registos por parte dos profissionais de Enfermagem e que permitam avaliar adequadamente os ganhos em saúde. Estando implementada na generalidade dos serviços do CHMT, acredito que a utilização da CIPE[®] neste serviço seria vantajosa e uma mais-valia para esta equipa permitindo aos enfermeiros terem uma atuação fundamentada cientificamente e não rotineira, se tiverem por base dados exatos, concretos, organizados e registados, contribuindo para a produção de conhecimento científico em Enfermagem. Refleti com o enfermeiro responsável do serviço sobre o benefício da implementação da CIPE[®] nos registos de Enfermagem, e constatamos que os registos de Enfermagem que são efetuados pela equipa não refletem os cuidados que foram prestados às pessoas, nem tornam possível planear os cuidados a prestar, não servindo assim de elo de ligação, nem de meio de comunicação, quer intra quer inter equipas. Estando o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) implementado em quase todos os serviços do CHMT, questioneei-o sobre a razão de ainda não o estar neste serviço referindo que já tinha havido uma tentativa de implementação, que não foi continuada por dificuldades na visualização dos parâmetros de vigilância das 24 horas. Tentei provar-lhe o contrário, que a linguagem CIPE[®] completada com o programa SAPE é uma mais-valia para a prática de Enfermagem. O SAPE é um *software* aplicacional que usa, como referencial a linguagem CIPE[®] (versão BETA 2), que permite efetuar o planeamento e o registo da

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

atividade decorrente da prestação de cuidados de Enfermagem nas instituições de saúde. É orientado para a atividade diária do enfermeiro e visa a organização e o tratamento de informação, processada na documentação de Enfermagem, sobre a situação clínica do doente, normalizando o sistema de registos de Enfermagem, tal como definido pela ACSS (2010).

Foi um momento de reflexão e discussão com o enfermeiro chefe e a equipa no intuito de refletirem na importância da CIPE[®] e do SAPE como essenciais ao futuro da Enfermagem e reforçar a vontade da equipa em não desistir perante as dificuldades na sua implementação. Refletimos sobre as possibilidades que o SAPE oferece, desde a interação com os programas informáticos médicos e de análises e exames complementares, até à organização do pensamento e do próprio trabalho dos enfermeiros através da elaboração de planos de trabalho individuais e completos (medicação, exames e análises do doente até às diversas intervenções de Enfermagem), torna-se numa ferramenta indispensável para a prestação de cuidados, dando-lhe visibilidade.

Muitas foram as situações de doentes que tive a possibilidade de prestar cuidados, ao longo deste estágio. Consigo relatar alguns casos, tais como, o de um doente de 32 anos, no pós-operatório de excisão de quisto hidático na região hepática, aderente ao fígado, que rebentou no intraoperatório, com bradicardia e hipotensão severa durante a cirurgia por choque anafilático. Doente muito instável, com necessidade de apoio de amins. Entubado orotraquealmente com suporte ventilatório, apresentava cateter central e linha arterial. Durante a sua permanência foi detetado, através de hemoculturas, que estava infetado com *Staphilococcus Aureos Meticilino Resistente*. Foi “isolado” somente com as cortinas por não haver lugar no quarto de isolamento. Durante o período que lhe prestei cuidados considerei importante consultar os protocolos existentes delineados pela CCIH, em casos de isolamento, contribuindo para a assimilação de novos comportamentos, na prevenção e controlo da infeção. Deste modo, durante este período houve sempre conformidade entre as normas da CCIH e a prestação de cuidados de Enfermagem seguros e eficazes, aplicando os conhecimentos teóricos adquiridos. Nesta unidade, é visível a adesão de algumas atividades na prevenção e controlo a infeção, nomeadamente a Campanha Nacional de Higiene das Mãos com a colocação das soluções alcoólicas nas bases de cada cama da unidade do doente e a fixação de folhas

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

coloridas correspondentes ao tipo de isolamento e de acordo com a CCIH desta instituição. A infecção decorrente da prestação de cuidados constitui hoje um problema sério com consequências nefastas tanto para o doente e família, como também, para os próprios prestadores de cuidados e instituições de saúde. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) citada pela DGS (2007) refere que as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) complicam o tratamento adequado dos doentes, sendo reconhecida como causa relevante do aumento do internamento, de sequelas, do aumento da morbidade e mortalidade, bem como de consumo aumentado de recursos hospitalares e da comunidade.

Outro caso de uma doente de 62 anos, com isquémia intestinal, feita recessão de parte do íleon. Deu entrada no serviço após reintervenção por deiscência de anastomose intestinal, sedada e analgesiada com suporte ventilatório invasivo. Por suspeita de nova deiscência, foi transportada para o BO onde fez laparotomia exploradora com reparação da anastomose e lavagem da cavidade abdominal, sem encerramento da mesma. Ficou com bolsa de Bogotá. Nos dias seguintes, houve necessidade de fazer uma TAC abdominal ao serviço de Imagiologia. Feita preparação para novo transporte da doente. A decisão de transportar um doente crítico, seja entre hospitais ou no interior das próprias instalações da unidade de saúde, é uma decisão que deve sempre considerar os potenciais benefícios em detrimento dos riscos efetivos. O transporte destes doentes envolve alguns riscos mas justifica-se pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica não efetuáveis no serviço ou instituição onde o doente se encontra internado, tal como referido pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Indica ainda que é o enfermeiro responsável pelo doente e o médico, assim como uma assistente operacional, que acompanham o doente no transporte do mesmo. Foi contactado o serviço e dadas informações precisas sobre o estado clínico do doente, para que desta forma estivessem preparados para a sua receção. Na preparação da doente para o transporte, implicou reunir todo o equipamento e medicação necessária para assegurar a sua segurança, nomeadamente: monitor de transporte, ventilador portátil, ambu adaptado a uma fonte de oxigénio, medicação endovenosa e fármacos contínuos regulados por seringas infusoras com bateria de modo a não interromper nenhuma das medicações já em curso, mala de transporte com material de emergência. Tive a oportunidade de colaborar no transporte desta doente de acordo com as diretrizes inerentes ao transporte intra-

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

hospitalar, e demonstrar uma intervenção adequada, tomando decisões de forma bem suportada.

Alguns dias após, houve agravamento do quadro clínico apresentando-se em choque séptico com falência multiorgânica. Prognóstico muito reservado com ordem de não reanimar. A doente faleceu nas 24 horas seguintes. Em todas as instituições surgem questões que exigem decisões éticas no que se refere ao tratamento e suporte de vida. Muitas vezes se põe em questão até onde continuar o tratamento para a manutenção da vida humana, correndo-se o risco de distanásia. Mas quando parar? Até onde se pode manter a vida, neste misto de eutanásia/distanásia. Estas questões tornam-se mais evidentes numa UCI, devido às características peculiares que apresenta nomeadamente a gravidade dos pacientes internados, a ênfase no conhecimento técnico/científico e na tecnologia, a ansiedade dos doentes e familiares e a possibilidade, muitas vezes tão próxima da ocorrência da morte. Esta situação levou-me a refletir sobre os valores éticos e humanos que envolvem o cuidar em terapia intensiva, partilhando estes pensamentos com a enfermeira orientadora e os colegas do serviço. Se por um lado todos estes avanços tecnológicos podem trazer alguns benefícios à humanidade, por outro lado, podem produzir verdadeiros dilemas éticos no mundo da saúde. Na prestação de cuidados existe uma ambiguidade de razões e emoções. O profissional de saúde quer conquistar um saber cada vez mais amplo, numa busca incessante de domínio dos conhecimentos técnico-científicos, o doente quer a sua individualidade respeitada mas também a garantia de acesso aos avanços tecnológicos tão divulgados pela comunicação social criando necessidades de consumo que muitas vezes sobrepõem as necessidades reais de saúde. É neste âmbito que a intervenção da bioética é necessária, reconquistando os valores humanos, pois tal como refere Correia (1996), a atual situação tem demonstrado a urgência de um marco referencial ético em relação à prática da Medicina e da assistência de saúde que responda, entre outras questões, à despersonalização e à tecnicidade dos cuidados nos hospitais. Numa UCI apesar dos recursos disponíveis, nem sempre é possível vencer a doença e não permitir a morte chegar, razão pela qual em determinadas situações é decidido suspender tratamentos extraordinários. Este foi um dilema ético que se impôs e foi meritório os cuidados destes profissionais ao proporcionar a morte no tempo certo, sem adiamento ou antecipação, sem sofrimento e com base nos princípios da beneficência e não-

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

maleficência, valorizando mais o bem individual do que o bem comum. A família foi desde o início informada da situação clínica da doente no sentido de a preparar para uma morte eminente. Foi envolvida neste processo de consciencialização de que a morte é o fim de um ciclo, que tem de ser encarado, garantindo ao doente/família toda a dignidade. Acredito que nós, profissionais de saúde, necessitamos de despertar para o alicerce da bioética, revendo a sua prática no campo da atuação bem como os seus valores e atitudes numa busca incessante do ser humano, em todas as suas dimensões, biológica, psicológica, espiritual, política ou social.

Todas as atividades anteriormente desenvolvidas, perante a diversidade de situações que surgiram, contribuíram para o desenvolvimento de competências de modo a *prestar de cuidados de Enfermagem com conhecimentos especializados à pessoa/família em situação crítica*. Permitiram-me desenvolver as competências de refletir na e sobre a prática, de forma crítica, manter, de forma contínua, o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional e ainda tomar decisões de acordo com o código deontológico dos enfermeiros, atendendo às evidências científicas da situação e responsabilidade moral, ética e social. Ajudaram-me a demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o doente e família. Consegui também abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionado com o doente e família e estabelecer prioridades de atuação na assistência de Enfermagem ao doente crítico. Mantive uma participação ativa que me possibilitou demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área da Médico-Cirúrgica, capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas e capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Desenvolver competências relacionais e de comunicação com o doente /família em situação crítica na UCI foi um dos objetivos específicos que pretendi atingir neste estágio, aprofundando as experiências do estágio anterior.

A comunicação interpessoal com o doente internado numa UCI é um aspeto fundamental na prestação de cuidados. De acordo com Alves (1992 p.40),

“Virgínia Henderson integra a comunicação nas 14 necessidades fundamentais do doente e diz que a dimensão biológica da mesma se manifesta em todas as expressões verbais e não verbais, daí a importância que lhe deve ser atribuída”.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Ainda segundo o mesmo autor, a qualidade da relação estabelecida entre o enfermeiro e o doente vai influenciar uma aproximação e uma colaboração tendo em vista o conhecimento por parte do enfermeiro dos sentimentos e problemas do doente, elaborando soluções e encontrando caminhos para a sua recuperação. Assim e tal como refere Barrie-Shevlin (1985), citado por Atkinson (1988 p.6) ao dizer que

“...uma enfermeira da unidade de cuidados intensivos deve ter um elevado grau de experiência e possuir a capacidade de relacionar conhecimentos teóricos com a prática. Deverá ter um fundamental interesse no cuidado do doente, indo ao encontro das suas necessidades fisiológicas e psicológicas”.

Quando um doente necessita de entubação endotraqueal devido a uma patologia que lhe provoca dificuldade respiratória, acaba por existir um compromisso da fala, que é a forma de comunicação mais usual que naturalmente o Homem utiliza para se relacionar com o meio envolvente. O enfermeiro é o elemento que vai servir de apoio e de ajuda ao doente entubado endotraquealmente, inserido na maior parte das vezes numa Unidade de Cuidados Intensivos. A comunicação com o doente consciente entubado endotraquealmente é um desafio para a Enfermagem. Quando uma situação dessas acontece, há toda uma problemática que envolve a dificuldade do doente em expressar as suas dúvidas, os seus medos, de colocar questões ou manifestar as emoções, da forma a que se habituou a fazer. Para Wojnicki-Johansson (2001 p.29),

“Os doentes que estão conscientes e têm a noção do seu próprio tratamento e condições, incluindo a unidade de cuidados intensivos, mas impossibilitados de comunicar de uma forma verbal, normal, com os familiares e o pessoal, põem problemas à Enfermagem”.

Na maior parte dos doentes que são submetidos a ventilação mecânica há um compromisso da comunicação verbal, constituindo um fator de stress acrescido, na medida em que a impossibilidade de comunicar verbalmente é uma posição de desvantagem para o doente, por não conseguir expressar os seus sentimentos e emoções. Para Moleiro e outros (2000 p.19)

“Um dos principais fatores de “stress” para um doente submetido a ventilação mecânica, é o compromisso da comunicação. Não só pelo facto de ser difícil expressar-se como também, ser compreendido por parte dos técnicos.”

Recordo o caso de um doente de 40 anos, com o diagnóstico de Pneumonia, com necessidade de ventilação assistida durante 5 dias. Após melhoria do quadro clínico,

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

retirada sedação e diminuída a analgesia. Iniciou-se a preparação da extubação, tendo permanecido um dia entubado endotraquealmente, consciente, orientado e comunicando conosco, visivelmente ansioso. Mostrava no seu rosto a vontade de expressar o que queria mas nem sempre era compreendido, mostrando uma revolta na sua expressão, voltando a cara ou encolhendo os ombros. Olhando para o rosto do doente tentei avaliar a sua ansiedade pelo fato de não conseguir falar e sempre que ficava revoltado tentava fazer-lhe ver que também para nós era complicado lidar com essa situação. O nosso papel tal como nos diz Sá e Machado (2006) é encontrar outra forma de comunicação e é pensando na que ele não tem, de momento, que lhe deve proporcionar métodos, processos alternativos para comunicar, para que se possa expressar, da forma mais clara possível, diminuindo assim o seu stress provocado por toda a sua situação patológica. Durante a prestação de cuidados tentava fazer questões simples que o doente respondia por gestos ou acenando a cabeça, falando sempre, alto e pausadamente, de frente para o doente. Citando Levinas (2000 p.79), “Rosto e discurso estão ligados. O rosto fala”. No sentido de facilitar a comunicação, Santos e Torrão (2002 p.7), referem que “Podemos combinar com o doente sinais tão simples como abrir/fechar os olhos ou olhar para cima ou para baixo como resposta afirmativa ou negativa às nossas questões”. Tentei que comunicasse através da escrita mas não consegui devido ao seu estado asténico. A este respeito também Ashworth (1981 p.76), considera que, “...técnicas com lápis e papel ou o «quadro mágico», letras, alfabetos, ou desenhos através dos quais o doente possa indicar o que quer dizer; a leitura de lábios...”, podem ser utilizados em doentes com a entubação endotraqueal. Um elemento facilitador seria, na minha opinião, a utilização de imagens ou frases mais frequentes de forma a facilitar a comunicação. Sá (1999 p.29), diz-nos que o enfermeiro “Poderá mostrar também uma tabela de frases que inclua as comunicações mais frequentes do doente, tais como «aspire-me a boca», «dê-me água», «faça-me uma massagem nas costas», etc.”.

A temática em causa foi alvo de reflexão e discussão entre os colegas e, inclusivamente, com a enfermeira orientadora. Sensibilizei a equipa para importância da implementação de estratégias alternativas de comunicação e colaborei com a mesma no sentido de se melhorar a comunicação com o doente. Não existia no serviço o recurso a outros métodos de comunicação a não ser por gestos. Sendo uma situação frequente a equipa ficou desperta e aceitou bem a ideia de se elaborar um conjunto de frases mais

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

frequentes e de imagens, para o caso dos doentes que não conseguem ler, de modo a facilitar a comunicação com os doentes entubados endotraqualmente.

Os enfermeiros numa UCI têm um papel importante a desenvolver no aspeto relacional, envolvendo a família no apoio psicológico e afetivo do doente. A presença da família é vista como fundamental na recuperação do doente, pois será o elemento que dará continuidade aos cuidados ao doente nas atividades de reabilitação no ambiente hospitalar e domiciliário, mantendo o contato com a equipe. Relativamente ao envolvimento da família no processo de cuidados ao doente na UCIP, constatei ser uma prática corrente, devido às situações críticas em que muitas vezes os doentes se apresentam. O horário das visitas aos doentes é efetuado diariamente das duas às dezassete horas e das dezanove às vinte horas, sendo permitida a visita de dois familiares, um de cada vez. Durante o estágio, tive a oportunidade de receber familiares/visitas tendo a preocupação de os informar sobre quais os comportamentos a adotarem à entrada e saída do serviço. Realizei ensinamentos informais relativamente à necessidade da lavagem das mãos esclarecendo o seu motivo e quais os cuidados a adotarem perante a unidade do doente, nomeadamente a utilização correta dos equipamentos de proteção individual. Sempre que possível respondi ao que me questionavam estabelecendo uma relação de ajuda e apoio com os familiares. Tentei transmitir-lhes um incentivo a comunicarem com os seus doentes pela importância destes no seu processo de recuperação.

Houve um caso que me marcou bastante, o de uma doente de 34 anos, transferida da UCIP de Vila Franca, Síndrome de Hellp, no pós-parto imediato, com histerectomia emergente, duas paragens cardiorrespiratórias no intra-operatório, sedada, analgesiada com necessidade de ventilação invasiva. Ao longo do internamento por agravamento da função renal teve necessidade de hemodiafiltração. Situação clínica com mau prognóstico com extensas lesões a nível cerebral. A família encontrava-se muito ansiosa em relação à situação clínica da doente, com receio do desfecho, nomeadamente, o marido e o irmão, que todos os dias a visitavam e lhe falavam da bebé de 2 semanas, que se encontrava de perfeita saúde. Nestes momentos, tive a oportunidade de estabelecer uma relação de empatia e confiança com esta família. Sempre que necessário, prestava algum apoio ao marido que manifestava a sua angústia e revolta por estar a viver um misto de emoções, de alegria, por ser pai e de tristeza pelo estado da

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

esposa. É inevitável não nos colocarmos na “pele” destas pessoas e pensarmos que poderíamos ser nós. Como refere Phaneuf (2005 p.347)

“ Com efeito, diante da penosa situação e alguém que vive, uma doença, (...) somos levados a apiedar-nos (...).É preciso, evidentemente, dizer que não há nada de repreensível nisso, nós não fazemos senão manifestar a nossa capacidade de nos emocionar (...). Mas é preciso compreender que “simpatia” é “sofrer com”,

e que, quando nos deixamos levar prestamos pouca ajuda ao outro. A mesma autora assume que

“A empatia é um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda, que percebe a dificuldade da pessoa ajudada, como se ela penetrasse no seu universo, como se ela se colocasse no seu lugar para se dar conta do que ela vive e da forma como o vive, e que lhe leva o reconforto de quem tem necessidade, mas sem se identificar com o seu vivido e sem ela própria viver as emoções”.

Estes dois conceitos têm que ser bem definidos na nossa conduta como profissionais, distinguir simpatia de empatia, pois só com um comportamento empático podemos ajudar estas pessoas a ultrapassar por momentos difíceis. Não podemos viver as suas emoções mas estar lado a lado da pessoa que precisa de nós, e sermos objetivos na conduta a seguir.

A comunicação é um instrumento muito importante no relacionamento com o doente, família, pessoa significativa e na própria equipa multidisciplinar. Na minha opinião a comunicação entre o profissional prestador de cuidados e a pessoa cuidada baseia-se num processo bidirecional em que um e outro se influenciam mutuamente, havendo ganhos para ambas as partes. Ao desenvolver atividades no sentido de estabelecer com o doente e família uma relação de proximidade e empatia permiti-me desenvolver competências relacionais e de comunicação com o doente/família e conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação, recorrendo à forma verbal/não verbal. Demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com doente/família e pessoa significativa, tendo desenvolvida uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente que refletisse a iniciativa e a criatividade na resolução de problemas.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Outro dos objetivos específicos do meu estágio no serviço de UCIP, visava *contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente em situação crítica com necessidade de abordagem da VAD*. Este objetivo surgiu no seguimento da formação já realizada no estágio do SU, presenciada por alguns enfermeiros da UCIP, inclusive pelo enfermeiro responsável. Após conversa informal com o enfermeiro responsável, concluímos que seria interessante abordar este tema especificamente para a realidade de cuidados intensivos. Inicialmente foi-me proposto pelo enfermeiro responsável a organização de um carro de VAD, algo que aceitei com entusiasmo. Tive uma reunião com o diretor do serviço e com o enfermeiro responsável para planearmos a melhor forma de organizar o carro e de adquirir alguns materiais que fossem necessários. O diretor do serviço estava bastante recetivo com a ideia, disponibilizando-se para o que fosse necessário. A duas semanas do fim do estágio o diretor do serviço foi demitido, e o novo diretor não reconheceu a ideia do carro de VAD pertinente para o serviço, não autorizando a sua realização, não tendo sido possível a realização do mesmo. Assim, dei seguimento à realização da formação, visto que após chegar ao serviço, em conversa com os colegas, verifiquei que poucos tinham formação sobre VAD, nem conheciam os dispositivos atualmente existentes, visto no serviço não existir qualquer material de VAD, e revelaram interesse em que fosse efetuada formação específica sobre o tema. Como alguns elementos já tinham presenciado a formação realizada no estágio anterior, decidi em conjunto com o enfermeiro responsável que esta formação visasse essencialmente a VAD em cuidados intensivos.

A formação foi realizada no dia 19 de Janeiro pelas 15 horas (Anexo 3), teve duração de uma hora, assistida por 12 enfermeiros e 1 médico.

Esta formação, teve como objetivos:

- Identificar situações de risco em UCI que potenciem a necessidade de abordagem de VAD;
- Conhecer o algoritmo de VAD;
- Conhecer dispositivos disponíveis e modos de utilização dos mesmos;
- Sensibilizar a equipa para a organização de um carro de VAD.

A formação foi organizada com o apoio do Departamento de Formação Permanente do Centro Hospitalar, tendo sido avaliada no final pelo impresso próprio do CHMT (Anexo 2). A avaliação desta formação foi bastante positiva de acordo com o referido

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

pelos formandos (Apêndice 2), assim posso referir que houve interesse e sensibilização da equipa sobre esta temática da VAD em cuidados intensivos. Os colegas aprovaram a ideia de se organizar futuramente um carro de VAD, visto que ficaram sensibilizados para a importância da existência de material de VAD na unidade.

A formação em serviço deve ser concebida como um instrumento de mudança, quer dos comportamentos e atitudes individuais, quer das próprias estruturas. Enquanto estratégia, é vista como um meio de promover a mudança, mediante a transmissão de um saber, de um saber fazer ou de um saber ser, pois a formação efetuada nos contextos de trabalho expõe ideias, aquisição de conhecimentos, valores e desenvolve capacidades e atitudes. Marshall (1999) citando Jolley e Allen (1991) afirma então que o especialista está numa posição ideal para servir de ponte entre a teoria e a prática. Assim sendo, ao planear o processo de formação o especialista deverá ter em conta as necessidades individuais dos elementos da equipa, as necessidades globais da unidade de cuidados, assim como as características da equipa na qual se desenvolve.

Ao desenvolver estas atividades no âmbito da formação adquiri competências, na resolução de problemas, com vista a uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, na promoção da formação em serviço na área de Médico-Cirúrgica e do desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

Considero que, ao longo deste estágio, houve um crescimento da minha segurança e autonomia, identificando as prioridades do doente crítico, antecipando a minha atuação. Tive sempre presente, a importância de cuidar do doente nas diferentes situações, com pensamento crítico, analisando os problemas e encontrando soluções, assegurando sempre a minha prática dentro dos princípios éticos e bioéticos da Enfermagem. As múltiplas oportunidades que tive nesta área, permitiram-me adquirir conhecimentos e aperfeiçoar competências contribuindo para o meu crescimento profissional, revelando-se uma mais-valia enquanto futuro enfermeiro especialista.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

1.3 - MÓDULO III – OPCIONAL - ENFERMAGEM PERI-OPERATÓRIA

O módulo III corresponde a uma área opcional, em que me foi permitido optar, por uma de três áreas, em função do meu projeto profissional. Como exerço funções no serviço de BO há 12 anos foi-me concedida a creditação a este estágio, por reunir, a nível da Enfermagem Peri-Operatória, um conjunto de competências aliadas à minha experiência, adquiridas, tanto a nível da prestação dos cuidados ao doente como ao nível da gestão.

