



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS - VISEU

CUIDAR COM QUALIDADE E COMPETÊNCIA

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

Guida Maria Carrilho Barata

VISEU, Junho de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS - VISEU

CUIDAR COM QUALIDADE E COMPETÊNCIA

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

Guida Maria Carrilho Barata

Sob orientação da Professora Patrícia Coelho

UISEU, Junho de 2011

RESUMO

Este relatório insere-se na proposta metodológica do processo ensino/aprendizagem no âmbito de uma unidade curricular única, o estágio. Está inserido no III Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Pólo das Beiras. No seu plano curricular estão contemplados três Módulos de estágio: Módulo I que corresponde ao Serviço de Urgência; Módulo II ao Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos e Módulo III que é opcional, ao qual tivemos creditação.

Tem como finalidade impulsionar um trabalho de auto-reflexão, imperativo para a promoção dos possíveis melhoramentos científico-pedagógicos, inerentes à substituição do anterior modelo “tradicional” pelo modelo baseado no desenvolvimento de competências.

A necessidade de frequentarmos o Curso de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, surge, pelo aumento da complexidade das doenças e pela dimensão dos recursos que impuseram com singeleza a diferenciação de profissionais.

Os objectivos que pretendemos alcançar com a realização do presente relatório são: fazer uma breve caracterização estrutural e organizacional dos locais de estágio; descrever as actividades desenvolvidas ao longo dos estágios situando-as no contexto de trabalho numa unidade de cuidados intensivos e de um Serviço de Urgência; avaliar e analisar a consecução das competências técnicas, relacionais e científicas adquiridas durante os estágios.

A metodologia utilizada para a execução deste relatório baseia-se no método descritivo, através da descrição das actividades desenvolvidas e no método analítico, através da análise e fundamentação baseada nos conhecimentos pedagógicos adquiridos durante a parte teórica do curso, assim como nas experiências adquiridas ao longo do estágio e na pesquisa bibliográfica.

Quanto á estrutura, este relatório encontra-se dividido em três partes. À primeira parte concerne a introdução, onde é feita uma breve apresentação das razões que estiveram na origem do presente relatório, referência aos módulos de estágio, locais e datas onde foram realizados e quais os objectivos e a metodologia usada para a sua concretização. Na segunda parte consta a análise dos objectivos delineados para os referidos estágios conjuntamente com a análise das actividades desenvolvidas e das competências adquiridas. Por último, será elaborada uma conclusão na qual é feita uma pequena reflexão pessoal do trabalho realizado assim como principais contributos que recebemos e deixámos nos serviços onde estagiámos.

A elaboração deste relatório referente á análise dos estágios, trouxe-nos vários contributos, pois tivemos necessidade de fazer uma avaliação diária onde pudemos analisar e reflectir sobre as actividades desenvolvidas, reconhecendo eventuais falhas que exigissem uma mudança de atitude, levando-nos a uma maior autonomia, maior qualidade no cuidar e a uma maior visibilidade social, essencial para o desenvolvimento da profissão.

A aquisição de competências, destreza técnica, planificação e tomada de decisão perante situações complexas e imprevisíveis, em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos, foi impreterível para uma adequada abordagem ao doente crítico.

ABSTRACT

This report is part of the proposed methodology of teaching and learning in the field of a single course, the stage. This presentation boosts a work of self-reflection, imperative for the promotion of scientific-pedagogical potential improvements inherent in the replaced of the previous "traditional" model by a model based on skills development. Is inserted in the III Master Course of Nursing, with specialization in Medical Surgical Nursing from Catholic Portuguese University, Institute of Health Sciences, Pole of Beiras.

The complexity of disease and size of resources imposed differentiation with singleness of professionals. Thus arises the need to attend the Specialization Course in Nursing Medical-Surgical, administered by the Institute of Health Sciences Pole of Beiras, Portuguese Catholic University.

In the syllabus of this course are covered three stage modules: Module I, which corresponds to SU; Module II of the Service UCI and Module III, which is optional, which had accreditation.

With this report concerning the analysis stage of the UCI and SU we needed to do a daily assessment, where we could analyze and reflect on the activities undertaken, acknowledging any flaws that would require a change in attitude, the various events of the stage and still whether the objectives have been achieved with the implementation of planned activities.

The objectives we want to achieve with the completion of this report are: provide a brief characterization of the structural and organizational internship; describe the activities along the stages placing them in the context of a labor intensive care unit and an emergency department; assess and monitor achievement of technical competencies, relational and scientific acquired during internships.

The methodology for the implementation of this report is based on the descriptive method through the description of the activities and the analytical method, through the analysis and reasoning based on pedagogical knowledge during the theoretical part of the course, as well as to report the experiences gained during the internship and research literature that we needed to do.

The structure of this report is divided into three parts. In the first part concerns the introduction, where you give a brief presentation of the reasons that led to the present report, reference to training modules, places and dates where they were performed, and which are the objectives and methodology used to achieve them. In the second part is the analysis of the objectives set for these stage together with the analysis of activities and skills acquired, and finally, a conclusion will be drawn in which is made a little personal reflection of the work done as well as major contributions we receive and we left in the offices where we staged. The acquisition of skills, technical skill, planning and decision making towards complex and unpredictable situations, in the context of emergency department and intensive care unit, was a gain on the approach to critical patients. These behaviors lead us to greater autonomy, a higher quality care and greater social visibility, essential for the development of the profession.

Professora Patrícia Coelho, orientadora, pelo
interesse, pelo apoio, pela ajuda e disponibilidade na
elaboração deste relatório. Também á minha filha e ao meu
marido por compreenderem a minha constante ausência.

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CDCP – Center for Disease Control and Prevention

CHCB – Centro Hospitalar Cova da Beira

CVC - Cateter Venoso Central

DGS – Direcção Geral de Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG - Electrocardiograma.

EEMC - Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

Enf.^o - Enfermeiro

ESICM - European Society of Intensive Care Medicine

FC - Frequência Cardíaca

FiO₂ – Fracção Inspiratória de Oxigénio

HIV – Vírus da imunodeficiência adquirida

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

NE – Nutrição Entérica

NP- Nutrição Parentérica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

PA - Pressão Arterial

PE – Processo de Enfermagem

PEEP – Pressão Expiratória Positiva

PVC – Pressão Venosa Central

REPE – Regulamento para o Exercício Profissional de Enfermagem

SIRS – Síndrome de resposta inflamatória sistémica

SF – Soro fisiológico

SNG - Sonda Nasogástrica

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

TA – Tensão Arterial

TAS – Tensão Arterial Sistólica

TAC – Tomografia Axial Computorizada.

TOT - Tubo Orotraqueal

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

VV – Via Verde.

ÍNDICE

0- INTRODUÇÃO -----	9
1 – ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA -----	13
1.1- ANÁLISE DOS OBJECTIVOS DELINEADOS, DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS, E DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS PARA O SERVIÇO DE URGÊNCIA-----	14
2 - ESTÁGIO NO SERVIÇO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS -----	34
2.1 - ANÁLISE DOS OBJECTIVOS DELINEADOS, DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS, E DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS PARA A UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS-----	36
2 – CONCLUSÃO. -----	56

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

Anexo I – Caracterização do Serviço de Urgência

Anexo II – Caracterização do serviço de Unidade de Cuidados Intensivos

Anexo III – Artigo de Revisão – “Comunicar no mundo do silêncio”.

Anexo IV – Plano da Sessão e diapositivos da Acção de Formação: Bisturi

Eléctrico no Serviço de Urgência.

Anexo V – Artigo de Revisão – “Drenagem torácica”.

Anexo VI – Plano da Sessão e diapositivos da Acção de Formação: Drenagem

torácica na Unidade de Cuidados Intensivos.

0 - INTRODUÇÃO

Este relatório insere-se na proposta metodológica do processo ensino/aprendizagem no âmbito de uma unidade curricular única, o estágio.

A sua elaboração está de acordo com os pressupostos da reforma de Bolonha, pois impulsiona um trabalho de auto-reflexão, direccionado para a auto aprendizagem focalizada no aluno, tornando-se por isso imperativo para a promoção dos possíveis melhoramentos científico-pedagógicos, inerentes à substituição do anterior modelo “tradicional” pelo modelo baseado no desenvolvimento de competências. Assim, apesar da complexidade que a alteração de padrões operada por uma adaptação da dimensão que a reforma de Bolonha obriga, permite também a conquista de um modelo de aprendizagem mais eficaz e adaptado à sociedade actual, dinâmica e desafiadora que exige uma aprendizagem permanente.

A escolha do título do relatório, “ cuidar com qualidade e competência”, prende-se precisamente com essa aprendizagem permanente que nos leva a frequentar este e outros cursos, para podermos, de uma forma contínua, elevar a qualidade dos nossos cuidados, com a competência que nos dignifica.

Este relatório está inserido no III Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Pólo das Beiras.

Segundo o Grande Dicionário Enciclopédico (2000, pág.1818), relatório é “a exposição escrita e minuciosa relativa a um assunto (...) narração escrita e circunstanciada dos factos ocorridos (...)”. O relatório que se elabora não é mais do que a produção escrita de todas as actividades desenvolvidas, competências adquiridas, situação/problema detectados e a sua possível resolução. Funciona como fonte de informação, comunicação e instrumento de reflexão relativo a todo o trabalho desenvolvido durante o estágio. Como tal, pretende-se através da elaboração deste documento, fazer uma exposição clara, objectiva e honesta dos factos e das actividades desenvolvidas, tendo em conta os objectivos traçados para o estágio.

É impossível exprimir, através deste documento escrito todo o proveito obtido, todas as situações importantes de aprendizagem, todos os momentos de relação interpessoal criados, com os profissionais das equipas ou com os doentes ao nosso cuidado. Não seria correcto, nem verdadeiro assumir que este relatório traduzirá tudo em absoluto. Descreverá unicamente e de forma sucinta, as actividades que desempenhámos, as competências técnicas, científicas e relacionais que adquirimos e seu proveito para a nossa prática diária. É uma reflexão sobre a prática e sobre situações que de algum modo foram mais marcantes, contextualizando todos estes aspectos na consecução dos objectivos propostos.

Este relatório é um importante elemento de apreciação do trabalho desenvolvido ao longo de todo o estágio; é também uma matriz de avaliação e cogitação do trabalho realizado no âmbito de Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência.

Os objectivos que pretendemos alcançar com a realização do relatório são:

- ✓ Descrever as actividades desenvolvidas ao longo dos estágios, situando-as no contexto de trabalho numa Unidade de Cuidados Intensivos e de um Serviço de Urgência.
- ✓ Analisar a consecução das competências técnicas, relacionais e científicas adquiridas durante os estágios.
- ✓ Avaliar as competências técnicas, relacionais e científicas adquiridas durante os estágios.
- ✓ Servir como instrumento de avaliação para a obtenção do grau de Mestre.

A metodologia utilizada para a execução deste relatório baseia-se no método descritivo, através da descrição das actividades desenvolvidas e no método analítico, através da análise e da fundamentação baseada nos conhecimentos pedagógicos adquiridos durante a parte teórica do curso assim como no relato das experiências adquiridas ao longo do estágio e na pesquisa bibliográfica que tivemos necessidade de fazer.

A estrutura deste relatório encontra-se dividida em três partes. À primeira parte concerne a presente introdução, onde é feita uma breve apresentação das razões que estiveram na origem do presente relatório e uma breve referência aos diferentes módulos de estágio, locais e datas onde foram realizados, assim como as actividades desenvolvidas nesses mesmos estágios. Também os objectivos elaborados e a metodologia usada para a sua concretização constam desta primeira parte. Na segunda parte consta a análise dos objectivos delineados para os referidos estágios conjuntamente com a análise das actividades desenvolvidas e das competências adquiridas e por último, será elaborada uma conclusão na qual é feita uma pequena reflexão pessoal do trabalho realizado, assim como principais contributos que recebemos e deixámos nos serviços onde estagiámos.

No plano curricular do referido curso estão contemplados três módulos de estágio: o módulo I que corresponde ao Serviço de Urgência (SU); o módulo II ao Serviço de Cuidados Intensivos (UCI) e o módulo III que é opcional. Neste relatório apenas são contemplados dois módulos (módulo I e módulo II), uma vez que tivemos creditação ao módulo III, que corresponde ao estágio de Bloco Operatório (BO), onde foram reconhecidas competências já adquiridas, por diariamente e durante catorze anos, realizarmos actividades inerentes ao enfermeiro de Bloco Operatório.

Podemos definir enfermagem perioperatória como um conjunto de conhecimentos teórico/práticos utilizados pelo enfermeiro do BO. Ao fazer uso destes, juntamente com a aplicação do Processo de Enfermagem (PE), este enfermeiro reconhece as necessidades do doente, planeia e avalia os cuidados a prestar.

Num serviço de Bloco Operatório as actividades realizadas e as competências desenvolvidas, são todas as actividades inerentes às competências do enfermeiro de transfere, circulante, instrumentista, anestesista e do enfermeiro da Unidade de Cuidados Pós

Anestésicos (UCPA). Com o decorrer dos anos e com o ganho em experiência e conhecimentos técnico-científicos, desenvolvemos também competências no âmbito da coordenação na ausência do Enf.º Chefe. Assim, diariamente, acolhemos o doente, esclarecemos dúvidas e dissipamos medos. Prevemos, organizamos, gerimos e controlamos a instrumentação para que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para todos. Somos responsáveis pelo comportamento dos outros em relação à manutenção da técnica asséptica cirúrgica. Conferimos e contabilizamos todo o material existente no início, durante e no fim da intervenção. Desenvolvemos a nossa acção à volta do doente e equipa cirúrgica.

A nossa competência e os nossos conhecimentos das técnicas cirúrgicas permitem-nos prever e antecipar-nos às necessidades da equipa. Conhecemos as diferentes técnicas anestésicas, os factores que influenciam a sua escolha, a acção e mecanismo de interacção dos fármacos utilizados e o funcionamento de todo o equipamento necessário à anestesia.

Também somos responsáveis pelo doente, numa fase de grande dependência, pelo que nos são exigidos uma observação, vigilância intensiva e capacidade de despiste de sinais, sintomas e complicações que possam surgir. Estamos aptos a actuar em situações de urgência e emergência. No pós-operatório, na UCPA, para além de fazermos uma vigilância intensiva aos sistemas circulatório, respiratório e neurológico, estamos atentos à prevenção e tratamento da dor, integridade cutânea, e reconhecemos e actuamos prontamente nas complicações pós-operatórias e pós-anestésicas que possam ocorrer.

As nossas funções destinam-se a todos os tipos de doentes, quer a nível etário, quer a nível das diferentes patologias. Crianças, jovens, adultos e idosos são submetidos a intervenções cirúrgicas, emergentes, urgentes e programadas.

Os outros dois módulos de estágio acima referidos, decorreram no Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), no Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos, com uma carga horária de 180 horas cada. O módulo I, que corresponde ao Serviço de Urgência, decorreu no período de 4 de Outubro com término a 30 de Novembro 2010. Tivemos como tutora de estágio a Sr.ª Enfermeira Especialista em Médico Cirúrgica, Goretti Pires. O Módulo II, que corresponde à Unidade de Cuidados Intensivos, decorreu no período de 3 de Janeiro a 28 de Fevereiro de 2011, tendo como tutor o Sr. Enfermeiro Especialista em Médico Cirúrgica, Jorge Dias. Em ambos os estágios contámos com orientação e acompanhamento da Sr.ª Professora Patrícia Coelho.

A opção recaiu nestes serviços devido à diversidade de patologias existentes e consequente necessidade de cuidados especializados, sendo portanto, uma forma de aprofundar conhecimentos e adquirir novas competências, saberes e experiências fundamentadas em evidências, afim de poder prestar cuidados mais diferenciados baseados numa enfermagem avançada.

Razões como a localização geográfica e se encontrarem dentro da mesma instituição onde exercemos a nossa actividade profissional, permitindo-nos uma maior flexibilidade de horário, contribuíram para a escolha da instituição.

A escolha do Serviço de Urgência teve por base conhecer uma realidade diferente, uma vez que é neste serviço que se efectua a primeira abordagem ao doente em estado crítico, adulto e idoso, conforme preconizado no plano de estudos do referido curso. É um serviço que recebe doentes com os mais variados diagnósticos, com problemas reais e potenciais, súbitos, urgentes e emergentes que requerem cuidados complexos, possibilitando assim o contacto com doentes de médio e alto risco.

O SU do CHCB, é constituído por uma equipa multidisciplinar e multiprofissional. Tem como objectivos a prestação de cuidados de saúde em todas as situações de urgências e emergência. Funciona 24 horas por dia como Urgência Geral Polivalente de adultos e no período das 00:00 às 08:00 horas funciona também como urgência pediátrica. Este serviço subdivide-se em áreas principais de serviços de acordo com as necessidades específicas e circuito de gestão de doentes, pelo que remetemos para anexo I a caracterização do mesmo.

A escolha do serviço de UCI teve por base a aquisição de competências na prestação de cuidados aos doentes em estado crítico. A UCI recebe doentes em falência multi-orgânica. Torna-se por isso importante que haja, uma actuação objectiva e realista, procurando também adoptar atitudes ético-deontológicas, responsabilizando-nos pelas decisões tomadas e pelos actos praticados, visando a satisfação do doente convergindo para um objectivo comum: a promoção da saúde, a prevenção de complicações, os cuidados curativos e a reabilitação.

A UCI do CHCB, localiza-se no 2º piso do edifício junto à Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC), ao BO e à UCPA. A situação e configuração arquitectónica parecem ser bastante adequadas aos propósitos específicos a que se destina, pelo que remetemos para anexo II a caracterização do mesmo.

Ambos os estágios requerem um conjunto de conhecimentos técnicos, científicos, e comportamentais que se enquadram no critério de doentes em estado crítico e por isso permitiram-nos desenvolver competências de futuro enfermeiro especialista, prestando cuidados inovadores e abrangentes, facilitando a integração de saberes de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados. Cimentámos a nossa capacidade de actuação, perante o doente de médio e alto risco, numa perspectiva holística, habilitando-nos a agir eficientemente em contextos instáveis. Detectámos algumas situações problema, e tentámos implementar estratégias para a sua possível resolução.

Com a elaboração deste relatório pretendemos avaliar a contribuição destes estágios para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional, analisando e reflectindo acerca das principais aprendizagens que nos proporcionaram, bem como das dificuldades sentidas e a forma como foram superadas.

1 – ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O primeiro campo de estágio inserido nos módulos preconizados pelo ensino clínico decorreu no SU do CHCB. Este estágio está inserido no III Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Pólo das Beiras. Com início a 4 de Outubro e término a 30 de Novembro de 2010, fez um total de 180 horas de contacto com o doente. Contámos com a colaboração da Sr.^a Enfermeira Especialista em Médico Cirúrgica, Goretti Pires como tutora de estágio e com a orientação da Sr.^a Professora Patrícia Coelho.

O SU é constituído por uma equipa multidisciplinar e multiprofissional, funciona 24 horas por dia como Urgência Geral polivalente de adultos e no período das 00:00 às 08:00 horas funciona também como urgência pediátrica. Tem como objectivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgências, que segundo a Direcção Geral de Saúde (Rede de referência Hospitalar de Urgência/Emergência, 2001, pag 7) são todas as situações clínicas de instalação súbita desde não graves até graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais; e emergências que segundo a mesma fonte, são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais.

Os SU, segundo Macphail (2001), têm por finalidade promover uma abordagem correcta das vítimas de acidente ou doença súbita.

A prestação de cuidados no SU do CHCB, enquadra-se numa perspectiva sistémica e holística, valorizando a pessoa humana na sua totalidade, com respostas e necessidades eventualmente diferentes e multifacetadas. É neste serviço que se efectua a primeira abordagem ao doente em estado crítico, adulto e idoso. Neste sentido adquirimos e desenvolvemos competências técnico-científicas e relacionais de acordo com situações específicas.

Durante o período de estágio pretendeu-se que, para além da aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos, fosse adquirida também mais experiência, pois estes doentes requerem dos profissionais um conjunto de conhecimentos técnicos, científicos e comportamentais que se enquadram no critério de doente em estado crítico, permitindo-nos assim desenvolver competências inerentes às do Enf.^o Especialista, prestando cuidados inovadores e abrangentes, facilitando a integração de saberes de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados.

1.1-ANÁLISE DOS OBJECTIVOS DELINEADOS, DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS, E DAS COMPENTÊNCIAS ADQUIRIDAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Neste capítulo, para uma melhor sistematização do presente relatório, vamos analisar cada objectivo pré-definido, fazendo uma retrospectiva de todas as actividades desenvolvidas e tiramos conclusões acerca da consecução das metas que lhes estão inerentes. De forma resumida podemos dizer que foram definidos os objectivos, sendo estes atingidos com o desenrolar do estágio, permitindo e potenciando a aquisição de um corpo de conhecimentos técnicos e científicos, baseados numa perspectiva avançada.

1- OBJECTIVO GERAL

Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área da EEMC.

1.1-Objectivo Específico

Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada.

Actividades desenvolvidas

- ✓ Fizemos uso de uma aprendizagem que nos permitiu a aquisição de competências ao longo da vida, de um modo autónomo e auto-orientado.
- ✓ Aplicámos conhecimentos adquiridos durante o curso base, a prestação de cuidados e a formação pós graduada. Analisámos os tempos de actuação nas várias fases de atendimento em determinadas patologias como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM).
- ✓ Promovemos momentos de reflexão crítica sobre a prática dos cuidados de enfermagem observados/prestados durante o estágio, quer de forma individual, quer em partilha com a equipa multidisciplinar em relação ao doente politraumatizado.
- ✓ Pesquisámos de forma contínua e autónoma informação pertinente, acerca da área de EEMC, bem como dúvidas surgidas durante o decorrer do estágio.
- ✓ Estivemos sempre receptivos para aprender temas e assuntos novos ao longo de todo o estágio.

Define-se via verde (VV) como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito nas fases pré, intra e inter

hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações.

As VV são essenciais não só para melhorar a acessibilidade, como para permitir um tratamento mais eficaz e precoce, pois o factor tempo, entre o início dos sintomas, o diagnóstico e o tratamento é fundamental para a redução da mortalidade.

A linha de acção da VV é feita através de uma detecção precoce da sintomatologia e uma actuação rápida e em consonância.

No SU tivemos oportunidade de contactar com a VV coronária. O EAM resulta de uma obstrução brusca e total duma artéria coronária, privando a circulação a uma determinada zona do músculo cardíaco e ocasionando morte celular. Esta situação não está directamente relacionada com o esforço podendo mesmo surgir quando o doente está em repouso.

Triámos inúmeras vezes, doentes que recorreram ao SU, com sintomatologia como sensação de desconforto torácico, dor pré-cordial com irradiação para o pescoço e membro superior esquerdo, sem qualquer factor de alívio ou agravamento, angústia, ansiedade, agitação, náuseas, vômitos e suores, por vezes ventilação difícil e pulso rápido, fraco e irregular. Tivemos como objectivo manter um ambiente tranquilo junto destes doentes e reforçar a confiança. Evitámos ao máximo qualquer tipo de movimento por parte do doente. Mantivemos a temperatura corporal. Vigiámos funções vitais e verificámos se tomava alguma medicação específica.

Assim que, através dos sinais e sintomas obtivemos um diagnóstico conclusivo, activámos imediatamente a VV coronária. O mais rapidamente possível efectuámos colheita de sangue para enzimologia cardíaca e encaminhámos o doente para electrocardiograma (ECG). Nos casos em que houve confirmação de EAM, encaminhámos o doente para que lhe fosse feita fibrinólise. Consequentemente fizemos uma avaliação pormenorizada e exaustiva da repercussão deste tratamento devido às consequências que podem advir (paragem cardiorespiratória).

Também no SU do CHCB está implementada a VV dos AVC. O AVC resulta da diminuição ou ausência do fluxo de sangue e, conseqüentemente, de oxigénio ao nível dos tecidos das estruturas encefálicas. O objectivo terapêutico na fase aguda do AVC isquémico é o da reperfusão da artéria ocluída por meios farmacológicos, permitindo a reperfusão dos territórios cerebrais em risco e conseqüente reversibilidade das lesões provocadas pela oclusão arterial.

Os sinais de alarme são: perda súbita de força ou sensibilidade num membro superior, alterações na fala e a chamada boca ao lado.

Sempre que triámos doentes com esta sintomatologia e com inicio conhecido até 6 horas antes, accionamos imediatamente a VV dos AVC.

Também aqui tivemos a preocupação de reduzir a tensão emocional, manter um ambiente tranquilo, incutir confiança, promover o estímulo cerebral, manter a via aérea permeável, desapertar as roupas ao nível do pescoço, tórax e abdómen, colocar o doente numa posição confortável de acordo com o seu grau de consciência, manter a temperatura

corporal e vigiar as funções vitais. Efectuámos de imediato colheita de sangue e encaminhámos o doente para realização de Tomografia Axial Computorizada (TAC) craneo-encefálica. Sempre que se confirmou tal diagnóstico fizemos encaminhamento do doente para realizar imediatamente tratamento farmacológico, que consiste na desobstrução arterial (trombolise) em tempo útil (inferior a seis horas).

Tivemos conhecimento que a Via Verde da Sepsis (VVS) está em fase embrionária no CHCB.

Tal como para o AVC e o EAM, existe para a Sépsis um conjunto de atitudes que, se realizadas numa fase precoce da doença, reduzem a morbilidade e consequentemente a mortalidade. Estas atitudes incluem a identificação e estratificação rápidas do doente, a utilização de antibioterapia adequada e de estratégias de ressuscitação hemodinâmica guiada por objectivos.

A implementação de um protocolo terapêutico de Sépsis permite, não só diminuir a mortalidade, mas também uma redução substancial dos custos para as instituições.

Torna-se também evidente que um forte investimento em formação adequada é basilar para o sucesso deste tipo de sistemas. A implementação do processo implica a realização de formação dirigida. O curso de VV da Sepsis para enfermeiros, foca o processo de triagem, de identificação de suspeita de Sepsis e dá a conhecer o algoritmo do tratamento.

No CHCB fizemos identificação e estratificação destes doentes que consistiu na avaliação sistemática de todos doentes que recorreram ao SU, no momento da triagem geral inicial, nomeadamente da Triagem de Prioridades (Manchester), e pelo que constatámos, quando for implementada a VV da Sepsis, os seus critérios não substituem a Triagem de Prioridades (Manchester), antes são aduzidos a esta.

Ao fazermos triagem de prioridades, na presença do tutor, identificámos por vezes suspeitas clínicas de infecção, avaliámos de forma obrigatória a frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura corporal, critérios de síndrome de resposta inflamatória sistémica (SIRS). Aos doentes com uma queixa sugestiva de infecção e pelo menos dois critérios de SIRS (frequência cardíaca superior a 90 bpm, frequência respiratória superior a 20 cpm e temperatura corporal inferior a 36°C ou superior a 38°C) atribuímos uma cor de forma a haver uma reavaliação rápida do doente por um médico do SU, com o objectivo de confirmar a suspeita clínica de infecção e avaliar se existe hipoperfusão grave (traduzida por hipotensão (Tensão Arterial Sistólica-TAS<90mmHg) ou hiperlactacidemia (>4mmol/l).

Os dois objectivos fundamentais são a administração de antibioterapia adequada e a optimização da entrega tecidual de oxigénio.

A Via Verde do Trauma (VVT) ainda não está implementada no CHCB. No entanto podemos dizer que os doentes politraumatizados (na sua maioria vítimas de acidentes de viação ou de trabalho) usufruem de um rápido atendimento e tratamento em tempo útil e com uma resposta eficaz, evitando tempos de espera e possíveis sequelas. Para que o tratamento ao doente politraumatizado seja bem sucedido, é necessário que a actuação dos profissionais de saúde se faça segundo prioridades de actuação, de acordo com o grau de gravidade das

lesões, seguindo uma abordagem e avaliação sequenciada e pormenorizada. O doente politraumatizado deve ser considerado potencialmente grave, pelo que, a primeira abordagem é fundamental para a sua estabilização. Assim, uma avaliação inicial torna-se fulcral na tomada de decisões e como tal deve ser feita por pessoal competente e qualificado para um atendimento adequado.

Fizemos sempre uma avaliação do politraumatizado em duas fases diferentes, numa primeira fase através do exame primário e posteriormente através do exame secundário. Na avaliação primária tentámos identificar lesões que comprometessem a vida do doente, e orientámo-nos segundo as cinco etapas e a sua ordem de prioridade (A- Via aérea e controle da coluna cervical, B- Ventilação, C- Circulação com controlo de hemorragia externa, D- Disfunção neurológica, E- Exposição com controlo da temperatura). Prestámos cuidados de carácter sequencial e hierarquizados, tendo o cuidado de não passar para o passo seguinte sem o actual estar estabilizado.

Após a abordagem primária e secundária ao doente politraumatizado, e para que se possa fazer um diagnóstico correcto, foi necessário recorrer a Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) pelo que acompanhámos doentes instáveis à realização de TAC, muitas vezes com necessidade de monitorização contínua.

Tivemos sempre presente a importância de o doente se manter imobilizado com colar cervical e prancha longa rígida em todos os procedimentos, até ao despiste ou confirmação de qualquer patologia.

Após a realização dos MCDT foi necessário fazer a transferência dos doentes para outros serviços mais específicos. Fizemos o acompanhamento desses doentes à UCI, à Unidade de AVC e ao BO, transmitimos aos colegas informações pertinentes relacionadas com a situação clínica dos doentes. Em alguns casos tivemos necessidade de manusear drogas de emergência para a estabilização do doente até à chegada ao serviço.

A melhoria da acessibilidade aos doentes, na fase aguda deste tipo de doenças aos cuidados médicos mais adequados, de diagnóstico e tratamento, poderá conduzir a ganhos de saúde traduzidos na redução da morbilidade e da mortalidade. Nesta medida, os cuidados de enfermagem mostram-se indispensáveis à sobrevivência do doente e contribuem para a redução da incidência de complicações. Como nos refere Morais (2004), não basta apenas ter experiência cronológica, é fundamental uma atitude de reflexão e actualização constante para o trabalho que se realiza.

O conceito de enfermagem avançada como o conceito de “Enfermagem com mais enfermagem”, é defendido por Silva (2007), cujo sentido significa para o autor, “maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal, baseado em teorias de enfermagem que têm por “Core” o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas; e mais competências de tomada de decisão”.

Uma boa triagem e um bom despenho da nossa parte levam a um bom desfecho da situação. Tendo por base o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e

analisando o papel do enfermeiro como detentor de uma profissão autónoma e interdependente, este tem de reconhecer a sua autonomia na prestação de cuidados. Esta autonomia passa pelo despiste precoce e intervenção imediata sempre que se depare com situações que possam colocar em risco a vida dos doentes, onde estão incluídas as funções vitais como respiração e circulação, sempre com o objectivo de atingir a excelência no seu exercício profissional.

O enfermeiro, na perspectiva de advogado do doente tem a obrigação de zelar por ele em todos os procedimentos que efectua. O saber e a intuição na prática de enfermagem envolvem um reconhecimento experiente prévio e a detecção de alterações clínicas.

Competências adquiridas

Avaliámos a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada assim como demonstrámos um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC. Reflectimos na e sobre a nossa prática, de forma crítica. Tomámos iniciativas e fomos criativos na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC.

1.2-Objectivo Específico

Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

Actividades desenvolvidas

- ✓ Promovemos a construção contínua de um “Eu” profissional cada vez mais completo, mostrando sempre receptividade para aprender temas e assuntos novos.
- ✓ Identificámos por prioridades o circuito do doente na triagem de Manchester.
- ✓ Adquirimos informação acerca da área da especialidade e das dúvidas surgidas em estágio, tal como uma ferramenta de gestão operacional utilizada no SU denominada ALERT.
- ✓ Esclarecemos dúvidas junto do tutor de estágio.

Foi no SU que tivemos o primeiro contacto com a aplicação ALERT. Esta aplicação é uma ferramenta de gestão operacional, baseada em tecnologia *touchscreen*. Foi concebida de forma a adaptar-se ao perfil de cada utilizador e aos diferentes ambientes de trabalho, possibilitando o registo e acesso à informação em tempo real. O acesso a esta aplicação faz-se através da autenticação biométrica e nome do utilizador ou número mecanográfico. Cada

profissional tem acesso aos registos clínicos dos doentes segundo as permissões definidas para o seu perfil.

O cabeçalho de cada episódio, apresenta a identificação do doente com fotografia, sexo, idade, localização, diagnóstico em avaliação, médico e enfermeiro que atenderam o doente, data e hora de chegada, tempo que esteve no hospital, existência de directivas anteriores e outras circunstâncias especiais. Há uma Impressão de códigos de barras em pulseiras, para identificar doentes, e em etiquetas de tubos de análise, para identificar as amostras.

Existe assim, a possibilidade de localizar determinado doente em qualquer altura. Este sistema foi considerado um dos factores que contribuiu para a excelência dos cuidados prestados pelos serviços de saúde (hospitais, centros de saúde).

Desde o dia 18 de Maio de 2005, que a aplicação ALERT está a funcionar no SU do CHCB. Na nossa opinião é uma ferramenta informática importante. Representa um inquestionável meio que veio melhorar significativamente a circulação e a forma de tratamento do doente no SU. Para nós, profissionais, facilita e agiliza o nosso trabalho, quanto ao doente oferece-lhe a segurança de que todos os seus dados ficam devidamente registados. Um doente que recorra mais vezes ao SU, fica com toda a sua informação clínicas registada, o que permite aceder de imediato ao seu historial clínico.

Através da aplicação ALERT há uma redução do tempo de triagem assim como do tempo decorrido entre a triagem e a primeira observação médica. Há também uma redução do tempo decorrido entre a prescrição e a administração de medicação o que é muito benéfico para o doente. Assim como também traz benefícios em termos de tempo na visualização de resultados de MCDT. Percebemos também que esta aplicação fomenta um ambiente de trabalho mais cooperativo.

Durante o período de estágio no SU tivemos oportunidade de trabalhar com a aplicação ALERT. Através desta, visualizámos a informação clínica de cada doente, tal como problemas, medicação e alergias. Registámos em grelha apropriada o resultado da avaliação de sinais vitais, cuidados de enfermagem prestados, procedimentos, administração medicamentosa, ensinamentos de enfermagem, tratamentos e outros aspectos da gestão da doença como a atribuição da alta de enfermagem e elaboração da respectiva carta.

Fizemos uso desta aplicação para fornecer informação imediata e fidedigna aos familiares dos doentes.

Porque as decisões que tomamos afectam a saúde do doente, ao manter um registo de saúde completo, actualizado e de fácil acesso, estaremos a desempenhar um papel mais activo em relação ao estado de saúde/doença de cada doente. O sistema ALERT permite reunir num único local informação variada sobre o doente, passada e presente, tornando simples o acesso aos dados e contribuindo até para evitar gastos supérfluos na repetição desnecessária de exames de rotina.

De facto, o acelerado ritmo de desenvolvimento científico e tecnológico registado nas últimas décadas tem vindo a provocar profundas e sucessivas reestruturações nas unidades de

saúde, o que justifica uma maior aposta na qualificação dos recursos humanos, no sentido de possibilitar uma maior capacidade de adaptação à mudança. Na nossa opinião estas novas tecnologias, possivelmente serão o futuro das instituições de saúde, permitindo através do enriquecimento pessoal e profissional uma maior responsabilização e uma maior capacidade de resposta relativamente aos problemas que ocorrem no quotidiano do trabalho.

NO SU também contactámos com o Sistema de Triagem de Manchester. Este sistema está testado internacionalmente e em funcionamento em vários Hospitais Portugueses. Está acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos (OM), Ordem dos Enfermeiros (OE) e é entendido como mais um passo, no sentido de melhor atender quem recorre a um SU, no qual se exige rapidez, na proporção da gravidade.

Para entender a utilidade da Triagem de Manchester, é importante ter em consideração que a missão de um SU é o atendimento das situações classificadas entre o vermelho e o amarelo (emergente e urgente), representativas de situações de risco para a saúde, pelo que, quanto mais grave é a situação clínica mais rápido deve ser o atendimento. Este sistema permite-nos, uma rápida identificação dos doentes que recorrem ao SU, classificar a gravidade da situação de cada doente que recorre a esse serviço e atender, em primeiro lugar, os doentes mais graves e não necessariamente quem chega primeiro.

O objectivo desta metodologia não é fornecer um diagnóstico mas sim uma prioridade clínica no atendimento dos doentes.

Existem 5 cores, cada uma representa um grau de gravidade e um tempo de espera recomendado para o doente ser submetido a observação médica. Aos doentes com patologias mais graves é atribuída a cor vermelha, que corresponde a um atendimento imediato. Os casos muito urgentes recebem a cor laranja, com um tempo de espera recomendado de dez minutos. Os casos urgentes, com a cor amarela, têm um tempo de espera recomendado de 60 minutos. Os doentes que recebem a cor verde e azul são casos de menor gravidade (pouco ou não urgentes) e como tal, provavelmente não serão atendidos no espaço de duas a quatro horas, respectivamente, após o atendimento dos doentes mais graves.

Efectuámos triagem de doentes, na presença do tutor, tendo por base o modelo de Manchester e usando a plataforma informática. Após efectuar a inscrição na Admissão de Doentes, o doente é encaminhado para o gabinete de triagem, onde é submetido a uma observação prévia feita por nós. Seleccionámos um quadro de sintomatologia de entre 35 pré definidos e utilizando fluxogramas, procurámos identificar um conjunto de sinais e/ou sintomas que discrimine a prioridade clínica no atendimento desse doente. Cada conjunto de sinais e/ou sintomas funciona como discriminador e está associado a uma cor que traduz o nível de prioridade de atendimento do doente, assim como a um tempo de espera recomendado, até à primeira observação médica.

Em muitos casos fizemos avaliação de parâmetros vitais, temperatura timpânica, glicemia capilar, batimentos cardíacos e saturação periférica de oxigénio. O primeiro critério de gravidade que se verificar é aquele que ficará registado e ditará a cor atribuída e consequentemente, a prioridade do atendimento. Depois de efectuada a triagem, colocámos

uma pulseira ao doente com um código de barras identificador, cuja cor é atribuída de acordo com a sua situação clínica.

Tivemos sempre consciência do quanto era importante uma correcta interpretação das informações fornecidas pelo doente.

Pensamos que, com a triagem de Manchester e com a conjugação de esforços de todos os profissionais de saúde, pode-se oferecer mais e melhores cuidados, correctamente dirigidos, a quem deles necessita. Teixeira (2006) refere que, a triagem realizada por enfermeiros contribui para aumentar a humanização do acolhimento do doente e família, permitindo estabelecer uma boa relação entre enfermeiro/doente podendo deste modo, atenuar sentimentos como a ansiedade, a agressividade ou a impaciência do doente e família e contribui para dignificar a imagem da enfermagem.

Competências adquiridas

Demonstrámos compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência, assim como capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar. Tomámos decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas. Demonstrámos conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família. Desenvolvemos uma metodologia eficaz na assistência ao doente.

2-OBJECTIVO GERAL

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 EEMC.

2.1 Objectivo específico

Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Actividades desenvolvidas

- ✓ Fizemos uma visita guiada para conhecer a estrutura física do SU.
- ✓ Conhecemos a equipa multidisciplinar e em particular a equipa de enfermagem do SU.

- ✓ Observámos a dinâmica da equipa multidisciplinar e interdisciplinar; assim como estabelecemos e mantivemos relações de trabalho construtivas com os vários elementos da equipa, valorizando os papéis de cada um.

O SU do CHCB é constituído por uma equipa multidisciplinar e multiprofissional. Tem como objectivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações de urgências e emergência. O método de trabalho utilizado pela equipa multidisciplinar é o método individual. Cada enfermeiro fica responsável por uma área, prestando todos os cuidados necessários, tendo em conta uma visão holística do doente. Contudo, existe relação de inter-ajuda por parte da equipa, em casos de necessidade.

Pretendemos desde o início fazer uma adaptação e integração na equipa multidisciplinar, na expectativa de melhor prestar cuidados. Estabelecemos uma boa relação com toda a equipa de saúde assim como uma relação empática com os doentes, desenvolvendo uma escuta activa e uma relação de ajuda. Mantivemos sempre diálogos saudáveis com todos.

A comunicação esteve presente em todos os momentos e em todas as actividades. É indiscutível a sua importância na sociedade ao permitir a interacção quer com os elementos da equipa multidisciplinar, quer com os doentes. "Conhecer o doente" pode ser considerado um conceito central na tomada de decisão terapêutica na prática clínica (Radwin 1996). Pode ser visto como um processo de compreender e tratar o doente como uma pessoa única.

Acreditamos ter conseguido um bom trabalho de grupo com a equipa multidisciplinar, partilhando activamente os cuidados de saúde e respeitando sempre opiniões e experiências, normas e regulamentos do serviço, facilitando um ambiente de trabalho agradável e saudável.

Competências adquiridas

Demonstrámos capacidade de trabalhar na equipa multidisciplinar de uma forma adequada. Mantivemos de uma forma contínua e autónoma o nosso próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

2.2 Objectivo específico

Identificar as necessidades formativas na área da EEMC.

Actividades desenvolvidas

- ✓ Trabalhámos activamente com o tutor de enfermagem.

- ✓ Diagnosticámos problemas e planeámos intervenções lógicas e resolutivas dos mesmos.
- ✓ Executámos registos das actividades desenvolvidas.
- ✓ Identificámos necessidades formativas e colaborámos na operacionalização do plano de formação do serviço, fizemos formação para utilização da electrocoagulação, princípios de funcionamento assim como riscos e prevenção dos mesmos.
- ✓ Sugerimos áreas de intervenção que beneficiem da formação pela reflexão tais como a colheita de sangue para hemoculturas e a colocação de torneiras de três vias.

A avaliação dos sinais vitais, nomeadamente tensão arterial (TA) e pulso, é uma constante no SU. A mesma manga de avaliação de tensão arterial passa constantemente de doente para doente sem haver uma limpeza e/ou desinfecção ou substituição da mesma. Identificámos aqui uma **situação problema**. Após diálogo com a enfermeira tutora percebemos que este comportamento prende-se com o facto de existirem poucas mangas de tensão arterial no serviço e também devido ao acréscimo de trabalho por parte dos profissionais.

Adoptámos como estratégias certos procedimentos tais como; começarmos a fazer sempre limpeza e quando necessário, desinfecção da manga de TA em cada utilização e dialogámos de modo informal com os colegas, o porquê da nossa atitude. Pensamos que foi produtivo o diálogo e a atitude que tomámos, pois já há vários colegas a adopta-la.

Os objectivos da lavagem são: reduzir a carga microbiana, diminuir a sujidade, proteger o profissional e o doente e proteger o material da corrosão. De acordo com a definição clássica de Spaulding (1968) os artigos médico-hospitalares, didaticamente podem ser classificados em: críticos, semicríticos e não críticos. Esta classificação é realizada conforme o grau de contacto do artigo com o organismo humano. São indicados métodos com capacidade progressiva de descontaminação e processamento para que a sua utilização seja realizada com segurança. Segundo esta classificação, a manga de pressão arterial faz parte dos artigos não críticos que estão em contacto com a pele integra do doente e a simples limpeza pode ser suficiente. Quando há sujidade abundante o material não críticos pode requerer desinfecção.

Outra **situação problema** que detectámos e na qual reflectimos, foi relativamente ao reduzido número de torneiras de três vias que é colocado. Nem todas as situações justificam tais gastos. Mas sempre que o doente vai permanecer mais tempo no SU, vai ser transferido para uma valência de medicina ou especialidades, para um serviço de internamento ou para o BO é sempre uma mais-valia a colocação deste dispositivo.

Os enfermeiros na prestação de cuidados utilizam diversos tipos de objectos perfurantes e cortantes, constituindo assim um risco ambiental/mecânico para a profissão.

Cabete (2000), refere que os serviços de saúde ao serem frequentados por uma população doente ou portadora de numerosos microrganismos, são um risco constante para os profissionais de saúde, que contactam permanentemente com secreções, excreções, produtos de recolha para análise e microrganismos resistentes (estafilococos áureos, escherichia coli, salmonelas), havendo riscos de infecções virais graves tais como Hepatite B, Hepatite C e

Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Uma grande diversidade de doenças infecciosas pode ser transmitida através do sangue presente nestes objectos corto perfurantes, aquando da ocorrência de acidentes com os mesmos, sendo um risco de natureza biológica para o enfermeiro (Cabete, 2000).

O Artigo 6º da Lei 100/97 de 13 Setembro define acidente de trabalho como *“Aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho e produza directa ou indirectamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte.”*

Segundo o Centre for Disease Control and prevention (2000) deve-se evitar o uso de agulhas quando existem alternativas seguras e eficazes como por exemplo as torneiras de três vias. A colocação de uma torneira de três vias é uma mais-valia para nós, profissionais de saúde, é uma forma de manipular cada vez menos agulhas e com isso diminuir cada vez mais os acidentes por picada e todos os inconvenientes, problemas de saúde para os profissionais e gastos que daí advêm.

A estratégia em nos apoiámos foi desenvolvida da seguinte forma; sempre que o diagnóstico do doente nos fazia prever que iria permanecer mais tempo no SU, ou iria ser transferido para o internamento ou para o BO, quando cateterizávamos uma veia para medicação ou colheita de sangue, colocávamos sempre uma torneira de três vias. Fomos conversando de modo informal com os colegas sobre os benefícios que a colocação de torneiras de três vias pode trazer para todos os profissionais de saúde, assim como para o doente. Sentimos que concordavam. Vários colegas também já adoptaram este procedimento. Ficamos satisfeitos quando os doentes que chegam ao BO (serviço onde trabalhamos), provenientes do SU já trazem esse dispositivo, que nos protege, facilita e agiliza o trabalho.

Detectámos no SU uma outra **situação problema** no que diz respeito aos elementos da equipa destacados para a sala de emergência.

A equipa de trauma deverá ser constituída por um team leader, um anestesista, um enfermeiro de anestesia, um médico residente, dois enfermeiros e por um técnico de radiologia e um assistente operacional, onde cada elemento desempenha tarefas específicas (Skinner [et al], 2001).

Para haver uma actuação rápida e eficaz nas emergências, torna-se indispensável a existência de uma estrutura adequada, quer em espaço físico, quer em recursos humanos e materiais. De acordo com Skinner ([et al], 2001), a sala de emergência consiste numa sala diferenciada para receber os doentes mais graves, independentemente da sua patologia. Esta sala deverá funcionar apenas na recepção, estabilização e reanimação do doente grave; daí que deverá ser desocupada o mais rápido possível.

Cada SU deverá ter pelo menos uma sala de emergência, que deverá ser ampla de modo a permitir a transferência do doente politraumatizado da maca de transporte, para a maca da sala de emergência. Esta deverá ser bem iluminada; as paredes e o chão devem ser constituídos por material facilmente lavável; ter um lavatório para lavagem das mãos e materiais e situar-se perto da entrada da urgência. Skinner refere ainda que cada unidade deve

ter uma rampa com oxigénio, vácuo, ar e idealmente gases anestésicos; equipamento de monitorização; ventilador; seringas e bombas perfusoras e tomadas de electricidade suplementares. Deverá ainda estar equipada por um electrocardiografo de 12 derivações; desfibrilhador manual com pace maker externo; monitor, ventilador e balas de oxigénio portáteis e kits de material cirúrgico. Deverá ter para as vítimas de trauma, plano duro para transferência, colares cervicais e talas de imobilização provisória. Material indispensável de pequeno porte e todo o material necessário para a abordagem sistematizada da vítima segundo o A B C D E, e fármacos. Segundo a mesma fonte, de modo a colmatar algumas lacunas na comunicação, a sala de emergência deve ter um intercomunicador que permita uma ligação rápida com os elementos que estão de apoio à sala, e um telefone que permita a comunicação com o resto do hospital. É ainda muito importante ter um relógio de parede, quadros fixos bem visíveis com protocolos de actuação relativamente a tabelas de cálculo de doses e necessidades hídricas.

Em todas as equipas de um SU deverá haver uma equipa de trauma fixa, com tarefas predefinidas entre os elementos. A coordenação da equipa fica a cargo de uma pessoa, o team leader, que idealmente não intervém nos actos práticos, apenas na coordenação.

No CHCB a sala de emergência tem a estrutura e o material preconizado; contudo não tem uma equipa de trauma nem equipa de enfermagem fixa, específica para dar assistência às ocorrências nesta sala. O enfermeiro da triagem realiza uma observação prévia e rápida ao doente politraumatizado e encaminha-o para a sala de emergência. É activado simultaneamente um sinal sonoro, a partir do qual se desloca o único elemento destacado para a sala de emergência e os elementos que estão disponíveis de toda a equipa de urgência. Pois não existe nenhuma equipa definida destacada. Os enfermeiros vão ocupando posições dentro do A, B ou C conforme vão chegando á sala de emergência e organizam-se. Para uma boa uniformização e actuação de enfermagem, isso não deveria acontecer.

Assim, e segundo o anterior referido, no sentido de perceber o porquê desta situação, abordámos o Enf.º Chefe relativamente ao facto de não haver destacamento de três elementos de enfermagem por turno para a sala de emergência com tarefas estabelecidas e específicas. Foi-nos comunicado que isso acontece devido ao número reduzido de enfermeiros, e que a colocação de mais elementos seria impensável. Sugerimos como estratégia escalar dois elementos, que embora já escalados noutras valências, iriam acumular essas duas funções e assim poderiam conseguir uma equipa de trauma fixa com tarefas predefinidas. O Enf.º Chefe prometeu que iria reflectir sobre o assunto.

No entender de Cunha (2000), politraumatizado define-se como, ferido que apresenta lesões múltiplas e associadas (...) originando um quadro clínico complexo, acompanhado nos casos mais graves, de falência respiratória, cardíaca e cerebral. A intervenção rápida e rigorosa por parte da equipa de urgência ao doente politraumatizado, contribui para a redução de ocorrência de morte. Toda a equipa deverá trabalhar em conjunto, com eficácia e determinação, sendo o traumatismo um “desporto” de equipa. A importância da qualidade nos cuidados de saúde tem sido mais enfatizada nos últimos anos (Arries, 2006), reconhece-se que

os profissionais da saúde necessitam de uma formação contínua para manterem e melhorarem a prática contribuindo desta forma para essa qualidade.

Detectámos uma outra **situação problema** no decorrer do nosso estágio no SU em relação ao procedimento de colheita de sangue para hemoculturas. A técnica efectuada na colheita de sangue para hemoculturas não estava em conformidade com o procedimento interno do CHCB, imanado pela Comissão de Controlo de Infecção (CCI). A desinfecção do local da colheita não era efectuada segundo o protocolo da CCI, o nº de colheitas não estava em conformidade com o procedimento e a colheita de sangue para duas hemoculturas era efectuada numa única punção.

Perante o facto observado, falámos com a nossa tutora no âmbito de se efectuar sensibilização para a aplicação correcta do procedimento. Tivemos o seu apoio. Adoptámos como estratégia transmitir informação de forma informal, muitas vezes após as passagens de turno sobre o modo correcto do procedimento, dando a conhecer a existência de protocolos existentes e imanados pela CCI. Verificámos mudanças nos procedimentos dos profissionais, adequando o procedimento ao protocolo.

A taxa de infecção hospitalar é um dos indicadores/ índices de avaliação da qualidade hospitalar. As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são consideradas a maior causa de morbilidade em termos hospitalares. Uma taxa elevada de IACS evidencia uma má qualidade na prestação de cuidados de saúde e leva a gastos evitáveis. Vários factores contribuem para a frequência de IACS. Doentes imunodeprimidos, submetidos a exames ou terapêuticas invasivas, assim como o ambiente hospitalar podem facilitar a transmissão de microrganismos entre doentes.

Encontramos uma outra **situação problema** no SU, no que se refere ao local onde são efectuados os pensos e tratamentos aos sábados, domingos e feriados, nos doentes provenientes dos centros de saúde e consulta externa. O local onde são efectuados esses tratamentos, não tem lavatório para fazer lavagem e desinfecção das mãos ao passar de doente para doente, ou quando as circunstâncias assim o exigem. Em diálogo com a enfermeira tutora, percebemos que foi uma sala improvisada para o efeito e que até á data, ainda continuam a ser realizados aí os referidos tratamentos.

A equipa, debatendo-se muitas vezes com a falta de tempo e com o número de profissionais reduzido, apenas faz desinfecção das mãos com anti-séptico, sem antes procederem à sua lavagem, mesmo que a situação assim o exija.

Na lavagem social das mãos o objectivo é manter as mãos socialmente limpas e remover os microrganismos transitórios. O Agente de limpeza é água e sabão líquido sem anti-séptico e a duração é de 30/60 segundos. Este procedimento deve efectuar-se ao iniciar e terminar o dia de trabalho, antes e depois da prestação de cuidados, antes de comer, manusear alimentos ou preparação de medicação, depois de ir ao WC, depois do contacto com roupa suja ou equipamento contaminado, imediatamente após remoção de luvas, entre contactos entre doentes, após contacto contaminantes com sangue, fluidos orgânicos ou excreções, pele não íntegra, membranas mucosas ou pensos de feridas, após contactos com

pele intacta do doente (avaliação de TA, pulso ou ajuda no levante), entre um contacto contaminante e um contacto limpo no mesmo doente, após contacto com objectos inanimados, incluindo equipamento médico, na proximidade do doente.

Na lavagem asséptica das mãos o objectivo é eliminar os microrganismos transitórios e reduzir os microrganismos residentes. O agente de limpeza é sabão líquido antimicrobiano e tem uma duração de 30/60 segundos. Em alternativa podemos realizar a Fricção higiénica, ou também designada "desinfecção das mãos sem água".

Podemos fazer desinfecção higiénica das mãos quando estas estão isentas de sujidade e/ou matéria orgânica. O agente de limpeza é a solução alcoólica, tem uma duração de 15 a 30 segundos.

Quando as mãos estão visivelmente sujas, o agente de limpeza é água e sabão líquido sem anti-séptico seguido de fricção com solução alcoólica, a duração é de 30 a 60 segundos.

A desinfecção higiénica ou lavagem asséptica das mãos deve ser feita antes de cuidar de doente imunodeprimidos, antes e depois de prestar cuidados a doentes em isolamento, antes de procedimentos invasivos, antes de procedimentos assépticos, na prestação de cuidados a doentes com estirpes multirresistentes, na presença de surtos de infecção.

Nas mãos visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou fluidos é obrigatório lavar as mãos com água e sabão líquido antes da fricção com solução alcoólica.

Assim, dialogámos com o Enf.º Chefe acerca do assunto e na impossibilidade da estrutura física não nos permitir outro espaço para a confecção de pensos aos sábados, domingos e feriados, nem de lá ser colocado um lavatório, resolvemos fazer uma reflexão e dialogar informalmente com a equipa. Esse diálogo permitiu algumas mudanças de atitudes e comportamentos pelos enfermeiros, sendo já bastante gratificante, pois o principal beneficiador destas boas práticas é o doente. Pensamos ter sensibilizado a equipa, pois mais tarde um colega fez uma acção de formação sobre o tema em questão.

È na prática do cuidar em enfermagem que as necessidades de actualização e aperfeiçoamento se manifestam, Ferreira (2005).

Deparamo-nos com outra **situação problema** em relação ao equipamento da sala da pequena cirurgia. O SU é constituído por uma sala de pequena cirurgia, devidamente equipada. Mas nas pequenas cirurgias cujas feridas se encontrem em determinadas zonas mais vascularizadas ou em situações que o cirurgião precise de utilizar electrocoagulação, o doente vai ter que se deslocar ao BO central, pelo simples facto de não existir no SU aparelho de electrocoagulação. Esse procedimento, além dos custos que acarreta á instituição, em termos psicológicos afecta negativamente o doente, pois uma ida ao SU fazer uma pequena cirurgia é completamente diferente, em termos psicológicos, do que representa uma ida a um BO central fazer a mesma cirurgia. Dialogámos com o Enf.º Chefe sobre os benefícios da utilização do aparelho de electrocoagulação quer para a equipa, quer para o doente, que se mostrou muito receptiva à ideia. Foi feita a aquisição do referido aparelho.