Iniciei funções no serviço de BO em Março de 2000, ainda nas instalações do antigo Hospital de Tomar, onde fiz a integração durante 6 meses, conforme protocolo interno do serviço, nas diferentes funções. Fiz parte da equipa que em 2002 que abriu o serviço de BO da nova Unidade de Tomar do CHMT, onde passámos a ter melhores condições físicas, nomeadamente mais salas operatórias e a possibilidade de termos circuitos bem definidos, e o funcionamento de mais valências cirúrgicas. Neste momento, as valências existentes neste BO são: Ortopedia, Cirurgia Geral, Cirurgia de Obesidade, Cirurgia Plástica, Oftalmologia, Urologia e Otorrinolaringologia.

O BO fica situado no 3º piso da Unidade de Tomar do CHMT, é constituído por quatro salas operatórias, quatro salas de desinfeção de material, anexas a cada sala operatória, duas salas de indução anestésica, anexas a cada duas salas de operações. A zona de receção e acolhimento do doente, tem um transfer fixo que permite a passagem do doente através do tapete rolante para a marquesa operatória, e impede a entrada de pessoas que não pertençam ao BO. Nesta marquesa, o doente vai para a sala de indução anestésica e posteriormente para a sala operatória. Já no circuito de retorno, o doente é transferido para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA) por outro transfer fixo que faz a passagem da marquesa do BO para a cama do doente que nunca entra nas salas do BO. O controlo de infeções e a manutenção da segurança são preocupações sempre presentes no quotidiano de um BO, intrínsecos a qualquer intervenção cirúrgica. Para controlo da infeção, é essencial o isolamento do BO em relação à circulação geral do hospital e às diferentes áreas que, dentro do bloco, se encontrarem definidas, assim como aos circuitos de doentes, de pessoal e de material. Como refere Manley e Bellman (2003, Pag.283) “O fluxo de tráfego deve processar-se de maneira a que seja excluída

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

qualquer contaminação vinda de fora da área do bloco, e dentro dessa área deve existir uma separação entre áreas limpas e áreas contaminadas”.

A área semi-restrita inclui os vestiários, gabinetes, salas de registos, de reunião e uma copa. Esta zona liga á área restrita por um balcão de transferência do pessoal.

A área restrita inclui as salas operatórias, salas de pré anestesia, corredor central de acesso às salas onde circulam os doentes, corredor exterior de limpos, que dá acesso a todas as salas, não havendo cruzamento de materiais sujos com limpos. As salas operatórias têm três portas, uma para circulação dos profissionais após a desinfeção e materiais limpos, outra para a entrada do doente e uma terceira para saída do doente e material sujo, que segue para a esterilização para ser processado. A sala de indução de anestesia, é utilizada para acolhimento ao doente, para a realização de cateterismos periféricos e centrais, e por vezes, para a indução anestésica. Toda esta área restrita tem uma entrada de pessoal, uma saída de material sujo, e uma de entrada de material limpo completamente independentes. Existe ainda uma sala de material esterilizado, uma de farmácia e uma de material aprovisionamento.

A equipa de Enfermagem é constituída pela enfermeira Chefe e por 17 enfermeiros, divididos por equipas, de acordo com as valências, liderados por um chefe de equipa, responsável pela gestão de material dessa mesma especialidade. Todos os elementos exercem funções na especialidade de Cirurgia Geral e na especialidade em que estão mais destacados. É realizada uma distribuição semanal dos enfermeiros de acordo com o plano operatório, distribuindo, sempre que possível, os enfermeiros nas suas áreas de especialidade. Cada sala funciona, com três enfermeiros, como preconizado pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), e referido no parecer nº 10/2010 do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros “ em cada sala operatória deverão estar presentes o enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista” e que “ qualquer das funções de enfermeiro de Peri-Operatório é essencial, com idêntica importância na prestação de cuidados Peri-Operatórios em que o todo completa, dá continuidade e otimiza os benefícios de uma Enfermagem Peri-Operatória centrada no doente e na qualidade”. A enfermeira Chefe e os dois elementos de apoio estão destacados para a cirurgia de urgência. Quando estou de apoio sou responsável por preparar todo o material e certifico-me se está disponível o equipamento, consoante o tipo de cirurgia programada. Preparo a sala de indução

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

anestésica para a cirurgia seguinte e recebo o doente seguinte, enquanto o enfermeiro de anestesia não está disponível. Colaboro na resolução de problemas pendentes com a farmácia, aprovisionamento e com o serviço de instalação e equipamentos. Tomo iniciativa e assumo a resolução de problemas que surgem diariamente, demonstrando capacidade de trabalhar, de forma adequada na equipa interdisciplinar e multidisciplinar.

Tanto na cirurgia eletiva como nas situações de urgência, desempenho sempre as funções de enfermeiro instrumentista, circulante ou de anestesia. Todos os elementos da equipa estão integrados nas diferentes funções, não havendo dificuldades na gestão de cuidados e de recursos humanos. Como fundamenta a AESOP (2006, Pag.128) “A polivalência de funções é fundamental para a colaboração entre os pares da mesma equipa sendo a base da otimização dos cuidados, com maior rentabilidade ao nível da gestão dos recursos humanos” As funções de enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista, embora distintas são complementares e um enfermeiro do BO deve adquirir as competências específicas para o desempenho de cada uma delas.

O enfermeiro de anestesia, tem a cargo a área que exige um maior contacto com doente e uma observação mais ativa. Nesta função acompanho o doente desde que chega ao bloco até que é transferido para a UCPA, e, ao mesmo tempo, acompanho as funções dos restantes elementos, dentro da sala operatória. Na sala operatória, monitorizo o doente, colaboro na indução anestésica, seguida de entubação orotraqueal para assistência ventilatória. Neste período em que o doente se encontra vigil, apesar de curto, tento estabelecer uma relação empática de forma a minimizar o impacto psicológico e emocional que a situação impõe. Tento proporcionar-lhe um ambiente calmo e seguro de modo a permitir uma relação de confiança mútua. A intervenção cirúrgica é sempre uma experiência emocionalmente difícil. Na sala operatória, o enfermeiro é o suporte psico-emocional do doente, por isso tem de ter uma comunicação eficaz, uma escuta ativa e um papel de proteção e de confiança. O tempo que o doente permanece na sala, antes de iniciar a indução anestésica, é muito pouco, mas é um período de muita tensão, em que todas as atitudes são muito importantes. Nas várias situações que acompanho diariamente, acolho o doente, estabeleço diálogo com ele, enquanto o posiciono e monitorizo. Enquanto conversamos, consigo observar e analisar se está calmo ou nervoso pelo seu fâcies, pela voz, a postura do corpo e das mãos. À

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

medida que a nossa conversa se vai desenrolando, sinto que doente vai relaxando ligeiramente, tentando compreender a situação envolvente. Tento sempre manter uma postura de disponibilidade e de abertura para o doente, possibilitando o desenvolvimento de competências, nomeadamente demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente.

Durante o ato cirúrgico, tenho a cargo todos os procedimentos de manutenção da anestesia e uma vigilância intensiva do doente, monitorizando os parâmetros hemodinâmicos, ventilatórios, débito urinário, temperatura corporal, permeabilidade perfusional, tentando manter o conforto e bem-estar do doente. No final da cirurgia colaboro na reversão da anestesia e na extubação do doente, ou na manutenção da mesma, caso seja necessário manter o doente sedado, e com suporte ventilatório no pós-operatório imediato. É um período crítico, pelo que a minha atenção e perspicácia podem antecipar as necessidades e contribuir para a segurança do doente. Os registos de Enfermagem são efetuados em impresso próprio em suporte de papel durante toda a cirurgia. Registo os dados dos parâmetros hemodinâmicos, fármacos administrados, drenagens e intercorrências intraoperatórias. Está em fase de operacionalização a introdução de uma aplicação informática de dados intraoperatórios, de Enfermagem e médicos. Os benefícios de uma aplicação informática em termos de gestão são evidentes. Através dos registos de toda a informação é, de facto, possível garantir um maior controlo sobre consumos de medicamentos e materiais, fazendo-os refletir automaticamente na faturação, farmácia, logística hospitalar e análise de custo/proveito por cirurgia. Permite também gerar indicadores de gestão para a avaliação da utilização dos BO, permitindo consultas e estatísticas diversas com vista a contribuir para a otimização dos recursos hospitalares, produtividade do pessoal, intervenções efetuadas por doente, médico, serviço e bloco. Trata-se de informação disponibilizada de forma atempada, objetiva e consistente, tornando-se assim numa ferramenta muito útil de apoio à tomada de decisão. Mais especificamente, na nossa área de cuidados, possibilitam a uniformização dos registos e o encaminhamento dos mesmos, em tempo real, para o serviço que acolhe o doente no pós-operatório, possibilitando uma melhoria na continuidade de cuidados. Sendo uma realidade implementada, com sucesso, em BO de vários hospitais, como futuro enfermeiro especialista e como colaborador da enfermeira Chefe na gestão do serviço, assumo um papel preponderante na implementação futura da informatização dos registos, nomeadamente persuadindo a

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

equipa médica no sentido da importância destas aplicações informáticas na gestão de um BO. Acredito que os enfermeiros com funções de gestão podem impulsionar mudanças significativas nas suas organizações.

Como enfermeiro circulante, coordeno um conjunto de atividades dentro da sala para que o procedimento cirúrgico decorra nas melhores condições de segurança para o doente e equipa. Zelo pela manutenção do espaço estéril e possibilito a conexão dos diferentes materiais estéreis a unidades não estéreis. Providencio todos os dispositivos e equipamentos necessários durante a cirurgia, assim como vigilância do seu funcionamento e ajuste de parâmetros, como seja do bisturi elétrico, aspiradores de campo, iluminação entre outros. Durante a cirurgia colaboro com os colegas fazendo a ligação com o exterior da sala sempre que algo for necessário e com a equipa de anestesia, na vigilância do doente. Efetuo a contagem das compressas e instrumentos cirúrgicos no final da cirurgia em colaboração com o enfermeiro instrumentista.

Como enfermeiro instrumentista preparo a mesa cirúrgica, contando todos os instrumentos cirúrgicos, cortantes e as compressas. Vou adaptando a mesa conforme o decorrer da cirurgia e a necessidade dos cirurgiões, mantendo-a limpa e organizada, asseguro a manutenção da técnica asséptica de todos os intervenientes durante toda a cirurgia. Esta é a função que mais prazer me dá desempenhar porque consigo assumir um papel mais intenso colaborando mais de perto no ato cirúrgico. É a função que o enfermeiro só assume quando está totalmente integrado nas funções de circulante e anestesista, pois é uma função com grande especificidade e complexidade de procedimentos.

Todas estas funções permitem-me refletir sobre a importância da cooperação e de trabalho de equipa, demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar e um nível aprofundado de conhecimentos na área da Médico-Cirúrgica, e desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente, mantendo ainda de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

Também fui responsável pela integração de novos profissionais no BO nas diferentes funções na sala operatória, seguindo o plano de integração definido pelo CHMT para

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

BO, contribuindo assim para o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros.

Fui nomeado elo de ligação da CCIH., sendo que parte desta função passa pela supervisão e auditoria do controlo de infeção hospitalar a nível do BO. Requer o meu empenho e rigor, alertando, corrigindo e orientando a diversa equipa multidisciplinar que trabalha no BO, de forma a prevenir e combater a infeção hospitalar, beneficiando dessa maneira os doentes e todos os profissionais de saúde. Em relação às normas de higienização hospitalar, o BO integra vários protocolos definidos pela CCIH, nomeadamente a campanha nacional de higienização das mãos lançada pela OMS. Todos os elementos da equipa estéril procedem à cuidadosa desinfeção cirúrgica das mãos e os restantes elementos presentes na sala operatória fazem uma lavagem asséptica das mãos antes de entrarem na sala. Durante a cirurgia, e entre procedimentos, como seja, colheita de sangue para análises, preparação e administração de medicação, vigilância da via aérea, utilizam a solução antisséptica alcoólica como alternativa à lavagem convencional das mãos, desde que as mãos se apresentem visivelmente limpas, para facilitar o processo de higienização das mesmas. A higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetivas na redução da infeção associada aos cuidados de saúde. Segundo a DGS (2010), baseado nas normas da OMS

“Os elementos-chave desta estratégia multimodal incluem a formação, os programas de motivação dos profissionais, a utilização na higiene das mãos de uma solução antisséptica de base alcoólica (SABA), a monitorização da prática de higiene das mãos e do consumo dos produtos adequados, a utilização de indicadores de desempenho e o forte compromisso por parte de todos os envolvidos no processo, desde os gestores de topo, aos gestores intermédios e aos prestadores de cuidados”.

Os indicadores que devem ser utilizados na área da higiene das mãos são a avaliação do consumo de SABA e do sabão para a higiene das mãos (global e por serviços clínicos) e a taxa de adesão à prática da higiene das mãos. Como elo de ligação da CCIH faço auditorias trimestrais, com base na observação da lavagem das mãos, dos profissionais, na prestação de cuidados diretos e indiretos ao doente. Estes dados servem como indicadores de desempenho de boas práticas dos profissionais de saúde na higienização das mãos. Este papel possibilitou desenvolver competências de supervisão do exercício profissional, quer de enfermeiros, quer de assistentes operacionais, durante a prestação de cuidados, na limpeza da sala, de forma a zelar pelos cuidados prestados.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Além da prestação direta de cuidados aos doentes e de todas as atividades que desenvolvo, colaboro na gestão do serviço com a enfermeira chefe, exercendo a função de 2º elemento do serviço, há cerca de 3 anos, substituindo a enfermeira chefe aquando da sua ausência. Sou responsável pela gestão da farmácia e do aprovisionamento de todas as especialidades do BO e integro a comissão de escolha de materiais do CHMT. A possibilidade de colaborar na gestão, nomeadamente de recursos, materiais e equipa, foi algo que me enriqueceu muito profissionalmente, tendo adquirido competências na liderança de uma equipa de prestação de cuidados.

Ao longo destes anos integrei alguns projetos no BO. Fui responsável pela implementação da Cirurgia Laparoscópica em 2002 na Unidade de Tomar, após prévia formação no Hospital Garcia de Horta, Hospital Pulido Valente e Hospital Universitário de Coimbra. A especificidade do doente cirúrgico e o avanço científico e tecnológico da cirurgia, vieram exigir ao enfermeiro de um serviço de BO uma atualização teórica e prática contínua das novas técnicas cirúrgicas. A Cirurgia Laparoscópica, quando bem indicada e executada, traz grande benefício aos doentes. São necessárias pequenas incisões cirúrgicas, há menos dor no pós-operatório, a permanência hospitalar torna-se mais curta e a recuperação é mais rápida. Veio diminuir a morbilidade dos doentes, aumentar a qualidade dos cuidados, diminuir os gastos devido à diminuição dos tempos de internamento. Para realização desta técnica cirúrgica, toda a equipa médica e enfermeiros devem estar familiarizados com os equipamentos e instrumentos específicos. Fiz a integração de toda a equipa nesta técnica com várias formações em serviço. A área da formação é uma das vertentes em que o enfermeiro especialista pode dar uma maior visibilidade da sua atuação, detetando necessidades formativas e intervindo sempre que necessário. A formação em serviço, quando devidamente planeada, motiva e organiza a reflexão sobre a prática e o desenvolvimento de competências, na resolução de problemas, com vista a uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, desenvolvendo também as competências de promoção da formação em serviço na área de Médico-Cirúrgica e do desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

A Cirurgia de Ambulatório da Unidade de Tomar, foi outro dos projetos implementados pelo BO, em 2004, no qual também estive envolvido. Embora a estrutura física esteja num piso abaixo, no 2º piso, toda a atividade é assegurada pela equipa do BO. Segundo a Portaria nº132/2009 de 30 Janeiro (p.660), define Cirurgia de Ambulatório como

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

“...intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco - regional ou local que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais *legis artis*, em regime de admissão e alta no período inferior a vinte e quatro horas.”. Considerada por muitos autores a escolha cirúrgica mais vantajosa, e como um magnífico modelo organizativo, permitindo cuidar doentes de forma segura e eficaz sem ter que recorrer ao internamento. Seca *et al* (2001) mencionam que cuidar de um determinado número de doentes, por um preço inferior, levando à libertação de camas para situações que exigem um internamento e, conseqüentemente, libertando tempos operatórios para patologias mais agressivas, contribuindo também para uma redução das listas de espera, estes são alguns dos aspetos que promovem o desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória. Segundo a AESOP (2006) os doentes operados em Ambulatório são selecionados consoante um conjunto de critérios médicos, em que a previsão do tempo cirúrgico seja inferior a 60 minutos, possibilidade da dor ser controlada no pós-operatório com medicação oral, equilíbrio físico e emocional, sem contudo se dispensar os resultados dos exames complementares de diagnóstico e a possibilidade do doente recuperar no domicílio, e critérios sociais, em que é fundamental haver o acompanhamento do doente por alguém responsável nas primeiras 24 horas, contacto telefónico disponível, local de residência ou local da pernoita a menos de 60 minutos do hospital e transporte assegurado para o domicílio. As especialidades que efetuam Cirurgia de Ambulatório são a Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Urologia, Ortopedia e Otorrino. Além de exercer as atividades inerentes às funções na sala operatória, asseguro também o recobro, no pós-cirúrgico. Faço o acolhimento ao doente e ao familiar que o acompanha, integrando-o no espaço físico, esclarecendo-os de todas as questões que têm. Cerejo (2000) alude que, o doente cirúrgico no período pré-operatório requer que lhe seja fornecida informação fundamental e necessária, acerca da intervenção cirúrgica, nomeadamente do que se irá passar no período intra e pós-operatório. Ressalva também que os principais receios do doente/família se relacionam com o “acordar” da anestesia e o “nível de dor” que irão percecionar e como cuidar do seu familiar no domicílio, face a eventuais intercorrências. Preparo o doente para a cirurgia explicando-lhe sempre os procedimentos. Qualquer ato cirúrgico é um fator de stress para o doente que merece a nossa atenção. Tento acalmar o doente na tentativa de o relaxar confortando-o, pois como enfermeiro tenho sempre presente o quão é importante humanizar os cuidados

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

cirúrgicos, pois cuidar só é global e completo, quando a execução de qualquer técnica se encontra intrinsecamente ligada à dimensão relacional que a suporta e lhe dá sentido. O facto de ser sempre o mesmo enfermeiro que faz o acolhimento ao doente e o recebe no pós-cirúrgico cria entre ambos uma relação mais empática e de confiança. Quando o doente regressa ao recobro já conhece o enfermeiro que o acolheu, permitindo-lhe sentir-se mais seguro e com mais confiança. Avalio os parâmetros hemodinâmicos nas primeiras horas após a cirurgia. No momento da alta realizo ensinamentos informais ao doente e família sobre os cuidados no pós-cirúrgico a alguns sinais de alerta a ter em atenção. Informo que sempre que necessite de esclarecer dúvidas pode telefonar para o serviço de internamento da especialidade responsável pela cirurgia. O planeamento da alta hospitalar e a consequente abertura à participação da família no processo de cuidados, apoiando-a e integrando-a na dinâmica do plano terapêutico, de forma a reforçar as suas capacidades, conhecimentos e competências para cuidar dos seus familiares no domicílio, apresenta-se como uma estratégia a desenvolver no sentido de promover a continuidade e a dignidade da assistência do indivíduo doente até à sua máxima recuperação. No dia seguinte, passadas 24 horas telefono para o doente questionando o doente como passou a noite, se tem dores ou se necessita de esclarecer algumas dúvidas. Esta experiência na Cirurgia de Ambulatório permitiu-me desenvolver competências relacionais e de comunicação com o doente /família em situação crítica e aprofundar conhecimentos na área da Médico-Cirúrgica.

Ainda em 2004, fiz parte da implementação da Cirurgia Bariátrica, integrando a Unidade de Tomar, um Centro de Referência no Tratamento de Obesidade. Através da experiência que tinha de Cirurgia Laparoscópica tive oportunidade de mobilizar os meus conhecimentos para a implementação deste projeto. A Cirurgia Bariátrica realizada através da Cirurgia Laparoscópica permite a colocação da banda gástrica e a realização de *Gastric Sleeve* em doentes com obesidade mórbida. A Cirurgia Bariátrica ganha espaço e importância, sendo um dos procedimentos que vem aumentando no mundo devido a técnicas cada vez mais seguras e efetivas. Maioritariamente realizada por Laparoscopia, o tempo de internamento hospitalar médio é de 2 dias e o período de recuperação de 7 dias, possibilitando uma redução de riscos pós-cirúrgicos, do tempo de recuperação e dos custos inerentes. Através de uma redução no volume do estômago há uma significativa diminuição na ingestão alimentar, na sensação de fome, possibilitando uma saciedade com menor quantidade de alimentos e calorias. Facilita a perda de peso,

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

com objetivo de se obter uma vida mais saudável, com mais qualidade, controlar as doenças já existentes relacionadas com a obesidade (diabetes, dislipidémias, hipertensão, apneia do sono, incontinência urinária de esforço, osteoartrose, asma, problemas respiratórios, depressão, doença do refluxo gastro esofágico, problemas sexuais) e diminuir o aparecimento de novas doenças e a mortalidade. Demonstrei um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da Médico-Cirúrgica e uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente.

Em 2006, aquando da transferência da valência de Urologia da Unidade de Abrantes para a Unidade de Tomar, do CHMT, fui convidado pela enfermeira chefe para ser responsável pela sua implementação no BO, algo que aceitei com muito agrado, tendo ficado como chefe de equipa desta especialidade. Com a minha participação na implementação desta especialidade tive a oportunidade de integrar outros colegas, no que concerne ao instrumental cirúrgico necessário. Tenho a responsabilidade, como chefe de equipa, de fazer a encomenda de dispositivos cirúrgicos necessários, de acordo com o plano operatório semanal, via telefónica diretamente para o fornecedor. Transmito o *feed-back* ao fornecedor sempre que haja complicações ou irregularidades com o material. Com a minha participação neste projeto do serviço foi possível demonstrar capacidade de avaliar e adequar métodos de análise de situações complexas numa perspetiva profissional avançada e capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, desenvolvendo o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional e de outros enfermeiros.

Considero que, ao longo destes anos, tive um crescimento da minha segurança e autonomia, identificando as prioridades do doente crítico, antecipando a minha atuação. Tive sempre presente, a importância de cuidar do doente nas diferentes situações, com pensamento crítico, analisando os problemas e encontrando soluções, assegurando sempre a minha prática dentro dos princípios éticos e bioéticos da Enfermagem. No exercício das minhas funções, tomo normalmente a iniciativa e sou criativo na interpretação e resolução de problemas na minha área de atuação. Sou muito crítico em relação ao meu trabalho, e gosto de refletir na e sobre a minha prática no sentido de melhorar a minha prestação de cuidados. As múltiplas atividades que desenvolvi, permitiram-me adquirir conhecimentos e aperfeiçoar competências contribuindo para o meu crescimento profissional, revelando-se uma mais-valia enquanto futuro enfermeiro

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

especialista. Considero que o enfermeiro especialista integrado em serviço deve demarcar-se não só pelos conhecimentos que possui e pela maneira célere e adequada que os presta, mas igualmente, pela sua conduta ética e profissional, devendo ser encarado como um modelo de imagem a seguir pelos bons princípios e atitudes que demonstra, e que, dada a sua carga formativa, distinguir-se como gestor da qualidade de cuidados que presta, incentivando os outros a seguir o seu exemplo. Isto é o que espero conseguir cada dia que exercer as funções de profissional de Enfermagem, consolidando a profissão e os seus princípios, transmitindo confiança nos cuidados ao utente, família ou comunidade.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

2- CONCLUSÃO

O contexto diário que vivenciamos dos cuidados diferenciados, levanta intrigantes desafios, por diferentes fatores, desde as técnicas e tecnologias cada vez mais sofisticadas, até ao envelhecimento da população, passando pelo aumento do índice de gravidade dos doentes e pelo desajuste dos recursos, face às necessidades, em cuidados de Enfermagem especializados. É essencial que o enfermeiro especialista, qualquer que seja a sua área de atuação, contribua, através do seu “olhar mais profundo” sobre a pessoa, numa situação específica, na implementação de intervenções de Enfermagem especializadas que promovam e estimulem a qualidade de vida dos doentes. O aperfeiçoamento profissional, mais do que uma mera atualização dos conhecimentos, é o caminho da construção de competências. É necessário haver uma associação de competências técnicas, científicas e morais para a prestação de cuidados de qualidade com uma visão holística do doente. Neste contexto, espera-se que o enfermeiro especialista seja, cada vez mais, um profissional reflexivo, capaz de mobilizar todo um repertório de informação científica, técnica, tecnológica e relacional, alicerçado nos conhecimentos que possui.