Realizámos uma acção de formação que teve lugar no auditório do CHCB no dia 25 de Novembro de 2010, cerca das 11 horas, com a duração de 60 minutos. Teve como

destinatários a equipa do SU do CHCB. Na referida acção de formação fizemos referência aos benefícios da electrocoagulação, mas cujo principal intuito foi, que toda a equipa envolvida na assistência a estes doentes conheça o funcionamento deste equipamento, e principalmente os riscos e prevenção dos mesmos, pois, tal como todo o material eléctrico, traz benefícios, mas também acarreta perigos para o doente e para os profissionais que dele façam uso. Remetemos para anexo III o plano da sessão e os diapositivos da acção de formação.

A equipa manifestou-se de forma positiva em relação á pertinência do tema da acção de formação, revelando vontade de conhecer o funcionamento deste equipamento, assim como os riscos e sua prevenção, actualizando assim os seus conhecimentos.

A formação em serviço assume um papel fundamental na actualização dos conhecimentos e no aperfeiçoamento da prática de enfermagem. A aposta na formação em serviço pode ser vista como alavanca para o aperfeiçoamento do exercício profissional contribuindo para a actualização dos conhecimentos, técnicas e metodologias que caracterizam a profissão de enfermagem, Gomes (1999), e a sua importância, na aquisição de competências, depende da capacidade individual de transpor para a prática os conhecimentos aprendidos.

Encontramos no SU uma outra **situação problema** no que se refere à falta de recursos em termos de material. A existência de poucos monitores cardíacos leva a uma deficiente vigilância que implica a existência de falhas ao nível do planeamento dos cuidados e da comunicação entre os profissionais envolvidos no tratamento, pois é impossível actuar precoce e adequadamente perante o doente em situação emergente quando a falta ou limitação de recursos de materiais é uma realidade.

A presença de monitores cardíacos junto dos doentes é uma realidade cada vez mais constante, pois este tipo de monitorização garante não só uma maior segurança, como a possibilidade de intervir mais rapidamente quando necessário.

Nós, profissionais de saúde, temos o dever de criar condições para que possam ser prestados cuidados de qualidade ao doente. Para dar resposta e tentar colmatar esta situação problema, falámos com a nossa tutora e com o Enf.º Chefe do SU no sentido de ser promovida a aquisição de mais equipamentos. Fomos informados que estavam em fase de concurso para a sua aquisição. Posteriormente tivemos conhecimento de forma informal através do Enf.º Chefe de que houve a aquisição de mais monitores para o SU.

Fazendo referência ao REPE, devemos sempre analisar o papel do enfermeiro como detentor de uma profissão autónoma e interdependente e reconhecer a nossa autonomia na prestação de cuidados. Esta autonomia passa pelo despiste precoce e intervenção imediata sempre que nos deparamos com situações que possam colocar em risco a vida dos doentes, onde estão incluídas as funções vitais como respiração e circulação, sempre com o objectivo de atingir a excelência do seu exercício profissional.

As urgências hospitalares existem para o atendimento rápido das situações de risco para a saúde, pelo que é claro que quanto mais grave a situação clínica mais rapidamente os doentes devem ser atendidos. Para atender a estes factos, os SU estão munidos de alta

tecnologia para que possam atempadamente dar resposta a situações de emergência. Mas é de extrema importância que o enfermeiro se aperceba que, apesar de munido de tecnologia que facilita a sua intervenção, é imprescindível saber olhar para o doente que está sob a sua responsabilidade. Só desta forma pode estar atento a sinais e sintomas que podem confirmar ou contestar alguma situação em que tenha de intervir.

Competências adquiridas

Gerimos e interpretámos de forma adequada, informação proveniente da nossa formação inicial, experiência profissional e formação pós-graduada; formulámos e analisámos situações problema de forma autónoma, sistemática e crítica; produzimos um discurso pessoal fundamentado e implementámos estratégias para a sua resolução, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que nos deparámos; identificámos necessidades formativas na área de EEMC e promovemos a formação em serviço na área da EEMC.

2.3 Objectivo específico

Reflectir na e sobre a sua prática, de forma crítica.

Actividade desenvolvidas

- ✓ Promovemos a prática baseada na evidência de forma a obter a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e o desenvolvimento da profissão.
- ✓ Realizámos um artigo de revisão, como forma de reflexão e promoção do desenvolvimento e do espírito crítico.
- ✓ Fizemos pesquisa bibliográfica.

A comunicação é um processo de interacção no qual compartilhamos mensagens, ideias, sentimentos e emoções. Ocorre mediante o uso da palavra escrita e falada, além de mecanismos não verbais como uso de gestos, expressões corporais, imagens, toque, entre outros.

Pode ser considerada, ainda, um instrumento essencial para o desenvolvimento da humanidade e um importante instrumento de intervenção na área de saúde. O profissional de saúde, deve comunicar de modo consciente, empenhando-se para descodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o doente envia; só assim poderão ser identificadas as suas necessidades. Além disso, a comunicação efectiva fará com que o profissional de saúde possa ajudar o doente a conceituar os seus problemas, a enfrentá-los, a visualizar a

experiência vivida e até auxiliá-lo a encontrar novos padrões de comportamento. A comunicação tornar-se assim uma das mais importantes formas de ajuda.

Existem situações em que a comunicação profissional de saúde/doente pode ser prejudicada por factores inerentes ao doente, tais como a impossibilidade de falar, compreender ou ouvir.

Percebemos que a inclusão do doente com deficiência auditiva no SU evidencia dificuldades na comunicação entre o doente e os profissionais de saúde. A observação da pessoa com deficiência auditiva, levou-nos a fazer uma breve reflexão sobre o "Mundo do Silêncio", em que uma minoria da população mergulha, e em toda a problemática que a envolve, quando se tem que ajustar ao "Mundo dos Sons". Mundo, em que vive uma maioria que, por um desconhecimento total e uma insensibilidade inconsciente pouco se esforça para aprender a comunicar com eles.

A escolha do tema do artigo de revisão prende-se com o facto de, após o atendimento de alguns doentes com deficiência auditiva no SU, termos feito uma breve reflexão sobre as acções e comportamentos quer dos profissionais de saúde, quer dos próprios doentes.

Este artigo de revisão foi elaborado segundo as normas para a publicação de trabalhos da revista Nursing, para uma futura mas breve publicação e foi remetido para anexo IV. A escolha da revista prende-se com o facto de ser assinante desta e pela diversidade e qualidade dos temas publicados.

Na sociedade actual preconiza-se a convivência com as diferenças. Várias medidas são adoptadas tentando garantir a inclusão das pessoas com surdez no quotidiano familiar, colectivo e institucional. Aos profissionais de saúde torna-se indispensável buscar novos paradigmas que facilitem promover uma assistência a estes doentes com qualidade e humanização.

Competências adquiridas

Demonstrámos conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família e relacionámo-nos de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; demonstrámos consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou não, relacionados com o doente e família, especialmente na área da EEMC; Identificámos necessidades formativas na área da EEMC; formulámos e analisámos questões e problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.

2.4 Objectivo específico

Realizar a gestão dos cuidados na área da EEMC.

Actividades

- ✓ Participámos junto do enfermeiro responsável em actividades de gestão do serviço, nomeadamente gestão dos recursos humanos e materiais.
- ✓ Analisámos de forma reflexiva o papel do Enf.º Chefe e Enf.º Especialista.
- ✓ Observámos e participámos na Gestão de Cuidados de Enfermagem.

A fim de dar cumprimento a este objectivo e de, fundamentalmente, melhor nos prepararmos para o exercício da actividade profissional, consultámos alguma legislação existente relativa à gestão dos cuidados de enfermagem, assim como fizemos uma breve revisão dos conhecimentos transmitidos no período teórico do curso e consultámos protocolos existentes no serviço e toda a documentação pertinente.

A nível prático, acompanhámos o Enf.º Chefe durante um dia de trabalho, de forma a melhor compreender o exercício das suas funções. Os cargos existem com um sentido que lhes é próprio e, nesse dia, pudemos perceber que se existe uma organização dentro do serviço, uma grande parte da responsabilidade é do Enf.º Chefe e dos Enf.ºs Especialistas que com ele colaboram no exercício das funções de gestão de recursos materiais e humanos.

Através de conversas informais com o Enf.º Chefe e pela observação directa, pudemos verificar que o seu papel é bastante activo e dinâmico dentro das actividades que desempenha diariamente.

Neste estágio, tivemos a oportunidade de participar em actividades no âmbito da gestão de recursos humanos e materiais, bem como na gestão e organização de cuidados de enfermagem.

No âmbito da gestão de recursos humanos podemos referir que a equipa de enfermagem cumpre um horário de 35/40 horas semanais consoante o regime contratual, seja o Regime de Contrato de Trabalho em Funções Públicas ou Contrato Individual de Trabalho, respectivamente.

É necessário ter presente a caracterização do serviço, assim como ter a noção exacta dos recursos humanos que lhe dão apoio. Este serviço tem uma grande afluência de doentes, o que *à priori* requer grande dotação de pessoal de modo a dar resposta às necessidades dos doentes que aqui recorrem. O Enf.º Chefe faz a distribuição para cada turno da manhã, tarde e noite. A distribuição dos elementos de enfermagem é feita do seguinte modo: 6 Enfermeiros de manhã, 6 Enfermeiros de tarde, 4 Enfermeiros de noite.

A gestão de recursos materiais engloba todos os aspectos relacionados com a arrumação e localização estratégica dos materiais de modo a tornar mais acessível a

identificação, acesso e distribuição. Através da gestão de materiais organizam-se as actividades relacionadas com a gestão e controlo de produtos, serviços e equipamentos, desde a sua aquisição até à sua utilização.

A concretização desta actividade foi-nos facilitada pela boa integração e conhecimento das normas e procedimentos, desde a realização dos pedidos até ao respectivo fornecimento, assim como, o conhecimento dos diversos tipos de requisições existentes no serviço.

Sendo o SU um serviço específico, o pedido de alimentação é feito em cada horário de refeição de acordo com os doentes presentes no serviço, sua tolerância, suas preferências e dietas autorizadas. As requisições são feitas através da intranet e imprimidas directamente no serviço de alimentação. São os Assistentes Operacionais quem está encarregue de se deslocar a este serviço nos horários das refeições, onde lhe são entregues as dietas num carro apropriado para o efeito. O serviço de alimentação é prestado por uma empresa particular.

O stock farmacêutico, contém a medicação mais utilizada no serviço, de forma a salvaguardar a unidade em situações de emergência. O stock de medicamentos é revisto e repostado diariamente. A sua requisição é feita por suporte informático. É fornecido pela farmácia e transportado ao SU por um Assistente Operacional. O programa informático é o mesmo que usamos no dia-a-dia no nosso serviço, pelo que a adaptação não foi difícil.

Participámos activamente na manutenção de stocks funcionais. Fizemos reposição diária de material de consumo clínico nos stocks de consumo corrente e verificámos prazos de validade. Quando realizamos o pedido semanal do material clínico devemos ter uma noção realista do consumo médio dos produtos utilizados de modo a evitar acumulações de stocks desnecessárias ou até mesmo a ruptura dos mesmos.

O carro de emergência está equipado com toda a medicação de urgência. É mantido um nível padrão de ampolas de cada medicamento, consideradas suficientes para o atendimento imediato numa situação de emergência. O mesmo é verificado pelo enfermeiro sempre que no registo se verifique que a sua utilização não tem sido muito frequente, o que normalmente não acontece neste serviço, controlando prazos de validade dos fármacos e materiais de consumo clínico. Quando o mesmo é usado, o enfermeiro que o usou é responsável por deixá-lo preparado e repostado. Tivemos oportunidade de fazer a verificação e utilização do mesmo preocupando-nos com a reposição de fármacos e materiais de consumo clínico.

No âmbito da gestão e organização de cuidados de enfermagem foi necessário conhecer o tipo de doentes e as patologias mais frequentes no serviço, simultaneamente analisando o método de organização de cuidados. Para isso, houve necessidade de: acompanhar a equipa; colaborar na prestação de cuidados de enfermagem e respectivos registos; participar nas reuniões de passagem de turno fazendo intervenções oportunas com relatos orais dos aspectos observados, cuidados prestados e toda a informação considerada pertinente.

A gestão de cuidados no SU, é iniciada logo no momento que é feita a triagem e é aplicado o PE. Segundo Nunes (2003), as etapas que devem ser preconizadas pelo enfermeiro

triador, englobam a identificação do problema, uma correcta colheita e análise de dados fornecidos pelo doente, uma avaliação de todas as alternativas e selecção de uma delas para executar, a implementação das alternativas seleccionadas e, por último, a monitorização da alternativa adoptada, bem como a avaliação dos resultados.

É dada continuação a esta gestão de cuidados, feita pelos enfermeiros, durante todo o tempo que o doente permanece no SU, e onde os cuidados de enfermagem são caracterizados por se basearem numa interacção enfermeiro/doente/família. Assim, em todas as situações, estabelecemos uma relação de ajuda com o doente, identificámos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, recolhemos e apreciamos os dados sobre cada situação, formulámos diagnósticos de enfermagem, elaboramos planos para a prestação de cuidados, executámos correcta e adequadamente os cuidados de enfermagem e fizemos a avaliação desses mesmos cuidados.

A distribuição de trabalho é feita por áreas de actuação: 1 Enfermeiro de triagem, 1 Enfermeiro de Triador, 1 Enfermeiro de Apoio/Sala de Reanimação, 1 Enfermeiro de Cirurgia, Ortopedia e Especialidades Cirúrgicas, 1 Enfermeiro de Medicina/Especialidades Médicas, 1 Enfermeiro de Serviço de Observação (SO), 1 Enfermeiro Chefe ou seu substituto na coordenação. Segundo as normas e regulamentos da instituição, o enfermeiro triador não pode permanecer na triagem mais que 4 horas consecutivas pelo que, alterna o local de triagem às 12, 16, e 20 horas com o elemento de Apoio.

Em qualquer unidade de cuidados, torna-se imprescindível uma gestão qualificada de recursos humanos e materiais de modo a responder às necessidades solicitadas pela instituição. É reconhecida, portanto, a importância do desempenho do Enf.º Chefe na resolução dos problemas da unidade de cuidados, visto que tem responsabilidades traduzidas no seu conteúdo funcional que expressam o relevo que lhe é atribuído no processo de gestão de cuidados e de liderança.

Os líderes promovem o processamento colectivo de informação, quando encorajam e facilitam o envolvimento dos membros na identificação do problema, seu diagnóstico, geração e selecção de soluções. Este processo necessita de incluir uma discussão verbal confrontando percepções, esclarecendo dúvidas para assegurar que todos os membros têm uma visão partilhada do propósito e objectivos da equipa (Santos et al., 2008).

A principal função do enfermeiro líder é criar e apoiar uma prática voltada para um cuidado mais humanitário, sensível e atencioso, focando as necessidades individuais do cliente. (Simões e Favero 2003).

Competências adquiridas

Tomámos iniciativa e fomos criativos na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC e tomámos decisões fundamentadas atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas; realizámos gestão de cuidados na área de EEMC.

2 - ESTÁGIO NO SERVIÇO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O segundo período de estágio decorreu na UCI do CHCB. Também este estágio está inserido no III Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Pólo das Beiras. Decorreu no período de 3 de Janeiro até 28 de Fevereiro de 2011, e fez um total de 180 horas de contacto com o doente. Contámos com a colaboração do Sr. Enfermeiro Especialista em Médico Cirúrgica Jorge Dias como tutor de estágio e novamente com a orientação e acompanhamento da Sr.ª Professora Patrícia Coelho.

Podemos considerar as UCI's serviços destinados ao atendimento de doentes críticos, mas potencialmente recuperáveis. Estes doentes exigem uma atenção permanente, cuidados especializados e requerem um apoio logístico diferenciado e um apoio humano qualificado. Os cuidados desenvolvidos numa UCI necessitam de recursos tecnológicos avançados e competências no domínio da técnica, não descurando porém o lado humano.

Entende-se por Cuidados intensivos a assistência prestada a doentes críticos ou potencialmente críticos, assumidos como doentes em estado grave, com compromisso de um ou mais sistemas fisiológicos, com perda de auto-regulação, necessitando de substituição artificial de funções e assistência contínua, ou doentes graves, com estabilidade clínica, mas com risco potencial de agravamento do quadro e com necessidade de cuidados contínuos (Lino e Calil, 2008). Estes autores referem que o doente em UCI é considerado recuperável, com risco iminente de morte, com funções vitais instáveis, requerendo cuidados de enfermagem e assistência médica permanentes e especializados. São doentes que necessitam de intervenções em nível qualitativo e quantitativo elevadas, devido à total dependência na satisfação das necessidades de saúde.

Desde então estas unidades têm desempenhado um papel fundamental na assistência a doentes em estado grave, mercê dos avanços médicos, técnicos e de enfermagem, permitindo salvar vidas, muitas vezes em circunstâncias aparentemente impossíveis (Curry, 1995).

Enfermeiros eficientes e bem treinados são essenciais para o funcionamento efectivo de uma UCI. Os enfermeiros da UCI praticam cuidados essenciais e em "grande concentração" aos doentes, sendo uma parte vital da equipa de saúde. Uma equipa de enfermagem de qualidade faz a diferença na qualidade de cuidados prestados numa UCI (Depasse [et al], 1998).

Este estágio proporcionou-nos a oportunidade de prestar cuidados a doentes com diferentes patologias, essencialmente aos doentes com insuficiência respiratória, insuficiência renal aguda, doentes cirúrgicos em pós operatórios complicados, doentes com multifalência orgânica, infecções virais, síndromes coronárias agudas, entre outros. Prestámos sempre cuidados de enfermagem individualizados, progressivos e diferenciados visualizando o doente

numa perspectiva holística, aplicando conhecimentos científicos adquiridos na teoria e complementados com estudo diário.

Durante este período de estágio pretendemos que, para além dos conhecimentos teóricos adquiridos, fosse também adquirida mais experiência e novos conhecimentos em termos de prestação de cuidados ao doente com falência multiorgânica, pelo que foram traçados objectivos no projecto de estágio que visassem essa aplicação teórico-prática. Atingir certo tipo de objectivos pressupõe a existência de determinadas competências, ou o seu desenvolvimento.

2.1 – ANÁLISE DOS OBJECTIVOS DELINEADOS, DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS, E DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Para a concretização dos objectivos definidos no projecto de estágio foram desenvolvidas e planeadas actividades com o objectivo de, ao serem desenvolvidas proporcionarem a aquisição de competências inerentes ao enfermeiro com EEMC.

1- OBJECTIVO GERAL

Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respectiva área de especialização em Enfermagem.

1.1-Objectivo Específico

Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida e da sua formação pós-graduada.

Actividade desenvolvidas

- ✓ Mantivemos de forma contínua e autónoma, o nosso próprio processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional.
- ✓ Aplicámos conhecimentos adquiridos durante o curso base, durante a prestação de cuidados e durante a formação pós graduada, tais como a preparação e manipulação do Cateter Venoso Central (CVC); modos ventilatórios instituídos, adaptação e valores gasimétricos.
- ✓ Promovemos momentos de reflexão crítica sobre a prática dos cuidados de enfermagem observados/prestados durante o estágio, quer de forma individual, quer em partilha com a equipa multidisciplinar no que diz respeito a alimentação entérica e parentérica.
- ✓ Pesquisámos de forma contínua e autónoma informação pertinente, acerca da área da EMC, bem como dúvidas surgidas durante o decorrer do estágio.
- ✓ Estivemos sempre receptivos para aprender temas e assuntos novos ao longo de todo o estágio.

As unidades de assistência respiratória foram as precursoras das actuais UCI, tendo surgido na Europa, em 1953, munidas de ventiladores e aparelhos de gasimetria. Deste modo as UCI encontram-se ligadas, desde a sua origem à assistência ventilatória, que permitia a substituição da função de órgãos em falência (Marcelino, 2008). O mesmo autor refere que em

1974, a Universidade de Stanford originou o desenvolvimento formal de um programa de medicina intensiva, onde se tratavam doentes com necessidade de ventilação e monitorização contínua. Esta unidade requeria formação específica dos recursos humanos. O enfermeiro sabe que a ventilação artificial é o processo de suporte da função respiratória e tem noção que para ventilar correctamente um doente é preciso entender o mecanismo da falência respiratória.

Prestámos cuidados de enfermagem a doentes com ventilação mecânica tendo sempre em conta o modo ventilatório instituído, a adaptação e os valores gasimétricos em cada caso. Tentámos sempre estar alerta e capacitados para o objectivo da ventilação artificial que é garantir uma adequada oxigenação e ventilação, com diminuição do esforço ventilatório, assegurando o conforto e a sincronia Ventilador/ Doente.

Os desvios da concentração dos iões de hidrogénio são ocorrências frequentes nos doentes em UCI, especialmente quando estes estão sujeitos a ventilação mecânica e quando apresentam doenças pulmonares ou renais, devido à interferência com os mecanismos reguladores naturais. São também comuns em doentes com patologias sistémicas graves de qualquer natureza, em que haja comprometimento das funções metabólicas ou respiratórias.

Tivemos sempre presente a importância de saber interpretar valores gasimétricos, de forma a estarmos despertos quanto á adequação dos modos e parâmetros ventilatórios em relação ao doente. A primeira pergunta que fazíamos a nós próprios eram, se o doente tinha acidose ou alcalose. Segunda, qual era o problema primário, seria metabólico ou respiratório? Em terceiro verificávamos se o doente estava a compensar. O enfermeiro tem que ter noção que a compensação respiratória é imediata, enquanto a compensação renal demora algum tempo. Dependendo dos valores gasimétricos e sua interpretação, assim podemos perceber se os valores e parâmetros ventilatórios estão adequados ou não ao doente. O Papel do enfermeiro é primordial, para isso há necessidade que tenha bastante experiência, uma atenção constante e que conheça bem o doente e o ventilador.

Várias situações foram vividas e experienciadas na UCI. A colocação de um CVC é um procedimento muito frequente numa UCI. Punciona-se um vaso de grande calibre, com objectivos tão vários como a administração de medicamentos, sangue, soros ou Nutrição Parentérica (NP), avaliação de pressões ou hemodiálise.

Este procedimento é efectuado quando um catéter intravenoso periférico não é suficiente para a terapêutica pretendida ou quando é necessário um acesso venoso rápido de grande calibre para a administração de grande volume de soros, hemoderivados e/ou medicação tóxica ou irritante para o sistema venoso periférico. Permite administrar ao mesmo tempo vários medicamentos ou fluidos devido a ter mais que uma via, evitando intercorências entre medicação por incompatibilidade medicamentosa. E permite também fazer a medição da Pressão Venosa Central (PVC), durante uma medida terapêutica, optimizando o tratamento e sendo uma mais-valia para o doente.

A PVC é a pressão exercida pelo sangue nas veias de grande calibre, no retorno ao coração pela aurícula direita (veia cava superior). O valor da PVC permite obter informações

complementares sobre o coração, nomeadamente o volume sanguíneo que chega ao coração, o tonus muscular e a sua capacidade de bombear o sangue. Permite-nos efectuar uma leitura em termos da necessidade ou não de reposição e administração de volume ao doente.

Durante o período em estágio na UCI tivemos oportunidade de lidar com doentes com necessidade deste procedimento, no qual colaborámos sem hesitação uma vez que faz parte da nossa prática diária a preparação do material e a colaboração na sua colocação (ao desempenhar funções no BO).

A monitorização da pressão arterial está indicada em qualquer situação médica ou cirúrgica que comprometa o débito cardíaco e o volume de líquidos. Permite avaliar de forma contínua os três parâmetros da pressão arterial: sístole, diástole e pressão arterial média. A monitorização de forma contínua da pressão arterial em doentes com instabilidade hemodinâmica, direcciona-nos ou não para a necessidade de administração de volume ou drogas vasoactivas.

É um recurso privilegiado mas que não é isento de complicações. Para além de outras complicações é comum, a infecção e a obstrução. Na manutenção destes catéteres, tentámos sempre ter um papel preponderante, prestando cuidados de qualidade e levados a cabo de forma criteriosa, de maneira a não ser um agente facilitador dessas complicações.

A colocação de um CVC cria uma porta de entrada para microrganismos patogénicos. Torna-se então importante proteger o doente desta agressão. Procedemos diariamente à verificação da permeabilidade do cateter e à limpeza e desinfecção do local da punção. Observámos a existência ou não de sinais inflamatórios e colocámos um penso oclusivo seco. Nesta área há algumas divergências. Alguns autores argumentam que o penso semipermeável transparente (membrana de poliuretano) favorece o crescimento bacteriano, por acção de estufa no local de inserção do cateter, sendo preferível a aplicação de um penso convencional (compressa protegida com adesivo) (Machado, 1995). Pina e Moreira (1999) salientam que existem estudos que demonstram não existir diferença significativa entre o uso de pensos transparentes semipermeáveis e o convencional, quando relacionados com o aparecimento de infecção local. Face à controvérsia devem-se observar as seguintes regras: verificar a tolerância da pele em volta do CVC e respeitar a preferência do doente (Pina e Moreira, 1999). A responsabilidade de cuidar do doente com um CVC é do enfermeiro, sendo essencial a prestação de cuidados de qualidade para assegurar o correcto funcionamento do CVC, (garantir a eficácia do tratamento instituído), e despistar possíveis complicações que possam ocorrer.

As opiniões são inúmeras e divergentes, porém, e como salienta Machado, (1995), uma regra deve sobressair na nossa prática: agir, salvaguardando a segurança do doente.

Outra das experiencias vividas, desenrolou-se á volta dos procedimentos correctos a ter com o Tubo Orotraqueal (TOT), sua manutenção e permeabilidade. Não faz parte das competências de enfermagem a entubação orotraqueal, mas faz parte das nossas funções a preparação do doente, do material e a manutenção do TOT.

A manutenção da permeabilidade das vias aéreas tem sido o maior desafio e um dos principais objetivos na assistência de enfermagem a doentes intubados e em ventilação artificial numa UCI.

A aspiração endotraqueal é um recurso mecânico simples, mas importante no meio hospitalar e muito utilizado em doentes na UCI, com a finalidade de manter as vias aéreas permeáveis, prevenir infecções, promover trocas gasosas, incrementar a oxigenação arterial e melhorar a função pulmonar. Consiste na introdução de uma sonda na via aérea do doente, para retirar secreções. Para que as secreções sejam removidas, a sonda de aspiração deve ser conectada a um aspirador com pressão negativa. A técnica mais comum de aspiração endotraqueal é realizada pelo sistema aberto, que requer a desconexão do doente ao ventilador.

Este procedimento não é isento de riscos e deve ser efectuado de forma cuidadosa e criteriosa para evitar complicações sérias como hipoxémia, atelectasias, arritmias e infecções, entre outras. Por esse motivo deve ser feito por profissionais que tenham conhecimentos adequados a este procedimento.

Para que seja realizada de forma asséptica, devemos antes de iniciar o procedimento lavar as mãos com técnica correcta, abrir a ponta do papel da sonda estéril, adaptá-la à conexão do vácuo, abrir o vácuo e, em seguida, calçar luvas estéreis, segurando-a com uma das mãos e com a outra desconectando o respirador. Em seguida, introduz-se a sonda ou cateter na traqueia do doente através do tubo orotraqueal o qual está ligado a um sistema de vácuo; a aspiração será realizada quando a ponta do catéter estiver no interior da traqueia (Dreyer [et al], 2003).

O tempo da introdução da sonda deve ser o mais rápido possível. A duração não deve ser superior a 10 segundos, pois o factor tempo é um determinante muito importante, uma vez que o conteúdo de ar nos pulmões fica reduzido, podendo levar a hipóxia, porque juntamente com as secreções, aspira-se ar (Dreyer [et al], 2003).

Para fluidificar, mobilizar as secreções e estimular a tosse podem ser instiladas pequenas quantidades de soro fisiológico através do TOT. Quando há risco de formação de atelectasia, devido a rolhões de secreções, associa-se a utilização do insuflador manual, seguindo sempre os cuidados de assepsia indicados (Costa, 1999).

Entretanto autores como Passos ([et al], 2000), Dreyer ([et al], 2003) e González ([et al] 2004), afirmam que a adequada humidificação dos gases inspirados e a hidratação do doente evitam a formação de rolhas de secreções. Não é recomendada a instilação rotineira de soro fisiológico a 0,9% na traqueia para fluidificar as secreções. Esse procedimento provoca hipoxemia, além de infecções, podendo prejudicar o bem-estar psicológico do doente.

A aspiração é considerada um procedimento rotineiro, apesar disto, vários autores concordam que não deve ser realizada em intervalos regulares, mas somente quando o doente dela necessite; pois os riscos da aspiração de rotina ultrapassam os seus benefícios. A necessidade de aspiração é determinada principalmente pela observação visual da acumulação de secreções e pela auscultação pulmonar.

Fizemos sempre questão de seguir as indicações correctas da aspiração traqueal, para que os doentes ficassem menos expostos às sérias complicações decorrentes deste procedimento. Avisámos sempre o doente do procedimento, mesmo quando ele estava inconsciente. A aspiração endotraqueal, é um procedimento de enfermagem que visa remover as secreções e manter as vias aéreas do doente permeáveis, deve ser realizada seguindo técnicas assépticas e só quando há necessidade.

Verificámos sempre a fixação do TOT, o nível a que se encontra e a pressão do cuff. Podendo mesmo fazer uso da auscultação para nos certificarmos da correcta posição do tubo e insuflação do cuff.

Durante o estágio na UCI também prestámos diariamente cuidados de higiene e conforto, assegurando a hidratação e a nutrição adequada ao doente, por via entérica, parentérica e oral respeitando os protocolos de alimentação existentes no serviço de UCI.

Desnutrição é o termo empregado para definir o desequilíbrio produzido pela ingestão insuficiente ou a excessiva perda de substratos pelo organismo (Mora 1997).

As manifestações clínicas da desnutrição proteico-calórica são múltiplas e a sua gravidade está relacionada com a magnitude e duração da privação nutricional (Silberman 1989).

A Nutrição Entérica (NE) é o método terapêutico no qual os alimentos são introduzidos no trato digestivo, directamente no estômago ou intestino, através de cateteres. É necessário que o tubo digestivo esteja íntegro o suficiente para garantir a digestão e absorção da dieta administrada. Assistimos o doente em importantes tarefas durante a introdução, manutenção e retirada do cateter.

A NP, por prevenir ou recuperar a desnutrição, é uma medida de apoio importante na prática clínica em doentes impedidos de utilizar de forma suficiente o trato digestivo. Exige uma equipa de profissionais qualificados, na qual o enfermeiro se destaca por prestar assistência ao doente com NP durante 24 horas, com conhecimentos teórico-práticos actualizados e capaz de reconhecer os benefícios, riscos e complicações dessa terapêutica.

Fomos responsáveis pelo planeamento, coordenação, supervisão e avaliação da nutrição. A sistematização da assistência dá-se pela elaboração e revisão diária do plano de cuidados. O enfermeiro especialista deve orientar a equipa quanto à administração da dieta, detecção precoce de possíveis complicações e monitorização do cateter.

Vivenciámos muitas outras experiências, pois a UCI abrange um variado leque de patologias e procedimentos. Durante este estágio na UCI também colaborámos na transferência de doentes para unidades de internamento e acompanhámos doentes na realização de MCDT, nomeadamente TAC. O transporte destes doentes envolve alguns riscos mas justifica-se, entre hospitais e entre serviços de um mesmo hospital, pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de MCDT, não efectuáveis no serviço ou instituição onde o doente se encontra internado. O transporte de doentes críticos envolve as seguintes fases: Decisão, Planeamento, Efectivação.

Tivemos sempre presente que o período de transporte pode traduzir-se por grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas. Fizemos sempre uma confirmação prévia de que a área para onde íamos levar o doente estava pronta a recebê-lo. Orientámos todo o equipamento necessário para acompanhar o doente, desde monitor de transporte, fonte de oxigénio com capacidade para todo o tempo de transporte (reserva adicional para 30 minutos), ventilador de transporte, perfusões contínuas em bombas e seringas perfusoras com bateria, e medicação adicional. Certificámo-nos que num tempo médio de 4 minutos havia um carro de emergência.

Decidir, pode ser definido como sendo a escolha entre duas ou mais alternativas de acção. Esta escolha deve ser feita com racionalidade, consciência e competência para que se escolha a alternativa que resulte no objectivo esperado ou mais próximo dele. Como refere Lucília Nunes, (2003) o enfermeiro guia a sua actividade no sentido do bem presumido para as pessoas...”, "... A interdependência configura-se simplesmente em relação ao início do processo prescritor e mesmo quando outro profissional prescreve é o enfermeiro que assume a responsabilidade pelos seus próprios actos...” Relativamente ao acompanhamento do doente e apesar da decisão do transporte do doente, ser um acto de responsabilidade médica, no seu Código Deontológico alínea a) do Artigo 83, o enfermeiro deve “co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atraso no diagnóstico da doença e respectivo tratamento”. Assim sendo, podemos considerar que a indisponibilidade para acompanhar um doente que necessite de transporte atenta directamente contra este ponto.

Na continuação, a alínea d, nº 4, Artigo 5º do REPE refere que os cuidados de enfermagem estão de acordo com o grau de dependência da pessoa e são caracterizados pela adequação dos recursos, em função dos problemas identificados, e pela intervenção de outros técnicos quando o enfermeiro, só por si, não conseguir resolver esses mesmos problemas.

No parecer 69/2005 do Conselho Jurisdicional da OE, foi considerado que o direito do doente a cuidados de qualidade e que exijam transporte seja realizado com o menor risco e com a maior segurança. Na planificação dos cuidados, o enfermeiro faz a gestão das prioridades, adequa os recursos disponíveis ou mobiliza novos recursos e é responsável pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega, devendo estas decisões serem sempre tomadas na base de protocolos estabelecidos pela equipa e assumidos formalmente pelos órgãos de gestão.

Gradualmente tem sido dado ênfase à necessidade dos profissionais da saúde e, neste caso, dos enfermeiros, justificarem e serem responsabilizados pelas decisões que tomam para com e em nome dos seus doentes. A má prática e as decisões que conduziram a essa má prática, serão cada vez mais questionadas e menos aceites, quer pelas estruturas responsáveis onde se prestam os cuidados, quer pelos órgãos reguladores da actividade, como ainda pelos próprios doentes dos serviços. A prática baseada na evidência e o desenvolvimento de decisões claras, racionais e sedimentadas no conhecimento são obrigação de todos os profissionais ao serviço da saúde. O domínio cognitivo do saber-saber e do saber-fazer, da experiência e da prática, são factores de extrema importância para reduzir o stress da

decisão e da acção, factores essenciais para quem trabalha em situações que implicam tomadas de decisão rápidas, eficientes e eficazes.

Alicerçados em todas estas considerações, é legítimo afirmar-se que o enfermeiro no seu processo de tomada de decisão, depois de devidamente avaliados todos os factores envolvidos e informações disponíveis, poderá, para bem do receptor dos cuidados, recusar o acompanhamento de um doente enquanto não estiverem reunidas as condições mínimas e desejáveis para que o transporte possa ser efectuado em segurança e com minimização dos riscos; podendo, contudo, essa decisão implicar mais tempo no hospital mas onde, pelo menos naquele momento, estão reunidas as melhores condições. Este tipo de atitude, ainda que mal compreendida por uns e até condenada por outros, conduzirá certamente a uma procura de soluções mais objectivas, concretas e realmente eficazes em todos os domínios envolvidos. Esta tomada de decisão, pretende efectivamente contribuir para uma mudança de mentalidades, atitudes e acções conjugadas entre os diversos intervenientes (equipa de saúde, órgãos de gestão, órgãos reguladores) em que o enfermeiro se apresenta como figura que tem um papel relevante e uma palavra importante a proferir.

Competências adquiridas

Avaliámos a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada assim como demonstrámos um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC. Reflectimos na e sobre a nossa prática, de forma crítica. Tomámos iniciativas e fomos criativos na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC.

1.2-Objectivo Específico

Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

Actividades desenvolvidas

- ✓ Promovemos a construção contínua de um “Eu” profissional cada vez mais completo, mostrando sempre receptividade para aprender temas e assuntos novos.
- ✓ Adquirimos informação acerca da área da especialidade e das dúvidas surgidas em estágio.
- ✓ Esclarecemos dúvidas junto do tutor de estágio.
- ✓ Realizámos reflexões escritas acerca dos cuidados prestados.

O Enfermeiro Especialista deve estabelecer uma relação de ajuda com o doente, visualizando-o numa perspectiva holística, e tendo sempre presente a necessidade de prestação de cuidados individualizados e humanizados. Para tal, torna-se imprescindível promover um clima de confiança e empatia com o doente e família, estabelecendo uma relação de ajuda através da comunicação verbal e/ou não verbal.

O termo comunicar provém do latim *communicare* que significa colocar em comum. A comunicação é um dos mais importantes aspectos do cuidar em enfermagem porque vislumbra uma melhor assistência ao doente e à sua família, que estão a vivenciar um processo de ansiedade decorrentes da hospitalização. O objecto de trabalho da enfermagem é o cuidado. Cuidado esse, que deve ser prestado de forma humana e holística, e sob a luz de uma abordagem integrada, não podendo excluir o cuidado emocional aos nossos doentes, quando vislumbramos uma assistência de qualidade.

Ao cuidarmos de alguém, utilizamos todos os nossos sentidos para desenvolvermos uma visão global do processo, observando sistematicamente o ambiente e os doentes com o intuito de promover a melhor e mais segura assistência. O cuidado emocional é a habilidade de perceber o imperceptível (SÁ, 2001), exigindo alto nível de sensibilidade para as manifestações verbais e não-verbais do doente que possam indicar ao enfermeiro as suas necessidades individuais.

Portanto, consideramos que a promoção de um cuidado holístico que envolva as necessidades bio-psico-sócio-espiritual e emocional passa por um processo de comunicação eficaz entre enfermeiro-doente. Todavia entendemos que o processo de comunicação se constrói de diferentes formas, e que para haver comunicação, a expressão verbal (através do uso das palavras) ou não-verbal (a postura, as expressões faciais, gestos, aparência e contato corporal) de um dos sujeitos, tem que ser percebida dentro do universo de significação comum ao outro.

Para prestarmos o cuidado emocional é necessário sermos bons ouvintes, expressar um olhar atencioso, tocar e confortar os nossos doentes, e recuperar sua auto-estima. Quanto aos efeitos comportamentais do tocar, olhar e do ouvir, estes apresentam contribuição essencial à segurança, proteção e auto-estima de uma pessoa. Tocar alguém com a intenção de que essa pessoa se sinta melhor, por si só já é terapêutico, portanto o acto de tocar alguém é confortável e faz parte do cuidado emocional (Sá, 2001).

Uma vez que a aptidão comunicacional não é uma qualidade inata, procurámos aprofundar conhecimentos sobre a comunicação com o doente inconsciente de forma a proporcionar-lhe um melhor nível de cuidados. Comunicámos sempre ao doente qualquer acção terapêutica com voz firme e suave; foi feita sempre uma abordagem com movimentos não intempestivos sempre que necessária qualquer mobilização e evitámos tons de voz elevados no serviço e principalmente junto do doente inconsciente na UCI. Estivemos atentos a qualquer alteração da função hemodinâmica, sem motivo aparente de ordem física, actuando em conformidade.

Por vezes substituímos, ajudámos e complementámos as competências funcionais do doente em situação de dependência, na realização das necessidades humanas básicas. Orientámos e supervisionámos a adaptação individual, o autocuidado, os processos de luto, os processos de aquisição e mudança de comportamentos para a aquisição de estilos de vida saudáveis, ou seja, orientámos a nossa intervenção para a saúde.

Competências adquiridas

Demonstrámos compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência assim como capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar. Tomámos decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas. Demonstrámos conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família e relacionámo-nos de forma terapêutica no que diz respeito às suas crenças e à sua cultura. Desenvolvemos uma metodologia eficaz na assistência ao doente.

2-OBJECTIVO GERAL

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 EEMC.

2.1 Objectivo específico

Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Actividades desenvolvidas

- ✓ Conhecemos a estrutura física e fizemos uma visita guiada para conhecer o serviço de UCI que corresponde ao módulo II.
- ✓ Conhecemos a equipa multidisciplinar, e em particular a equipa de enfermagem.
- ✓ Tomámos conhecimento de normas e protocolos de actuação assim como tentámos compreender a articulação e respectivos protocolos com outros serviços e instituições locais.

- ✓ Observámos a dinâmica da equipa multidisciplinar e interdisciplinar; assim como estabelecemos e mantivemos relações de trabalho construtivas com os vários elementos das equipas, valorizando os papéis de cada um.

Neste campo de estágio também fomos cordialmente recebidos pelo Enf.º. Chefe e pelo Enf.º Especialista responsável pelo nosso acompanhamento neste estágio. Foi feita uma visita guiada onde conhecemos as instalações que compõem o serviço e onde nos foram apresentados os recursos humanos, materiais e tecnológicos, de forma genérica.

Apesar de desconhecermos a realidade de uma UCI e da notória insegurança inicial, o grau de conhecimentos adequou-se às exigências do campo de estágio. Demonstrámos sempre segurança, procurando eficácia na realização de procedimentos. Contudo, em situações menos familiares procurámos, de forma oportuna, esclarecer as nossas dúvidas com o nosso tutor, como já referimos, tivemos necessidade de fazer pesquisa sobre determinadas matérias.

A comunicação esteve presente em todos os momentos e em todas as actividades. A nossa relação com os profissionais de saúde foi a mais saudável possível. Estabelecemos relações empáticas participando nos processos de decisão, cooperando nas actividades desenvolvidas, respeitando as normas e os regulamentos do serviço, procurando sempre um bom ambiente de trabalho.

Tomámos conhecimento de normas e protocolos instituídos na UCI, uniformizando assim procedimentos. Em termos de critérios de admissão, segundo o Procedimento Interno – Caracterização da Admissão na UCI do CHCB, (2005), o tratamento em UCI deve ser reservado para doentes com boa perspectiva de recuperação substancial e sobrevivência funcional. Teoricamente um doente deve ser internado numa UCI se daí resultar uma redução do seu risco de morte. A sobrevivência deve ser definida em termos de duração/qualidade de vida. A decisão de internar ou não um doente numa UCI deve assentar numa avaliação do prognóstico do doente, disponibilidade das modalidades terapêuticas com impacto possível naquela situação, ponderação dos seus riscos e benefícios, influência possível no prognóstico do doente, bem como o resultado final global para o doente, família e sociedade.

A decisão de admissão em UCI consiste na ponderação de riscos e benefícios a dar a um doente com base na sua gravidade e urgência.

Três situações são consideradas prioridades para admissão em UCI: a necessidade de suporte ventilatório; a monitorização invasiva e suporte hemodinâmico; e a monitorização de doentes de risco que possam vir a necessitar de intervenção imediata de suporte ventilatório/hemodinâmico em situação de agudização por intercorrência.

As decisões de transferência ou de alta dos doentes internados na UCI deverão basear-se na avaliação clínica relativamente à cura do processo patológico e/ou à reversão da instabilidade fisiológica que determinaram o internamento e também na convicção de que o doente já não necessita ou não pode beneficiar de cuidados intensivos, podendo por isso prosseguir o tratamento e/ou vigilância numa enfermaria ou em ambulatório.

Sempre que transferimos doentes para outros serviços tivemos a preocupação de nos guiar pelos critérios referidos pelo CHCB (2005), tais como: parâmetros hemodinâmicos dentro da “normalidade” e estáveis. Função respiratória estável, vias aéreas permeáveis com o doente extubado e gasimetrias “normais” e estabilizadas. Necessidade de suplementação de oxigénio não excedendo uma Fracção Inspiratória de Oxigénio (FiO₂) de 50%. Suporte inotrópico, de vasodilatadores, diuréticos ou de antiarrítmicos, por via endovenosa, desnecessário, se ainda indicada a administração deste tipo de fármacos que a prescrição seja em baixas doses, por outra via e susceptível de ser administrada com segurança, na enfermaria ou em ambulatório. Disritmias cardíacas controladas e sem repercussão hemodinâmica grave. Cateteres ou dispositivos de monitorização invasiva, intramusculares ou intracranianos, removidos. Convulsões totalmente controladas e com estabilidade neurológica assegurada.

Apesar de toda a tecnologia de ponta existente para apoiar o tratamento, os cuidados prestados são com base na relação enfermeiro/pessoa doente, mesmo quando a opinião generalizada é de que as actividades de natureza técnica têm prioridade relativamente às de natureza relacional, compete aos enfermeiros prestar cuidados direccionados à pessoa e provar que a humanização e a tecnologia têm que andar emparelhadas.

Competências adquiridas

Demonstrámos capacidade de trabalhar na equipa multidisciplinar de uma forma adequada. Mantivemos de uma forma contínua e autónoma o nosso próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional e desenvolvemos uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente.

2.2 Objectivo específico

Identificar as necessidades formativas na área da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica.

Actividades desenvolvidas

- ✓ Trabalhámos activamente com o tutor de enfermagem.
- ✓ Executámos registos das actividades desenvolvidas.
- ✓ Diagnosticámos problemas e planeámos intervenções lógicas e resolutivas dos mesmos. Elaborámos um artigo de revisão sobre os cuidados ao doente com dreno torácico para podermos partilhar com a equipa os conhecimentos adquiridos.

- ✓ Identificámos necessidades formativas e colaborámos na operacionalização do plano de formação do serviço, elaborando uma acção de formação sobre os cuidados ao doente com dreno torácico.
- ✓ Sugerimos áreas de intervenção que beneficiem da formação pela reflexão tal como a lavagem, pós utilização, da sonda de aspiração por circuito fechado.

A disponibilidade de tecnologia por si só não consegue assegurar a qualidade dos cuidados (Barbieri[et al], 2007). Esta frase transmite a necessidade de aliar à tecnologia de ponta, presente nas UCI, uma equipa de saúde treinada e especializada, que fomente a progressão para a saúde dos doentes internados nestas unidades. Assume-se de vital importância numa UCI, que os profissionais que aí trabalham sejam especializados e bem treinados para lidar com doentes em condição instável, para além de estarem em proporção adequada às necessidades dos mesmos (European Society of Intensive Care Medicine, 1994).

Ao prestarmos cuidados a uma doente que além de várias patologias associadas apresentava um pneumotorax, percebemos que a equipa não estava muito familiarizada com os materiais necessários assim como, com os cuidados de enfermagem ao doente com dreno torácico segundo as novas linhas de orientação. Detectámos aqui uma **situação problema**.

Após conversa com o tutor sobre esta situação, decidimos elaborar um artigo de revisão sobre os cuidados a ter para com o doente com dreno torácico, para assim podermos partilhar com a equipa os conhecimentos adquiridos. Este artigo foi elaborado segundo as normas para a publicação de trabalhos da revista Nursing, para uma futura mas breve publicação e foi remetido para anexo V. A escolha da revista prende-se com o facto de sermos assinantes desta e pela diversidade e qualidade dos temas publicados.

Perante um doente com dreno torácico, o enfermeiro deve ter presente as indicações e o que se pretende ao instituir uma drenagem torácica. Neste procedimento tivemos sempre presente os princípios em que se baseia a drenagem torácica assim como conhecimentos sobre a preparação e manipulação da drenagem torácica não esquecendo os riscos e complicações para o doente.

A importância de nos documentarmos para a aquisição de competências, depende da capacidade individual de transpor para a prática os conhecimentos apreendidos. Os enfermeiros não devem ser meros factores de produção ou executores de técnicas mas sim pessoas, que sentem, pensam e desejam obter do seu trabalho uma certa satisfação.

Contudo, por sugestão do Enf.º Chefe e tendo em conta as necessidades formativas do serviço, foi-nos sugerido a realização de uma acção de formação sobre o referido tema. Concordámos e aceitámos o desafio pois achámos que seria útil para o serviço esta opção. Foi um trabalho interessante e motivante, uma vez que se trata de um procedimento que vai ficar em vigor no serviço, sentindo-nos prestigiados por poder dar o nosso contributo para a melhoria da prestação de cuidados a estes doentes. A acção de formação decorreu no auditório do CHCB, no dia 28 de Fevereiro de 2011, com a duração de 60 minutos e teve como destinatários os enfermeiros da UCI e alunos de uma pós-graduação que também se

encontravam nesse serviço em período de estágio. Foram remetidos os diapositivos da acção de formação para anexo VI, assim como o respectivo plano da sessão.

A equipa manifestou-se de forma positiva em relação á pertinência do tema da acção de formação, revelando vontade de conhecer as novas linhas de orientação para poderem aperfeiçoar e actualizar os seus conhecimentos. A aposta na formação em serviço pode ser vista como alavanca para o aperfeiçoamento do exercício profissional contribuindo para a actualização dos conhecimentos, técnicas e metodologias que caracterizam a profissão de enfermagem, Gomes (1999).

Outra situação que tivemos oportunidade de experienciar na UCI foi o contacto com sistemas fechados de aspiração endotraqueal. É importante ressaltar a existência destes sistemas fechados de aspiração endotraqueal que, ligados directamente ao circuito respiratório, permitem realizar este procedimento sem desconectar o doente do ventilador, mantendo a Pressão Expiratória Positiva (PEEP) e diminuindo, assim, o risco de hipoxémia.

O sistema fechado de aspiração endotraqueal é composto por uma sonda acoplada a um conector universal para tubos endotraqueais, protegida por uma bainha plástica que impede o contacto da sonda com a atmosfera. Possui um injectador lateral que permite a lavagem da sonda e instilação de soro fisiológico para fluidificar as secreções e uma válvula anti-refluxo impedindo o extravasamento de fluidos.

Tem como vantagens a remoção de secreções das vias aéreas enquanto mantém o suporte ventilatório, a PEEP e a saturação de oxigénio; não é necessário desconectar o doente do ventilador; reduz o risco de contaminação cruzada entre doentes e profissionais de saúde, uma vez que é mantida a técnica asséptica durante o procedimento, e apenas uma pessoa, tem condições de realizar todo o procedimento.

Deparamo-nos aqui com uma outra **situação problema** em relação à utilização das sondas de aspiração por circuito fechado. Neste tipo de sonda, após aspiração do doente, o terminal da sonda deve ser lavado com soro fisiológico, também dentro do próprio circuito fechado para não haver ali um foco para proliferação de microrganismos e ainda mais risco de contaminação. Esse procedimento nem sempre é feito, muitas vezes devido à quantidade de trabalho acrescida que têm estes profissionais. Contudo fomos conversando com grande parte da equipa sobre a importância deste procedimento. A equipa concordou com a sua importância, por vezes negligenciada por falta de tempo ou distração. Não foi necessário realizar uma acção de formação, porque apenas com uma conversa informal os enfermeiros mudaram as suas atitudes e começaram a fazer a técnica correctamente.

Detectámos na UCI uma outra **situação problema**. Apercebemo-nos que por vezes a comunicação com a família é um pouco descurada. As UCI são unidades de alta complexidade, munidas de avançada tecnologia e com profissionais altamente qualificados, mas a restrição da família, os sons dos alarmes e a própria unidade perturbam os doentes, tornando o ambiente pouco humano e intolerável para quem ali permanece.

Há, então, uma grande necessidade de humanização nestes serviços. Há muito a ser feito para que essas unidades se tornem ambientes menos agressivos e mais acolhedores

tanto para o doente, como para seus familiares, visto que a hospitalização numa UCI é um momento crítico na vida do doente e da família do doente. Os familiares temem pela vida do seu ente e realizam um grande esforço para se manterem emocionalmente equilibrados.

A visita dos familiares a esses doentes, surge então, como uma conduta para minimizar o problema. Nesse momento, é de extrema importância a actuação do enfermeiro com a função de orientação, além do papel que assume como intermediário entre o doente e sua família.

É importante reconhecer a necessidade de uma palavra de encorajamento e termos a preocupação em compreender a ansiedade sentida pela família do nosso doente. Pensamos ser importante garantir que os doentes e seus familiares, tenham informações suficientes que lhes permitam exercer um controlo sobre os seus próprios cuidados de saúde, que os seus direitos sejam respeitados e que os recursos sejam utilizados de forma eficiente para fornecer padrões de qualidade dos cuidados de saúde. Acreditamos na preservação da vida através da competência.

Para podermos dar solução a esta situação problema adoptámos como estratégia, a tentativa de nos aproximar-mos, sempre que possível dos familiares dos doentes. Conversámos com eles e ouvimos o que tinham para dizer, muitas vezes precisavam de informações mas grande parte das vezes precisavam de apoio e de uma palavra amiga. Chamámos o nosso colega, o qual estava responsável pelo doente, no sentido de poder dar informações mais pertinentes sobre o estado de saúde do doente, envolvendo-o assim desta forma, na conversa e conseqüentemente na relação enfermeiro/família/doente.

Alguns elementos da equipa, no início mostraram-se um pouco renitentes a este nosso procedimento, pensamos que devido ao acréscimo de trabalho por parte destes profissionais, em que inúmeras vezes têm que estabelecer prioridades. Mas após algumas conversas informais, acabaram por concordar e achar benéfico, quer para o doente, quer para os familiares, a actuação do enfermeiro com funções de orientação e de intermediário entre o doente e a família.

O cuidar, inclusive do familiar, implica, perceber o outro como ele se mostra, nos seus gestos e falas, nos seus conceitos e limitações. Não é suficiente deixar entrar a família na UCI, é necessário cuidá-la para potencializar o nosso trabalho na Enfermagem; é preciso questioná-la sobre as dúvidas, observar-lhe as reacções e comportamentos, entender-lhe as emoções.

Competências adquiridas

Gerimos e interpretámos de forma adequada, informação proveniente da nossa formação inicial, experiência profissional e formação pós-graduada; comunicámos aspectos complexos de âmbito profissional e académico tanto a enfermeiros como a público em geral; Formulámos e analisámos situações problemas de maior complexidade de forma autónoma, sistemática e crítica; apresentámos um discurso pessoal fundamentado, tendo em

consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que nos deparámos; identificámos necessidades formativas na área de EEMC e promovemos a formação em serviço na área da EEMC.

2.3 Objectivo específico

Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica

Actividades desenvolvidas

- ✓ Promovemos uma prática baseada na evidência de forma a obter a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e o desenvolvimento da profissão.
- ✓ Fizemos pesquisa bibliográfica.
- ✓ Acompanhámos a equipa durante o turno de serviço.
- ✓ Colaborámos na prestação de cuidados de enfermagem e realização dos respectivos registos de enfermagem.
- ✓ Participámos nas reuniões de passagem de turno fazendo intervenções oportunas com relatos orais dos aspectos observados, cuidados prestados e toda a informação considerada pertinente.

O PE é um método utilizado para se implantar, na prática profissional, uma teoria de enfermagem. Após a escolha da teoria de enfermagem, torna-se necessária a utilização de um método científico para que os conceitos da teoria sejam aplicados e implantados na prática. No PE a assistência é planeada para alcançar as necessidades específicas do doente, sendo então redigida de forma a que todas as pessoas envolvidas no tratamento possam ter acesso ao plano de assistência (Campedelli [et al.], 1989). O PE possui um enfoque holístico; ajuda a assegurar que as intervenções sejam elaboradas para o indivíduo e não para a doença; apressa os diagnósticos e o tratamento dos problemas de saúde potenciais e vigentes, reduzindo a incidência e a duração da hospitalização; promove a flexibilidade do pensamento independente; melhora a comunicação e previne erros, omissões e repetições desnecessárias.

O PE operacionaliza-se em etapas (ou fases), que variam de acordo com cada autor no que diz respeito ao número e a terminologia utilizada. Abordámos aqui o PE em cinco etapas: investigação, diagnósticos de enfermagem, planeamento da assistência, implementação da assistência de enfermagem, e avaliação da assistência de enfermagem.

No primeiro contacto com o doente recolhemos dados sobre o seu estado e história de saúde. Esta informação é complementada com informação proveniente de familiares ou prestadores de cuidados. Reunimos também um conjunto de dados sob a forma de parâmetros fisiológicos colhidos através de instrumentos de monitorização tecnofisiológica, tais como dados de monitorização, notas, terapêutica, plano de cuidados, entre outros dados, facilitando-

nos a posterior consulta para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, o planeamento e a avaliação de cuidados.