Após alguma reflexão sobre a minha prática diária senti a necessidade de desenvolver a especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, por se enquadrar numa área de interesse pessoal, útil, oportuna e principalmente para a qual existia motivação, no sentido de aprofundar conhecimentos e de prestar cuidados mais especializados.

Neste momento, torna-se pertinente retomar a introdução, no sentido de recuperar o início, a planificação do programa de ação desenvolvida ao longo deste relatório. Neste relatório efetuei uma reflexão aprofundada sobre os estágios realizados, onde equacionei as atividades desenvolvidas, identifiquei situações problema e apresentei estratégias de resolução. As estratégias e metodologias traçadas para os objetivos tiveram a finalidade de melhorar a aquisição de competências pessoais e profissionais no cuidar do doente crítico, da sua família e das pessoas para si significativas, tendo em conta as suas necessidades. Foi importante transparecer nestas linhas que o que consegui alcançar e demonstrar nestes estágios foi determinante para o desenvolvimento de competências na obtenção do título de enfermeiro especialista na área da Médico-

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Cirúrgica. Benner (2001, p. 33) refere que o conhecimento prático adquire-se com o tempo, e que nem sempre se dá conta dos progressos, sendo necessária a construção de estratégias, para que se reconheça esse saber fazer, e, posteriormente, ser desenvolvido e melhorado. Foi importante o contacto com outras pessoas, outros profissionais com experiência de outras realidades. Tive o privilégio de partilhar experiências e conhecimentos com aqueles que contactei mais diretamente, em especial com os enfermeiros orientadores dos diferentes estágios. Confirmei que o enfermeiro especialista tem um papel fundamental no serviço, podendo atuar como um modelo para os outros enfermeiros, demonstrando saber, técnica, capacidades e atitudes a um nível avançado, ensinando, orientando e supervisionando os cuidados que estes vão desenvolvendo. Este relatório ilustra a análise das observações, as reflexões sobre algumas situações que poderiam ser melhoradas na prestação de cuidados. Foi importante desenvolver a prática de uma forma crítica, fundamentada, e refletida, na necessidade da mudança de algumas práticas detetadas ao longo dos estágios, havendo na troca de experiências a solução para a obtenção de uma melhoria de cuidados.

O estágio, efetuado no SU, em que as intervenções de Enfermagem representam um desafio, foi uma atividade interdisciplinar e abrangente impondo conhecimentos, saberes e competências a vários níveis. O atendimento urgente/emergente exige um sistema organizado e hierarquizado de prestação de cuidados que não é fácil de conseguir nas condições existentes e dado o elevado número de doentes que a ele recorrem. Acompanhei várias situações urgentes e emergentes, tendo oportunidade de mobilizar conhecimentos na área de cuidados ao doente crítico, contribuindo para o desenvolvimento de competências.

No estágio efetuado na UCIP, uma unidade de cuidados intensivos marcada pela tecnologia e dirigida para a monitorização e tratamento de alterações que ameaçam a vida, manter uma atitude baseada no cuidar, foi um dos maiores desafios que senti nesta unidade. Um aspeto que considerei importante foi o envolvimento e o apoio da família e pessoas significativas do doente, desenvolvi várias atividades nesse sentido, que se revelaram enriquecedoras a nível profissional e sobretudo pessoal, ao nível da humanização da relação doente/profissional de saúde.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

No módulo opcional de Enfermagem Peri-Operatória obtive creditação, pelas competências obtidas ao longo da minha experiência nesta área, de grande especificidade e complexidade nos cuidados prestados, que exige um período longo, de conhecimento, de integração e interação com a equipa. O desenvolvimento das funções do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica permitiu-me validar, alargar e cimentar conhecimentos teóricos e adquirir maiores competências na área da Enfermagem Peri-Operatória.

Na finalização deste relatório descobri que podia ter dito mais e que aquilo que foi dito não descreve, claramente, todo este percurso, dado que as emoções e as relações pessoais são extremamente difíceis de expor num papel. No entanto, é gratificante acabar um trabalho e saber que somos capazes de refletir sobre aquilo que fizemos, e, a partir daí, traçar linhas de orientação futuras. O fim de um trabalho não significa uma porta que se fecha, mas pode antever abertura de várias. Terminei com a noção de ter atingido os objetivos a que me propus inicialmente. A nível pessoal, cresci e amadureci tornando-me num profissional reflexivo capaz de mobilizar informação científica, técnica e relacional com alicerces da prática baseada na evidência.

Finalizo, propondo-me a utilizar as competências adquiridas no meu desempenho profissional e a partilhá-las com outros colegas em situações formais e informais. Tenho o propósito de continuar a estudar e a investigar temas e situações relacionados com as experiências e situações vivenciadas. Este relatório é o produto final de um caminho percorrido, que poderá ser também um ponto de partida para novos percursos, pois tal como relembra Ezequiel Ander-Egg, *“Não estejas conformado com o que alcançaste, nem satisfeito contigo mesmo...Inicia sempre novos caminhos. Começa hoje um novo projeto...”*

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde.
- AESOP (2006). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lisboa: Lusodidacta.
- ALVES, F. J. A. P. (1992). O Doente e a Comunicação em Unidade de Cuidados Intensivos. *Enfermeiro em Foco – SEP*. Ano II, nº 5, (Nov. /Jan.), p.39-41.
- AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (2003). *Task Force on Difficult Airway Management. Practice guidelines for management of the difficult airway: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway*. Anesthesiology.
- ASHWORTH, P. (1981). Communication with patients and relatives in the intensive care unit. *Communication in Nursing Care*. HM + Mnursing Publication, John Wiley & Sons. Capítulo 5. p. 63 – 82.
- ATKINSON, L. D., Murray, M. E. (1989). *Fundamentos de Enfermagem: Introdução ao processo de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- ATKISON, B. L. (1988). A unidade de cuidados intensivos. *Nursing*. Ano 1, nº1, (Fevereiro), 3 – 6.
- BARRIOS, J.; Mesa, A. (2005). *Manual Clínico da Via Aérea Respiratória*. São Paulo: Artes Médicas.
- BENNER, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

- CEREJO, M.(2000). *Impacto de um Programa de Informação Estruturado na recuperação Pós operatória* (Dissertação de Mestrado). Coimbra: Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.
- CORREIA, F.A. (1996). *A alteridade como critério fundamental e englobante da bioética*. São Paulo: Fundamentos da Bioética.
- COSTA, D.G. (1994). Registos de Enfermagem. *Revista Divulgação*, 31, p. 15-17.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2001). *Plano Nacional de Luta contra a Dor*. Lisboa.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2003). Circular Normativa - *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa. Nº. 09/DGCG de 14/06/2003.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2007). Circular Normativa – *Comissões de Controlo de Infecção*. Lisboa. Nº 18/DGS/DSC de 15/10/2007.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2010). *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Lisboa. Nº 13/DQS/DSD de 14/06/2010.
- DUGAS, B. W. (1984). *Enfermagem Prática*. (Trad. Maria Stella Teixeira de Oliveira, 4ª ed.) Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- GIBSON, J., Ivancevich, J. Donnelly Jr., J. e Konopaske, R. (2006). *Organizações: comportamento, estrutura e processos*. (12ª Edição). São Paulo: McGraw-Hill.
- GOMES, A. M. (1988). *Enfermagem na unidade de terapia intensiva*. (2ª ed.). São Paulo: EDU.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

- HESBEEN, W. (2000) *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- LAZURE, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- LEITE, L. (2006). O enfermeiro Especialista: Percurso de Desenvolvimento Profissional. Trabalho apresentado no 3º Painel intitulado “ *Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: valorização de percurso e competências*” no II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 15 de Janeiro de 2012, no Web site da: Ordem dos Enfermeiros:http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLL.pdf.
- LEVINAS, E. (2000). *Ética e infinito*. Lisboa: Edições 70.
- MANLEY, K.; BELLMAN, L. (2003). *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. Loures: Lusociência.
- MARSHALL, Z. (1999). O Enfermeiro Especialista versus Generalista. *Revista Nursing*, nº 132, Abril.
- MELEIS, A. (1997). *Theoretical Nursing –Development and progress*. Lippincott: Williams & Wilkins.
- MELEIS, A. et al. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23,12-28.
- MOLEIRO, M. F. N. et al (2000). Importância da comunicação no desmame dos doentes submetidos a ventilação mecânica. *Sinais Vitais*. Nº 32, 19 – 23.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. *Divulgar* Acedido em 15 de Janeiro de 2012, no Web site da Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais, Conselho de Enfermagem. *Divulgar*, Outubro.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004). *Certificação de competências. Condição de exercício*. Acedido em 15 de Janeiro de 2012, no Web site da Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_14_Outubro_2004.pdf;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006). *Tempo de mudança*. Acedido em 15 de Janeiro de 2012, no Web site da: Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_22_Julho_2006.pdf.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). *Individualização das Especialidades em Enfermagem. Fundamento e Proposta de Sistema*. Acedido em 15 de Janeiro de 2012, no Web site da Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_26_Junho_2007_suplemento.pdf.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). *Dotação de Enfermeiros no Bloco Operatório*. Parecer 10/2010. Acedido em 28 de Janeiro de 2012, no Web site: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%2010_CE_08.06.2010_DotacaoEnfermeirosBO.pdf.
- PHANEUF, M. (2005). Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e validação. Lusociência: Loures.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

- PORTUGAL. Ministério da Saúde, ACSS. (2010). *Sistema de Apoio à Prática da Enfermagem*. ET.ACSS.015-2010. Acedido a 10 de Fevereiro de 2010 no Web site: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Regras_Gerais_Utiliza%C3%A7%C3%A3o_SAPE.pdf
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 161/96. *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa, Diário da República (D.R.)- I Série-A, nº205, 4 de Setembro de 1996, p.2959-2962.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde, (2009). Portaria nº132/2009 de 30 Janeiro, publicado no Diário da República, 1ª série, Nº21, de 30 de Janeiro de 2009, p.660.
- WALLS, R. M.; MURPHY, M. F. (2010). *Abordagem da Via Aérea*. Acedido em 28 de Janeiro de 2012, no Web site: http://downloads.artmed.com.br/public/W/WALLS_Ron_M/Manejo_via_aerea_emergencia_3ed/Liberado/Cap_01.pdf.
- SÁ, Engrácia Celeste Queirós Nogueira (1999). Comunicação com doentes ventilados. *Nursing*. Ano 11. N.º129, 26 – 29.
- SÁ, T.G, Machado, L.F.M (2006). Comunicar com Doentes Ventilados: Uma função de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 67, 29-34.
- SANTOS, E., FERNANDES, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Referência: revista de educação e formação em Enfermagem*, 11, 59-62.
- SANTOS, G.; TORRÃO, O. (2002). Comunicar com o doente ventilado. *Boletim de Enfermagem do Hospital de S. José*. N.º 14, 2-7.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

- SCHWENDIMANM, R., GEEST, S. e MILISEN, K. (2006). Evolution of the Morse Fall Scale in Hospitalised Patients. *Age and Ageing* 35 (3), 311-313.
Acedido em 29 de Janeiro de 2012 no web site:
<http://ageing.oxfordjournals.org/content/35/3/311.full>
- SECA, J.M. *et al.* (2001). A Cirurgia de Ambulatório no Hospital Geral de Santo António, 2000. *Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória*. 2, 23-27.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (2008). *Novo Guia de Transporte de doentes críticos – Recomendações*. Acedido em 15 de Janeiro de 2012, no Web site:
http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf.
- WILSON, J. (2003). *Controlo de Infecção na prática clínica*. (2ª Edição). Loures: Lusociência.
- WOJNICKI-JOHANSSON, G. (2001). *Intensive and Critical Care Nursing*. Jonkoping: Suécia. Acedido em 28 de Janeiro de 2012 no Web Site:
<http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397%2800%2991547-7/>.

ANEXO 1

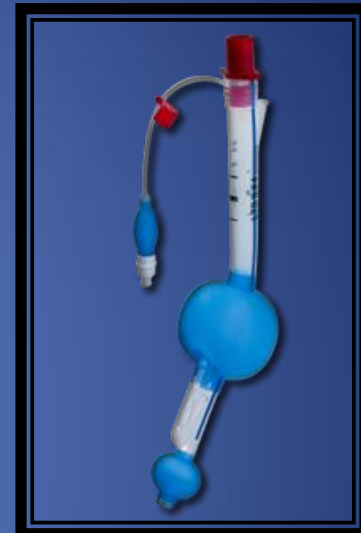


Universidade Católica Portuguesa

Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Urgencia

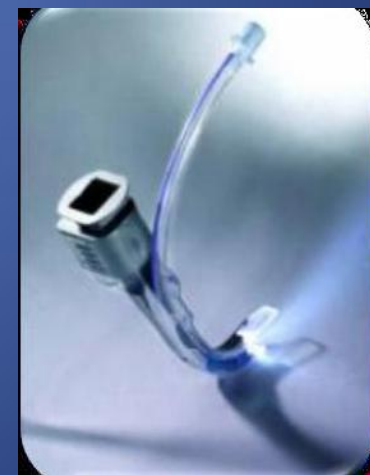
VIA AÉREA DIFÍCIL



Realizado no âmbito do estágio Urgência da
especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica



Vitor Gomes
Orientador Enf. Teresa Batista
Prof. Isabel Rabiais



29 de Novembro de 2011

VIA AÉREA DIFÍCIL

E

DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS



Ventilação máscara facial



Máscara laríngea



Máscara I-GEL



Tubo laríngeo



ML Supreme



Airtraq

AEVAS

Associação para o Estudo da
Via Aérea de Santarém

Isilda Ferreira - João Hipólito - Helena Cristina

OBJECTIVOS

• APROFUNDAR CONHECIMENTOS TEÓRICOS SOBRE VIA AÉREA DIFÍCIL

- Identificar a situação de VAD (via aérea difícil)
- Apresentar manobras facilitadoras da ventilação e intubação do doente
- Enunciar os critérios de previsibilidade de situação VAD
- Apresentar a ventilação por pressão positiva com máscara e dispositivo bolsa-válvula

• CLARIFICAR O PAPEL DO ENFERMEIRO PERANTE UMA SITUAÇÃO DE VAD

- Sensibilizar para a importância da organização dos recursos no âmbito desta situação de emergência.
- Definir quais as competências do enfermeiro em situação de VAD

CONTEXTUALIZAÇÃO

Na abordagem do doente crítico a permeabilização da via aérea e sua adequada manutenção é uma das maiores preocupações e podem constituir a diferença entre a vida e a morte.

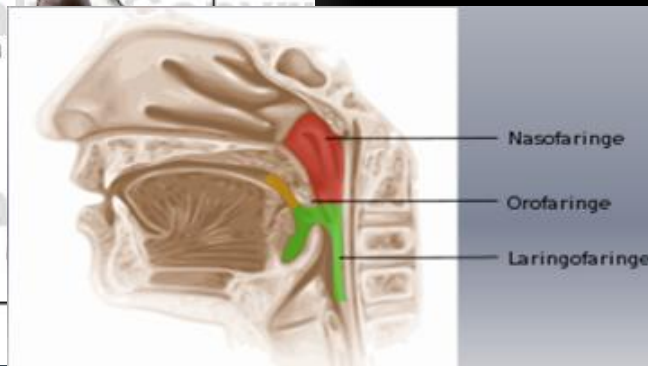
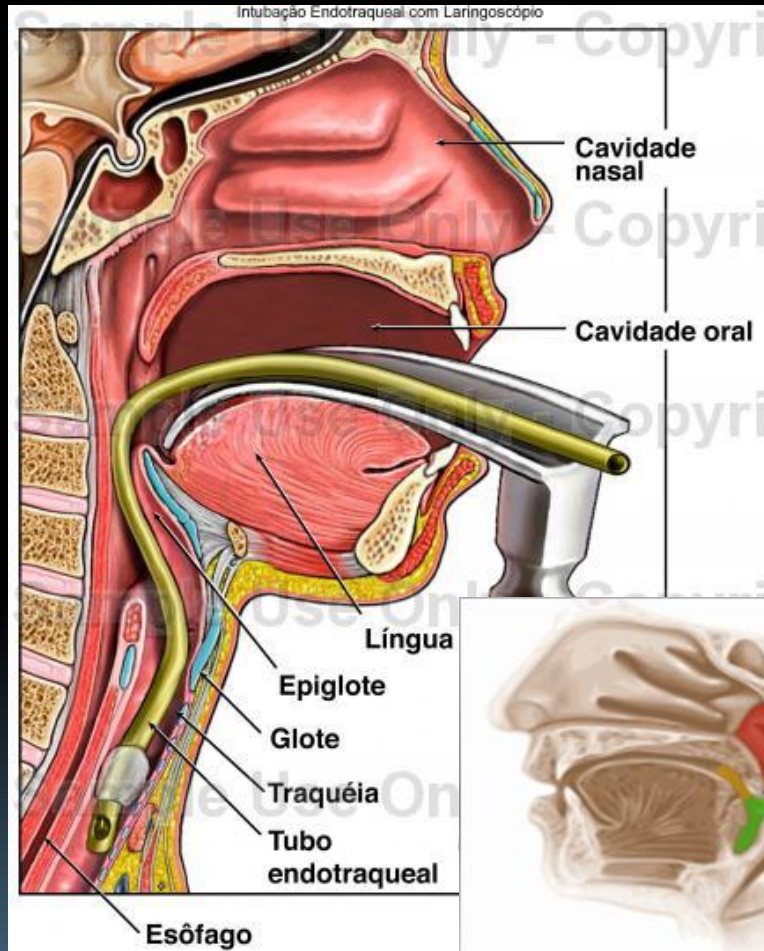
A segurança do doente em situação de Via Aérea Difícil deve ser preservada.

Para isso é necessário:

- Identificar situações de risco;
- Conhecer o algoritmo de VAD;
- Conhecer dispositivos supraglóticos disponíveis e modos de utilização.



ANATOMIA



DEFINIÇÃO DE VIA AÉREA DIFÍCIL

É uma situação devida a uma desproporção anatómica ou patologia preexistente, onde um profissional treinado encontrará dificuldade em realizar a laringoscopia directa ou em manter a ventilação manual sob máscara facial, ou ambos.

Barrios (2005)

- **DIFICULDADE NA VENTILAÇÃO COM MÁSCARA FACIAL** - Não reverte os sinais de ventilação inadequada ou saturação <90% com pressão positiva com fio2 a 100%;
- **DIFICULDADE NA LARINGOSCOPIA** – impossibilidade de expor a glote;
- **DIFICULDADE NA ENTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL** - Mais que 3 tentativas ou procedimento >10 minutos.

ASA

CONDIÇÕES ASSOCIADAS

◆ TUMORES

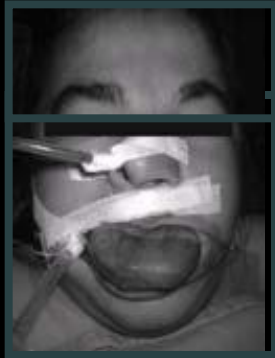
- ◆ Hemangioma
- ◆ Hematoma

◆ INFECÇÕES

- ◆ Abscesso submandibular
- ◆ Abscesso periamigdalino
- ◆ Epiglote

◆ CORPOS ESTRANHOS

CONDIÇÕES ASSOCIADAS



◆ MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS



◆ TRAUMA

- ◆ Fractura maxilar ou mandibular
- ◆ Queimadura das vias aérea
- ◆ Lesão da coluna cervical

CONDIÇÕES ASSOCIADAS

◆ VARIAÇÕES ANATÓMICAS

- Micrognatismo
- Prognatismo
- Língua volumosa
- Pescoço curto
- Incisivos proeminentes
- Falta de dentes



◆ LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO CERVICAL

- Artrite reumatóide
- Espondilite anquilosante
- Tracção cervical



◆ OBESIDADE

RECONHECIMENTO DA VIA AÉREA DIFÍCIL

- História clínica do doente (registos de anteriores entubações ou ventilações com máscara difíceis);
- Existência de traumas da face, das vias aéreas superiores, sequelas de queimaduras, síndromes congénitos e outros;
- Avaliação da articulação temporo-mandibular e da extensão cervical

RECONHECIMENTO DA VIA AÉREA DIFÍCIL

Articulação temporo-mandibular

Capacidade de deslocamento anterior da mandíbula



Abertura da boca

(>3cm há espaço para posicionar ML ou o laringoscópio)



Movimento de flexão do pescoço e extensão da cabeça

(flexão do pescoço sobre o tórax > 35%, Extensão da cabeça sobre o pescoço > 80%)



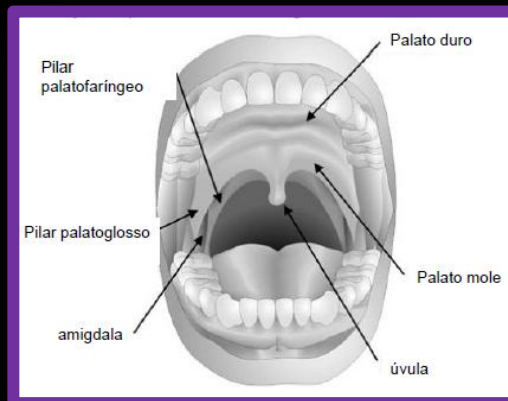
Distância tireo-mentoniana

> ou = 5cm ou 3 dedos, a laringe não é anteriorizada

RECONHECIMENTO DA VIA AÉREA DIFÍCIL

CLASSIFICAÇÃO DE MALLAMPATI

Observação pré-operatória da orofaringe do doente sentado



CLASSE I - palato mole, úvula e pilares amigdalinos visíveis;

CLASSE II - palato mole, úvula visíveis;

CLASSE III - palato mole e base da úvula visíveis;

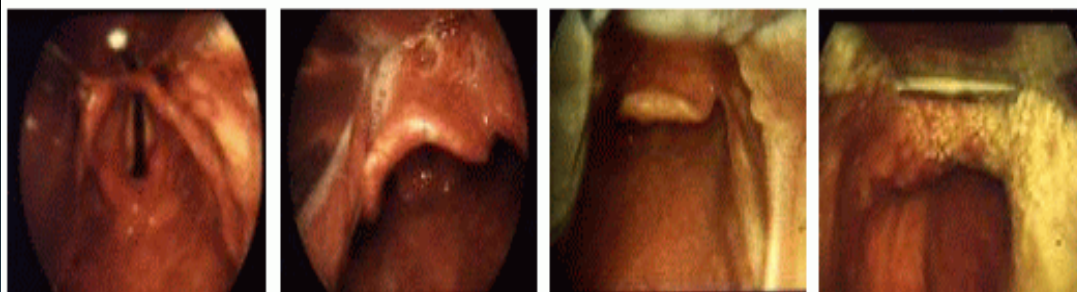
CLASSE IV - palato mole totalmente invisível.

RECONHECIMENTO DA VIA AÉREA DIFÍCIL

ESCALA DE CORMACK-LEHANE

Visualização da região glótica através da laringoscopia directa de acordo com as estruturas visíveis .

A



Classe I

Classe II

Classe III

Classe IV

GRAU I - visão total da glote;

GRAU II - visão parcial da glote e aritenóides;

GRAU III - somente a epiglote visível;

GRAU IV - nem a glote nem a epiglote visíveis.