Através da observação inicial, procurámos sempre fazer o levantamento das necessidades em todas as dimensões, através do exame físico e consulta do processo do doente, para que toda a nossa actuação fosse orientada para responder aos problemas identificados. Tentámos em todas as situações aplicar o PE, mas numa UCI, onde vários doentes dão entrada em falência multiorgânica, e é preciso organizarmo-nos dentro do A,B,C,D,E, torna-se difícil. Em muitas situações, devido à rapidez de actuação perante o doente crítico, recorremos ao PE mentalmente, articulando as diferentes fases com uma prática segura e correcta.

Considerando a avaliação a última fase do PE, procurámos sempre fazer uma apreciação que resultou da prestação dos cuidados de enfermagem e da resposta que o doente teve, ou seja, avaliando, se o resultado esperado da acção empreendida ia de encontro ao planeado. Sempre que houve necessidade, o processo foi revisto, regressando quando necessário, às fases iniciais do processo de enfermagem.

Refere-nos Thelan([et al.], 1996) que “a fase da avaliação com as actividades que lhe são inerentes é talvez a dimensão mais importante do PE”. Ou seja, ao não haver progressos no sentido da obtenção dos resultados ou a ausência de progressos na resolução de problemas é imediatamente identificada e controlada, e podem ser propostas soluções alternativas.

Para além das actividades planeadas com vista à satisfação das necessidades do doente, realizámos diariamente os respectivos registos, permitindo com eles a continuidade de cuidados de qualidade, é uma avaliação informal que ocorre continuamente e que nos permite comparar o estado do doente em cada momento com os resultados esperados.

Outra das situações que reflectimos na UCI foi em relação à ética profissional. Todas as profissões de saúde se preocupam com as questões éticas, com o quadro deontológico do respectivo exercício profissional e em assegurar o respeito pela dignidade da pessoa; sobretudo a Enfermagem, vocacionada por excelência para o doente e para a arte do cuidar.

Segundo Camps (2001), nas instituições de saúde não se pode apenas praticar uma ética de justiça que procura estabelecer regras e normas gerais que valham para todos os cidadãos. Pelo contrário, é necessário praticar uma ética próxima em relação ao indivíduo concreto, uma ética de cuidado que tenha em conta laços sentimentais e emotivos. A lei deve ser geral. Mas isso não basta. O indivíduo (considerando-o como um ser único e individual) não precisa só de instituições, leis, procedimentos justos. Também precisa de afecto, ajuda, compaixão, companhia, cuidado. Os seres mais indefesos e vulneráveis como as crianças, os idosos, os doentes em geral, não reclamam do outro apenas justiça, também reclamam proximidade, apreço, amizade.

Indo de encontro às opiniões de Camps, a ética do cuidado não pode ser feita apenas de normas: consiste também em atitudes e hábitos que devem formar o carácter. E, como

pensam tantos autores contemporâneos tais como António Damásio, Daniel Goleman, Isabelle Filliozat entre outros – é o sentimento e não a razão que move os seres humanos.

Os profissionais da área da saúde que lidam com pessoas em todas as circunstâncias de vida, deparam-se com questões relacionadas com os conceitos do bem e do mal, do justo e injusto, do certo e errado. A ética nas relações inter-profissionais, principalmente na saúde, exige uma atitude crítica do ser humano, o que permite questionar as práticas. Temos então que pensar eticamente, e pensar eticamente é pensar nos outros. Não esquecendo os princípios éticos através dos quais nos devemos orientar para praticar uma ética de cuidado, não podemos esquecer o código deontológico que rege a enfermagem no Decreto-lei 104/98, de 21 de Abril - Código Deontológico do Enfermeiro. Segundo este decreto, os deveres deontológicos dos enfermeiros em geral são, cumprir as normas deontológicas assim como as leis que regem a nossa profissão, responsabilizando-nos pelas decisões que tomamos e pelos actos que praticamos ou não, assim como, proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional. Devemos ser sempre solidários com a comunidade, actuando sempre de acordo com a nossa área de competências.

O código Deontológico orienta-nos desde há muito, para o bem-estar do doente e constitui, cada vez mais a razão determinante da procura sistemática de relatos sobre a satisfação do doente, obtendo opiniões acerca da prestação da qualidade de cuidados de saúde a que se submetem.

Devemos então, considerar o doente no centro do sistema de saúde, pretendendo, com a ética do cuidado, visar a satisfação das expectativas dos doentes e não apenas das suas necessidades.

Durante o estágio agimos sempre de forma ética perante o doente, fomos de encontro a todas as suas necessidades incluindo e valorizando os sentimentos e emoções, mantendo o respeito pela dignidade humana, pela saúde e bem-estar, respeitando ainda as suas convicções políticas, religiosas, ideológicas e filosóficas, cumprindo com a aplicação dos princípios éticos e deontológicos que constam do código deontológico da OE.

Segundo Colliere (1989), os cuidados de saúde existem desde que surge a vida, porque é preciso “cuidar” da vida para que ela possa permanecer.

Competências adquiridas

Demonstrámos conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família e relacionámo-nos de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; demonstrámos consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou não, relacionados com o doente e família, especialmente na área da EEMC; formulámos e analisámos questões e problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.

2.4 Objectivo específico

Realizar a gestão dos cuidados na área da Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Actividades desenvolvidas

- ✓ Analisámos de forma reflexiva o papel do Enf.º Chefe
- ✓ Identificámos as funções do Enf.º Especialista dentro da equipa, assim como o seu papel como promotor da formação em serviço.
- ✓ Participámos, junto do enfermeiro responsável, em actividades de gestão do serviço, nomeadamente gestão dos recursos humanos e materiais.
- ✓ Observámos e participámos na gestão de cuidados de enfermagem.

A Saúde, bem essencial e insubstituível, é um dos grandes pilares de uma sociedade democrática e plural, a qual, tem a responsabilidade de assegurar a qualidade e segurança dos serviços prestadores de cuidados de saúde. Os desafios que se colocam hoje, na gestão da saúde são inúmeros, situando-se entre as expectativas e direitos dos cidadãos e os sérios constrangimentos económico-financeiros.

Devido á crescente complexidade do atendimento proporcionado pelos hospitais, os enfermeiros líderes são, hoje, membros fundamentais da liderança hospitalar, participando nas decisões clínicas e operacionais, na alocação de recursos, no planeamento de longo alcance e na segurança dos doentes. Com o papel central desempenhado pela enfermagem no cuidado ao doente, os enfermeiros líderes são agentes vitais para o funcionamento do hospital, para o atendimento, tratamento e serviços fornecidos aos doentes. Muitos enfermeiros líderes preocupam-se, ainda, com sua capacidade para fazer a diferença na organização, bem como junto dos pacientes e da equipa. (Joint Commission Resources, 2008).

Baseando-nos nos estudos de White e Lippitt (1939) e nos três estilos de liderança que consideram existir, pensamos que o estilo de liderança que impera na UCI é Liderança Democrática ou Participativa. Neste estilo de liderança, as directrizes são debatidas e decididas pelo grupo, o qual é estimulado e orientado. O líder aconselha, orienta o grupo para o esboço de objectivos e acções. Por sua vez o grupo decide sobre a divisão de tarefas e cada um tem liberdade de escolher os colegas. Existe um líder objectivo, limita-se aos factos nos elogios e críticas. O líder trabalha como orientador da equipa.

Durante o tempo de estágio neste serviço, pudemos perceber, que grande parte dos procedimentos eram decididos pelo grupo, sempre sob a orientação do Enf.º Chefe. Por vezes, o Enf.º Chefe apresentava alternativas de escolha e a equipa escolhia aquela que lhe parecia mais adequada. Presenciamos situações em que o Enf.º Chefe incentivava a colaboração entre os vários elementos da equipa, promovendo assim o bom relacionamento do grupo, abrindo

espaço às novas ideias, levando a um aumento da produtividade. As pessoas necessitam ser reconhecidas, valorizadas e recompensadas pelo que fazem, estando o líder incumbido de reforçar continuamente os comportamentos e as atitudes positivas dos funcionários.

Kouzes & Posner (1991) afirmam que características como honestidade, competência, olhar para diante e inspiração, encabeçam a lista de requisitos para uma liderança eficaz. De acordo com os autores, esses atributos podem ser resumidos em um único termo: credibilidade. Pensamos que o Enf.º Chefe da UCI possuía grande parte destes requisitos e também por isso, havia uma boa relação entre todos os elementos da equipa.

Liderança, é a capacidade de influenciar pessoas para que se envolvam voluntariamente em tarefas para a concretização de objectivos comuns. Gomes e Colabs (2000).

Também neste estágio, tivemos a oportunidade de participar em actividades no âmbito da gestão de recursos humanos e materiais, bem como na gestão e organização de cuidados de enfermagem.

No âmbito da gestão de recursos humanos podemos referir que a equipa de enfermagem cumpre um horário de 35/40 horas semanais, consoante o regime contratual. O Enf.º Chefe ou Especialista faz a distribuição para cada turno da manhã, tarde e noite, ficando o Enf.º Especialista responsável pelos doentes que inspiram mais cuidados.

Através da gestão de materiais organizam-se as actividades relacionadas com a gestão e controlo de produtos, serviços e equipamentos, desde a sua aquisição até à sua utilização. A boa integração que tivemos neste serviço e o conhecimento das normas e procedimentos adquiridos durante o estágio, desde a realização dos pedidos até ao respectivo fornecimento, assim como, o conhecimento dos diversos tipos de requisições existentes no serviço, contribuiu para a concretização desta actividade.

Participámos na requisição do stock farmacêutico por suporte informático, salvaguardando a unidade em situações de emergência. Assim como na manutenção de stocks funcionais, fazendo a reposição diária de material de consumo clínico nos stocks. Verificámos prazos de validade.

No âmbito da gestão e organização de cuidados de enfermagem foi necessário acompanhar-mos o Enf.º Especialista, nosso tutor, nas suas actuações, muitas delas também inerentes á gestão do serviço, na ausência do Enf.º Chefe. Conhecemos o tipo de doentes e as patologias mais frequentes no serviço. Colaborámos na prestação de cuidados de enfermagem e respectivos registos e participámos nas reuniões de passagem de turno. Em todas as nossas actuações fizemos uso do PE.

O PE na UCI, torna-se imprescindível devido à gravidade dos doentes aí internados. Neste serviço a entrevista é dificultada exigindo uma observação e exame físico adequados. Por vezes na UCI o PE é revisto mentalmente pois há necessidade de uma acção rápida, mas segura e efectiva da equipa de enfermagem ao doente. Além disso, deve-se considerar a necessária participação activa dos familiares na realização do PE na UCI, pois as maiorias dos

doentes ali internados não apresentam condições de colaborar para o desenvolvimento do mesmo.

Para Kouzes e Posner (1997) a liderança é a arte de mobilizar os outros para que estes queiram lutar por aspirações compartilhadas. Eles complementam que existe uma diferença entre conseguir apoio e dar ordens e que os verdadeiros líderes mantêm a credibilidade em consequência das suas acções; ao desafiar, inspirar, permitir, guiar e encorajar.

Desse modo, a gestão de pessoas assume um papel renovador, onde se devem explorar as potencialidades dos funcionários, evidenciando a importância destes para o sucesso do empreendimento (Chiavenato, 1999).

Competências adquiridas

Mantivemos de uma forma contínua e autónoma o nosso próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional. Demonstrámos consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o doente e família, especialmente na área da EEMC e desenvolvemos uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente.

CONCLUSÃO

O Cuidar é uma atitude de responsabilização. Responsabilizar-se é ser capaz de responder, é trazer para si a função da resposta por determinada situação ou acto. É, portanto, assumir um acto como seu.

Cuidar é mais que um acto: é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção e de zelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de desenvolvimento afectivo com o outro.

O estágio pela sua complexidade e pela mobilização de competências múltiplas que exige, pressupõe a interacção com uma pessoa ou grupo e comporta, um potencial formativo para o futuro Enf.º Especialista. A sua importância é, por isso, inquestionável, de um valor incalculável em termos pessoais e também uma forma de crescimento profissional, na área do doente crítico. É um momento de excelência de formação, onde o saber prático se desenvolve sustentado pelo saber teórico. Permite a aquisição de mais conhecimentos e competências necessárias às intervenções autónomas e interdependentes para o exercício da enfermagem de excelência.

O ponto central deste estágio foi o fortalecimento dos laços entre o sujeito que busca o atendimento, o serviço e o território onde deve ser baseado o atendimento. A competência só existe quando é aplicada, o que quer dizer que o local da aplicação intervém na produção de competências e significa que a produção de competências não cabe só à escola, mas também ao local de trabalho, ou seja, o local onde decorre o estágio.

Em suma, nesta fase, é necessária a exploração recíproca das competências adquiridas nos diferentes espaços de formação; isto só acontece ao criar-se e formalizar-se condições de interactividade, sensibilizando os diferentes actores para a consciência das responsabilidades e dos seus papéis complementares, em função dos objectivos e das estratégias escolhidas.

Chegado ao término, podemos concluir que foi muito gratificante a passagem por todos os campos de estágio deste Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O percurso efectuado pelos dois serviços onde estagiámos, SU e UCI, embora distintos, proporcionaram a aquisição de conhecimentos e competências, no âmbito da Enfermagem Médico - Cirúrgica, que, de outra forma não seria possível.

No Serviço de Urgência, realçamos a aquisição de competências no que respeita às prioridades de actuação na abordagem ao doente crítico. A triagem destes doentes fornece-nos uma parte do “saber” necessário para, através de uma observação/avaliação rápida e eficiente, encaminha-lo para os locais adequados, antecipando eficazmente todo o seu percurso no Serviço de Urgência. Quando a situação assim o exigiu activámos, juntamente com o tutor as vias verdes coronária e de AVC, melhorando a acessibilidade, permitindo um tratamento mais precoce e eficaz. Também neste campo de estágio tivemos a oportunidade de

trabalhar com a aplicação ALERT, fazendo todo o tipo de registos através desta aplicação. Podemos dizer que deixámos alguns contributos neste serviço, quer através de estratégias implementadas para a resolução de algumas situações problema detectadas, quer através da formação feita no serviço sobre a utilização da electrocoagulação.

Na UCI, adquirimos conhecimentos técnicos, que nos valorizam e preparam para actuar numa maior diversidade de situações no contexto do doente crítico. Fomos confrontados com situações novas e inesperadas, mas que desenvolveram a nossa capacidade de actuação e rapidez no julgamento, diagnóstico, e estabelecimento de prioridades, na prestação de cuidados.

Este estágio proporcionou-nos a oportunidade de prestar cuidados a doentes com diferentes patologias, essencialmente ao doente com insuficiência respiratória, insuficiência renal aguda, doentes cirúrgicos em pós operatórios complicados, doentes com multifalência orgânica, infecções virais, síndromes coronários agudos, entre outros.

Aprendemos a prestar cuidados a doentes com ventilação mecânica, assim como os cuidados a ter com CVC e as suas complicações; deixámos também alguns contributos no serviço, nomeadamente um protocolo com as novas linhas de orientação sobre a prestação de cuidados ao doente com dreno torácico.

Com a elaboração deste relatório referente á análise do estágio de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência, tivemos necessidade de fazer uma avaliação diária onde pudemos analisar e reflectir sobre as actividades desenvolvidas, reconhecendo eventuais falhas que exigissem uma mudança de atitude, os vários acontecimentos que marcaram o estágio e ainda se os objectivos foram ou não alcançados com a realização das actividades planeadas.

No decorrer de ambos os estágios demonstrámos conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família, quer na UCI quer no SU. Identificamos algumas situações problema e sugerimos uma mudança de atitude através da implementação de estratégias, nomeadamente nos cuidados ao doente com dreno torácico, na utilização das sondas de aspiração por circuito fechado, no que se refere ao reduzido número de torneiras de três vias que é colocado no SU e os cuidados na utilização da electrocoagulação, entre outros.

Como foi referido no parágrafo acima, em todas as eventuais falhas ou situações problema identificadas, tentámos uma mudança de atitude, através de implementação de estratégias. Sentimo-nos satisfeitos por, não só levar, como deixar contributos nos locais de estágio por onde passámos.

Levamos connosco novos saberes, experiências vividas, sentimo-nos mais fortes e confiantes na nossa actuação e ao mesmo tempo satisfeitos por deixar algo de nós nos serviços por onde passámos, por sabermos que, através das nossas pesquisas, estratégias para a mudança e acções de formação contribuimos de alguma forma, para uma melhor prestação de cuidados ao doente.

É impossível exprimir através deste documento escrito todo o proveito obtido, todas as situações importantes de aprendizagem, todos os momentos de relação interpessoal criados,

com profissionais das equipas ou com os doentes ao nosso cuidado. A prática da enfermagem é complexa e não pode ser descrita integralmente.

Na sua globalidade consideramos o estágio bastante positivo e, é importante deixar expresso que, de uma forma geral, os objectivos propostos inicialmente foram atingidos dentro do tempo programado, tendo sido desenvolvidas as actividades consideradas oportunas no âmbito das metas pretendidas.

Não podemos deixar de referir e salientar, a forma amistosa demonstrada no acolhimento, orientação e ensino por parte dos tutores dos dois campos de estágio. O apoio sentido foi sem dúvida relevante e motivador, sentimo-nos como parte integrante das equipas onde estivemos inseridos, estimulando o nosso desempenho de forma a corresponder às solicitações, permitindo-nos assim a realização dos objectivos propostos e a aquisição de conhecimentos e competência no âmbito a que se propunham estes estágios.

Para terminar, também as dificuldades encontradas por este caminho que percorremos devem ser referidas. A elaboração deste relatório revelou-se difícil e complexa porque, para além da descrição das actividades efectuadas, tivemos necessidade de fazer uma reflexão sobre essas mesmas actividades e fundamentá-las com revisão bibliográfica. No final dos estágios ficámos com a sensação que muito mais havia para ler, fundamentar, reflectir, mas o tempo foi escasso e passou de uma forma galopante entre a nossa actividade profissional e os módulos de estágio. As experiências surgiram, e nós tentamos aproveitá-las para construir o nosso caminho de desenvolvimento profissional.

Considerando a forma como decorreu o estágio, tendo em conta os objectivos delineados e as actividades desenvolvidas (no estágio em si e na elaboração dos trabalhos escritos), fazemos uma apreciação positiva afirmando que cimentámos a nossa capacidade de actuação, perante o doente de médio e alto risco, numa perspectiva holística, habilitando-nos a agir eficientemente em contextos instáveis.

Analisando a nossa actuação de forma objectiva e realista, procurámos também adoptar atitudes ético-deontológicas, responsabilizando-nos pelas decisões tomadas e pelos actos praticados, visando a nossa satisfação e a do doente convergindo para um objectivo comum: a promoção da saúde, a prevenção de complicações, os cuidados curativos e a reabilitação.

Finalizámos, mas temos noção que devemos manter uma aprendizagem contínua, e que os profissionais não podem parar, sob a pena de colocarem em causa o que aprenderam no decorrer destes longos meses. É por aí que continua a passar o futuro da Enfermagem. Prevemos para o futuro, que a enfermagem passe sempre por uma metodologia, que inclui a observação, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação. Esta deve estar sempre presente, pois só desta forma poderemos contribuir para a afirmação da Enfermagem enquanto Ciência, só assim poderemos actuar de acordo com uma prática científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barbieri, C.; Carson, S. 2007. Critical Care – intensive care unit management. *Critical Care* 12: 229 – 234.

Brevidell, M.; Assayag, R. 1995. Adesão às precauções universais: uma análise do comportamento de equipa de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* 48: 218-23.

Cabete, D. 2000. Risco, penosidade e insalubridade, uma realidade na profissão de Enfermagem. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 336-43. Acedido em: www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../pdf/439 [23 de Fevereiro de 2011].

Campedelli, M. 1987. Cálculo de pessoal em enfermagem: competência da enfermeira. *Rev. Esc. Enfermagem USP* 21:3-13.

Campedelli, M. 1989. Processo de enfermagem na prática. *Revista electrónica de enfermagem Cielo*. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a14v60n2.pdf> [23 janeiro de 2011].

Campedelli, M.; Benko, M.; Castilho, V. 1989. *Processo de enfermagem*. Ática, São Paulo, 136.

Camps, V. 2001. *O século das mulheres*. Editorial Presença, Lisboa, 120.

Cardo, D.; Bell, D. 1997. *Bloodborne pathogen transmission in health care workers risk and prevention strategies.*, *Infectious Disease Clinics of North America* 11:331-346.

Chiavenato, I. 1999. *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Editora Campus, Rio de Janeiro, 122.

Collière, M. 1989. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtudes aos cuidados de enfermagem*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa, 185.

Collière, M. 2003. *Cuidar A1ª arte da vida (2ªed.)*. Lusociência, Loures, 166.

Costa, D. 1999. *Fisioterapia respiratória básica*. *Revista electrónica de enfermagem*. Acedido em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_08.htm [15 de Janeiro de 2011].

Cunha, M. 2000. *Actuação do enfermeiro no transporte do doente Politraumatizado*. *Sinais Vitais* 23: 42.

Curry, S. 1995. Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente na UCI. *Revista nursing* 94: 26 – 30.

Depasse, B.; Pauwels, D.; Sommers, Y.; Vincent, J. 1998. A profile of European ICU. *Nursing Intensive Care Medicine* 24: 939-945.

Direcção Geral da Saúde. (DGS) 2001. Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência\Emergência. Lisboa: Ministério da saúde.

Direcção-Geral da Saúde, (DGS) 2003. Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Ministério da Saúde.

Dreyer, E. 2003. Técnicas de enfermagem na ventilação mecânica. *Ventilação mecânica para enfermagem* 41-49.

European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). 1994. Guidelines for the utilization of intensive care units. *Intensive Care Medicine* 20: 163-164.

Faia, I., 2008, *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*, 4ª edição. Loures. Lusociência, 311.

Farias, G.; Freire, I.; Ramos, C., 2006 . Aspiração endotraqueal: estudo em pacientes de uma unidade de urgência e terapia intensiva de um hospital da região metropolitana de Natal. *Revista electrónica de enfermagem*. Acedido de: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_08.htm. [13 de Fevereiro de 2011].

Ferdinande, P.; ESICM. 1997. Recommendations on minimal requirements for Intensive Care Departments. *Intensive Care Medicine* 23: 226- 232.

Gomes, A.; Cardoso, L.; Carvalho, C. 2000. Discurso de Liderança: o que faz sentido, faz-se. In *Psychologica*, 23: 7-36.

González, N. 2004. Avaliação da competência prática e dos conhecimentos científicos das enfermeiras de uma UCI sobre a aspiração endotraqueal. *Cuidado Intensivo* 4:7-17.

Grande Dicionário Enciclopédico, 2000. Alfragide: Clube Internacional do Livro. Vol. VI, XIII. 1818.

Joint Commission Resources, 2008. Temas e estratégias para liderança em enfermagem. Porto Alegre. *Artmed*, 232.

Kouzes, J. ; Posner, B. 1997. *O desafio da liderança*, Campus, Rio de Janeiro, 321.

Kouzes, J.; Posner, B. 1991. *O desafio da liderança: como conseguir feitos extraordinários em organizações*. Campus, Rio de Janeiro, 321.

- Lino, M. ; Calil, A. 2008. O ensino de cuidados críticos/intensivos na formação do enfermeiro: momento para reflexão. *Revista Escola Enfermagem USP* 42: 17- 23.
- Machado, P. 1995. Cateter Venoso Central. *Divulgação*, 33: 9 – 13.
- Macphail, E. 2001. Panorâmica de enfermagem de urgência, 4ª edição Lusociência. Loures, 211.
- Marcelino, P. 2008. Manual de Ventilação Mecânica no Adulto: abordagem ao doente crítico. Lusociência. Loures, 256.
- Melo, S.; Costa, A. 2000. Dicionário da língua portuguesa, 8ª edição. Porto Editora. Porto, 1794.
- Miguel, A. 1991. Manual de Higiene e Segurança no Trabalho, 2ª edição. Porto Editora. Porto, 511.
- Mora, R. 1997. “Bases bioquímicas del metabolismo energético y proteico”, en *Soporte Nutricional Especial*. Bogotá, Médica Internacional Ltda., 19-49.
- Mora, R. 1997. Principios de Soporte Nutricional Especial. Bogotá, Médica Internacional Ltda, 51-63.
- Morais, C. 2004. Perspectivas das competências. *Nursing* 188: 23-24; 39-49.
- Moreno, R. 2000. Gestão e organização em medicina intensiva. Permanyer Portugal, Lisboa, 138.
- Nunes, F. 2001. Sala de Emergência & Trabalho em Equipa. Manual de Trauma, 3ª edição, Lisboa, 146.
- Nunes, F. 2009. Tomada de decisão do enfermeiro no transporte do doente crítico. *Nursing* 246:17-18.
- Nunes, L. 2003. Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal. Edições técnicas e científicas. Lusociencia. Loures.375.
- Ordem dos Enfermeiros. 2005. Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários - Quadriénio 2000/2003. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.
- Passos, E. 2000. Papel da enfermagem na assistência ao paciente em ventilação mecânica. II Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. *Jornal de Pneumologia*, 26: 27–34.
- Pina, G.; Moreira, A. 1999 – Catéter Venoso Central. *Enfermagem Oncológica* , 11:. 53 – 62.
- REPE- Regulação do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ministério da Saúde. Decreto de Lei n104/98 de 21 de Abril de 1998.

Rogers, B.1997. *Enfermagem do trabalho: conceitos e prática*. Lusociência, Lisboa, 125.

Santos, J.; Caetano, A. ;Jesuino, J. 2008. As competências funcionais dos líderes e a eficácia das equipas. *Revista Portuguesa e brasileira de Gestão*, 7: 22 - 33.

Silberman, M. 1989. Terapia nutricional enteral e parenteral em Pediatria. III Curso de actualização em nutrição enteral e parenteral Adulto/pediátrico. Acedido de: http://www.unicap.br/pos/cursos_atualizacao/downloads/nutricao_enteral_parenteral.pdf [24 de Fevereiro de 2011].

Silva, A. 2007. Enfermagem Avançada: um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da disciplina. *Revista Servir*. 55:11-20.

Simões, A.; Fávero, N. 2003. O Desafio da liderança para o enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 11:567-73.

Skinner, M., [et al]. 2001. Manual de Trauma. Edição de autor. Acedido de: <http://www.citma.pt/Uploads/Lina%20Maria%20Ornelas.pdf> [22 de Novembro de 2010].

Smeltzer, S.; Bare, B. 2002. Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 9ª edição, 1º volume. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1681.

Spaulding, E. 1968. Chemical disinfection of medical and surgical materials. In: Block SS. *Disinfection, sterilization and preservation*. Lea & Febiger, Philadelphia, 131.

Swearingn, P.; Keen, J. 2001, Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem Independentes e interdependentes. 4ª edição. Lusociência, Loures, 294.

Thelan, L., [et al.] 1996. Enfermagem em cuidados intensivos: diagnósticos e intervenções. Lusodidacta. Lisboa .403.

Thijs, L. 2007. Continuous quality improvement in the ICU: general guidelines. *Intensive Care Medicine*, 23:125-127.

Villa, V.; Rossi, L. 2002. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 10: 137-144.

Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE, 2005. Regulamento interno do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE. Homologado em 24.11.2006 pelo Secretário de Estado da Saúde, Dr.Francisco Ramos.

Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE, 2009. Plano de Contingência da Gripe com Potencial Pandémico. Elaborado pela Direcção do Departamento de Urgência e Emergência e Comissão de Controlo de Infecção em 30.04.2009.

Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE, 2009. Procedimento Interno: Caracterização da Admissão na Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar da Cova da Beira. Elaborado por Unidade de Cuidados Intensivos 16.12.2008.

Decreto-Lei N.º 161/96. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. 04 de Setembro de 1996.

Decreto-Lei N.º 100/97. D. R. I Série A, 212 (97-09-13) 4910-4917.

Decreto-Lei N.º 104/98. Estatuto da ordem dos enfermeiros. 21 de Abril, 1998.

Decreto-Lei N.º 412/98. Regime legal da carreira de enfermagem. 15 de Outubro, 1998.

Decreto-Lei N.º 101/99. D.R. I Série A, 101 (99-04-30) 2323-2332.

Decreto-Lei N.º 503/99. D. R. I Série A, 271 (99-11-20) 8241-8256.

ANEXOS

Anexo I

Caracterização do Serviço de Urgência

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O serviço de urgência subdivide-se em áreas principais de serviços de acordo com as necessidades específicas e circuito de gestão de doentes.