RECONHECIMENTO DA VIA AÉREA DIFÍCIL

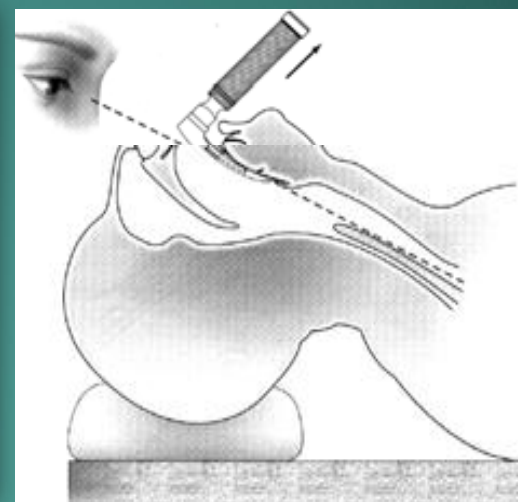
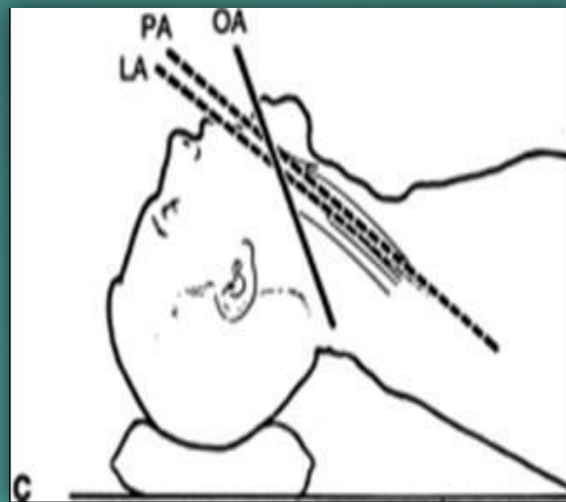
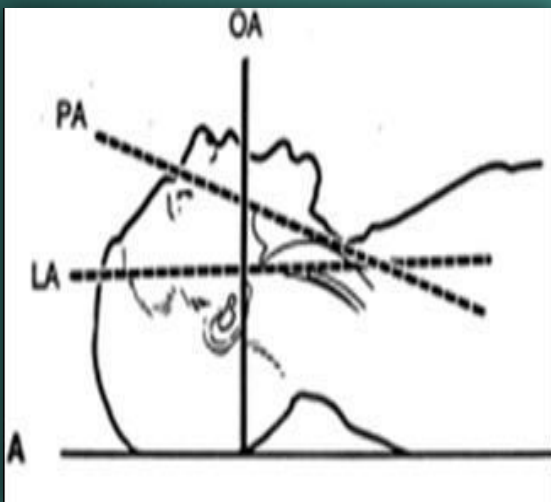
CRITÉRIOS DE PREVISIBILIDADE DE ENTUBAÇÃO DIFÍCIL

Características anatómicas importantes:

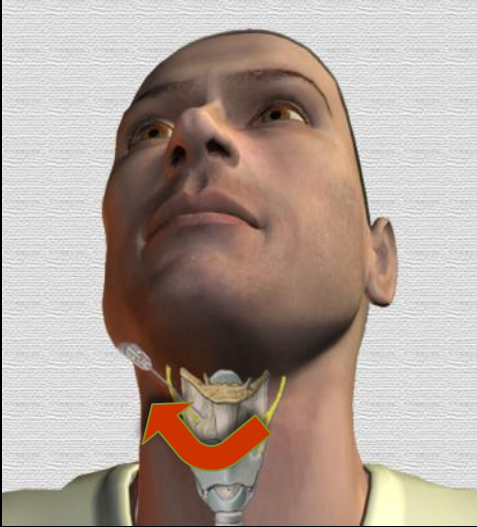
- Abertura bucal < 4 cm;
- Mallampati III ou IV;
- Extensão cefálica < 80 %
- Incapacidade para avançar a mandíbula
- Distância tiromentoniana < 6 cm;
- Distância esternomentoniana <12, 5 cm

MANOBRAS FACILITADORAS DA VENTILAÇÃO/ENTUBAÇÃO

- Posição olfactiva correcta (almofada occipital associada à extensão da cabeça tende a alinhar os eixos oral, laríngeo e faríngeo);



MANOBRAS FACILITADORAS DA VENTILAÇÃO/ENTUBAÇÃO

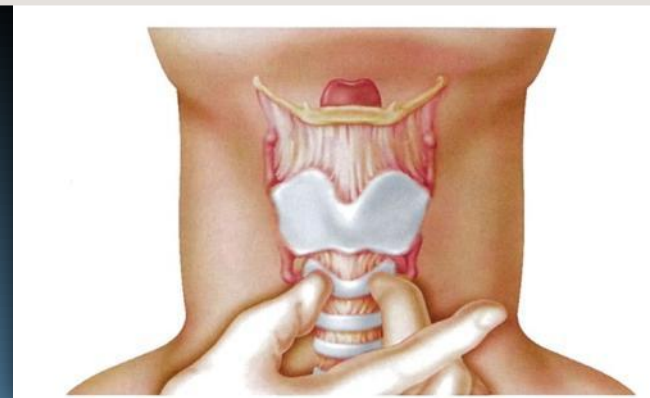
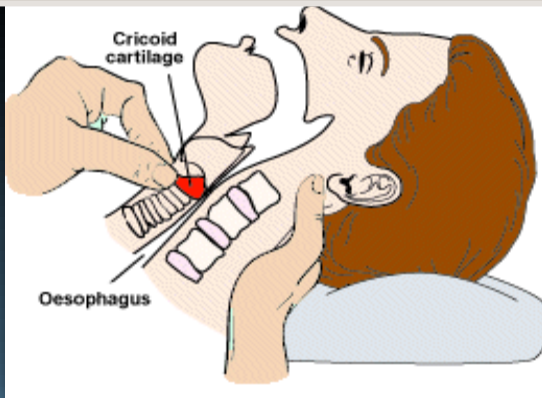


Manobra de BURP - Compressão laríngea externa – (back up right pressure)

Suave deslocamento para trás e para cima da cartilagem tiróide, osso hióide e/ou cartilagem cricóide (epiglote é visível, mas não é visível a glote)

15

Manobra de SELICK - Compressão na cartilagem cricóide (2-3kg).



VENTILAÇÃO

MÁSCARA FACIAL

Suporte ventilatório indicado quando a actividade respiratória está temporariamente ausente



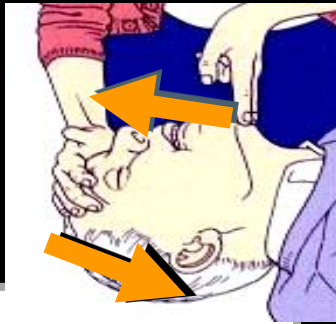
- TÉCNICA
- PERMEABILIZAÇÃO VA
- INDICAÇÕES
- CONTRA-INDICAÇÕES
- PARTICULARIDADES NO TRAUMA CERVICAL
- *A VIA AÉREA NÃO ESTÁ PROTEGIDA!*



VENTILAÇÃO PRESSÃO POSITIVA COM MÁSCARA E DISPOSITIVO BOLSA-VÁLVULA

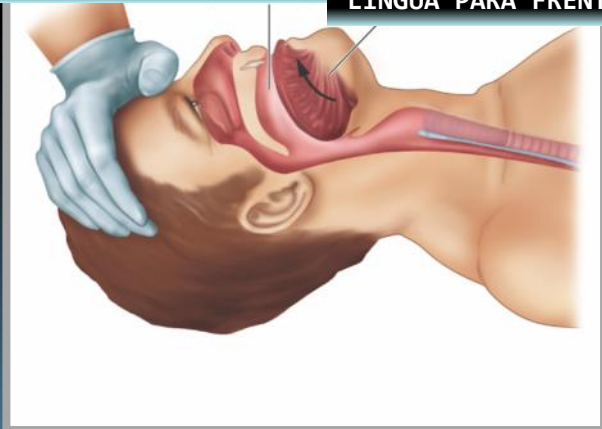
PERMEABILIZAR A VIA AÉREA

HIPEREXTENSÃO DA CABEÇA DO DOENTE
ELEVAÇÃO DO QUEIXO



PASSAGEM AR ABERTA

LÍNGUA PARA FRENTE



SULUXAÇÃO DA MANDÍBULA



DOENTES COM SUSPEITA DE TRAUMA CERVICAL

VENTILAÇÃO MÁSCARA FACIAL

INDICAÇÕES:

- Anestesia para procedimentos de curta duração
- Pré-oxigenação do doente que será intubado;
- Assistência ventilatória inicial na paragem cardio-respiratória

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Em doentes sem jejum adequado ou com patologias que atrasam o esvaziamento gástrico.
- Cirurgias que aumentam a pressão intra-abdominal

COMPLICAÇÕES:

- Lesão dos tecidos moles da face
- Lesões do olho (córnea ou retina) relacionadas com os produtos de limpeza da máscara



TÉCNICA VENTILAÇÃO COM MÁSCARA FACIAL:

Correcta ventilação com máscara facial :



- Permeabilização da via aérea
- Boa adaptação da máscara à face do paciente, sem fugas
- Insuflação adequada
(lenta, +/-10 ciclos min, vol mínimo eficaz, <risco de regurgitação e aspiração)
- Avaliar continuamente a eficácia
- Usar técnica com 2 mãos (mais eficaz)

Recordar que toda a execução de ventilação sob máscara deve ser adaptada a oxigénio suplementar.



ABORDAGEM DA VIA AÉREA

VENTILAÇÃO

VENTILAÇÃO COM MÁSCARA FACIAL

Testar material
Permeabilizar via aérea



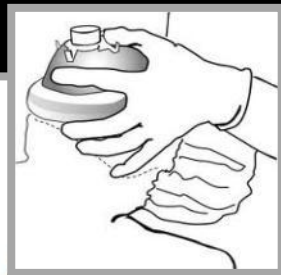
TÉCNICA DE 1 MÃO

Posição dos dedos:

- Polegar e indicador – Máscara
- Anelar e médio - Sulco da mandíbula
- 5º dedo da mão atrás do ângulo da mandíbula

TÉCNICA DE 2 MÃOS:

- Segura a máscara com as 2 mãos
- Posição dos dedos igual
- Segunda pessoa segura o ambú



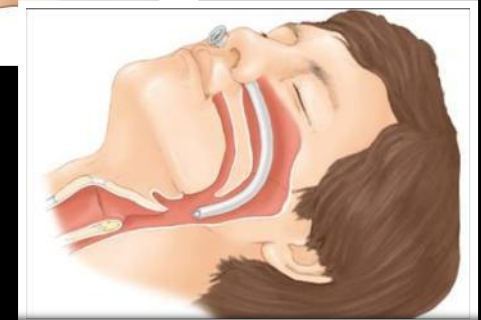
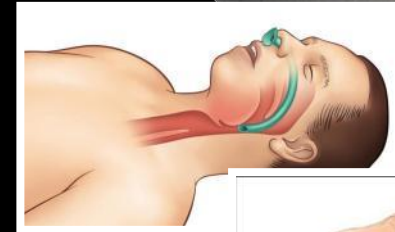
A posição olfactiva ou sniffing está contra-indicada na suspeita de traumatismo cervical.

ADJUVANTES DA VENTILAÇÃO

O TUBO NASOFARÍNGEO



- Pode ser colocado em doentes com:
 - Obstrução da VA
 - Risco de obstrução da VA.
 - Situações não abre boca
- Correlacionar o tamanho externo da face e pescoço
- Colocado perpendicular à face



DESOBSTRUIR OROFARINGE PELA QUEDA DA DA LÍNGUA

● Estes tubos são melhor tolerados pelo doente que os orais (Guedel), mesmo em doentes pouco profundos ou em estado semi-comatoso.

O TUBO OROFARÍNGEO

MEDIR:

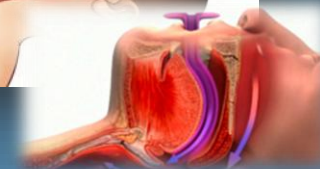
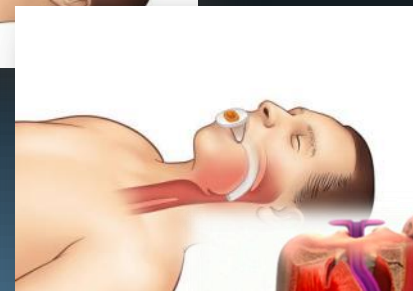
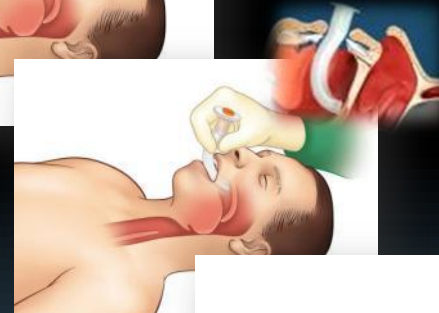
Da boca da pessoa, a ponta deve chegar ao ângulo da mandíbula

INSERIR:

Introduzir com a ponta para cima e rodá-lo 180 graus quando embate no palato duro



DESOBSTRUIR OROFARINJE PELA QUEDA DA DA LÍNGUA



CONTRA-INDICADO:

- Doente acordado
- Lesões faciais
- # base do crânio
- Coagulopatia

COMPLICAÇÕES:

- Lesões tecidos moles

O QUE FAZER SE VENTILAÇÃO DIFÍCIL SOB MÁSCARA?

CONFIRMAR SE :

- ✦ O paciente está em posição olfactiva adequada.
- ✦ A posição pode ser melhorada.
- ✦ Os tubos oro ou nasofaríngeo são adequados ou estão bem colocados.
- ✦ A adaptação da máscara está correcta. Em caso de dúvida, aplicar gel ou cobertura plástica em pacientes com barba, inserir compressas de gaze na região da bochecha.

FILME



MODERN DAY TRAINING FOR ALL MEDICAL PROFESSIONALS

Bag and Mask Ventilation

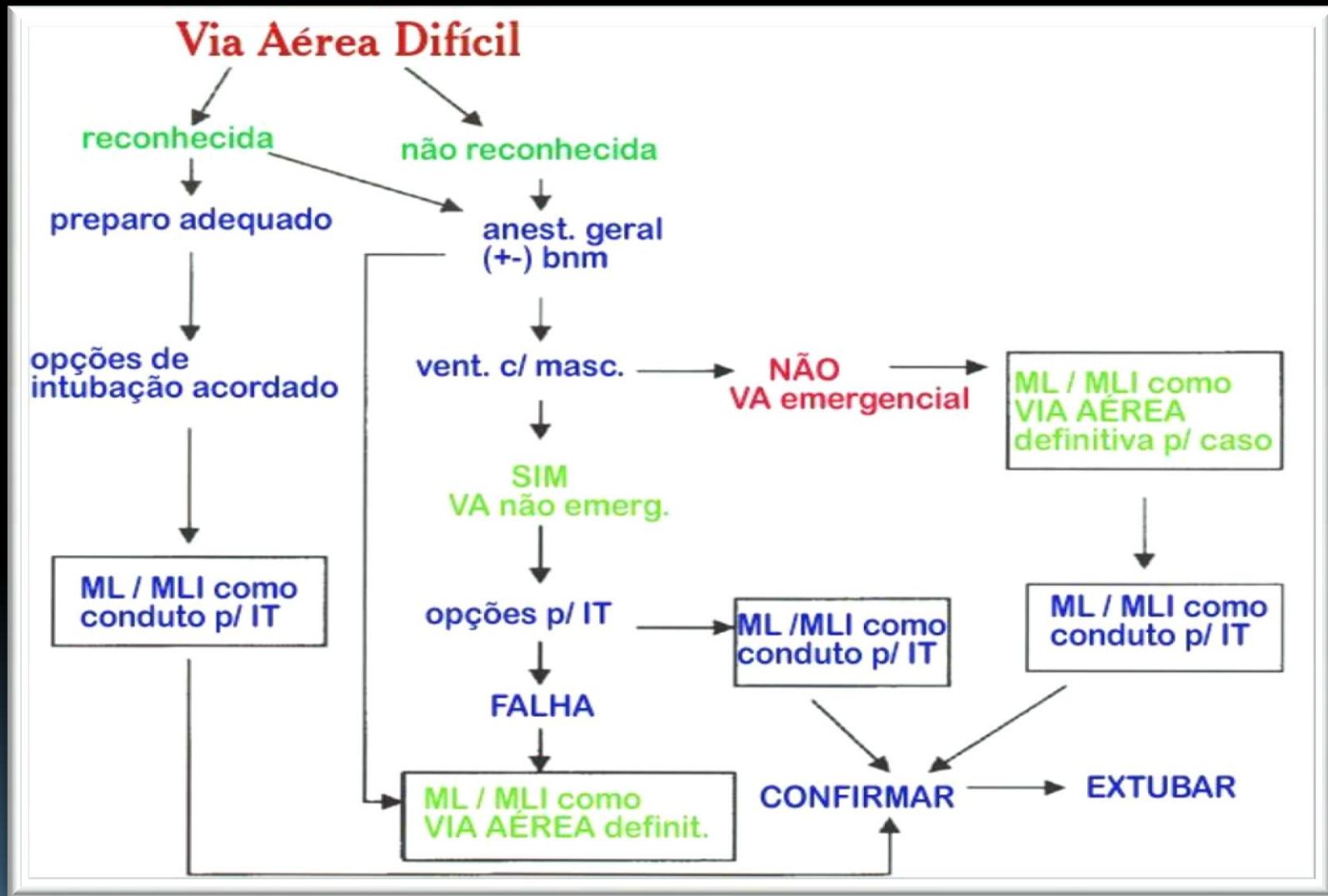
www.foundationskills.net

ALGORITMO DA VAD

- No sentido de facilitar o manuseio da via aérea e de reduzir a incidência de eventos adversos, a ASA (2003), desenvolveu um algoritmo de abordagem da via aérea difícil e de utilização de dispositivos supraglóticos.

ALGORITMO DA VAD

No sentido de facilitar o manuseio da via aérea e de reduzir a incidência de eventos adversos, a ASA (2002), desenvolveu um algoritmo de abordagem da via aérea e de utilização de dispositivos supraglóticos.



EQUIPAMENTO ADEQUADO - RECURSOS

- Laringoscópio Macintosh e McCoy;
- Tubos endotraqueais;
- Material supraglótico: Máscara Laríngea Clássica, M. L. Proseal, I-GEL, Fastrach ,Tubo Laríngeo, Combitube;
- Fios Guias : Eischman ou Bougie, Frovas ou Rivier, Fios Guia flexíveis;
- Laringoscópio óptico Airtraq;
- Material de cricotirotomia emergente (kit);

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA VIA AÉREA DIFÍCIL

OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DEVEM:

“...encaminhar, orientando os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro.”

Art. 5º do REPE

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA VIA AÉREA DIFÍCIL

“responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente” e “responde eficazmente em situações de emergência...”, aplicando conhecimentos e técnicas adequadas na sua prática e aplicando o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes.

Ordem dos enfermeiros (2003)

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA VIA AÉREA DIFÍCIL

O ENFERMEIRO TERÁ DE SABER:

- Efectuar uma avaliação imediata;
- Reconhecer a situação de obstrução da via aérea;
- Saber como a permeabilizar a via aérea;
- Fornecer precocemente a ventilação artificial ao doente.

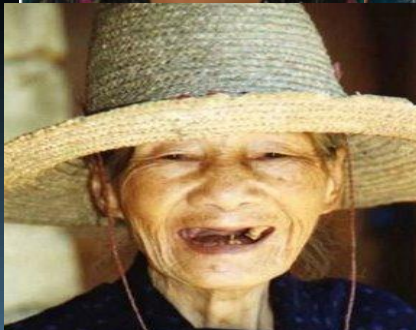
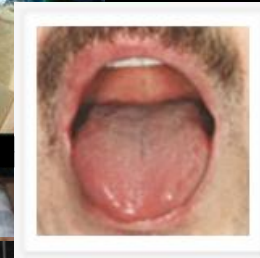
Nem todos os doentes são iguais



Figure 1 - Typical Face of Rubinstein-Taybi Syndrome

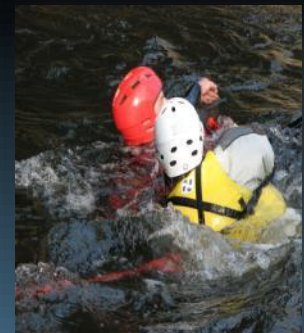
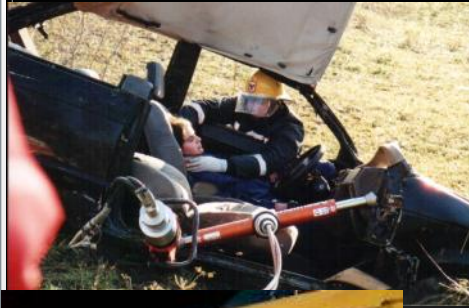


Nem todas as vias aéreas são iguais



Não se apresentam de igual forma

Nem nas mesmas condições



RESUMO

Na situação de VAD:

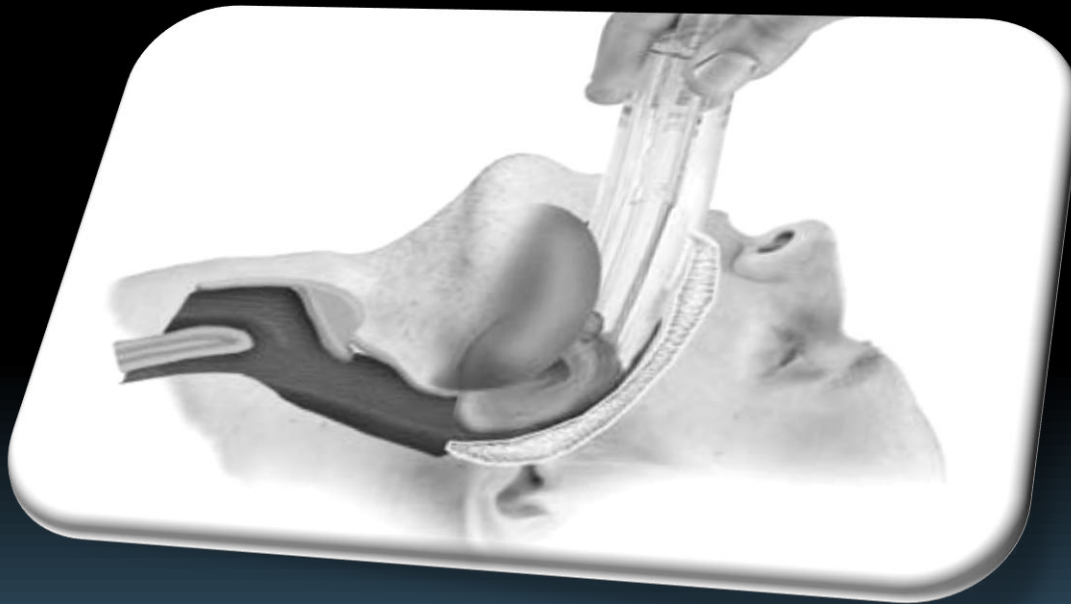
- Reconhecer uma VAD à observação do doente;
- Conhecer as manobras facilitadoras da ventilação e entubação
- Actuar em conformidade numa situação de VAD;
- Conhecer o algoritmo de VAD;
- Trabalhar em equipa.



AEVAS

Associação para o Estudo da
Via Aérea de Santarém

Dispositivos supraglóticos



OBJETIVOS

• DESENVOLVER CONHECIMENTOS TEÓRICOS SOBRE DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS

- Apresentar dispositivos de ventilação pulmonar supraglóticos
 - Máscara laríngea
 - Máscara laríngea I-gel
 - Máscara Supreme
 - Tubo laríngeo
 - Airtraq
- Enunciar as suas características, vantagens, desvantagens e técnicas de inserção

• DESENVOLVER COMPETÊNCIAS PRÁTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS

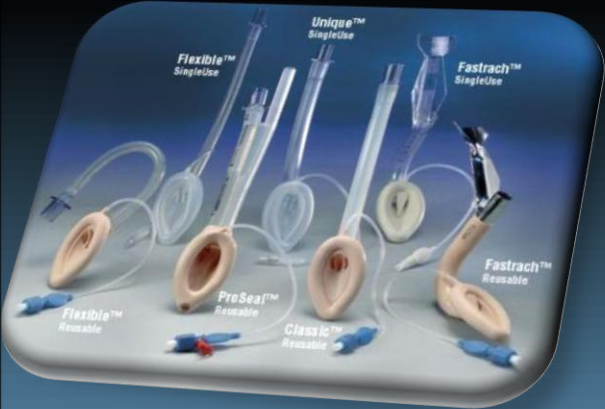
- Manipular dispositivos supraglóticos em contexto de simulação em manequim
 - Identificar
 - Preparar
 - Inserir
 - Verificar

DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS



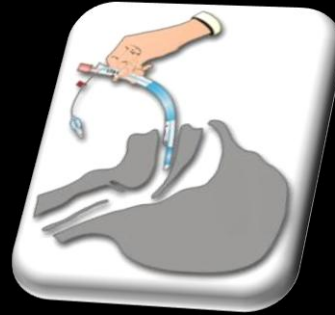
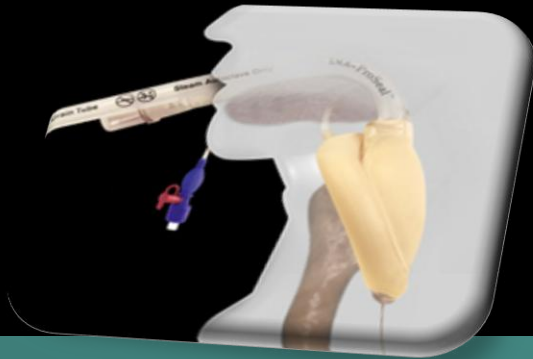
✦ O QUE SÃO?

✦ PARA QUE SERVEM?



- Denominam-se supraglóticos pois ficam inseridos acima da glote;
- Alternativos à entubação traqueal;
- Permitem a continuidade aérea efectiva entre a traqueia e o meio exterior;
- Concebidos para serem utilizados sem necessidade de laringoscopia.





Dispositivos de **ventilação pulmonar** que permitem:

- Ventilar um doente sem necessidade de laringoscopia para a sua inserção(às cegas);
- Efectuar a ventilação do doente em situação de paragem respiratória em que não se consegue ventilar ou entubar.

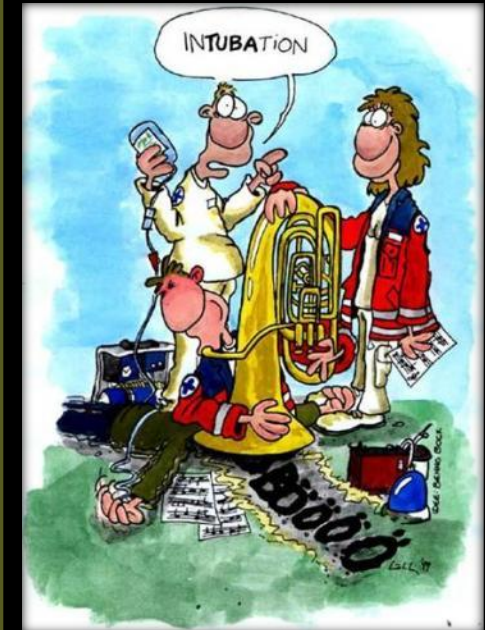
DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS

INDICACÕES

Quando há dificuldade :

- Na ventilação com máscara facial - impossibilidade de reverter os sinais de ventilação inadequada ou manter uma saturação $>90\%$ com pressão positiva com fio2 a 100%;
- Na laringoscopia - impossibilidade de visualização das cordas;
- Na entubação endotraqueal - mais que 3 tentativas ou quando o procedimento durar mais de 10 minutos.

ASA



DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS

VENTILAÇÃO, INTUBAÇÃO

MONITORIZAÇÃO

Dessaturação com Hipóxia

Lesão Cerebral Irreversível/
Morte



DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS

Conjunto de alternativas à máscara facial/entubação oro-traqueal que facilitam o acesso à Via Aérea e permitem uma ventilação adequada.

Exemplos

- **Máscara Laríngea** (Clássica ,I-gel e Supreme)
- **Tubo Laríngeo**
 - **Tubo Laríngeo 1ª e 2ª versão**
 - **Tubo Laríngeo Suction**

MÁSCARA LARÍNGEA

Já provou ter um papel primordial no manuseamento da via aérea:

- Situações de rotina
- Emergência.



● Hoje o seu uso é comum e faz parte do dia-a-dia de quem lida com a via aérea, em atendimento pré-hospitalar, no Bloco Operatório, em Cuidados Intensivos ou onde quer que exista a possibilidade de uma situação de reanimação respiratória.

MÁSCARA LARÍNGEA

A ML É INDICADA EM 5 PONTOS DO ALGORITMO DE VAD



- ✓ ML como conduto para intubação traqueal com fibra óptica no paciente acordado;
- ✓ ML como via aérea definitiva para prosseguir o caso; na situação de não emergência (paciente anestesiado que não pode ser intubado, mas ventila satisfatoriamente com máscara facial),
- ✓ ML como conduto para intubação traqueal com fibra óptica no paciente anestesiado que pode ser ventilado,mas não intubado;
- ✓ ML na situação de emergência “não intubo, não ventilo”, como um dispositivo salva-vidas;
- ✓ ML como conduto para intubação traqueal nos casos “não intubo, não ventilo”.

1) Benumof, Jonathan L., MD. Laryngeal mask airway and the ASA difficult airway algorithm. *Anesthesiology* 1996 Mar;84(3):686-699.

Jonathan L Benumof,

MÁSCARA LARÍNGEA CLÁSSICA



Legenda:

- 1 - Conector proximal
- 2 - Tubo condutor da via aérea
- 3 - Manguito pneumático
- 4 - Válvula de retenção unidirecional
- 5 - Balão Piloto
- 6 - Tubo de enchimento
- 7 - Linha de referência

MÁSCARA LARÍNGEA CLÁSSICA

VANTAGENS:

- Não necessita de laringoscopia;
- Menor resposta hemodinâmica;
- Colocação em condições de difícil acesso ao doente;
- Pode resolver casos de entubação difícil ou impossível.



DESVANTAGENS:

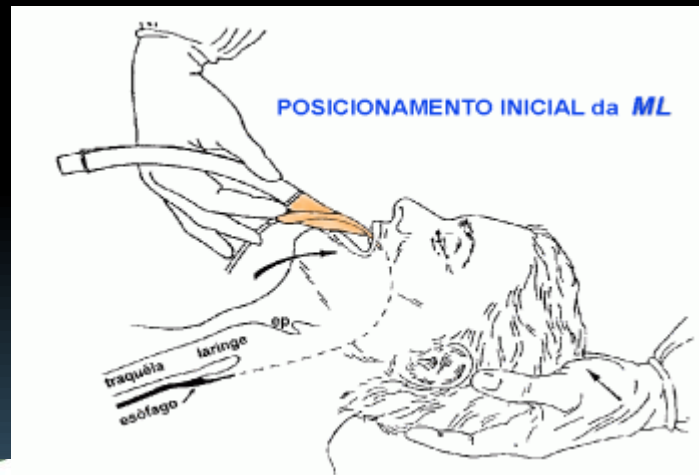
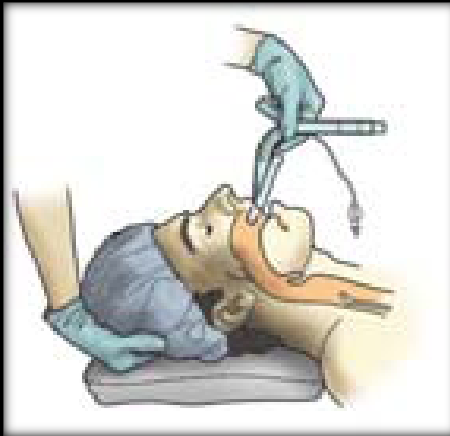
- Não protege contra a regurgitação e não pode ser usada em pacientes com aumento da resistência da via aérea

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Pessoa com maior risco de regurgitação;
- Patologias faríngeas;
- Reflexos glossofaríngeos e laríngeos presentes.

MÁSCARA LARÍNGEA CLÁSSICA

TÉCNICA DE INSERÇÃO



MÁSCARA LARÍNGEA



FILME



DISPOSITIVO SUPRAGLÓTICO

I-GEL



CARACTERÍSTICAS



✦ De elastómero termoplástico, tipo gel;

✦ Cria uma selagem perilaríngea fiável;

✦ Sem látex uso único doente;

✦ Possui um canal gástrico que permite a aspiração do conteúdo gástrico;

✦ No conector passa um TET.

INDICAÇÕES:

- Pré-hospitalar (qd falha EET);
- Entubação difícil (permite passagem de TET, de guia e de fibro);
- Desmame em UCI.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Doentes sem jejum;
- Limitação abertura da boca;
- Abcesso e hérnia do hiato;
- Aplicação superior 4 horas.



N°3 Tyvek-Amarelo, (30-60kg) TET até 6mm

N°4 Tyvek-Verde, (50-90k) TET até 7mm

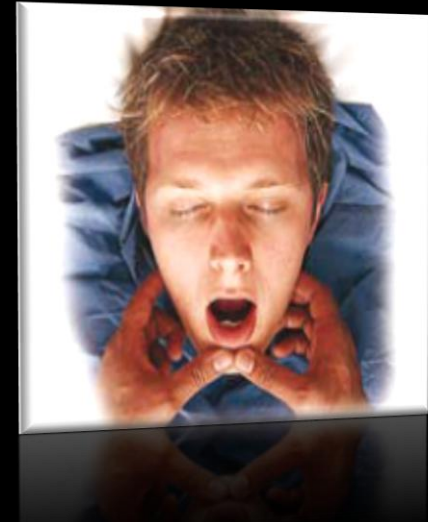
N°5 Tyvek -Laranja, (90 +) TET até 8mm

PREPARAÇÃO



- Usar luvas;
- Abrir embalagem no último minuto pré-oxigenação (verificar integridade);
- Aplicar lubrificante na base inferior lisa;
- O lubrificante deverá ser colocado no canal de aspiração, na frente, lados e parte de trás do cuff. (certificar se não ficam resíduos de lubrificante na cavidade da máscara);
- Pousar só no tyvek;
- Verificar cavidade oral.

TÉCNICA DE INSERÇÃO



- A inserção total faz-se sem ser necessário introduzir os dedos na boca do doente;
- Sem exercer força excessiva;
- Tentar até 3 vezes;
- Fuga excessiva de ar no canal gástrico - remover(traqueia).

Máscara I-GEL

FILME



ML SUPREME

- 96% à primeira tentativa
- A ML Supreme é um dispositivo supraglótico, comercializado estéril e de uso único, em PVC.
- Combina o melhor de todas as LMA prévias num só dispositivo
- Existe em 4 tamanhos: 3, 4, 5 e 6
- O seu desenho com curva anatómica permite uma rápida inserção.

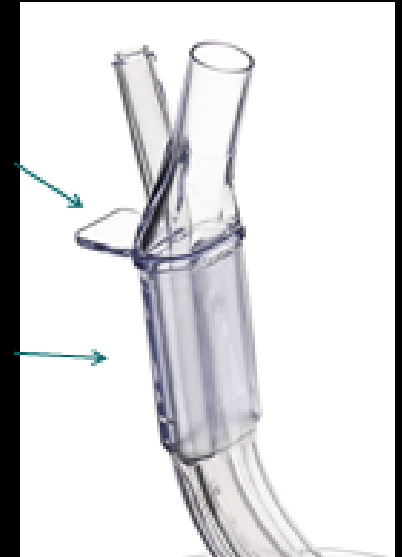




ML SUPREME

Barra de fixação para ajudar a fixação

Possui uma porção anti-mordedura que previne o colapso do tubo



Canal de drenagem gástrica incorporado no tubo da via aérea, que permite a aspiração do conteúdo gástrico e também a verificação do correcto posicionamento do dispositivo



ML SUPREME

O orifício de entrada do ar, tem umas “barras” que previnem a oclusão da via por queda da epiglote.



O cuff acompanha a curva do dispositivo, sendo de maior diâmetro o que assegura uma melhor selagem.



ML SUPREME

Indicações de utilização

- Procedimentos de anestesia
- Acesso da via respiratória em procedimentos de RCP, “dispositivo de acesso da via respiratória” em situações difíceis, esperadas ou inesperadas, da via respiratória

Contra-indicações

- Pacientes submetidos a radioterapia do pescoço, com envolvimento da hipofaringe (risco de trauma, vedação não eficaz)
- Abertura da boca incompatível com a inserção
- Pacientes com reacção e reflexo do vômito (RCP).
- Pacientes que ingeriram substâncias cáusticas

TÉCNICA DE INSERÇÃO

ML SUPREME



LMA Supreme™			
Nº da Máscara	Tamanho/Peso do paciente	Volume máximo de ar no cuff (ml)	Diâmetro interno do tubo Endotraqueal (mm)
3	Criança de 30 a 50 kg	Até 30	4,8
4	Adulto de 50 a 70 kg	Até 45	4,8
5	Adulto de 50 a 100 kg	Até 45	4,8

Dispositivo supraglótico

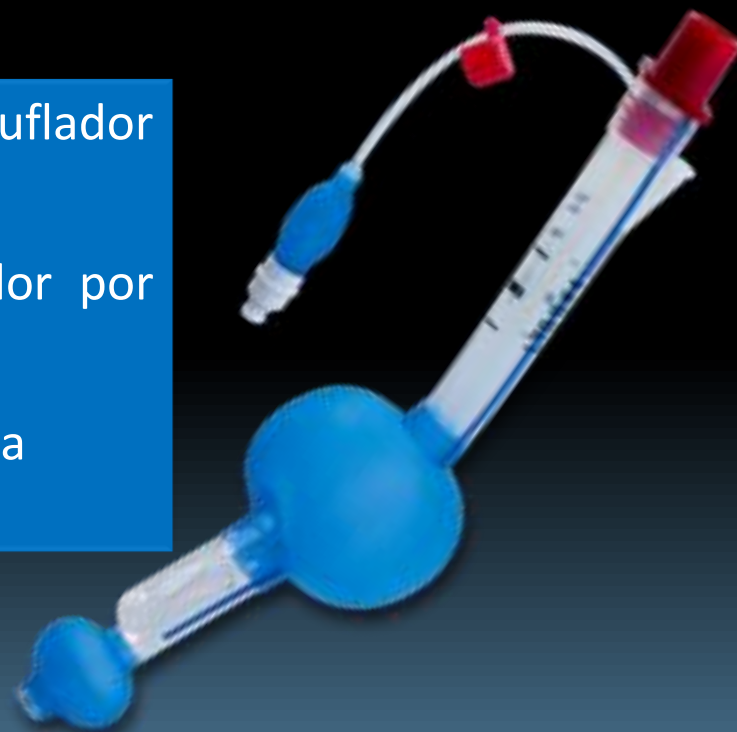
TUBO LARÍNGEO



Dispositivo supraglótico de silicone com introdução recente no mercado

(1999-VBM Medizintechnik GmbH, Sulz a N, Germany)

- 1º Versão: dois “cuffs” com insuflador independente
- 2º Versão: dois “cuffs” com insuflador por conduto único
- 3º Versão: canal para drenagem gástrica



Dispositivo supraglótico

TUBO LARÍNGEO

Graças ao seu pequeno comprimento e à sua forma em "S"

- Permite a intubação às cegas, sem a necessidade do uso de instrumental auxiliar
- Evita a irritação das cordas vocais
- Posicionado em frente à abertura glótica

Conector ISO

- Código de cor para identificação imediata dos diferentes tamanhos

Feito em silicone

- Não contém látex
- Reutilizável
- Autoclavável a 134°C

Marcações

- Marcação central orientadora
- O tubo laríngeo é reposicionável entre as marcações superior e inferior para permitir a ventilação adequada

Tubo de insuflação

- Lumen simples para insuflação e desinsuflação de ambos os cuffs

O orifício de ventilação

- Posicionado em frente à abertura glótica permite ventilação adequada
- Torna possível a aspiração e a broncoscopia mediante fibroscopia

Cuff proximal

- Estabiliza o tubo e bloqueia o nariz e orofaringe

Os dois cuffs

- São de baixa pressão e se ajustam perfeitamente à anatomia do paciente

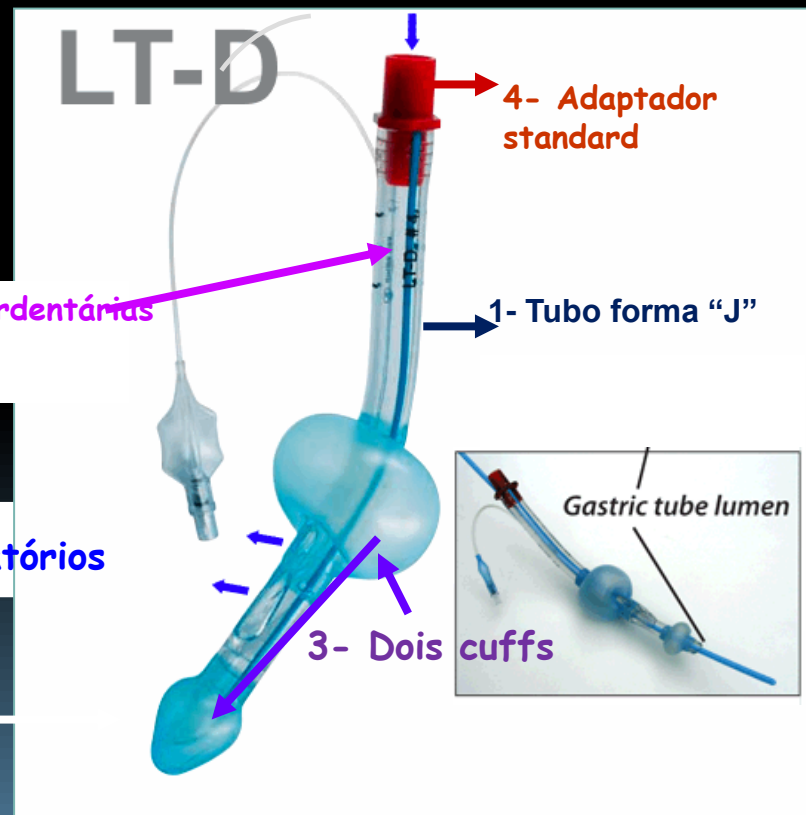
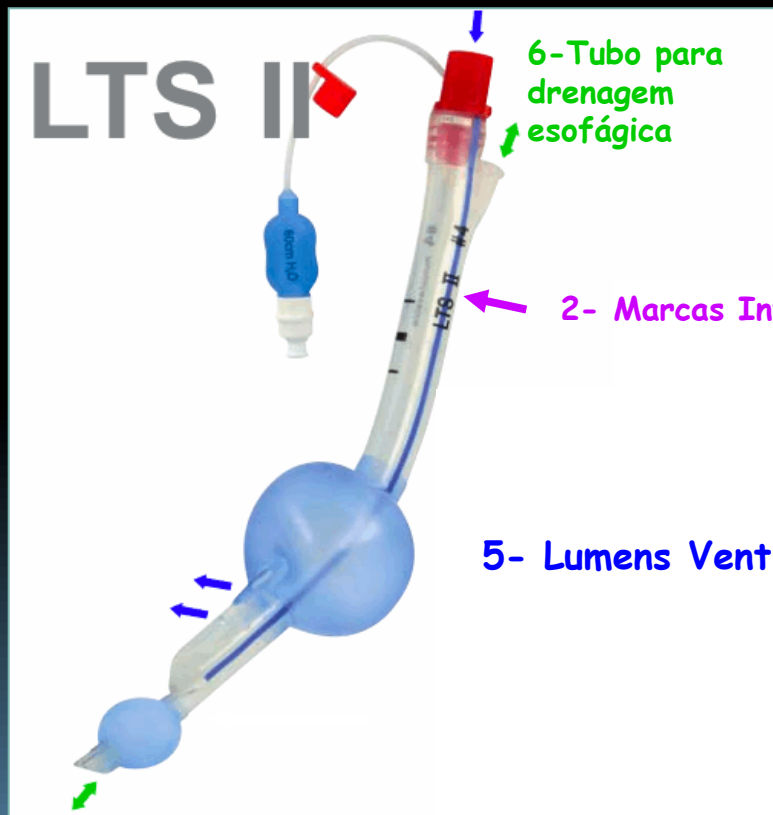
Cuff distal

- Bloqueia a entrada do esôfago reduzindo a ventilação no estômago



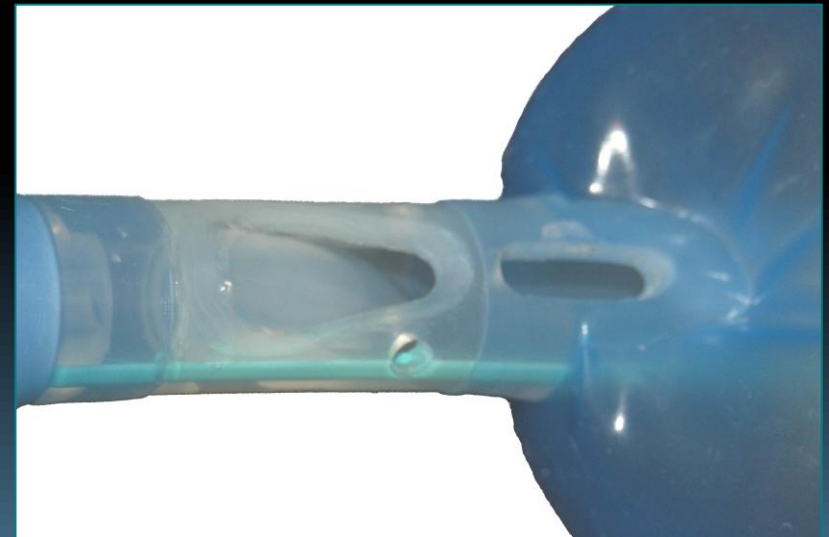
CONSTITUÍDO POR:

- 1- Tubular em forma de "J" com extremo distal fechado
- 2- Marcas que indicam onde devem estar situados os dentes
- 3- Dois cuffs (faríngeo e esofágico) insuflados pelo mesmo canal
- 4- Adaptador standard identificado por cores segundo o tamanho
- 5- Lúmen ventilatório anterior situado entre os dois cuffs
- 6- Tubo para drenagem esofágica

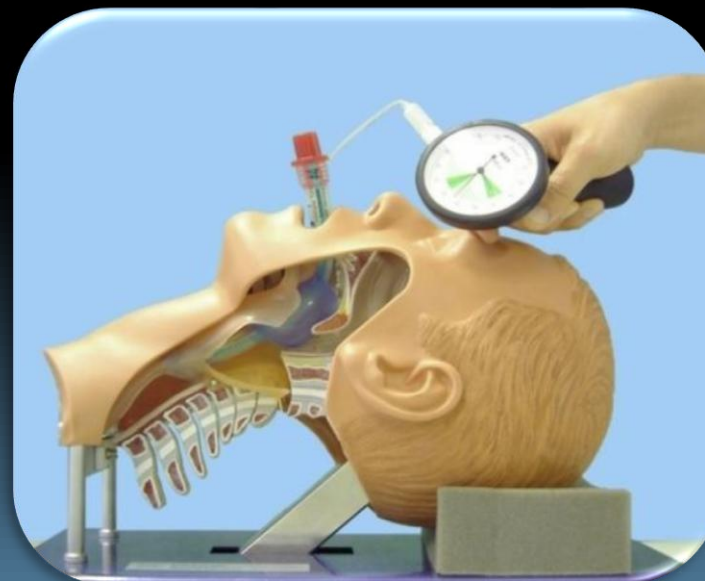
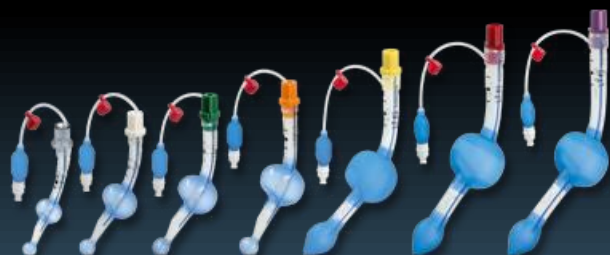