Uma dessas áreas é a triagem que é composta por:

- 1 Gabinete de triagem de Manchester,
- 2 Salas de espera,
- 1 Serviço de admissão de doentes,
- 1 Gabinete de assistente social,
- 1 Gabinete de informação para utentes /familiares,
- 2 Gabinetes de consulta geral,
- 1 Sala de reanimação,
- 1 Sala para observação ou terapêuticas “rápidas”,
- 6 WC.

Uma outra área que é denominada por serviço de Observações é composta por:

- 3 Quartos um dos quais serve de isolamento perfazendo na totalidade 5 camas,
- 1 Sala de Sujos,
- 1 Sala de limpos,
- 1 Gabinete de Enfermagem,
- 1 Sala de terapêutica,
- 1 Sala de lavagem e desinfecção de material,
- 1 Copa.

Existe ainda a chamada área das Especialidades que é composta por:

- 6 Gabinetes de consulta,
- 1 Sala de reuniões,
- 1 Sala de observações e tratamentos na área das especialidades médicas,
- 1 Sala para tratamentos de área ortopédica,
- 1 Sala para tratamentos na área de especialidades cirúrgicas.

Por ultimo temos a área da direcção e gestão do serviço que é composta por:

- 1 Sala para Stock de material clínico e farmacêutico,
- 1 Gabinete para direcção clínica,
- 1 Gabinete para direcção de enfermagem,
- 1 Gabinete para secretariado da Direcção,
- 2 Quartos para repouso,
- 2 WC.

A equipa de enfermagem é constituída por 33 enfermeiros entre os quais existe uma enfermeira responsável pela área da gestão e um enfermeiro especialista em Medico cirúrgica. Com excepção da enfermeira responsável todos os enfermeiros trabalham na área da prestação de cuidados de saúde, em horário “roullemant”.

Encontram-se escalados 6 enfermeiros para o turno da manhã, 6 para o turno da tarde e 4 para o turno da noite.

Durante os turnos existe sempre um enfermeiro de apoio (dá apoio a todas as valências onde for necessário, podendo inclusivamente efectuar transferências para outras unidades hospitalares) e um enfermeiro responsável de turno, está na prestação de cuidados mas é responsável pelo bom funcionamento e dinâmica do serviço.

O método de trabalho utilizado pela equipa multidisciplinar é o método individual. Cada enfermeiro fica responsável por cada área, prestando todos os cuidados necessários, tendo em conta a visão holística do doente.

Contudo, existe relação de inter-ajuda por parte da equipa, em casos de necessidade.

A equipa médica diária da urgência é composta por médicos em presença física e em regime de prevenção. É composta por especialistas de medicina interna, cirurgia geral; ortopedia; gastroenterologia; psiquiatria; urologia; anestesia; cardiologia; otorrinolaringologia; pneumologia e pediatria.

A equipa de auxiliares de acção médica é constituída por 4 elementos nos turnos das 08-16H e das 16-24H e por 2 elemento no turno das 00-08H, distribuídos de acordo com Escala Mensal pela UICD, Posto de Triagem, Áreas funcionais e Reanimação.

Anexo II

Caracterização do Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A Unidade de Cuidados Intensivos do CHCB, EPE localiza-se no 2º piso do edifício junto à Unidade de AVC's, ao Bloco Operatório e à Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos.

A situação e configuração arquitectónica parece ser bastante adequada aos propósitos específicos a que se destina.

Os objectivos de uma UCI são a monitorização e suporte de funções vitais em falha nas pessoas em estado crítico, de forma a atingir medidas diagnósticas e terapêuticas (médicas e cirúrgicas) adequadas. O sucesso do cuidado intensivo depende da meticulosa interacção entre o Homem, a tecnologia e os recursos (Ferdinande, 1997).

Passo a expor de forma simples, como é constituída a UCI do CHCB, EPE:

-Sala de espera para visitas e para doentes ambulatoriais que vêm realizar a consulta de revisão pós internamento no serviço,

-Sala de secretariado clínico,

-Gabinete do Director,

-Gabinete do Enfermeiro Chefe,

-Sala de Reuniões/Biblioteca,

-Vestiário de Homens,

-Vestiário de Mulheres,

-Rouparia de fardamentos para profissionais de saúde,

-Sala de desinfecção de camas,

-Arrumações,

-Sala de stock de material de consumo clínico/aparelhos de gasimetrias,

-Sala de sujos,

-Sala de limpos,

-Copa,

-Sala Aberta com 7 unidades,

-Isolamentos 1 e 2.

Além de todo o material clínico que dispõe a unidade de cuidados intensivos como camas "*Hill Room*" (com facilidade de acesso, movimentos, transporte e posicionamentos com colchão dinâmico), carros de apoio, rampas de O₂, de ar comprimido e de vácuo, neste serviço, existe equipamento especial cujo conhecimento e manejo são essenciais para que se possa obter uma utilização adequada, tais como: equipamento electrónico de monitorização hemodinâmica e respiratória (ECG, Pressão Arterial, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória, PVC, Débito Cardíaco, Índice Cardíaco, Resistências Vasculares, Pressão Intra-Craniana, Pressão Intra-Abdominal, Capnografia e SpO₂, entre outros) e os ventiladores.

A UCIP do CHCB, EPE, dispõe de monitores de parâmetros vitais DATEX OHMEDA®, monitores "*VIGILEO*®" e monitores "*PICCO*®". De facto todo este conjunto de aparelhos se

usa para mostrar os parâmetros fisiológicos com o fim de permitir a vigilância e o controlo de certas funções. Todos eles servem um único propósito – a estabilização das funções vitais do doente, sendo adequado a cada tipo de doente, a monitorização mais indicada.

Existe ainda neste serviço uma grande variedade de equipamentos que servem de apoio à prestação de cuidados de enfermagem e médicos tais como:

- Bombas infusoras FRESENIUS ®,
- Seringas infusoras FRESENIUS ®,
- Bombas Infusoras BRAUN®,
- Carro de emergência,
- Desfibrilhador portátil LIFE PACK 12 ®,
- Desfibrilhador LIFE PACK 9 ®,
- Geradores de pacemaker,
- Ventiladores portáteis Drager ® oxilog 2000,
- Ventiladores fixos Drager ® Evita 4,
- Ventiladores Não Invasivos BiPAP Vision ®,
- Ventiladores não Invasivos volumétricos,
- Aparelhos para terapia de substituição renal Prisma e Prismaflex ®,
- Fibroscópio,
- Ecocardiografos,
- Aparelho para realização de gasimetrias arteriais,
- Motor de aquecimento,
- Computador em cada unidade, mais computadores/monitores de uso comum, na banca de trabalhos com aplicação informática Centricity Critical Care Clinisoft ®.

A unidade do doente é composta por diversos materiais e equipamentos que passo a referir:

- ✓ Braço pendente de monitorização/ventilação contem um ventilador *Drager Evita 4*, monitor Datex Ohmeda ®, várias tomadas de corrente, insuflador manual, rampa de O2 (uma para o ventilador e outra para o insuflador manual), balão teste, estetoscópio, aspirador de secreções, soluto de limpeza do circuito de aspiração e sondas de aspiração. Na região posterior deste braço dispomos de uma mesa de apoio com compressas e luvas de látex/vinil não estéreis, copo com solução de higiene oral, copo para água, luvas de exame estéreis, contentor para corto-perfurantes, álcool etílico a 70%, solução alcoólica cutânea em spray, seringa de 100cc para SNG e máquina para avaliação de glicemia capilar com respectiva caneta e lanceta. Esta mesa tem gaveta de arrumação onde podemos encontrar pente, cremes e emulsões para proteger e hidratar a pele do doente, ampolas de 10cc de NaCl 0,9%, colírios e algum material de via aérea que já tenha sido usado pelo doente e que possa ainda vir a ser necessário. Na região anterior deste braço, imediatamente por baixo do ventilador, temos uma

gaveta onde podemos encontrar seringas de 5, 10 e 20cc, agulhas e cateteres endovenosos e arteriais de vários tamanhos, garrote, obturadores, seringas de gasimetria, nastro, espaços mortos e filtros para circuito do ventilador, filtros de TOT para doentes em ventilação espontânea, adesivos, lancetas para caneta de glicemias capilares, entre outro material que se espere ser necessário para cada doente. É também neste braço que encontramos cabos para pressões invasivas, oximetria de pulso, pressões não invasivas, pressão venosa central, conectados ao monitor datex ohmeda ®, bem como central de ligação do monitor, bases das seringas e bombas infusoras, ventilador e monitor “vigileo” ou “picco”, que estabelece a passagem dos dados para o computador da unidade, possibilitando a disponibilização dos dados relativos à monitorização do doente, com registo contínuo.

- ✓ Cada unidade conta ainda com uma mesa de apoio para alimentação e uma cadeira.

Para apoio de todo o serviço existe um carro de pensos, que é repostado diariamente, e que inclui uma série de material, desde máscaras de protecção, luvas de látex/vinil não esterilizadas, adesivos, soluções de limpeza e desinfeção, material esterilizado (Kit’s de penso e compressas de vários tamanhos), contentor de espécimens para laboratório, material de pensos variado (apósitos, pensos impermeáveis com e sem compressa, pensos cirúrgicos, pensos para traqueostomias, hemostáticos, hidrocolóides, gases impregnadas com petrolatum, etc), luvas esterilizadas, material para cateterização central e arterial, fios de sutura, lidocaína gel e spray, lâminas de bisturi, sacos minigraduados para drenagens cirúrgicas, sacos de colostomia, contentor para “ferros” usados, contentor de corto-perfurantes, entre outros.

Para além do carro de pensos, o serviço dispõe ainda de um pequeno stock de material esterilizado, onde se podem encontrar mais kit’s de pensos, batas, campos cirúrgicos, compressas de vários tamanhos e vários “ferros” individualizados.

Existe também, uma zona destinada a terapêutica, que conta com bancada de trabalho (onde também se encontra o cofre de estupefacientes, o stock de electrólitos e as gavetas com etiquetagem de identificação para cada doente). É nesta zona que se procede à preparação e identificação da terapêutica. Esta zona é apoiada por um armário superior (onde encontramos os vários tipos de seringas, sistemas de soros e prolongadores), um armário inferior com gavetas (onde se encontram os vários tipos de agulhas, as seringas de insulina, os transferes, etc.) e com portas (aqui encontramos todo o tipo de soros). Mesmo ao lado esquerdo desta bancada encontra-se o stock de medicação do serviço, onde se pode encontrar a mais variada medicação oral, injectável ou tópica. Do lado direito desta bancada, encontra-se outro armário, este reservado à medicação de unidose de cada doente, para onde é retirada a medicação vinda diariamente da farmácia do hospital.

A UCI do CHCB, EPE, conta com uma equipa de quatro médicos, um dos quais o Director de Serviço, vinte Enfermeiros Graduados, um Enfermeiro Especialista e um Enfermeiro Chefe, oito Auxiliares de Acção de Acção Médica e uma Administrativa. Do que me foi

permitido observar e constatar, há um forte investimento pessoal e profissional de toda a equipa na actualização de conhecimentos e normalização de procedimentos, com vista a prosseguir os melhores e mais actualizados cuidados ao doente que recorre a este serviço.

Para além desta equipa própria, conta com a colaboração dos fisioterapeutas do serviço de Medicina Física e de Reabilitação, dos Técnicos de Radiologia do serviço de Imagiologia, da Nutricionista e de especialistas de outras áreas, sempre que necessário (Cardiologista, Cirurgião, Gastrenterologista, entre outros).

As informações sobre o estado do doente são fornecidas pelo médico e/ou enfermeiro ao familiar mais próximo, durante a hora da visita. Outros familiares ou amigos terão que obter essas informações junto dos familiares do doente.

Neste serviço o horário de visitas é das 14 às 19 horas, sendo permitida a entrada de dois visitantes por doente, durante 10 a 15 minutos, sendo acompanhados por um Enfermeiro ou um Auxiliar de Acção Médica que o orientará no momento de entrada na sala.

Do confronto feito entre os autores e a realidade com que me deparei, posso afirmar que, de uma forma global, a UCI do CHCB, EPE se encontra bem enquadrada com as recomendações.

Anexo III

Plano da sessão e diapositivos da acção de formação: " Bisturi eléctrico - conceito, riscos e precauções".

Plano da sessão



Universidade Católica Portuguesa – Pólo das Beiras

Curso de Mestrado de Especialização em EMC

Unidade Curricular - Estágio no serviço de Urgência Geral

Duração: 60 minutos

Título – Bisturi eléctrico

25 de Novembro de 2010

Objectivo geral: Transmitir conhecimentos sobre a electrocoagulação, sobre o funcionamento do bisturi eléctrico assim como os riscos e prevenção dos mesmos

Objectivos específicos: Identificar os princípios de funcionamento do bisturi eléctrico assim como os mecanismos envolvidos ; Abordar os riscos associados ao bisturi eléctrico; Dar a conhecer os principais cuidados a ter na prevenção de queimaduras causadas pelo bisturi eléctrico

Conteúdos		Tempo	Estratégias		Avaliação
<p>Princípios da electrocirurgia</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Breves noções de história. ➤ Conceito da bisturi eléctrico. ➤ Propriedades da electricidade. ➤ Condutibilidade pelo corpo. ➤ Princípios de funcionamento. 	<p>Riscos e prevenção</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Queimaduras por desvio de corrente. ➤ Complicações nos tecidos circunvizinhos. ➤ Interferência com pacemakers e cardiodesfibrilhador implantavel ➤ Queimaduras acidentais por uso não intencional do eléctrodo activo. ➤ Queimaduras por líquidos inflamáveis, gases ou vapores. ➤ Queimaduras por uso impróprio da placa de dispersão 	60 Min.	<p>Metodologia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expositiva • Aula prática • Diálogo, discussão com a plateia 	<p>Recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projector multimédia • Bisturi eléctrico • Videoprojector 	<p>Discussão e reflexão.</p> <p>Questões colocadas aleatoriamente aos participantes sobre a temática da formação</p>

BISTURI ELÉCTRICO

CONCEITOS, RISCOS E PRECAUÇÕES

SERVIÇO DE URGÊNCIA - CHCB



25 DE NOVEMBRO DE 2010

Aluno-Enf^a Guida Carrilho

Tutora-Enf^a Especialista Goretti Pires

Orientadora- Mestre Patrícia Coelho

3º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da UCP

SU-CHCB

Plano da sessão



Universidade Católica Portuguesa – Pólo das Beiras

Curso de Mestrado de Especialização em EMC

Unidade Curricular - Estágio no serviço de Urgência Geral

Duração: 60 minutos

Título – Bisturi eléctrico

25 de Novembro de 2010

Objectivo geral: Transmitir conhecimentos sobre a electrocoagulação, sobre o funcionamento do bisturi eléctrico assim como os riscos e prevenção dos mesmos

Objectivos específicos: Identificar os princípios de funcionamento do bisturi eléctrico assim como os mecanismos envolvidos; Abordar os riscos associados ao bisturi eléctrico; Dar a conhecer os principais cuidados a ter na prevenção de queimaduras causadas pelo bisturi eléctrico

Conteúdos		Tempo	Estratégias		Avaliação
Princípios da electrocirurgia <ul style="list-style-type: none">➤ Breves noções de história.➤ Conceito da bisturi eléctrico.➤ Propriedades da electricidade.➤ Condutibilidade pelo corpo.➤ Princípios de funcionamento.	Riscos e prevenção <ul style="list-style-type: none">➤ Queimaduras por desvio de corrente.➤ Complicações nos tecidos circunvizinhos.➤ Interferência com pacemakers e cardiodesfibrilhador implantavel➤ Queimaduras acidentais por uso não intencional do eléctrodo activo.➤ Queimaduras por líquidos inflamáveis, gases ou vapores.➤ Queimaduras por uso impróprio da placa de dispersão	60 Min.	Metodologia <ul style="list-style-type: none">• Expositiva• Aula prática• Diálogo, discussão com a plateia	Recursos <ul style="list-style-type: none">• Projector multimédia• Bisturi eléctrico• Videoprojector	Discussão e reflexão. Questões colocadas aleatoriamente aos participantes sobre a temática da formação

Mesmo nas pequenas cirurgias, é bom que os doentes continuem a ter o **encantamento** de entregar o próprio corpo em boas mãos e em sábias e amigas mentes. É bom que nós, os profissionais de saúde, continuemos a sentir a **magia** de entrar no interior de um corpo humano, de reparar com as nossas mãos e os nossos instrumentos e de voltar em segurança para verificar os adequados resultados

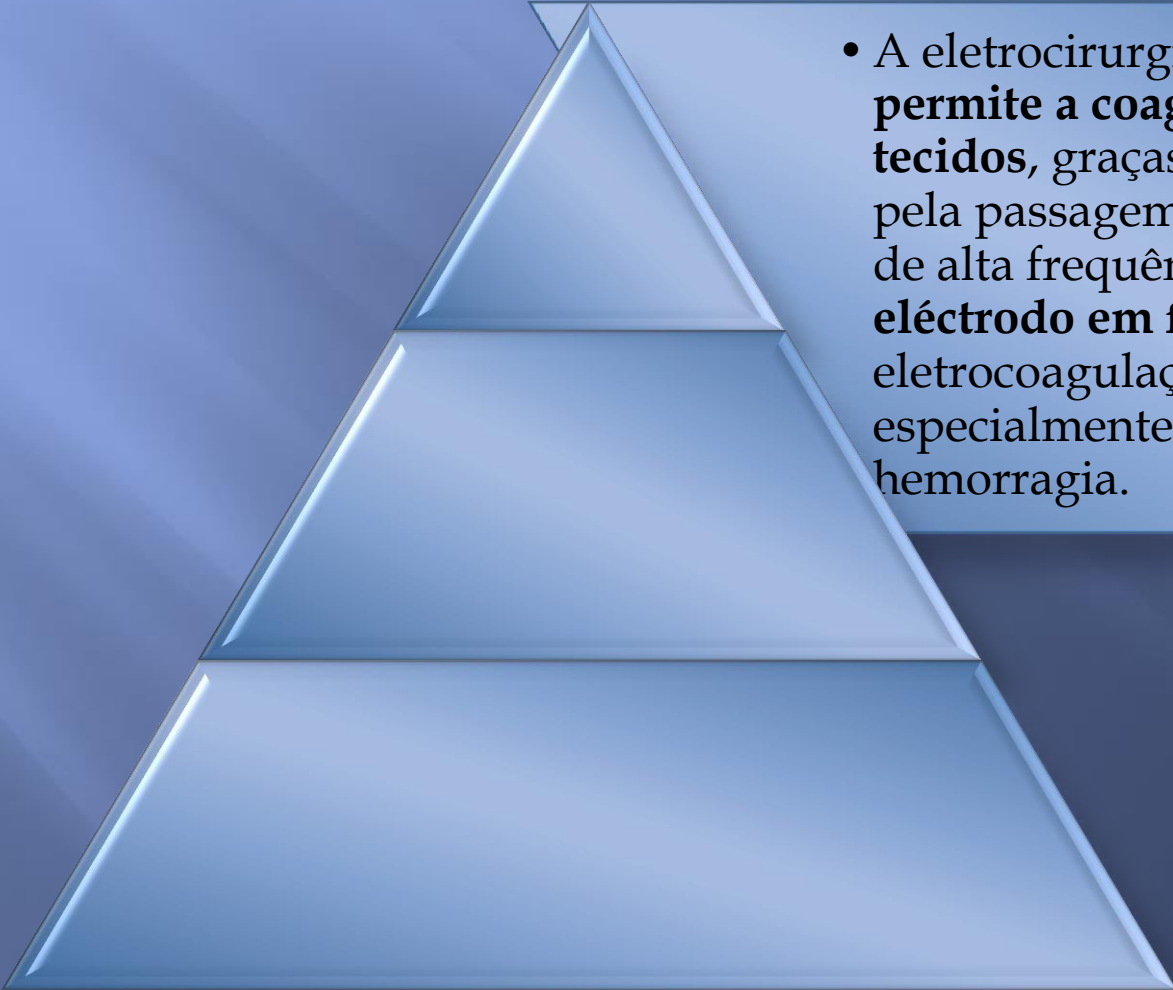


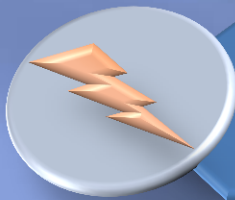
História

- **Final sec. XIX - A possibilidade de usar correntes AF para sobreaquecer os tecidos** foi constatada pelo físico e médico francês Arsène d'Arsonval;
- A diatermia medicinal permitiu a evolução para a electrocoagulação. Os **primeiros geradores eram constituídos por faiscadores** e condensadores que produziam ondas amortecidas, permitindo coagular mas não seccionar tecidos;
- **1970 - os bisturis eléctricos comportavam um gerador de faíscas** (coagulação) e um gerador de tubo tríode (corte). A activação dos 2 geradores permitia realizar corte com hemostase;
- 1975 - Desenvolvimento de semicondutores permitiram a supressão dos faiscadores e a redução das correntes de fuga, aumentando a segurança do utente;
- **Anos 90 - microprocessadores permitem testar componentes do bisturi eléctrico.**



Conceito

- 
- A eletrocirurgia é o método que **permite a coagulação e corte dos tecidos**, graças ao **calor** produzido pela passagem de corrente eléctrica de alta frequência aplicada com um **eléctrodo em forma de agulha**. A eletrocoagulação é empregada especialmente em caso de hemorragia.



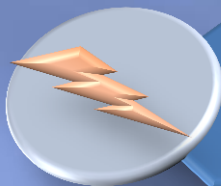
O que é o bisturi eléctrico

O bisturi eléctrico é:

Um equipamento que **funciona como um bisturi normal**, mas que tem a **vantagem de coagular** o sangue logo após o corte, **evitando hemorragias** e reduzindo sangramentos.

Um equipamento que, a partir da energia eléctrica alternada comum de baixa frequência (60Hz), gera correntes eléctricas de altíssimas frequências e voltagens elevadas (400 a 500 KHz), **transformando a energia eléctrica em energia térmica.**

A produção de calor endotérmico é resultado da interacção entre a energia e os tecidos (Balagué, 2009).



O que é o bisturi eléctrico



Bisturi eléctrico

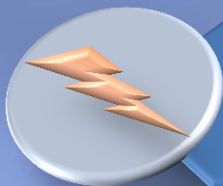
Material Necessário:



Cabo da placa
isolante ;eléctrodo
neutro e caneta de
bisturi

Pedal (actualmente as
canetas já têm
os comandos na
própria caneta,
podendo ser accionado com a
mão e escusa pedal)





O que é o bisturi eléctrico

Execução :

- Conectar o bisturi na rede eléctrica;
- Conectar a **placa** isolante descartável no **cliente**;
- Conectar o **cabo** na placa isolante e no bisturi;
- Conectar a **extensão da caneta do bisturi** no equipamento;
- Aproximar o **pedal** do bisturi do elemento da equipe que irá comandar o equipamento;
- Ligar o equipamento;
- Seleccionar **o grau de corte e coagulação** conforme orientação.





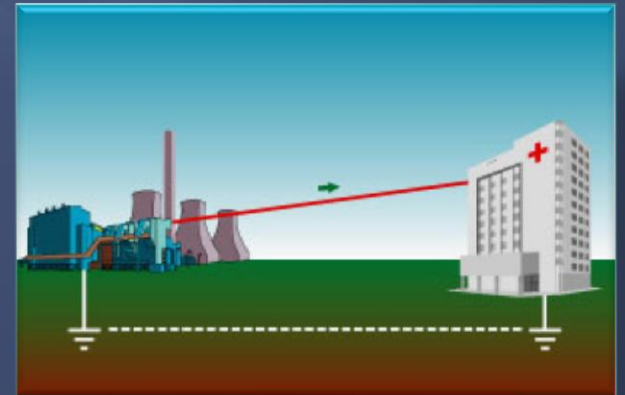
Propriedades da electricidade



Algumas das propriedades da electricidade devem ser entendidas de modo a melhor compreender a electrocirurgia

Os electrões habitam no núcleo dos átomos. O fluxo de corrente ocorre quando há fluxo de electrões de um átomo para a órbita de um átomo adjacente. A tensão é a força que fornece aos electrões a capacidade de viajar de átomo para átomo. **Se os electrões encontrarem resistência o calor é produzido.**

A resistência ao fluxo de electrões è chamada "Impedância"

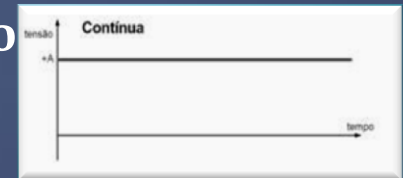




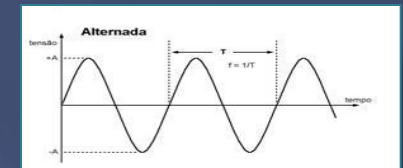
Tipos de corrente



Corrente contínua - Circula sempre no mesmo sentido (pólo positivo/ pólo negativo).
Ex. pilhas, baterias.



Corrente alternada - A corrente alterna o sentido. Não existe pólos, mas fases que trocam a polaridade. Ex. aparelhos eléctricos 50Hz (alterna 50 vezes por segundo).





Condutibilidade pelo corpo

- Quando o corpo Humano é atravessado por **uma corrente de 220V / 50Hz**, há risco de **electrocussão**.
- As correntes de baixa frequência (até 3000Hz) têm uma acção exitomotora sobre os nervos e os músculos, podendo causar contracturas, tetanizações ou fibrilhações. (Grinenwald, 2001)
- Segundo Grinenwald (2001), com 200 kHz (200.000 Hz) o organismo já não segue o ritmo das impulsões, pelo que não há reacções neuromusculares;
- “ **A corrente de alta frequência não tem nenhuma acção excito-motora sobre o organismo humano. O seu único efeito consiste num sobreaquecimento dos tecidos orgânicos**” (Grinenwald, 2001)
- Segundo o manual da ERBE (1995), na electrocirurgia deve usar-se uma corrente de alta frequência de pelo menos 300 kHz;





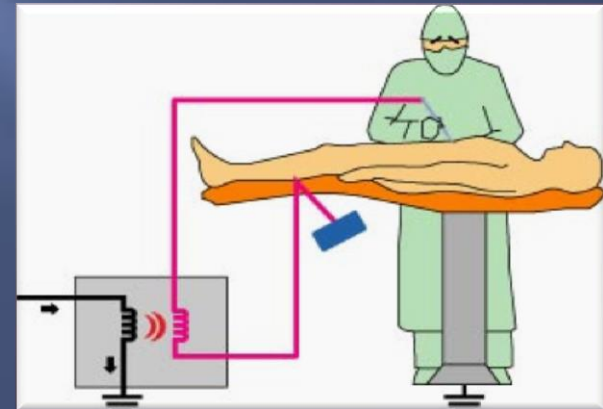
Princípios de funcionamento

- Durante a utilização do bisturi eléctrico, a intensidade da corrente que circula pela ponta do bisturi é a mesma da placa. Mas **só ocorre corte ou coagulação na ponta do bisturi e não na placa**, porque a ponta do bisturi apresenta uma pequena área de contacto com o paciente, **ocorre aí uma grande concentração de corrente**, a temperatura local aumenta muito e o tecido é cortado ou coagulado. **Na placa, a densidade de corrente é pequena e o calor gerado pela passagem de corrente é distribuído e dissipado pela circulação sanguínea da pele em contacto.**
- **A corrente circula** pelo organismo, principalmente pelos vasos sanguíneos e **líquidos corporais**, por mecanismos iónicos.
- Para que não haja risco de acidentes, **a corrente deve ficar confinada no circuito** em que está operando, ou seja, **bisturi eléctrico, ponta (eléctrodo activo), paciente, placa (eléctrodo de dispersão) e novamente bisturi eléctrico.**
- Se ocorrer fuga da corrente por outras vias pode ocorrer um **acidente.**



Princípios de funcionamento

- Os princípios de electricidade são relevantes na sala de cirurgia.
- O aparelho electrocirurgico é a fonte do fluxo de electrões e de tensão.
O circuito é composto por esse aparelho, pelo eléctrodo activo, pelo paciente e pelo eléctrodo de retorno.
- É o paciente que produz a impedância e por sua vez o calor.