SUCTION(LTS)

- Permite a colocação de **SNG 14G** (drenagem do esófago)
- Permite a passagem dum **fibrobronoscópio**



n° 0	para RN	até 6kg	insuflar com 15 ml (adaptador transparente)
n° 1	para Lactentes	6-15kg	insuflar com 40 ml (adaptador branco)
n° 2	para Crianças	15-40kg	insuflar com 80 ml (adaptador verde)
n° 3	para Adultos	30-50kg	insuflar com 120 ml (adaptador amarelo)
n° 4	para Adultos	50-90kg	insuflar com 130 ml (adaptador vermelho)
n° 5	para Adultos	> 90kg	insuflar com 150 ml (adaptador roxo)



INDICAÇÕES:

- Alternativa à ML em situações urgentes (Não intubo Não ventilo)
- Controlo da VA em posição neutra do pescoço (fracturas e luxações)
- Acesso difícil à VA (encarceramento, anomalias faciais congénitas ou traumáticas)
- Hemorragia maciça (impossibilidade de visualização da glote)
- Reanimação (inconscientes e sem reflexos VA)



VANTAGENS:

- **Inserção rápida** e fácil (taxa ↑ sucesso inclusivé por pessoal não treinado)
- Abertura bucal mínima de **23 mm** (< que a máscara laríngea)
- Colocação **sem flexão/extensão** cervical
- **Introdução às cegas**, não precisa de laringoscopia para a inserção



< stress

< repercussão hemodinâmica



VANTAGENS:

- Vários tamanhos, utilizado em crianças (combitubo)
- < risco de lesão esofágica durante a inserção (combitubo)
- < risco de regurgitação gástrica
- Fabricado em silicone livre de látex
- Reutilizável, esterilizado em Autoclave até 134°C (económico)



DESVANTAGENS:

- Não permite aspiração gástrica (excepto LTS)
- Risco de ruptura esofágica - vômitos, insuflação de gases ou ↑ pressão extrínseca durante uma laparoscopia (excepto LTS)
- Lesão mucosa VAS

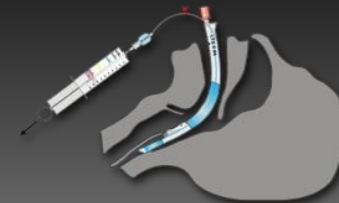
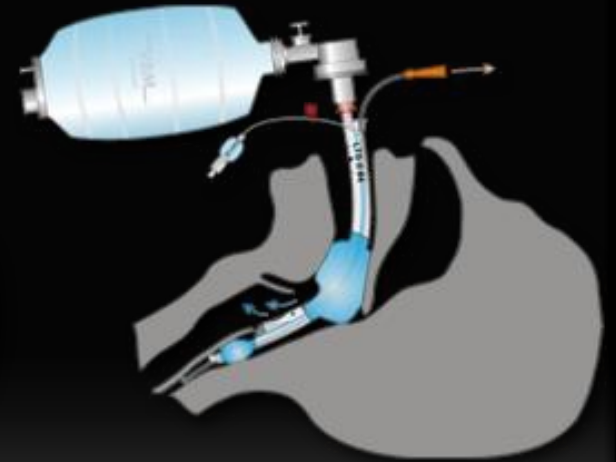
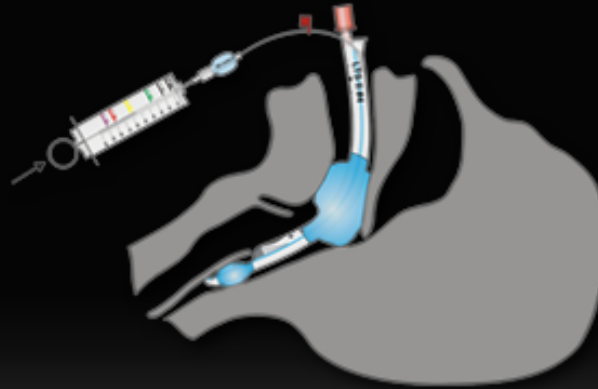


CONTRA-INDICAÇÕES

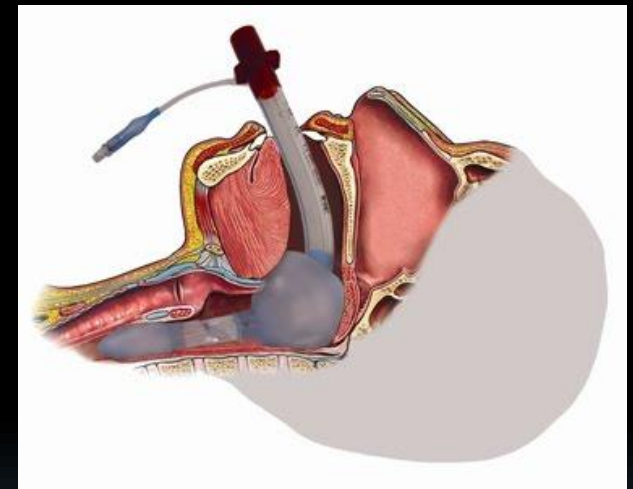
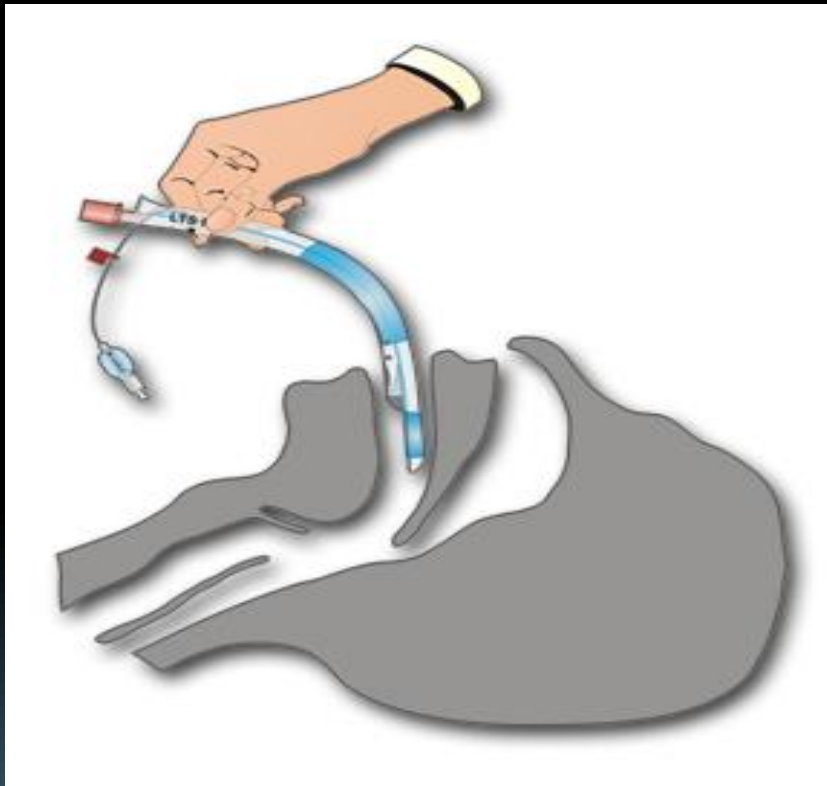
- Obstrução glótica ou sub glótica da via aérea
- Patologia esofágica conhecida (fístula traqueoesofágica)
- Vômitos activos e risco de regurgitação (excepto o LTS)
- Doentes traqueostomizados



TÉCNICA DE INSERÇÃO



TÉCNICA DE INSERÇÃO



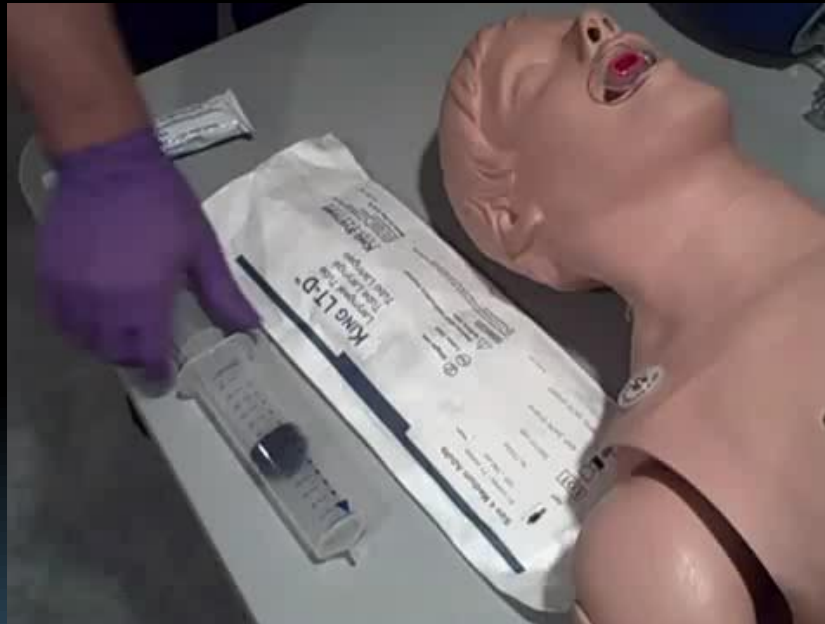
NUNCA FORÇAR A INSERÇÃO DO TUBO

- **Máscaras** - Desinsuflar cuff;
 - Porção de gel (posterior terminal);
- **Tubo laríngeo** - Desinsuflar cuff;
 - Lubrificar tubo inserção(cuffs);
- Gel (sem lidocaína e hidrossolúvel);
- Seringa adequada para cuffs (testar);
- Sondas gástrica-SNG, de aspiração de secreções (lubrificar).

DISPOSITIVO SUPRAGLÓTICO

TUBO LARÍNGEO

FILME



Dispositivos facilitadores da EOT

Colocar o TET

(Mala de VAD)



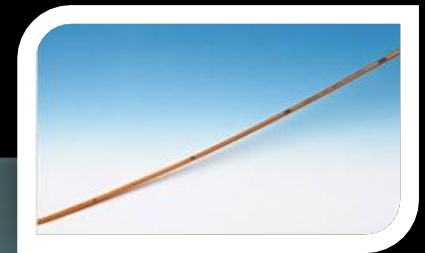
Fios Guia



Dispositivos facilitadores da EOT

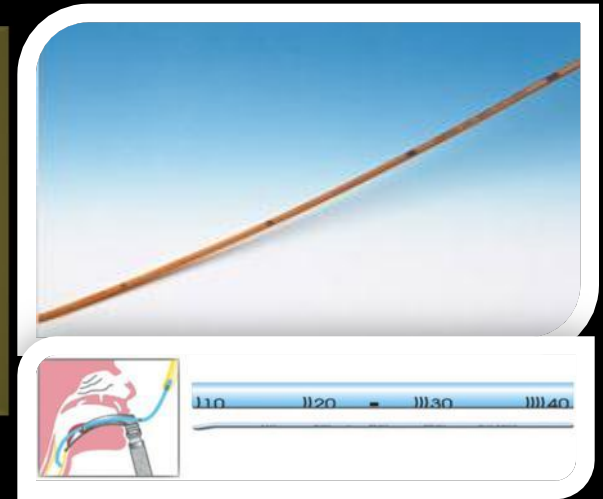
Colocar o TET

- Guia "Macintosh-Venn-Eschmann"
- Guia Frova sem estilete luminoso
- Guia Frova com estilete luminoso
- Guias flexíveis
- Laringoscópio óptico - uso único



Guia para entubação

- Estilete semi rígido - guia Macintosh Venn Eschmann (semi rígido teflon)
- Auxiliar da entubação, com angulação de 40°
- Sob laringoscopia directa, direcciona TET para traqueia
- Guia Frova (oco, com e sem luz), adaptador que permite oferta de O₂
- Rapid-fit



- Indicações
- Durante intubações traqueais difíceis:
- Visualização incompleta da glote ;
- Dentes protrusos, forçando o TT a seguir um caminho mais tortuoso ;
- Classificação Cormack - Lehane grau II (onde somente a parte posterior da glote (aritenóides) é visualizada);
- Grau III (somente a epiglote pode ser visualizada – nenhuma outra porção da glote é visível), e até mesmo em situações de grau IV.

- Contra – indicações
- Após uma reintubação difícil com várias tentativas em pós-operatório imediato de glossectomia (com hematoma e sangramento), ocorreu perfuração na parede lateral da faringe;
- Outra seqüela atípica relatada, foi a ocorrência de sangramento por trauma à traqueia, com atelectasia do pulmão direito pela presença de coágulos no brônquio direito.

FROVA® PARA INTUBAÇÃO TRAQUEAL

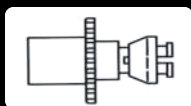


Guia Introdutor Frova semi-rígido

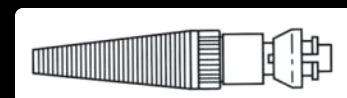
- Auxiliar a intubação em situações de inadequada exposição da Glotis (classificação de grau III) podendo ser utilizado em conjunto com Laringoscópio.
- Ponta distal angulada em 45° para facilitar a passagem na Glotis.
- Marcação centimetrada e radiopaca para facilitar a colocação com precisão dos tubos endotraqueais

INDICAÇÕES:

- História entubação difícil;
- Pescoço largo e curto;
- Queimaduras da face, anquilose, próteses traqueais;
- Estenose traqueia e outras deformações.



Adaptador Rapid- Fit™ 15 mm (ambu)

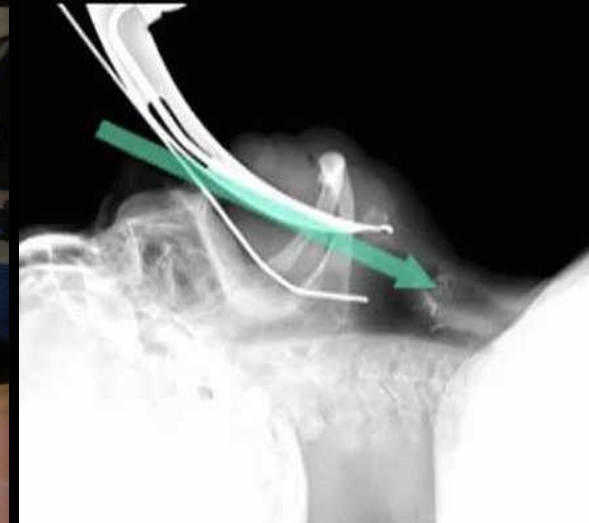


Adaptador Rapid- Fit™ Drenagem (aspiração)

FROVA ADULTO (concebido para tubos endotraqueais de 5mm ou superiores)

Ref: C-CAE-14.0-70-FIC (14 French, 70 cm comprimento / fornecido á unidade, **sem** adaptador para Ambu)

Inserção do Fio Guia

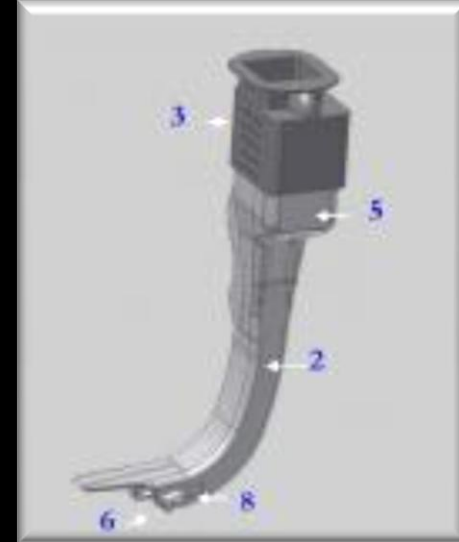


- 1) Avançar apenas o guia (sem o TT) com a sua extremidade angulada voltada anteriormente.
- 2) Visualizar a ponta curva do guia passando posteriormente à epiglote; caso contrário, direccioná-la “às cegas” “para cima”, na tentativa que se encaminhe para a abertura glótica, mantendo a linha média.
- 3) Ao ultrapassar a abertura glótica e deslizar através da laringe até a traqueia, em 90% das vezes é possível sentir “cliques” quando a ponta do guia toca e “salta” os anéis traqueais. Neste caso, o guia deverá ser cuidadosamente introduzido mais 15-20cm. Caso o guia tenha penetrado no esófago, não haverá “cliques”, uma vez que as suas paredes são lisas.
- 4) Fixar o guia nesta posição mantendo a laringoscopia.

Laringoscópio óptico AIRTRAQ



- 4 - Canal do TET
- 7 - Interruptor da luz



- 2 - Canal óptico
- 3 - Ocular
- 5 - Bateria (3 pilhas iluminação 90 min)
- 6 - Lâmpada
- 8 - Sistema de anti-embaciamento

Laringoscópio óptico AIRTRAO

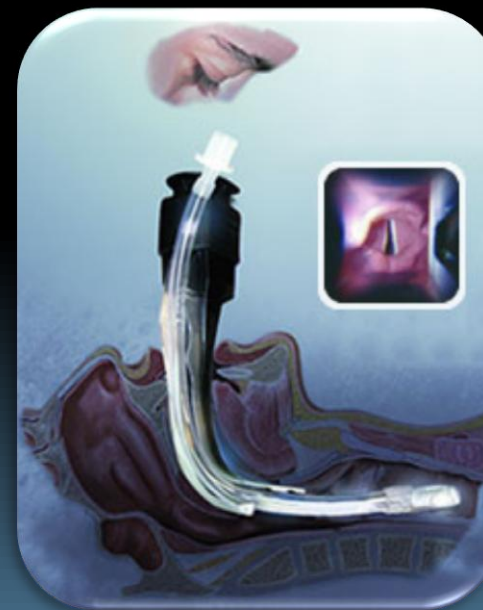
- Doente que apresente situação de **VAD**:
Entubação rápida;
Maior segurança e eficácia (Visão completa VA);
Doente acordado.

Indicações

- Emergência no Pré-Hospitalar;
- Cormack –Lehane III , IV e obesos;
- Laringoscopia convencional difícil;
- Laringite anterior;
- # da cervical instável;
- Entubações com doente sentado;
- Queimados, trauma;
- Extracção de corpos estranhos;
- Imobilização coluna cervical e tempero-maxilar;
- Entubações naso-traqueais;
- Mudança de TET em UCI.

Vantagens

- Manipulação mínima da cabeça;
- Abertura mínima da boca (18mm);
- Qualquer tipo de tubo;
- Pode usar-se câmara.



Tipo de Material

AIRTRAQ (EEN e EET)



Airtraq **rosa**-(3,5-5,5)
Airtraq **verde**(6-7,5)
Airtraq **azul**(7-8,5)
Airtraq **laranja**-(nasotraqueal)
Airtraq (tubos de duplo lúmen)

Acessórios do laringoscópio óptico airtraq®.



Vídeo câmara



Monitor wireless

Introdução do AIRTRAO



Preparação:

- Selecionar Airtraq e Tubo (verificar embalagem);
- Ligar a luz (intermitente 30");
- Lubrificar o Airtraq e o TET e colocar no canal lateral (não ultrapassara ponta);

Colocação:

- Colocar na linha media da boca e deslizar pela língua;
- Identificar as estruturas até ver epiglote – colocar ponta na valécula;
- Traccionar vertical para ver as cordas vocais;
- Empurrar o tubo através do canal e verificar a passagem através das cordas vocais;
- Insuflar o cuff;
- Separar o tubo do Airtraq e retirar o laringoscópio;
- Retirar pilhas.

Doze passos da inserção

[Español](#) [Français](#) [Deutsch](#) [日本語](#) [Downloads](#) [Home](#) [Contact](#)

AIRTRAQ[®]
OPTICAL LARYNGOSCOPE
BY PRODOL
US Patent No. 6,943,769



[Description](#) [Optional Camera](#) [Tips & Instruc.](#) [Clinical Data](#) [FAQs](#) [News](#) [Distribution](#)

Training

[Tips & Techniques](#)

[Video Training](#)



1

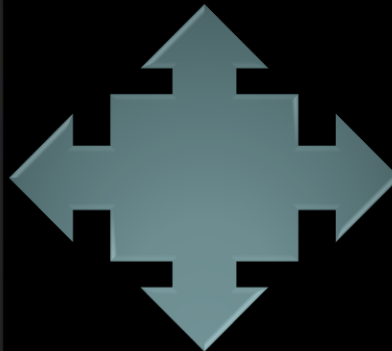
Instructions for use

I. Preparation

Turn ON the switch located on the leftside of the eyepiece.
Wait until the light stops blinking.



Dispositivos de VAD – VMER HDS



Material de VAD - Urgência HDS



Material de VAD - Bloco Operatório HDS



Carro de urgência / Via Aérea Difícil (UCI)



- Que situação
- Que fazer
- Como fazer



VIA AÉREA

Quem detecta e identifica situações críticas, deve saber utilizar de forma rápida e eficaz todos os recursos de material de ventilação que tem disponíveis para minimizar os efeitos nefastos para o doente que se encontra em paragem respiratória.

<http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/547>

RESUMO

Há dispositivos para ventilar um doente que não requerem laringoscopia

É necessário conhecê-los para efectuar uma utilização adequada

Para tal há que saber as suas

- Características
- Vantagens
- Desvantagens
- E técnicas de Inserção

DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS

Questões



Obrigado



BIBLIOGRAFIA

- AESOP - **Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados**. Lisboa: Lusodidacta. 2006
- AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS - **Task Force on Difficult Airway Management. Practice guidelines for management of the difficult airway: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway**. *Anesthesiology*. 2003; 98:1269-77.
- AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS - **Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway**. 2002. 22 p.
- ARANGO, Enrique M. D – **Obstrucion aguda de la via aérea superior. Guias para manejo de urgências**. [Consult. 9 de Mai. 2008]. Disponível em WWW<URL: <http://www.Jepafem.org.ve>.
- BARRIOS, Jorge; MESA, Alonso - **Manual Clínico da Via Aérea Respiratória**. São Paulo: Artes Médicas, 2005.
- BENUMOFF, J.I. **Management of the difficult adult airway**. *Anesthesiology* 1991.
- BENUMOFF J.I. **Management of the difficult adult airway: The ASA algoritm**. En *ASA annual refresher courses lectures*. San Diego, 1996.
- CORMACK, R. S. LEHANE J. – **Difficult intubation in obstetrics**. *Anaesthesia*.1984.
- CUNHA, SILVA – **Sociedade Brasileira de Anestesiologia: Intubação Traqueal Difícil** (2003) 1-8. [Consult. 13 de Abril. 2008]. Disponível em WWW<URL:http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/o70.pdf
- EUROPEAN RESSUSCITATION COUNCIL – **Guidlines for ressuscitation**. *Ressuscitation Elsevier [em linha]* (2005) [Consult. 10 de Maio. 2008]. Disponível em WWW<URL:<http://www.elsevier.com/locate/ressuscitati>
- Carneiro, A. e Neutel, E. (2009) . **Manual de Procedimentos – Curso de Evidências na emergência -2ªedição**. Porto. Reanima
- PORTUGAL – Assembleia da República, Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro. - artigo 7º, Conteúdo funcional da carreira de enfermagem.
- PORTUGAL – Assembleia da República, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Divulgar - Competências do enfermeiro de cuidados gerais, Conselho de enfermagem, Outubro 2003**.
- SAMSOOM, G.L.; YOUNG, J.R: - **difficult tracheal intubation: a retrospective study anaesthesia**. 1987.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS - Task Force on Difficult Airway Management. Practice guidelines for management of the difficult airway: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*. 2003; 98:1269-77.
- ARANGO, Enrique M. D – Obstrucion aguda de la via aérea superior. Guías para manejo de urgências. [Consult. 9 de Mai. 2008]. Disponível em WWW<URL: <http://www.Jepafem.org.ve>.
- BARRIOS, Jorge; MESA, Alonso - Manual Clínico da Via Aérea Respiratória. São Paulo: Artes Médicas, 2005.
- BENUMOFF, J.I. Management of the difficult adult airway. *Anesthesiology* 1991.
- BENUMOFF J.I. Management of the difficult adult airway: The ASA algoritm. En ASA annual refresher courses lectures. San Diego, 1996.
- CUNHA, SILVA – Sociedade Brasileira de Anestesiologia: Intubação Traqueal Difícil (2003) 1-8. [Consult. 13 de Abril. 2008]. Disponível em WWW<URL:http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/070.pdf
- EUROPEAN RESSUSCITATION COUNCIL – Guidelines for resuscitation. *Resuscitation Elsevier* [em linha] (2005) [Consult. 10 de Maio. 2008]. Disponível em WWW<URL:<http://www.elsevier.com/locate/ressuscitati>
- <http://www.viaaereadificil.com.br/combitude/combitude.htm>
- <http://www.arydohttp://www.airwaycam.com/other-devices.html>
- <http://www.i-gel.com/>
- <http://www.youtube.com>
- SAMSOOM, G.L.; YOUNG, J.R: - difficult tracheal intubation: a retrospective study anaesthesia. 1987.
- <http://www.larynx-tubus.de/larynx-tubus/content/view/12/26/lang,es/>
- <http://www.intersurgical.com/education>

ANEXO 2

Curso / Acção n.º	
Data	
Nº Mec./Nome (Facultativo)	
Função (Facultativo)	

A SUA OPINIÃO É UM CONTRIBUTO IMPORTANTE PARA A MELHORIA DA FORMAÇÃO.

ASSINALE A SUA RESPOSTA NUMA ESCALA DE ① (NUNCA) A ⑥ (SEMPRE)

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Os objectivos definidos para a Acção foram alcançados? | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 2. Os temas tratados na Acção adequam-se à sua função? | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 3. Pensa aplicar os conhecimentos adquiridos na sua função? | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 4. A documentação distribuída revela utilidade? | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 5. As condições de trabalho foram as adequadas? | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 6. A duração da Acção foi a adequada? | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ |

7. Actuação do(s) Formador(es)

Domínio do tema (Nível de conhecimentos possuídos)	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
Clareza e dinamismo na exposição (Linguagem acessível)	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
Cumprimento de horários	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
Dinamização do grupo e acompanhamento individual	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
Utilização dos Recursos / Equipamentos Didácticos	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥

8. Sugestões de melhoria

ANEXO 3

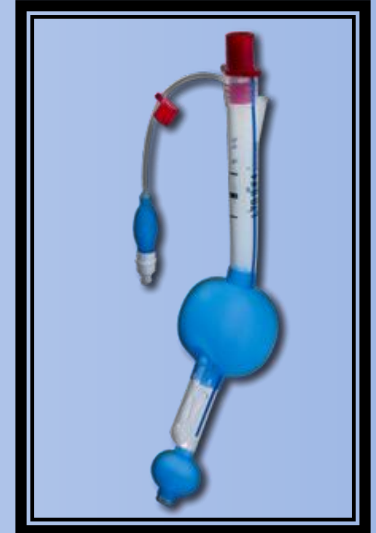


Universidade Católica Portuguesa

Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica

UCIP

VIA AÉREA DIFÍCIL



Realizado no âmbito do estágio de Cuidados Intensivos da especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica

Vitor Gomes
Orientador Enf. Florbela Neves
Prof. Isabel Rabiais



18 de Janeiro de 2012



OBJECTIVOS

- Identificar situações de risco em UCI que potenciem a necessidade de abordagem de VAD;
- Conhecer o algoritmo de VAD;
- Conhecer dispositivos disponíveis e modos de utilização dos mesmos;
- Sensibilizar a equipa para a organização de um carro de VAD.



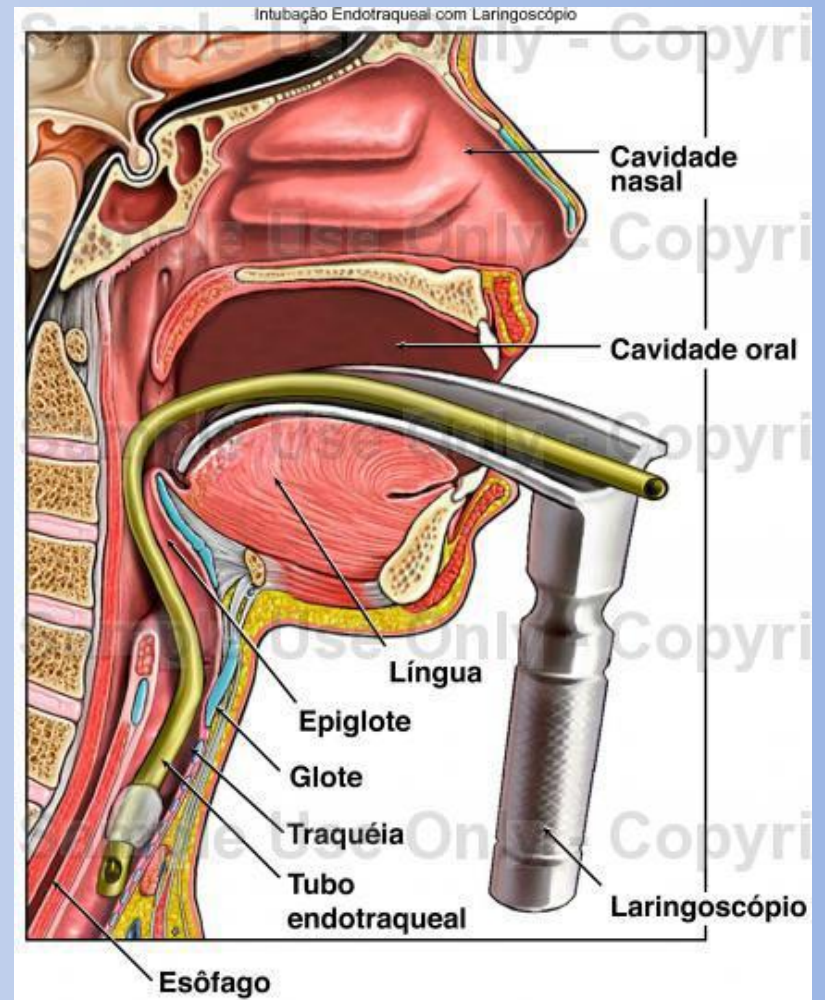
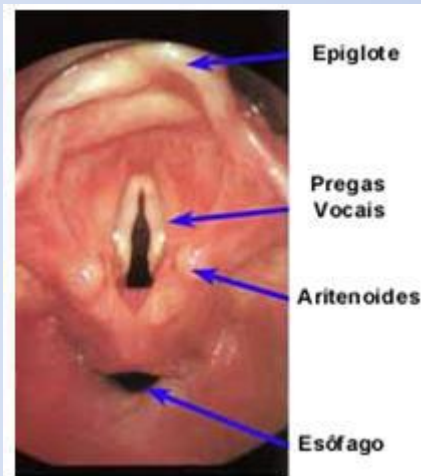
CONTEXTUALIZAÇÃO

Na abordagem do doente crítico a permeabilização da via aérea e sua adequada manutenção é uma das maiores preocupações e podem constituir a diferença entre a vida e a morte.

A segurança do doente em situação de Via Aérea Difícil deve ser preservada. Para isso é necessário:

- Identificar situações de risco;
- Conhecer o algoritmo de VAD;
- Conhecer dispositivos disponíveis e modos de utilização

ANATOMIA



DEFINIÇÃO DE VIA AÉREA DIFÍCIL

É uma situação devida a uma desproporção anatómica ou patologia preexistente, onde um profissional treinado encontrará dificuldade em realizar a laringoscopia directa ou em manter a ventilação manual sob máscara facial, ou ambos.

Barrios (2005)

DIFICULDADE NA VENTILAÇÃO COM MÁSCARA FACIAL - Não reverte os sinais de ventilação inadequada ou saturação <90% com pressão positiva com fio2 a 100%;

DIFICULDADE NA LARINGOSCOPIA – impossibilidade de expor a glote;

DIFICULDADE NA ENTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL - Mais que 3 tentativas ou procedimento >10 minutos.

CONDIÇÕES QUE FAVORECEM A VIA AÉREA DIFÍCIL

☒ TUMORES

☒ Hematoma



☒ **TRAUMA**

☒ Fractura maxilar ou mandibular

☒ Queimadura das vias aéreas

☒ Lesão da coluna cervical

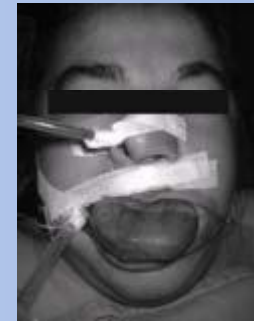


☒ MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS

CONDIÇÕES QUE FAVORECEM A VIA AÉREA DIFÍCIL

☒ **INFECÇÕES**

- ☒ Abcesso submandibular
- ☒ Abcesso periamigdalino
- ☒ Epiglote



☒ **VARIAÇÕES ANATÓMICAS**

Micrognatismo

Prognatismo

Língua volumosa

Pescoço curto

Incisivos proeminente

Falta de dentes

Cifose

☒ **OBESIDADE**



RECONHECIMENTO DA VIA AÉREA DIFÍCIL

História clínica do doente (registos de anteriores entubações ou ventilações com máscara difíceis);

Existência de traumas da face, das vias aéreas superiores, sequelas de queimaduras, síndromes congénitos e outros;

Avaliação da articulação temporo-mandibular e da extensão cervical



RECONHECIMENTO DA VIA AÉREA DIFÍCIL

Articulação temporo-mandibular

Capacidade de deslocamento anterior da mandíbula



Abertura da boca

(>3cm há espaço para posicionar ML ou o laringoscópio)



Movimento de flexão do pescoço e extensão da cabeça (flexão do pescoço sobre o tórax > 35%, Extensão da cabeça sobre o pescoço > 80%)



Distância tireo-mentoniana

> ou = 5cm ou 3 dedos, a laringe não é anteriorizada



RECONHECIMENTO DA VIA AÉREA DIFÍCIL

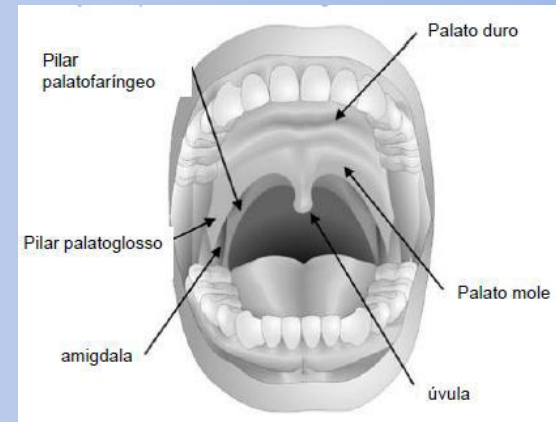
CLASSIFICAÇÃO DE MALLAMPATI Observação pré-operatória da orofaringe do doente sentado

CLASSE I - palato mole, úvula e pilares amigdalinos visíveis;

CLASSE II - palato mole, úvula visíveis;

CLASSE III - palato mole e base da úvula visíveis;

CLASSE IV - palato mole totalmente invisível.



RECONHECIMENTO DA VIA AÉREA DIFÍCIL

ESCALA DE CORMACK-LEHANE

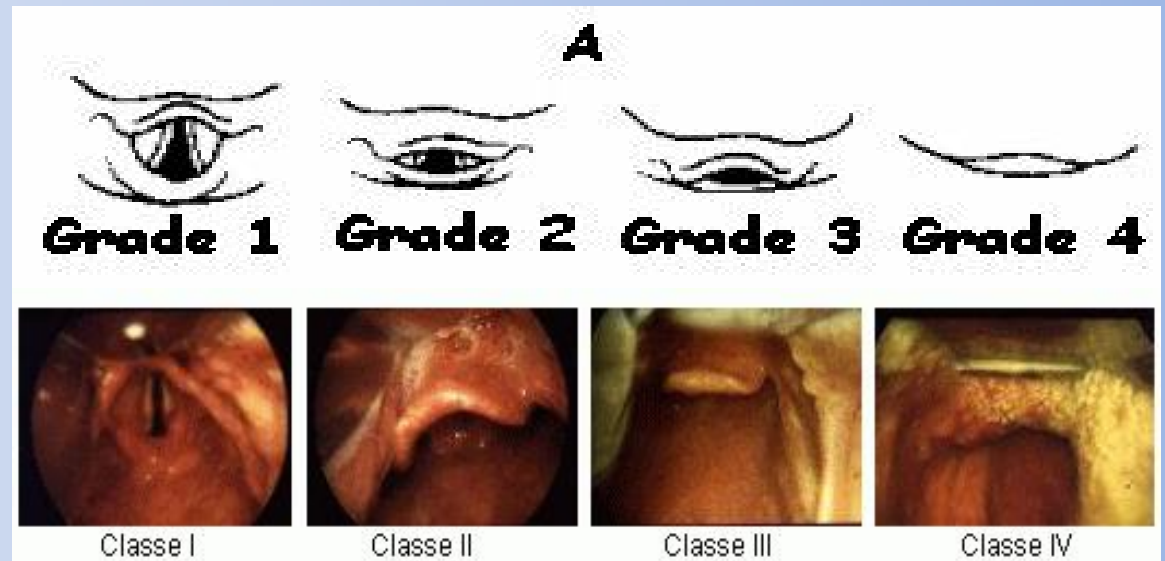
Visualização da região glótica através da laringoscopia directa de acordo com as estruturas visíveis .

GRAU I - visão total da glote;

GRAU II - visão parcial da glote e aritenóides;

GRAU III - somente a epiglote visível;

GRAU IV - nem a glote nem a epiglote visíveis.



CRITÉRIOS DE PREVISIBILIDADE DE ENTUBAÇÃO DIFÍCIL

Características anatómicas importantes:

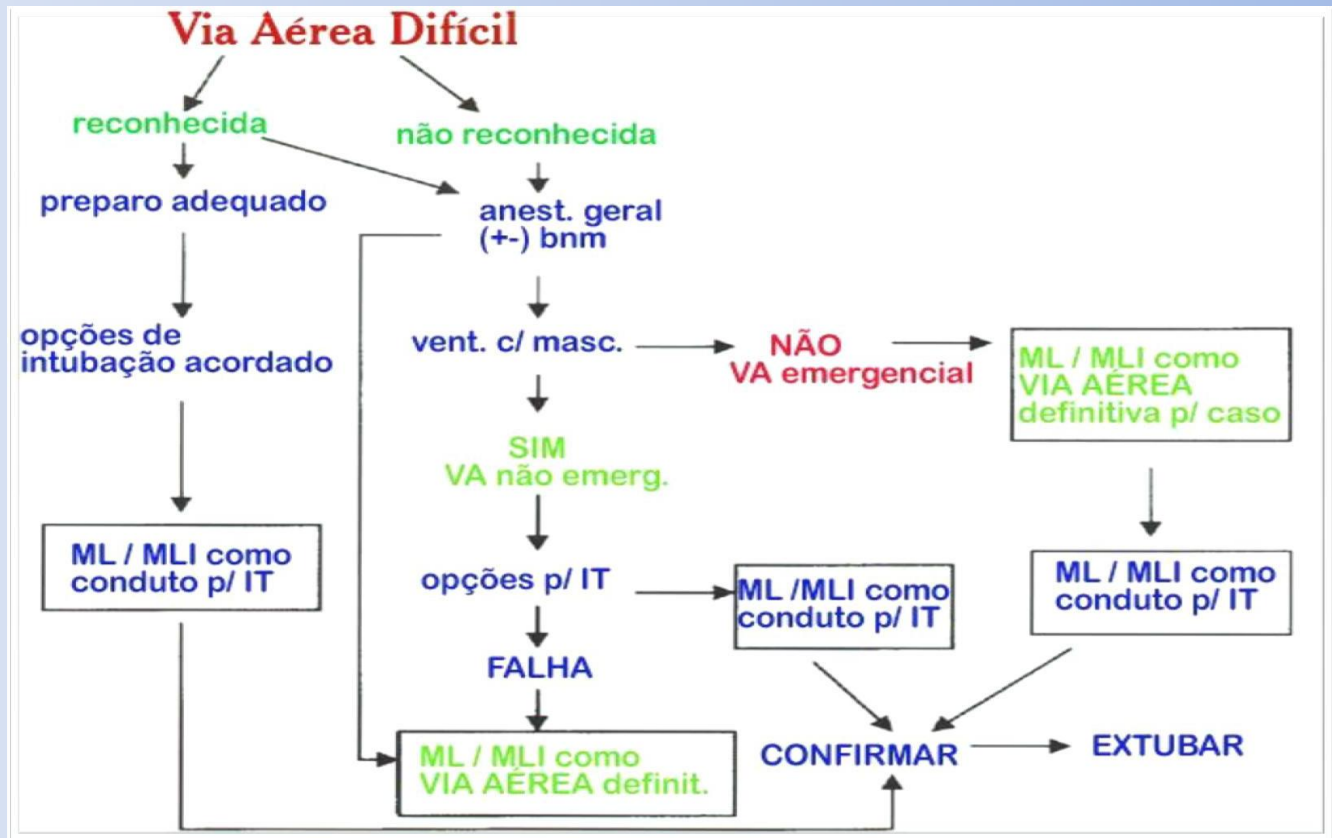
- **Abertura bucal < 4 cm;**
- **Mallampati III ou IV;**
- **Extensão cefálica < 80 %**
- **Incapacidade para avançar a mandíbula**
- **Distância tiromentoniana < 6 cm;**

ALGORITMO DA VAD

No sentido de facilitar o manuseio da via aérea e de reduzir a incidência de eventos adversos, a ASA (2003), desenvolveu um algoritmo de abordagem da via aérea difícil e de utilização de dispositivos supraglóticos

ALGORITMO DA VAD

No sentido de facilitar o manuseio da via aérea e de reduzir a incidência de eventos adversos, a ASA (2002), desenvolveu um algoritmo de abordagem da via aérea e de utilização de dispositivos supraglóticos.



Adaptado de: Practice guidelines for management of the difficult airway (1992)
(Approved by House of Delegates on October 21, and last amended October 16, 2002)

EQUIPAMENTO PARA VAD

Laringoscópio Macintosh e McCoy;

Tubos endotraqueais;

Material supraglótico: Máscara Laríngea Clássica, M. L.Proseal, I-GEL, Fastrach ,Tubo Laríngeo;

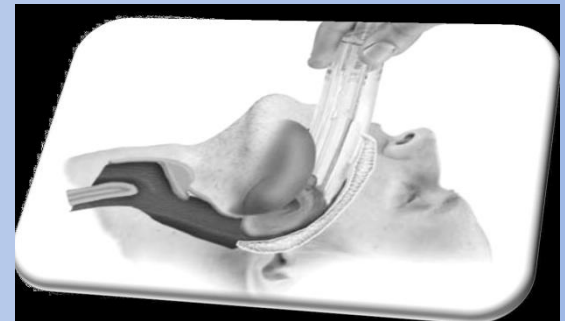
Fios Guias : Eischman ou Bougie, Frovas ou Rivier, Fios Guia flexíveis;

Laringoscópio óptico Airtraq;

Material de cricotirotomia emergente (kit);

Dispositivos supraglóticos

- Denominam-se supraglóticos pois ficam inseridos acima da glote;
- Alternativos à entubação traqueal;
- Permitem a continuidade aérea efectiva entre a traqueia e o meio exterior;
- Concebidos para serem utilizados sem necessidade de laringoscopia.



DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS

FUNÇÃO

- Ventilar um doente sem necessidade de laringoscopia para a sua inserção (às cegas);
- Efectuar a ventilação do doente em situação de paragem respiratória em que não se consegue ventilar ou entubar.

INDICACÕES

Na ventilação com máscara facial - impossibilidade de reverter os sinais de ventilação inadequada ou manter uma saturação >90% com pressão positiva com fio2 a 100%;

Na laringoscopia - impossibilidade de visualização das cordas;

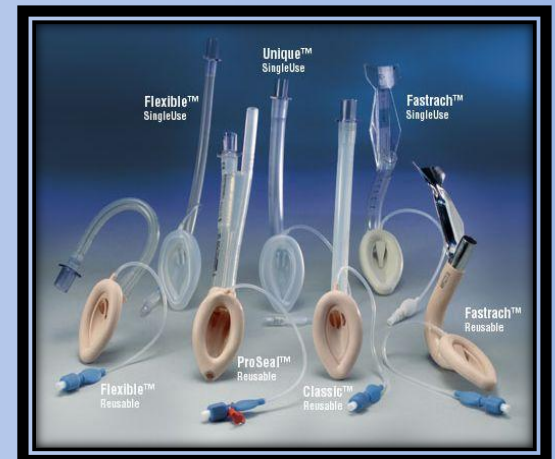
Na entubação endotraqueal - mais que 3 tentativas ou quando o procedimento durar mais de 10 minutos.

MÁSCARA LARÍNGEA

Tem um papel primordial no manuseamento da via aérea:

- Situações de rotina
- Emergência.

Hoje o seu uso é comum e faz parte do dia-a-dia de quem lida com a via aérea, em atendimento pré-hospitalar, no Bloco Operatório, em Cuidados Intensivos ou onde quer que exista a possibilidade de uma situação de reanimação respiratória.



MÁSCARA LARÍNGEA

A ML É INDICADA EM 5 PONTOS DO ALGORITMO DE VAD



- ✓ ML como conduto para intubação traqueal com fibra óptica no paciente acordado;
- ✓ ML como via aérea definitiva para prosseguir o caso; na situação de não emergência (paciente anestesiado que não pode ser intubado, mas ventila satisfatoriamente com máscara facial),
- ✓ ML como conduto para intubação traqueal com fibra óptica no paciente anestesiado que pode ser ventilado, mas não intubado;
- ✓ ML na situação de emergência “não intubo, não ventilo”, como um dispositivo salva-vidas;
- ✓ ML como conduto para intubação traqueal nos casos “não intubo, não ventilo”.

1) Benumof, Jonathan L., MD. Laryngeal mask airway and the ASA difficult airway algorithm. *Anesthesiology* 1996 Mar;84(3):686-699.

MÁSCARA LARÍNGEA CLÁSSICA



Legenda:

- 1 - Conector proximal
- 2 - Tubo condutor da via aérea
- 3 - Manguito pneumático
- 4 - Válvula de retenção unidirecional
- 5 - Balão Piloto
- 6 - Tubo de enchimento
- 7 - Linha de referência

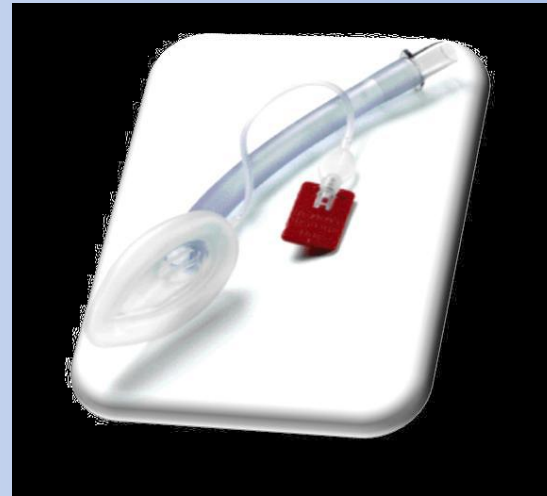
MÁSCARA LARÍNGEA CLÁSSICA

VANTAGENS:

- Não necessita de laringoscopia;
- Menor resposta hemodinâmica;
- Colocação em condições de difícil acesso ao doente;
- Pode resolver casos de entubação difícil ou impossível.