Monopolar e Bipolar

O bisturi eléctrico trabalha com correntes alternas, logo, a corrente não segue um sentido, mas permuta entre 2 pontos.

Monopolar

A corrente circula entre o eléctrodo activo, que tem uma pequena superfície de contacto (bisturi) e **um eléctrodo de dispersão**, que tem um grande superfície de contacto (placa) e que dispersa o calor. **O eléctrodo activo está no sítio cirúrgico. O eléctrodo de retorno está no corpo do paciente.** A corrente passa através do paciente, uma vez que completa o circuito do eléctrodo activo para o eléctrodo de retorno. Há quatro componentes do circuito monopolar: gerador, eléctrodo activo, paciente e eléctrodo neutro.

Bipolar

Aqui as funções do **eléctrodo activo** e do **eléctrodo de retorno** são realizadas no **local da cirurgia**. Os dois dentes da pinça têm funções de **eléctrodo de retorno** e **funções de eléctrodo activo**. **Somente o tecido apreendido entre a pinça está incluído no circuito eléctrico.**



Monopolar e Bipolar

MONOPOLAR

Vantagens

- Efectividade na hemostase;
- Fácil manuseamento, precisão, rapidez e baixo custo

Desvantagens

- Não permite coagulação de vasos > 1-2mm;
- Risco de lesões à distância;

BIPOLAR

Vantagens

- Rápido em pequenos vasos;
- A corrente não atravessa o utente;
- Não necessita placa de dispersão;
- Sem lesões à distância;
- Menores danos nos tecidos circundantes

Desvantagens

- Pouca efectividade na selagem dos vasos;
- Não permite fazer corte;



Modalidade de coagulação e corte

Na **modalidade Coagulação**, a energia liberada pelo bisturi eléctrico não é contínua e, mesmo com o accionamento contínuo do equipamento, o resultado é uma **onda pulsátil**. Esta modalidade gera potenciais mais elevados que a modalidade corte, porém, **a potência transmitida aos tecidos é menor pois a onda é pulsátil** e, por mais da metade do tempo de accionamento, o potencial é zero. Além disso, a energia é dissipada por muitas células simultaneamente, levando a um aumento da temperatura mais lento que no corte, provocando desidratação e coagulação das proteínas intracelulares



Modalidade de coagulação e corte

Na **modalidade de Corte** os potenciais são mais baixos que na coagulação, porém, como **a onda na modalidade de corte é contínua, a potência transmitida aos tecido é maior** que na coagulação. A energia liberada promove rápido aquecimento da água intracelular (ebulição) levando à explosão da célula. Nesta modalidade a lesão produzida pelo bisturi eléctrico é mais limitada, poupando as células adjacentes.



Reacções dos tecidos à coagulação e ao corte

Até 40°C - não há dano significativo nas células;

Acima de 40°C - existem danos reversíveis, dependendo da duração da exposição à corrente;

Aos 49°C - danos irreversíveis - Desnaturação com alteração das proteínas;

Entre os 70°C e os 100°C - Coagulação. Colagénio transforma-se em glucose. As células contraem-se provocando o colapso dos capilares e pequenos vasos;

Acima dos 100°C - O líquido intracelular e extracelular evapora. As membranas celulares rompem;

Perto dos 200°C - Carbonização.

Entre os 300°C e os 500°C - Carbonização.

Acima dos 500°C - o tecido arde e vaporiza



Reacções dos tecidos à coagulação e ao corte

43-45° - produzem-se lesões irreversíveis com inactividade da acção enzimática

A partir dos 60° a coagulação dos tecidos biológicos, pela desnaturação das proteínas (rotura trihelicoidal do colagénio). Os glóbulos vermelhos ficam lesados e atraem plaquetas.

A 100° ponto de ebulição da água contida nas células, provoca rotura da parede celular. A manutenção do calor provoca o aumento da temperatura, provocando desidratação do tecido

300 a 500° - carbonização do tecido

RISCOS E PREVENÇÃO





Queimaduras por desvio decorrente

Se o utente ou o utilizador estiver em contacto com objectos que sejam condutores (metais, tecidos molhados), a corrente pode ser atraída por eles.

Actuação:

- Todo o corpo do utente deve estar **isolado de material condutor** que esteja ligado à “terra”.
- Justifica-se **retirar relógio, anéis, piercings e brincos do utente**, quando estes estiverem próximo do local a intervir (Einarsson e Gould, 2010)
- **Deve-se evitar que o campo esterilizado fique molhado** ou usar um campo impermeável.
- Se estiver monitorizado, os eléctrodos do ECG devem estar a uma **distância mínima de 15cm do eléctrodo activo.** (ERBE)



Queimaduras por desvio de corrente

- Usar a coagulação através de **uma pinça, apenas** quando esta esteja em **contacto com o utente, usando luvas como isolante.**
- Deve-se **evitar** que o **electrodo neutro** apanhe **humidade** quando se encontra próximo do campo operatório, devido ao excesso de antisseptico, **pode provocar queimadura.**





Queimaduras por desvio de corrente

Se houver interposição inadvertida entre o paciente e a placa, diminuindo a área efectiva de contacto, **situações de risco** podem ocorrer:

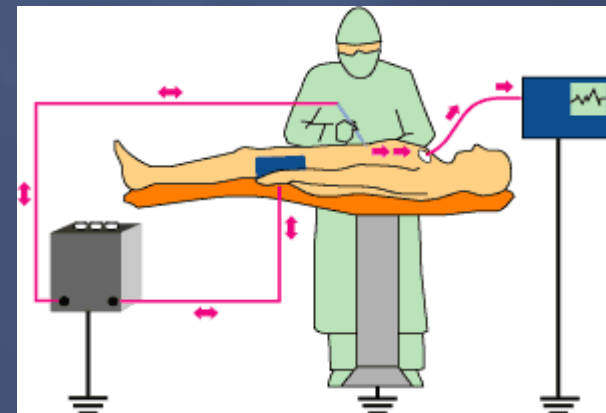
- a corrente pode-se concentrar em pontos da placa, causando **queimaduras nestes locais**.
- ou a corrente escoia por **vias alternativas** (mesa cirúrgica, eléctrodos do ECG), com **risco de queimaduras nestes locais**





Queimaduras por desvio de corrente

- ❖ Portanto, em **pacientes monitorizados** em que se utiliza um **bisturi eléctrico**, a indução de corrente eléctrica é mais um risco para a integridade do organismo.
- ❖ Porém, esse tipo de acidente é raro.
- ❖ Para evitá-lo, **deve-se colocar o bisturi eléctrico o mais distante possível dos monitores.**





Complicações nos tecidos circunvizinhos

A lesão de nervos, pele ou outras estruturas anatómicas pode ocorrer quando há **um mau isolamento do tecido circundante**, ou quando a **intensidade da corrente usada não é adequada**.

Actuação:

- Certificar a selecção da **intensidade da corrente** e das funções pretendidas;
- **Isolar as estruturas a cortar ou coagular.**



Interferência com Pacemakers/ Cardiodesfibrilhador implantável

A passagem da corrente eléctrica pelo pacemaker pode desencadear danos irreversíveis neste. (ERBE)

Actuação:



- Ponderar a necessidade do uso do bisturi eléctrico;
- Colocar a placa de dispersão no sentido oposto ao do pacemaker;
- A ponta do bisturi deve trabalhar a uma distância de no mínimo 15 cm do gerador e de seus cabos;
- Utilizar o bisturi eléctrico com baixas potências e por breves períodos;
- Preferir o uso do modo bipolar.



Queimaduras acidentais por uso não intencional do eléctrodo activo

A activação acidental do eléctrodo activo pode provocar queimaduras se este estiver em contacto com o utente, ou com material condutor.

Actuação:

- Não colocar o eléctrodo activo em contacto com o utente ou materiais condutores;
- Atender ao sinal acústico produzido pelo bisturi.



Queimaduras por gases, vapores ou líquidos inflamáveis

Substâncias inflamáveis como oxigénio, desinfectante ou soluções alcoólicas, pele plástica, podem servir de combustível.

Actuação:

- Manter a pele seca após a desinfeção;
- Afastar fontes combustíveis do eléctrodo activo.



Queimaduras por uso impróprio da placa de dispersão

A dificuldade na dispersão da temperatura, por parte da placa, pode originar uma queimadura local.

Actuação:

- Colocar a **placa** de forma apropriada, tendo em conta **o local**, estado da **pele** (pêlos, tecido enrugado, anti-sépticos, cicatrizes), a placa **não deve ser** colocada em locais com **protuberâncias ósseas**, a corrente concentra -se nessas regiões, há isquemia pelo excesso de pressão, não existe adequada dissipação de calor e **pode ocorrer queimadura.**
- **Evitar a colocação junto de próteses metálicas** (Einarsson e Gould, 2010)



Queimaduras por uso impróprio da placa de dispersão

- Efectivar o contacto de toda a placa com a pele do utente, e das ligações ao bisturi eléctrico,
- Privilegiar as placas adesivas descartáveis, tendo em conta a validade (qualidade do gel),
- Manter a placa seca,



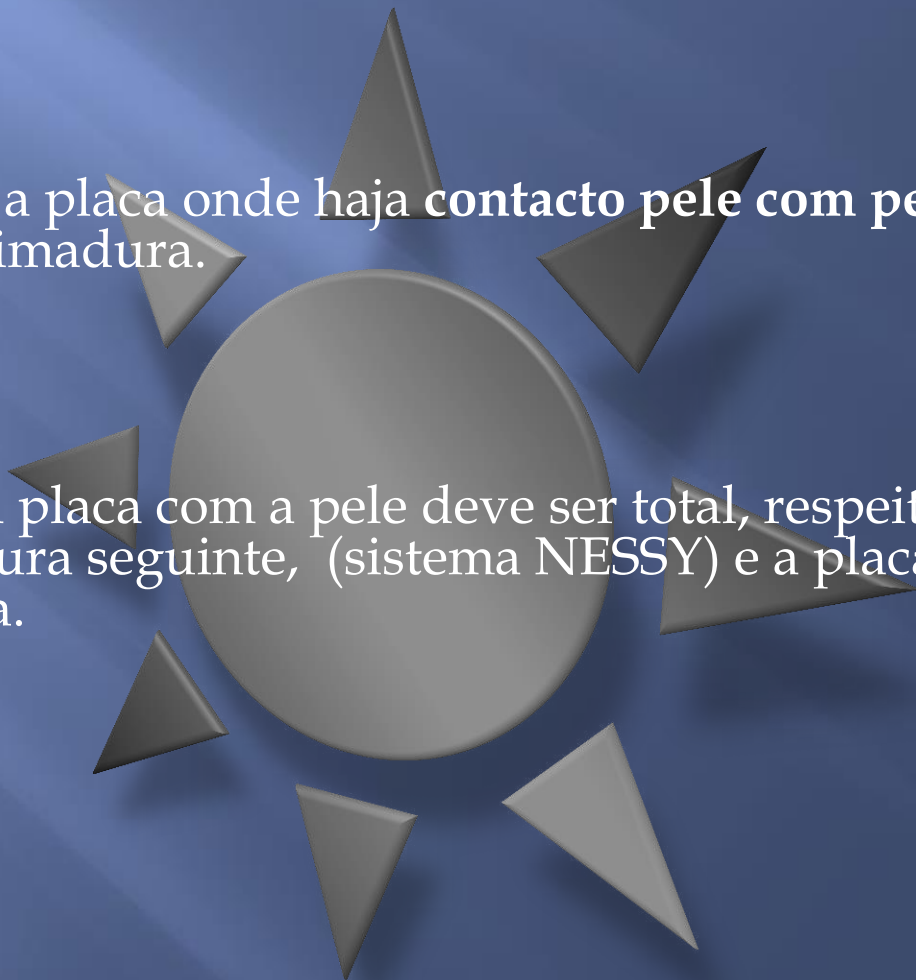
Queimaduras por uso impróprio da placa de dispersão

- Preferir **local próximo** do campo de actuação, evitando a proximidade do coração;
- Escolher **superfície limpa, lisa, seca, com boa irrigação sanguínea** e com área suficiente; em situações onde a perfusão tecidual no local da placa se torna inadequada (pacientes em choque, hipotensos, hipotérmicos), a falta de dissipação adequada do calor gerado provoca queimaduras na região em contacto com a placa.



Queimaduras por uso impróprio da placa de dispersão

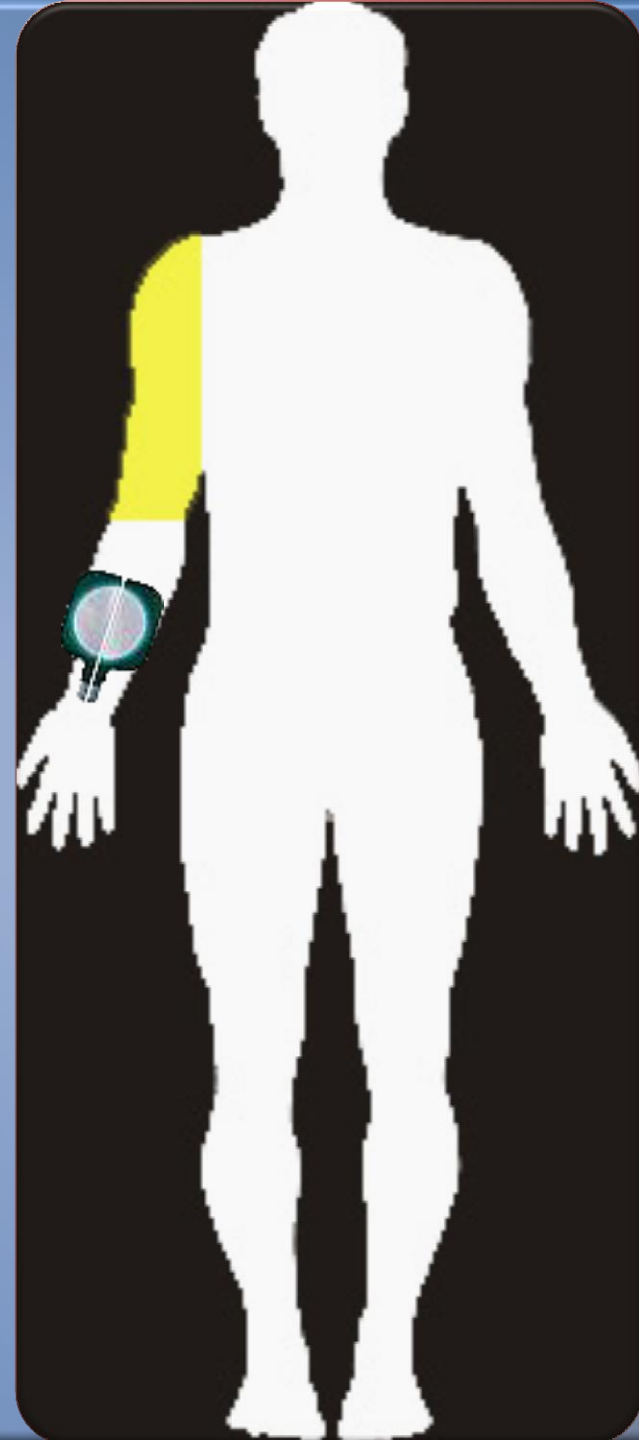
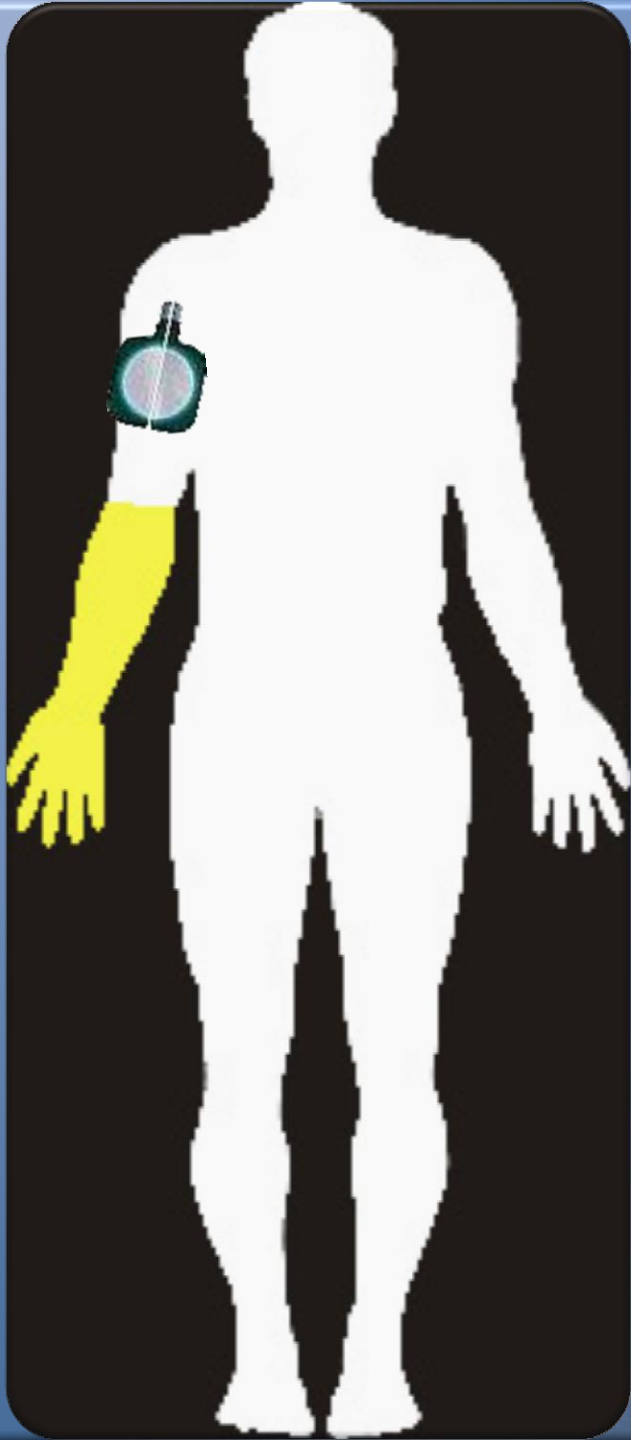
- Evitar colocar a placa onde haja **contacto pele com pele**, pelo perigo de queimadura.
- O contacto da placa com a pele deve ser total, respeitando a posição da figura seguinte, (sistema NESSY) e a placa deve manter-se seca.

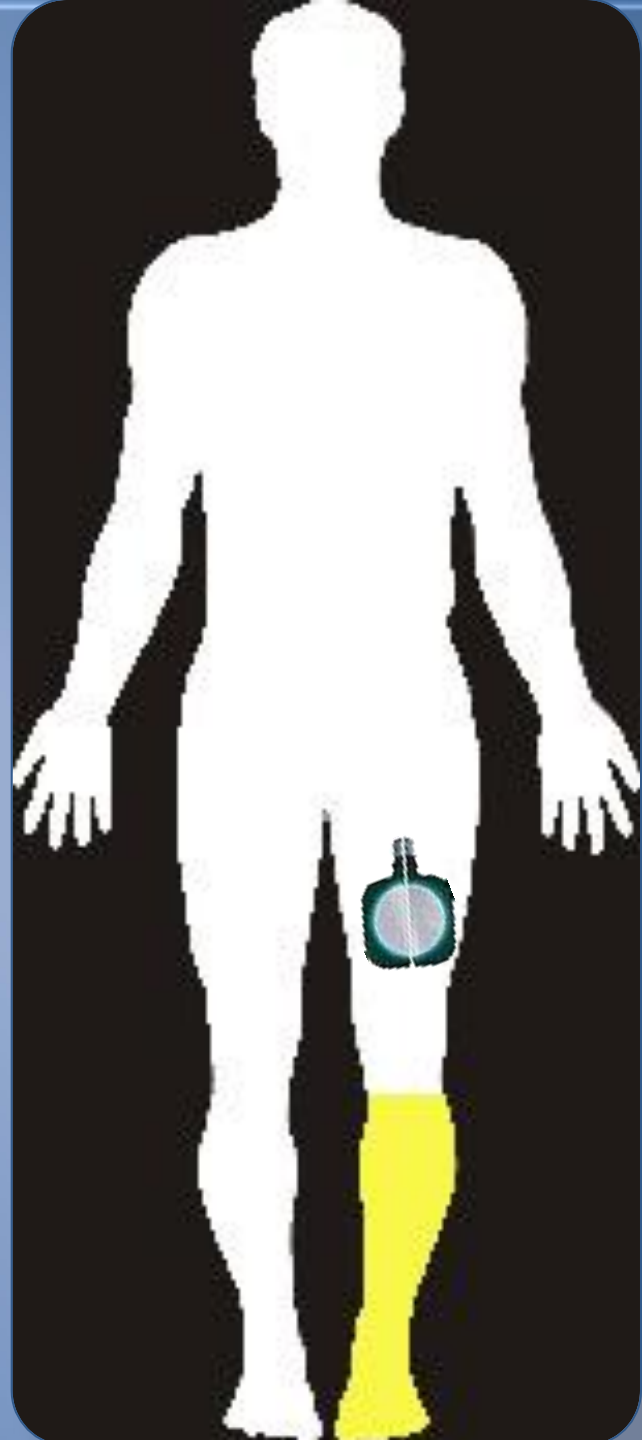
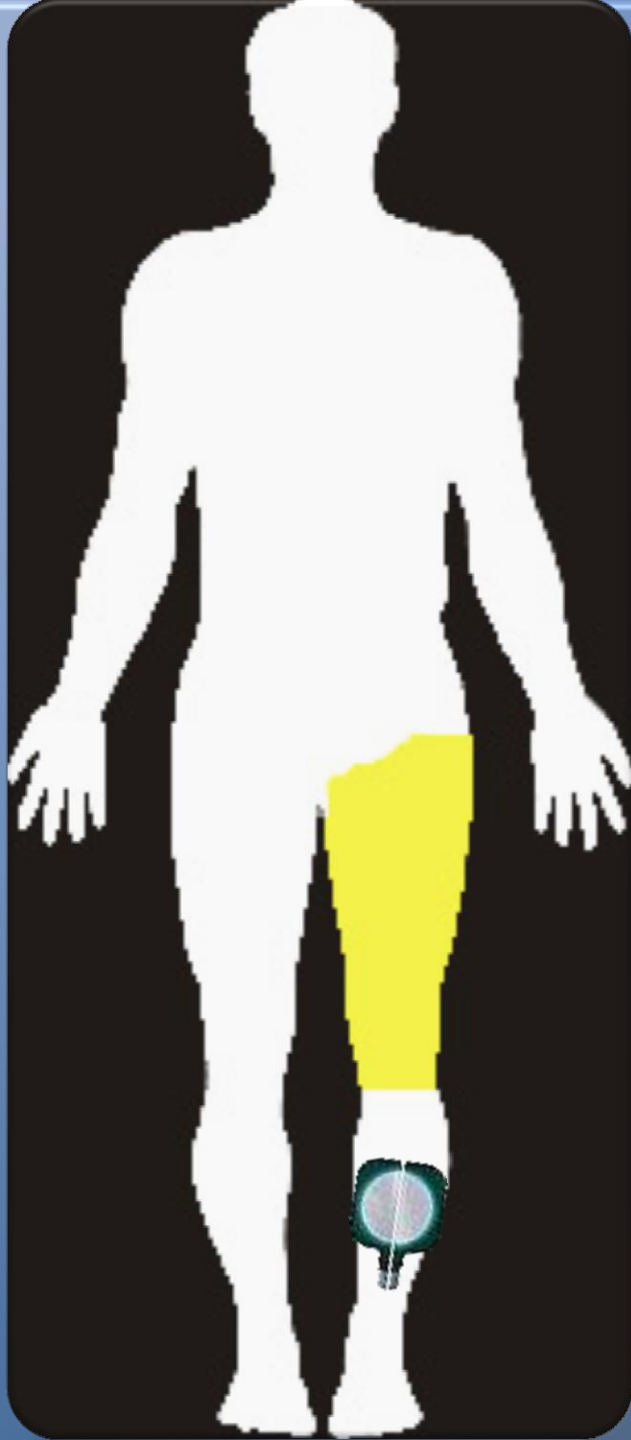


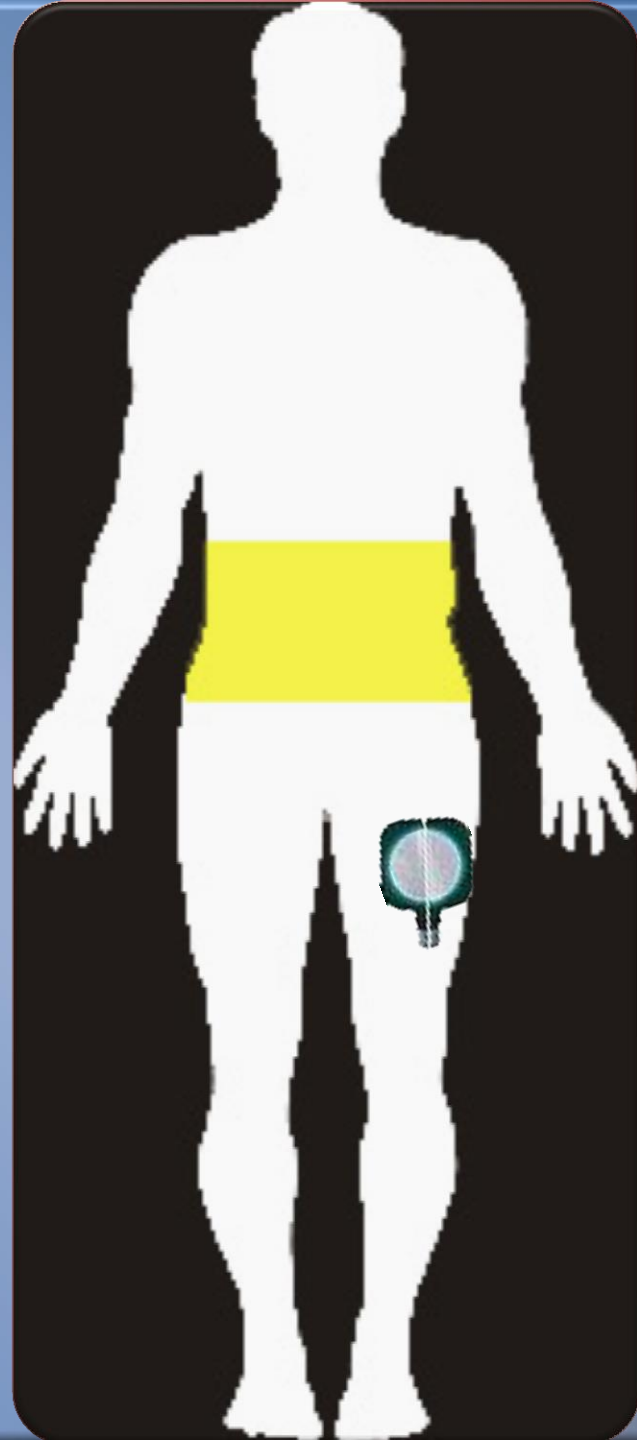
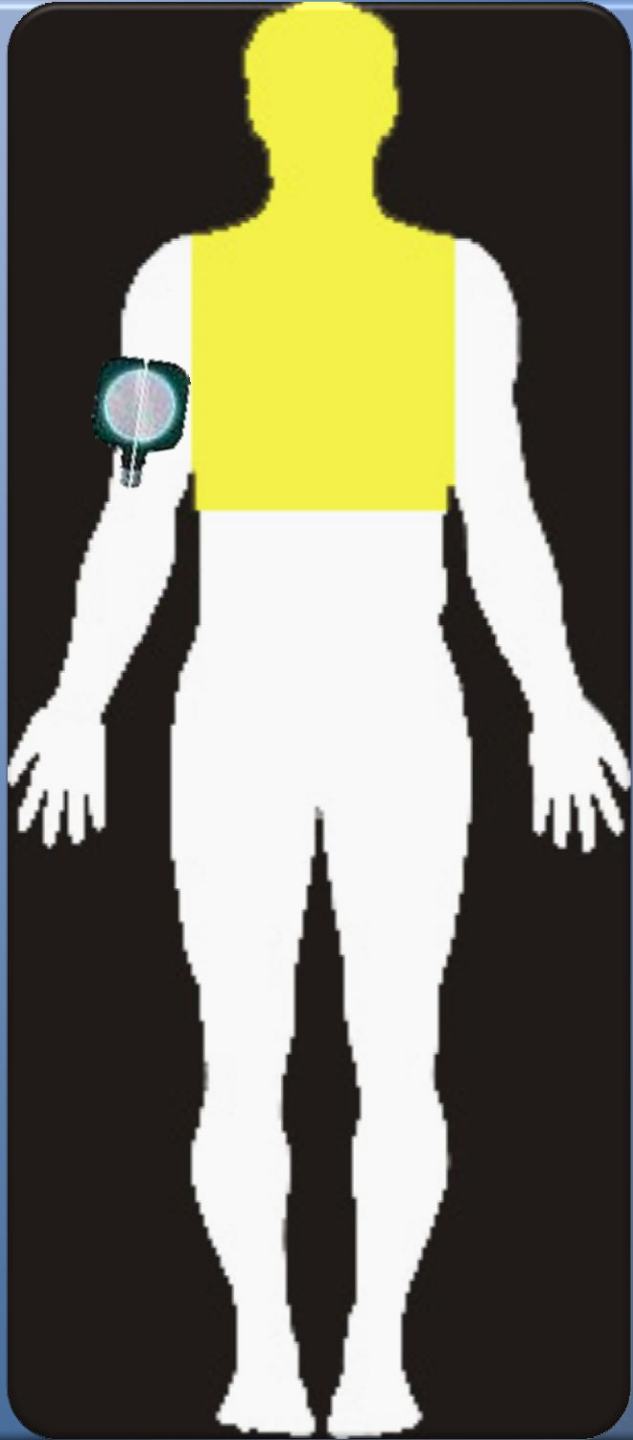


Eléctrodo neutro











Em resumo, a prevenção de acidentes com o bisturi eléctrico baseia-se em:

- Evitar a colocação da placa em áreas de protuberâncias ósseas (calcanhar, tornozelo, joelho, cristas ilíacas, cotovelo).
- Conferir o posicionamento da placa cada vez que houver mudança na posição do paciente.
- Respeitar às dimensões adequadas da placa. Não cortar o eléctrodo de retorno para reduzir o tamanho.
- Não utilizar placas com superfícies irregulares. Actualmente existem eléctrodos de dispersão (placas) adesivas à superfície corporal.
- Estar atento á presença de alarmes de desconexão de placa. Os bisturis eléctricos possuem sistemas de segurança que alertam para desconexão da placa do bisturi eléctrico.
- Testar a integridade dos cabos da placa e da ponta do bisturi eléctrico durante a preparação do material.