DESVANTAGENS:

- Não protege contra a regurgitação e não pode ser usada em pacientes com aumento da resistência da via aérea



CONTRA-INDICAÇÕES:

- Pessoa com maior risco de regurgitação;
- Patologias faríngeas;
- Reflexos glossofaríngeos e laríngeos presentes.

MÁSCARA LARÍNGEA CLÁSSICA



MÁSCARA LARÍNGEA CLÁSSICA

FILME



MÁSCARA I-GEL



CARACTERÍSTICAS

De elastómero termoplástico, tipo gel;

Cria uma selagem perilaríngea fiável;

Sem látex uso único doente;

Possui um canal gástrico que permite a aspiração do conteúdo gástrico;

No conector passa um TET.

MÁSCARA I-GEL

INDICAÇÕES:

- Pré-hospitalar (qd falha EET);
- Entubação difícil (permite passagem de TET, de guia e de fibro);
- Desmame em UCI.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Doentes sem jejum;
- Limitação abertura da boca;
- Abcesso e hérnia do hiato;
- Aplicação superior 4 horas.



Nº3 Tyvek-Amarelo,(30-60kg) TET até 6mm

Nº4 Tyvek-Verde,(50-90k) TET até 7mm

Nº5 Tyvek -Laranja,(90 +) TET até 8mm

MÁSCARA I-GEL

PREPARAÇÃO



Usar luvas;

Abrir embalagem no último minuto pré-oxigenação (verificar integridade);

Aplicar lubrificante na base inferior lisa;

O lubrificante deverá ser colocado no canal de aspiração, na frente, lados e parte de trás do cuff. (certificar se não ficam resíduos de lubrificante na cavidade da máscara);

Pousar só no tyvek;

Verificar cavidade oral.

MÁSCARA I-GEL

TÉCNICA DE INSERÇÃO



MÁSCARA I-GEL

FILME



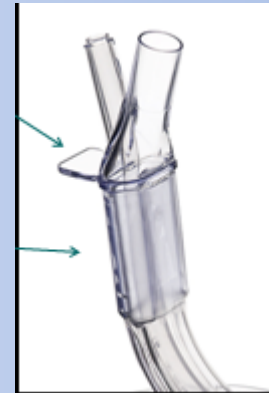
ML SUPREME

- 96% à primeira tentativa
- A ML Supreme é um dispositivo supraglótico, comercializado estéril e de uso único, em PVC.
- Combina o melhor de todas as LMA prévias num só dispositivo
- Existe em 4 tamanhos: 3, 4, 5 e 6
- O seu desenho com curva anatómica permite uma rápida inserção.



ML SUPREME

Barra de fixação para ajudar a fixação Possui uma porção anti-mordedura que previne o colapso do tubo



Canal de drenagem gástrica incorporado no tubo da via aérea, que permite a aspiração do conteúdo gástrico e também a verificação do correcto posicionamento do dispositivo

ML SUPREME

O orifício de entrada do ar, tem umas “barras” que previnem a oclusão da via por queda da epiglote.



O cuff acompanha a curva do dispositivo, sendo de maior diâmetro o que assegura uma melhor selagem.



ML SUPREME



Indicações de utilização

- Procedimentos de anestesia
- Acesso da via respiratória em procedimentos de RCP, “dispositivo de acesso da via respiratória” em situações difíceis, esperadas ou inesperadas, da via respiratória

Contra-indicações

- Pacientes submetidos a radioterapia do pescoço, com envolvimento da hipofaringe (risco de trauma, vedação não eficaz)
- Abertura da boca incompatível com a inserção
- Pacientes com reacção e reflexo do vômito (RCP).
- Pacientes que ingeriram substâncias cáusticas

ML SUPREME



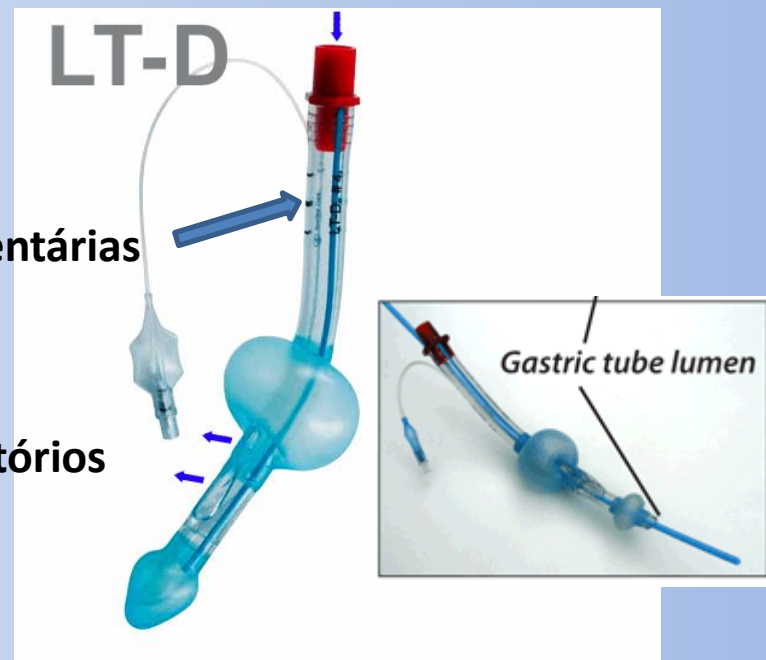
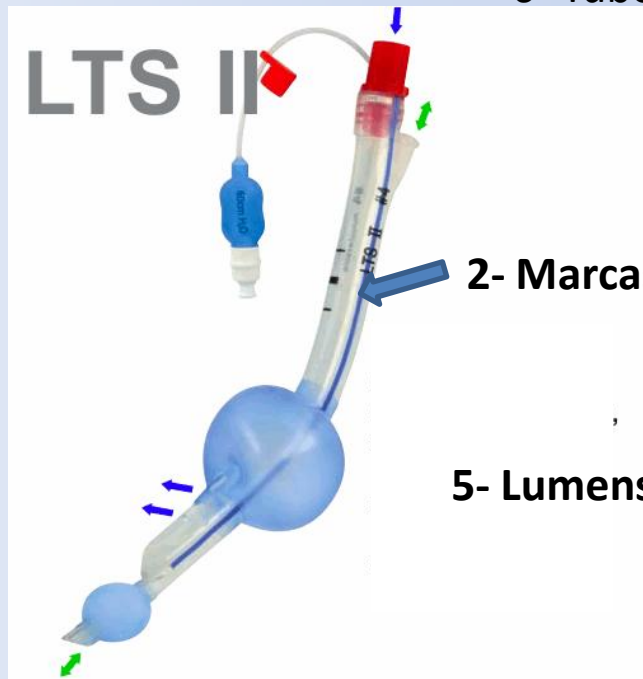
TÉCNICA DE INSERÇÃO



TUBO LARINGEO

CONSTITUÍDO POR:

- 1- Tubular em forma de “J” com extremo distal fechado
- 2- Marcas que indicam onde devem estar situados os dentes
- 3- Dois cuffs (faríngeo e esofágico) insuflados pelo mesmo canal
- 4- Adaptador standard identificado por cores segundo o tamanho
- 5- Lúmen ventilatório anterior situado entre os dois cuffs
- 6- Tubo para drenagem esofágico (SNG 14G)



TUBO LARINGEO

INDICAÇÕES:

Alternativa à ML em situações urgentes (Não intubo Não ventilo)

- Controlo da VA em posição neutra do pescoço (fracturas e luxações)
- Acesso difícil à VA (encarceramento, anomalias faciais congénitas ou traumáticas)
- Hemorragia maciça (impossibilidade de visualização da glote)
- Reanimação (inconscientes e sem reflexos VA)



TUBO LARINGEO

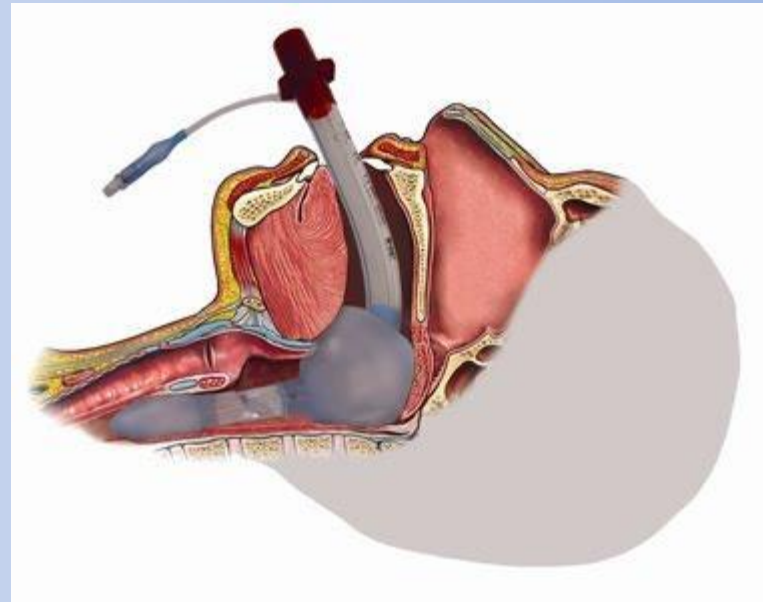
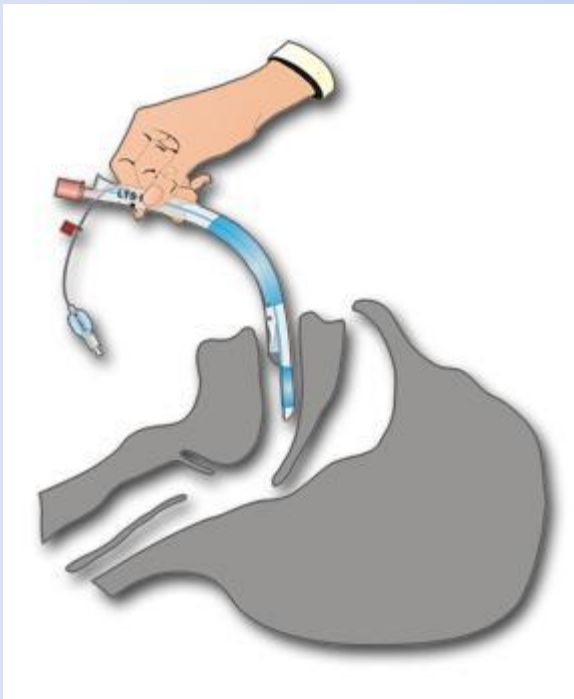
VANTAGENS:

Inserção rápida e fácil (taxa ↑ sucesso
inclusivé por pessoal não treinado)

- Abertura bucal mínima de 23 mm (< que a máscara laríngea)
- Colocação sem flexão/extensão cervical
- Introdução às cegas, não precisa de laringoscopia para a inserção

TUBO LARINGEO

TÉCNICA DE INSERÇÃO



TUBO LARINGEO FILME



Dispositivos facilitadores da EOT Colocar o TET

- Guia "Macintosh-Venn-Eschmann"
- Guia Frova sem estilete luminoso
- Guia Frova com estilete luminoso
- Guias flexíveis
- Laringoscópio óptico - uso único

FROVA® PARA INTUBAÇÃO TRAQUEAL

Guia Introdutor Frova semi-rígido

- Auxiliar a intubação em situações de inadequada exposição da Glotis (classificação de grau III) podendo ser utilizado em conjunto com Laringoscópio.
- Ponta distal angulada em 45º para facilitar a passagem na Glotis.
- Marcação centimetrada e radiopaca para facilitar a colocação com precisão dos tubos endotraqueais

INDICAÇÕES:

- História entubação difícil;
- Pescoço largo e curto;
- Queimaduras da face, anquilose, próteses traqueais;
- Estenose traqueia e outras deformações.

***Adaptador Rapid- Fit™
15 mm(ambu)***

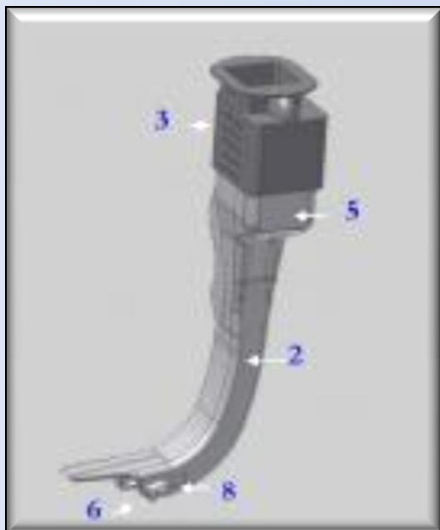
***Adaptador Rapid- Fit™
Drenagem(aspiração)***

FROVA® - Inserção do Fio Guia



- 1) Avançar apenas o guia (sem o TT) com a sua extremidade angulada voltada anteriormente.
- 2) Visualizar a ponta curva do guia passando posteriormente à epiglote; caso contrário, direccioná-la “às cegas” “para cima”, na tentativa que se encaminhe para a abertura glótica, mantendo a linha média.
- 3) Ao ultrapassar a abertura glótica e deslizar através da laringe até a traqueia, em 90% das vezes é possível sentir “cliques” quando a ponta do guia toca e “salta” os anéis traqueais. Neste caso, o guia deverá ser cuidadosamente introduzido mais 15-20cm. Caso o guia tenha penetrado no esófago, não haverá "cliques", uma vez que as suas paredes são lisas.
- 4) Fixar o guia nesta posição mantendo a laringoscopia.

Laringoscópio óptico AIRTRAQ



2 - Canal óptico

3 - Ocular

5 - Bateria (3 pilhas iluminação 90 min)

6 - Lâmpada

8 - Sistema de anti-embaciamento

4 - Canal do TET

7 - Interruptor da luz

Laringoscópio óptico AIRTRAQ

- Doente que apresente situação de VAD:
Entubação rápida;
Maior segurança e eficácia (Visão completa VA);
Doente acordado.

Indicações

- Emergência no Pré-Hospitalar;
- Cormack –Lehane III , IV e obesos;
- Laringoscopia convencional difícil;
- Laringite anterior;
- # da cervical instável;
- Entubações com doente sentado;
- Queimados, trauma;
- Extracção de corpos estranhos;
- Imobilização coluna cervical e tempero-maxilar;
- Entubações naso-traqueais;
- Mudança de TET em UCI.

Vantagens

- Manipulação mínima da cabeça;
- Abertura mínima da boca (18mm);
- Qualquer tipo de tubo;
- Pode usar-se câmara.



Introdução do AIRTRAQ



Preparação:

- Seleccionar Airtraq e Tubo (verificar embalagem);
- Ligar a luz (intermitente 30");
- Lubrificar o Airtraq e o TET e colocar no canal lateral (não ultrapassara ponta);

Colocação:

- Colocar na linha media da boca e deslizar pela língua;
- Identificar as estruturas até ver epiglote – colocar ponta na valécula;
- Traccionar vertical para ver as cordas vocais;
- Empurrar o tubo através do canal e verificar a passagem através das cordas vocais;
- Insuflar o cuff;
- Separar o tubo do Airtraq e retirar o laringoscópio;
- Retirar pilhas.

watch.htm

Material de VAD - Urgência HDS



Material de VAD - Bloco Operatório HDS



Carro de urgência / Via Aérea Difícil (UCI)



Obrigado

APENDICE 1

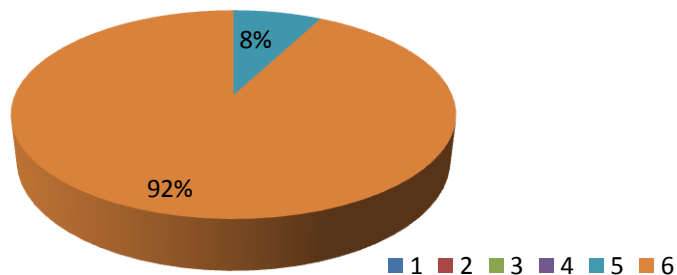
Avaliação da satisfação dos formandos da formação - Abordagem da Via Aérea Difícil no Serviço de Urgência

Formandos: Médicos e Enfermeiros

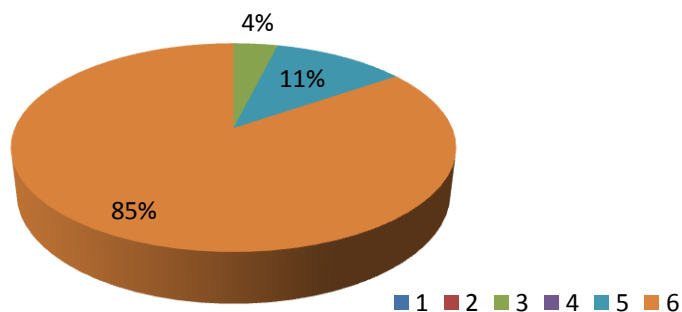
Nº de formandos: 30

Escala de satisfação: De ① (nunca) a ⑥ (sempre)

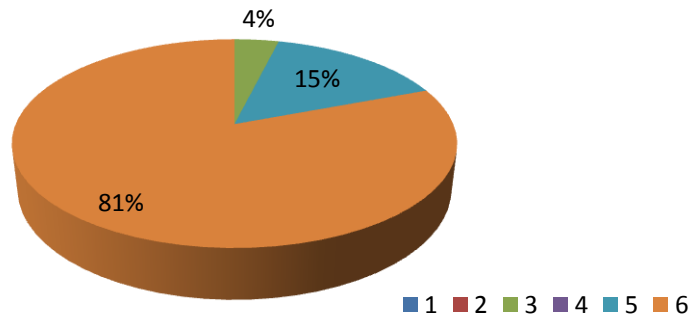
1 - Os objectivos definidos para a ação foram alcançados?



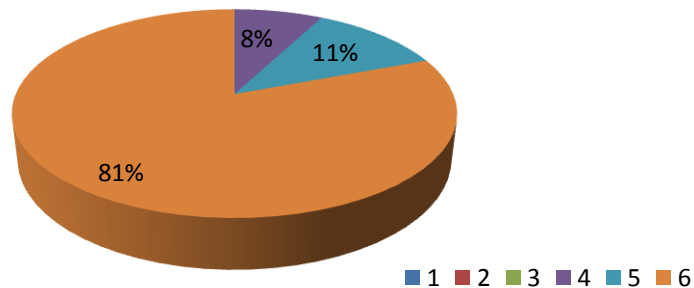
2 - Os temas tratados na ação adequam-se á sua função?



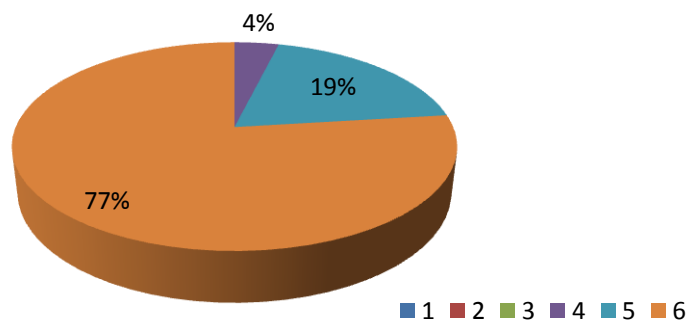
3 - Pensa aplicar os conhecimentos adquiridos na sua função?



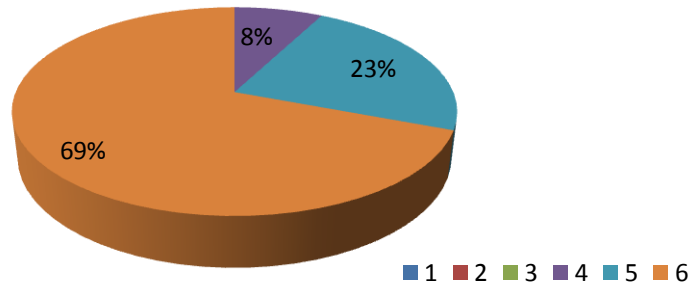
4 - A documentação distribuída revela utilidade?



5 - As condições de trabalho foram as adequadas?



6 - A duração da ação foi a adequada?



APENDICE 2

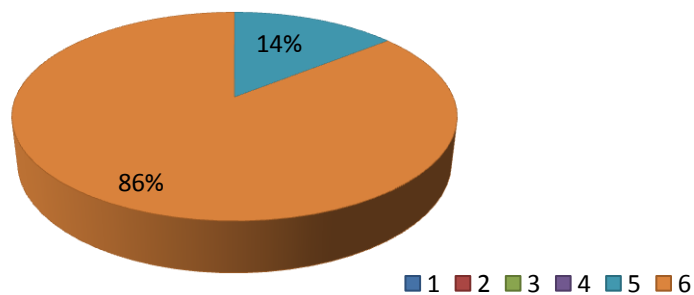
Avaliação da satisfação dos formandos da formação - Abordagem da Via Aérea Difícil na UCIP

Formandos: Médicos e Enfermeiros

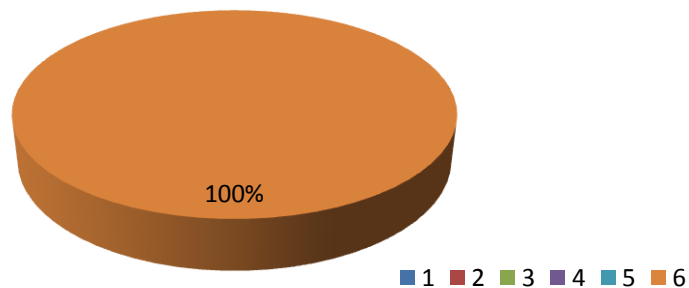
Nº de formandos: 13

Escala de satisfação: De ① (nunca) a ⑥ (sempre)

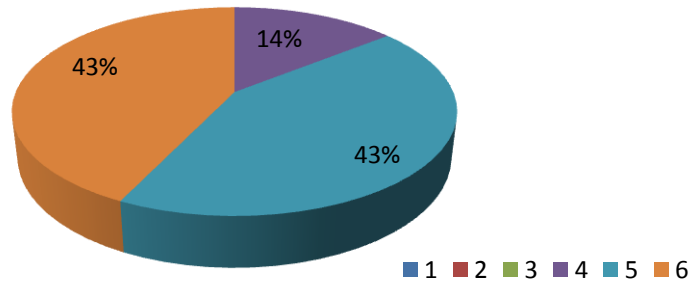
1 - Os objectivos definidos para a ação foram alcançados?



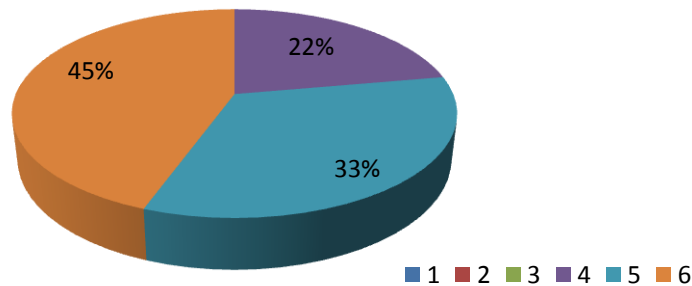
2 - Os temas tratados adequam-se á sua função?



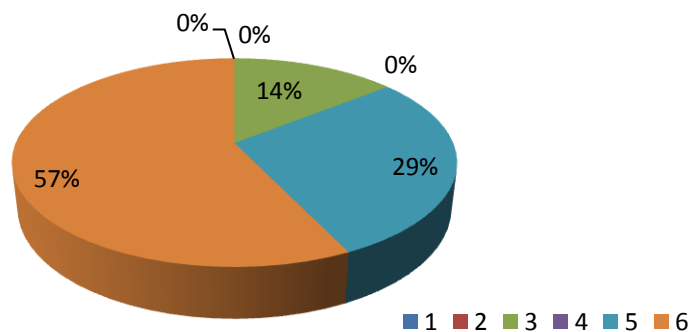
3 - Pensa aplicar os conhecimentos adquiridos na sua função?



4 - A documentação distribuída revela utilidade?



5 - As condições de trabalho foram as adequadas?



6 - A duração da ação foi adequada?