Em resumo, a prevenção de acidentes com o bisturi eléctrico baseia-se em:

- Evitar a proximidade dos cabos do bisturi eléctrico com os cabos de outros monitores
- Em pequenas estruturas anatómicas deve-se reduzir ao máximo o valor do bisturi eléctrico
- “a potência seleccionada deve ser a **mais fraca possível** para o fGrinwald citando a norma im procurado”; EN 60601-2-2
- **Deve-se começar com valores baixos** (20-30 watts) e aumentar até atingir o efeito desejado; Segundo Einarsson e Gould (2010) deverá iniciar-se com 40 Watts.
- Uma potência excessivamente elevada pode ter consequências negativas no processo de cicatrização e vascularização dos tecidos.

O manuseamento correcto deste tipo de aparelhos é essencial para a segurança de doentes e profissionais. As práticas aqui recomendadas têm o intuito de reter o que se considera ser indispensável para atingir um óptimo nível de cuidados nesta área



Referências bibliográficas

- Associação dos enfermeiros de sala de operações portuguesas-**"Enfermagem perioperatória-da filosofia á practica dos cuidados"**-Lusodidacta-Loures-2006
- BALANGUÉ, Carmen - *Hemostasia y tecnologia. Energia. Desarrollo de las nuevas tecnologias*, Revista Cirurgia Española, n.º 85 (supl 1): 15-22, 2009
- Einarsson, J.I. e Gould J. - **Overview of electrosurgery**, Uptodate, revisão: Maio 2010 [em linha] consult. 10/09/2010, disponível em:
http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=gensurg/8163&selectedTitle=1%7E59&source=search_result
- ERBE - **"Operator Manual, Erbotom ICC 350"**, Tubingen, Germany, 1995;
- GRINENWALD, Marc - **"Enfermagem de Bloco Operatório e electrocirurgia - Conhecimento do bisturi eléctrico e gestão dos riscos"**, Lusociência, Loures, 2001;
- Joanna Ruth fuller-**"Instrumentação quirúrgica-Principios y practica"**-3ª edición -Panamericana-Buenos Aires- 1995
- Torres M, Mathias RS - *Complicações com o Uso da Monitorização - Segurança no Uso do Equipamento Eletro-Médico* - Revista Brasileira de Anestesiologia, Vol. 42 : Nº 1, Janeiro - Fevereiro, 1992
- Vollelab-**"force EZ instant response"** electrosurgical generator-user's guide 225105042



brigado

Anexo IV

Artigo de revisão – “Comunicar no mundo do silêncio”.

Titulo -“Comunicar no mundo do silêncio”

Autor – G. Carrilho, Enfermeira

Orientador – P. Coelho, Professora

Universidade Católica Portuguesa - Pólo das Beiras

Centro Hospitalar Cova da Beira

Curso de Mestrado em enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

Correspondência – Guida Carrilho

Urbanização da Meirinha, lote 20

6200 Covilhã

Telefone – 275333183

Email – guidacarrilho@gmail.com

Resumo

Constatou-se que a inclusão do doente surdo no Serviço de Urgência evidencia dificuldades na comunicação entre este e profissionais de saúde, transportando todo um conjunto de sentimentos negativos, próprios desse serviço, mas mais exacerbados, quando a comunicação é deficiente, como no caso destes doentes.

Este artigo tem como objectivo reflectir na assistência ao doente surdo no serviço de urgência.

Para a execução deste trabalho enveredou-se pela pesquisa qualitativa de carácter exploratório e explicativo, justificada pelas características do estudo. Trata-se de uma revisão bibliográfica enfatizando a comunicação com o doente surdo no Serviço de Urgência. Foi feita pesquisa bibliográfica na biblioteca da Universidade da Beira Interior - Pólo da Faculdade de Medicina, na biblioteca do Centro Hospitalar Cova da Beira e através da base de dados EBSCO, tivemos como critério de selecção dos artigos o ano de publicação.

Conclui-se que a relação profissional/doente surdo precisa de ser melhorada, que o vínculo ocorre quando o cliente se sente compreendido. A presença do intérprete melhora a inclusão social destes doentes. A revisão mostrou que há barreiras de comunicação entre o doente surdo e o profissional de saúde.

Ressalta a necessidade de formação por parte dos profissionais sobre a comunicação com o doente surdo.

Palavras-chave: Doente com deficiência auditiva, comunicação, enfermagem.

Abstract.

The admittance of deaf patients at the hospital emergency ward, bring serious communication problems between these and the health staff. They are responsible in most cases for the negative image associated to this service.

This article is a reflection about this particular issue.

Qualitative, exploratory and explanatory methods were used on this research due to the aim of this study.

The related article research was made at the UBI (Universidade da Beira Interior - Beira Interior University) – medical school and at the local hospital library, trough the EBSCO data base. Selection criteria focused on the most recent publications.

We concluded that the patient/staff relationship has to be improved and that a bond is established as soon as the patient feels himself understood.

The presence of someone to interpret deaf language will definitely improve patient acceptance.

This study showed a huge communication wall between these patients and health care staff.

Formative workshops about this issue are essential involving all staff at health institutions.

Key Words: deafness, communication, nurse staff.

Introdução

A elaboração deste artigo de revisão sobre a pessoa com deficiência auditiva, permitiu-nos fazer uma breve reflexão sobre o "Mundo do Silêncio", em que uma minoria da população mergulha, e em toda a problemática que a envolve, quando se tem que ajustar ao "Mundo dos Sons". Mundo esse, em que vive uma maioria que, por um desconhecimento total e uma insensibilidade inconsciente pouco se esforça para aprender a comunicar com estas pessoas especiais, como os doentes com deficiência auditiva ⁽¹⁾.

Qualquer acto de comunicar pressupõe a presença mediata e imediata no espaço e no tempo, de um agente emissor, que produz o sinal e de um agente receptor ao qual é destinado. O homem não pode viver isolado, ninguém comunica consigo mesmo, comunica com alguém, e quando comunica, comunica alguma coisa ⁽²⁾.

A capacidade de comunicar utilizando a linguagem é um dos aspectos que distingue os seres humanos dos demais. Na tradição cultural das sociedades humanas, a comunicação é basicamente verbal, o que acaba por dificultar a comunicação entre surdos e ouvintes.

No caso dos doentes com deficiência auditiva é necessário ter em conta a situação de comunicação, e esta caracteriza-se pelos "instrumentos que a pessoa surda dispõe para a comunicação". Estes instrumentos são a audição (total, parcial, quase nula ou nula), o conhecimento da linguagem verbal falada e escrita, o conhecimento da leitura labial e o conhecimento da linguagem gestual.

A inclusão social referente ao atendimento dos portadores de necessidades especiais, nos serviços de saúde, estabelece-se como factor essencial de qualidade dos serviços prestados, enquanto a falta de comunicação inviabiliza um atendimento humanizado. A comunicação com o doente com deficiência auditiva surge como um desafio aos profissionais que lhes prestam assistência à saúde ⁽³⁾.

Definição de surdez e deficiência auditiva

A audição, tal como os restantes sentidos, é muito importantes para o nosso desenvolvimento, como indivíduo e parte integrante da sociedade. Já antes do nascimento, a audição é o primeiro sentido a ser apurado, através do diálogo da mãe com o seu bebé, dos novos sons, do conhecimento do mundo que nos rodeia. É também através da audição que comunicamos com o mundo e este se comunica connosco, desenvolvendo assim a nossa identidade, os nossos sentimentos, a compreensão do mundo que está à nossa volta, os vínculos sociais, as interações intra e inter pessoais, não esquecendo, o modo como manifestamos os nossos anseios e necessidades ⁽⁴⁾.

Por vezes, as pessoas confundem surdez com deficiência auditiva. Porém, estas duas noções não devem ser encaradas como sinónimos. A surdez, sendo de origem congénita, é quando se nasce surdo, isto é, não se tem a capacidade de ouvir nenhum som. Por consequência, surge uma série de dificuldades na aquisição da linguagem, bem como no desenvolvimento da comunicação. A deficiência auditiva é um défice adquirido, ou seja, é quando se nasce com uma audição perfeita e que, devido a lesões ou doenças, se perde. Nestas situações, na maior parte dos casos, a pessoa já aprendeu a comunicação verbal. Porém, ao adquirir esta deficiência, vai ter de aprender a comunicar de outra forma.

Os níveis de limiares utilizados para caracterizar os graus de severidade da deficiência auditiva podem ter algumas variações entre os diferentes autores. Mas segundo os critério de Davis e Silverman (1966) podemos considerar:

- ✓ - Audição Normal - Limiares entre 0 a 24 dB nível de audição.
- ✓ - Deficiência Auditiva Leve - Limiares entre 25 a 40 dB nível de audição.
- ✓ - Deficiência Auditiva Moderada - Limiares entre 41 e 70 dB nível de audição.
- ✓ - Deficiência Auditiva Severa - Limiares entre 71 e 90 dB nível de audição.
- ✓ - Deficiência Auditiva Profunda – Limiares acima de 90 dB de audição ⁽⁵⁾.

História

Durante muitos anos, os indivíduos portadores de deficiências eram considerados pela sociedade como sendo aberrações da natureza. Estes eram conseqüentemente associados à imagem do diabo e a actos de feitiçaria por serem diferentes dos restantes membros da sociedade. As perseguições, os julgamentos e até mesmo as mortes foram, na Idade Média, a forma "mais eficaz" de resolver estes problemas. As pessoas com deficiências auditivas não fugiram à regra, sendo vítimas de muitas destas perseguições, uma vez que eram vistas como pessoas diferentes e, portanto, incompreendidas aos olhos de quem as rodeava.

Porém, a partir do séc. XX, os portadores de deficiências passam a ser vistos como cidadãos com direitos e deveres de participação na sociedade, mas numa óptica assistencial e de caridade. A primeira directriz política dessa nova visão aparece em 1948 com a Declaração Universal dos Direitos Humanos. "Todo ser humano tem direito à educação." A partir de então, vários foram os progressos que se fizeram nesse mesmo sentido, até que nos encontramos, actualmente, perante uma mentalidade muito mais aberta e justa ⁽⁴⁾.

Estima-se que 42 milhões de pessoas acima de 3 anos de idade são portadoras de algum tipo de deficiência auditiva, de moderada a profunda (OMS 2001). É difícil encontrar uma boa informação, a nível europeu, sobre a incidência e prevalência da "surdez". Empiricamente, pode-se fazer uma estimativa de que um por mil da população seja surda ⁽⁶⁾.

Em Portugal estes números rondarão os 100 mil embora aqueles que se identificam totalmente com a Consciência Colectiva das Pessoas Surdas sejam, por estimativas próprias da Comunidade Surda de 25 a 30 mil, com uma percentagem de 65 a 70% na Região Norte. (Associação de Surdos do Porto) ^(7,8).

Experiência pessoal

A primeira experiência pessoal com um doente com deficiência auditiva, aconteceu há alguns anos, quando trabalhávamos no serviço de cirurgia, onde se encontrava internado um doente do sexo masculino, com deficiência auditiva, que tinha sido submetido a apendicectomia. Conseguimos comunicar com ele as coisas mais elementares, como quando

tinha algias ou fome, mas havia uma grande lacuna na comunicação entre o doente surdo e os profissionais de saúde.

Durante o estágio no serviço de urgência, o primeiro doente com deficiência auditiva com quem tivemos contacto foi um doente do sexo masculino com 66 anos de idade, e tinha recorrido ao Serviço de Urgência por dores a nível do epigastro. A equipa percebeu as suas queixas porque o doente apontava para essa zona e fazia um fâcies de dor, mas não conseguimos perceber se sabia linguagem gestual. Não vinha acompanhado. Percebemos sim, que se olhasse-mos de frente para ele e falasse-mos pausadamente as palavras mais importantes ele conseguia perceber-nos, ou seja ele conseguia fazer leitura labial. Esse doente teve necessidade que lhe fosse feita colheita de espécimes para análise e foi-lhe pedida ecografia. Foi difícil para a equipa explicar todos os procedimentos. Ficou sempre a dúvida se o doente conseguiu ou não, assimilar a informação que tentámos transmitir.

Deparámo-nos com um outro caso, uma rapariga de 18 anos, que recorreu ao serviço de urgência por dor na fossa ílica direita, vinha acompanhada pela irmã. Ambas sabiam linguagem gestual, mesmo assim, essa menina apresentava um fâcies apavorado. Foram comunicados todos os procedimentos á irmã da doente que através da linguagem gestual lhe ia transmitindo, e nós profissionais, através do toque e do olhar íamos tentando dissipar o medo e a angústia daquela menina que tinha 18 anos mas aparentava muito menos idade e estava amedrontada como se tivesse oito anos. Ficamos a saber que já estava com dores desde manhã mas só foi ao serviço de urgência às 19horas, quando a irmã saiu do trabalho e a pode acompanhar.

A importância da comunicação com o doente surdo

A comunicação é um processo de interacção no qual compartilhamos mensagens, ideias, sentimentos e emoções. Ocorre mediante o uso da palavra escrita e falada, além de mecanismos não verbais como uso de gestos, expressões corporais, imagens, toque, entre outros.

Pode ser considerada, ainda, um instrumento essencial para o desenvolvimento da humanidade e um importante instrumento de intervenção na área de saúde. O profissional de

saúde, deve comunicar de modo consciente, empenhando-se para decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia; só assim poderão ser identificadas as suas necessidades. Além disso, a comunicação efectiva fará com que o profissional de saúde possa ajudar o paciente a conceituar os seus problemas, a enfrentá-los, a visualizar a experiência vivida e até auxiliá-lo a encontrar novos padrões de comportamento. A comunicação tornar-se assim uma das mais importantes formas de ajuda.

Existem situações em que a comunicação profissional de saúde/paciente pode ser prejudicada por factores inerentes ao paciente, tais como a impossibilidade de falar, compreender ou ouvir. Trata-se de situações desafiadoras, nas quais o problema básico se configura na dificuldade dos profissionais de saúde estabelecerem uma comunicação efectiva com esses doentes. Nesse contexto, os profissionais utilizam todas as formas alternativas que conseguem identificar, além da verbalização; como o toque, a leitura das expressões faciais e corporais.

Pessoas portadoras de deficiência auditiva podem enfrentar problemas comunicacionais no atendimento por profissionais de saúde. É escassa a literatura existente a respeito da comunicação entre profissionais de saúde e população surda. A população deficiente auditiva, como qualquer outra, necessita de atendimento em saúde. A enfermagem enfrenta dificuldade de comunicação ao prestar assistência a pacientes com défice auditivo.

Geralmente, os profissionais utilizam, para essa interacção, sinais e gestos que acreditam ser adequados para transmitir ao doente surdo o que querem expressar, ou solicitam a ajuda do acompanhante para fazer de intérprete. Contudo, é importante esclarecer que as caracterizações dos comportamentos não verbais aplicados às populações de ouvintes não são completamente aplicáveis aos grupos de surdos.

Vulgarmente são utilizadas formas rudimentares de comunicação entre os profissionais de saúde e estes doentes, a menos que um acompanhante esteja presente e ajude a fazer a intermediação. Muito raramente o profissional tem domínio de linguagem gestual. Neste tipo de linguagem os sinais são formados por meio da combinação de formas e de movimentos das mãos e de pontos de referência no corpo ou no espaço, como se apresenta no quadro 1.

O doente com deficiência auditiva sente-se, com extrema facilidade, isolado entre os ouvintes. Frequentemente tem a sensação de ser marginalizado. O profissional de saúde deve-se lembrar disso quando tem um doente com tais características, e esforçar-se por lhe dedicar um pouco da sua atenção.

Tanto a equipa médica como a de enfermagem e os próprios pacientes surdos têm dificuldades na comunicação para a realização de uns bons cuidados de saúde. É necessário encontrar meios que tornem essa comunicação menos traumática para ambas as partes. Não se concebe instituições que não ofereçam ao doente surdo, intérpretes e profissionais capazes de comunicarem com eles, da mesma forma que não se concebe instituições que não tenham rampas ou elevadores ⁽⁹⁾.

Segundo o *DIÁRIO DA REPÚBLICA— I SÉRIE-A N.º 194 — 18 de Agosto de 2004* Artigo 31.º- Direito à saúde- refere *”Compete ao Estado adoptar medidas específicas necessárias para assegurar os cuidados de promoção e vigilância da saúde, o despiste e o diagnóstico, a estimulação precoce do tratamento e a habilitação e reabilitação médico-funcional da pessoa com deficiência, bem como o fornecimento, adaptação, manutenção ou renovação dos meios de compensação que forem adequados”* ⁽¹⁰⁾.

Estratégias

O direito à saúde é um bem fundamental, no entanto, para os doentes com deficiência auditiva, esse direito parece que, por vezes, não está a ser resguardado.

O bloqueio da comunicação entre doentes com deficiência auditiva e profissionais de saúde instaura-se como um dos grandes obstáculos da comunidade surda, quando procura os serviços de saúde. O indivíduo com deficiência auditiva precisa de ser tratado de forma global, respeitando as suas crenças, os seus valores e as suas diferenças.

As dificuldades têm início na sala de espera, quando o doente com deficiência auditiva faz a ficha e o enfermeiro que está a fazer a triagem de Manchester chama pelo nome. Se também houvesse um sistema de senhas e um “placar” com números, seria bem mais fácil e menos angustiante para estes doentes.

O profissional de saúde entende o doente com deficiência auditiva quando vê sinais da doença (por exemplo febre, tosse, etc), quando o doente com deficiência auditiva faz gestos característicos (gestos “universais”) num dado contexto sociocultural, (como por exemplo apontar para a região abdominal e apresentar um fâcies de dor). Quando este tipo de doente se apresenta no serviço de urgência com sinais clínicos da doença, é mais fácil para quem o recebe, detectar o que está a acontecer. Porém, em doenças sem causa aparente, em que é necessário fazer, a história do paciente (colheita de dados), a situação torna-se mais complicada.

O profissional de saúde deve, pacientemente tentar entender o que o doente com deficiência auditiva quer expressar. Caso não entenda, não deve ter receio de admitir que não entendeu e perguntar novamente.

O doente que sabe um pouco de língua Portuguesa também pode escrever, porém, a construção gramatical é diferente. A escrita poderia ser realmente uma alternativa, mas a realidade é bem diferente. O profissional de saúde tem que ter noção que para estes doentes o português é a segunda língua, e como qualquer língua estrangeira, é difícil de aprender. Portanto, a escrita é um caminho, mas está longe de ser o ideal para eficácia no atendimento.

Normalmente um Surdo profundo tem um reduzido conhecimento do vocabulário da Língua Oral, dificuldades na construção das frases e no real significado das palavras. Devemos ter noção que se devem construir frases curtas e simples. Se não for entendido deve-se repetir novamente. Se necessário deve-se utilizar outras palavras com o mesmo sentido ou dar outra forma à frase. O contrário também se aplica, pois muitas vezes também somos nós, profissionais de saúde, que não entendemos o que o doente surdo escreve, pelas mesmas razões, porque a construção gramatical utilizada pelos surdos é diferente, ou porque o deficiente auditivo não tem domínio da linguagem escrita. As pessoas surdas que se comunicam usando a língua de sinais, têm gramática e vocabulário diferentes da língua portuguesa. Exemplo: Ouvinte: A mãe deu um livro. Surdo: Mãe livro dar.

Não podemos cair no esquecimento que um doente com deficiência auditiva não nos ouve, nem se ouve. Muitos surdos apenas conseguem entender lendo o movimento dos lábios do profissional de saúde. Por esse motivo para falar com um surdo é importante posicionarmos á sua frente para que ele nos possa fitar, nivelarmo-nos pela altura dele, especialmente

tratando-se de uma criança, evitamos esconder o rosto e lábios com as mãos, cabelos e objectos, como canetas, receitas e máscaras cirúrgicas e chamarmos a atenção antes de começarmos a falar, de uma forma calma e detalhada mas sem exagero. Não devemos aplicar termos técnicos, pois são de difícil compreensão para o doente com deficiência auditiva.

O profissional de saúde nunca deve falar alto na presença destas pessoas, pois nada vai adiantar. Deverá falar pausada e distintamente, para que o doente com deficiência auditiva compreenda o que está a ser dito através da leitura labial. A leitura labial, ajuda grandemente no processo de comunicação profissional/paciente. Porém, quando o profissional não está desperto para o facto de que, ao esconder a boca impede que isto ocorra, surge mais uma barreira que dificulta essa comunicação.

Deve-se ter noção que um doente com deficiência auditiva que use prótese auditiva não é um ouvinte. A prótese não faz milagres. A compreensão da língua exige uma longa e difícil reeducação. A prótese ajudará, reforçando notavelmente a apreensão de certos sons, certas palavras, mas geralmente só com o complemento essencial da leitura labial é que se consegue estabelecer a comunicação.

Seguir uma conversa oral representa um grande esforço para o doente com deficiência auditiva. É importante começar logo pelo objectivo principal da conversa, para uma melhor captação do interlocutor com défice auditivo (exemplos: "amanhã", "trabalho", "dinheiro", "família", "férias", etc., etc.). Se a conversa for em grupo dificilmente um doente com deficiência auditiva a acompanhará sem intérprete de Língua Gestual.

Muitas vezes, o doente com deficiência auditiva não consegue ler o que o profissional escreve porque existem palavras difíceis, termos técnicos, (o surdo não conhece bem o português) ou porque a letra do profissional é ilegível. Os profissionais de saúde têm que estar despertos para tal. É importante lembrar que uma letra legível evita confusões no entendimento e evita trocas na medicação ⁽⁹⁾.

Uma outra alternativa seria os enfermeiros conseguirem explicar os procedimentos que vão efectuar ao doente com deficiência auditiva, como punções periféricas, medicação a perfundir, colheitas de espécimes para análises, ida ao TAC ou ao RX, etc. através da visualização de fotografias desses procedimentos a serem efectuados. Mostrando essas fotografias aos doentes antes de efectuar esses procedimentos.

A falta de compreensão mútua pelo profissional de saúde e pelo deficiente auditivo pode ser chamada como “comunicação travada”. O ideal seria haver um intérprete profissional, ou então o profissional de saúde saber linguagem gestual. A melhor solução para comunicar com uma pessoa com deficiência auditiva é aprender a Língua Gestual, a Língua Natural da Comunidade Surda. A Língua Gestual refere-se à língua autóctone utilizada pela comunidade surda de um país.

A chave para uma comunicação com sucesso com o doente surdo é a adaptação a essa situação. Cabe aos profissionais de saúde e às universidades o importantíssimo papel de preparação para esta realidade assim como às instituições e aos nossos governantes a sensibilidade de estarem abertos para tentar. Uma proposta de atendimento inclusivo na área da saúde envolve, portanto, um sistema que se identifique com princípios humanistas e cujos profissionais tenham um perfil que seja compatível com esses princípios ⁽⁹⁾.

Conclusão

Na sociedade actual preconiza-se a convivência com as diferenças. Várias medidas são adoptadas tentando garantir a inclusão das pessoas com surdez no quotidiano familiar, colectivo e institucional.

As instituições de assistência à saúde devem garantir atendimento e tratamento adequado aos portadores de deficiência auditiva, de acordo com as normas legais em vigor.

A linguagem é um instrumento de poder e aos surdos não pode ser negado o direito de usufruir os benefícios de uma língua, portanto, aceitar a diferença e conviver com a diversidade humana é um desafio proposto à sociedade, incluindo o adequado atendimento na área da saúde para o doente surdo, diante de suas necessidades. A barreira de comunicação é verificada na interacção entre surdos /profissionais de saúde, portanto, torna-se indispensável que ambos encontrem formas de interagirem-se para garantir uma assistência de melhor qualidade.

Aos profissionais de saúde torna-se indispensável buscar novos paradigmas que facilitem promover uma assistência à saúde de qualidade e humanizada.

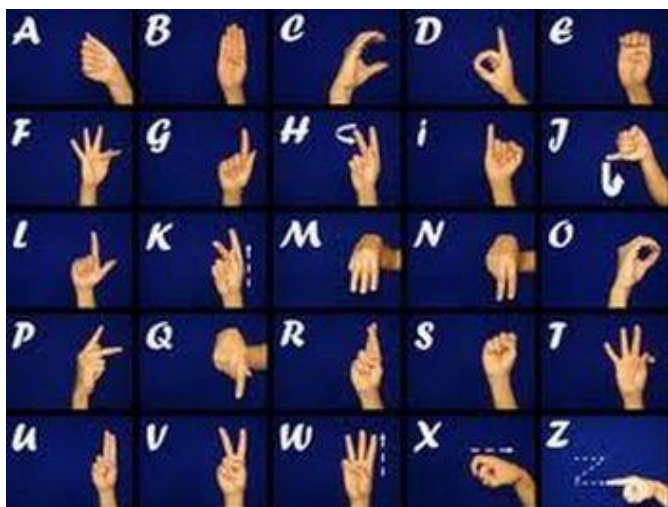
A assistência à saúde, como factor de inclusão social, não se encerra neste artigo de revisão, mas sinaliza para a necessidade de novas pesquisas que sensibilizem e esclareçam os profissionais de saúde para bem atender a comunidade surda. É necessário incentivos para a realização de cursos que capacitem o profissional de saúde a atender o doente com deficiência auditiva.

É preciso olhar para esta forma diferente de comunicar. Deixar de lado a fala em que estamos permanentemente imersos, deixar de ouvir com os ouvidos e falar com a boca, e começam a falar com as mãos e ouvir com os olhos.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Correia A.; Gomes S.;Pires A., Comunicar no silêncio. Nursing, 2001 nº 160:28,29
- 2 - Silva L., Outras deficiências, 2005. Acedido em:
http://www.lerparaver.com/leonardo_deficiencia_auditiva.html. [14 de Novembro de 2010]
- 3 - Barbosa M.; Porto, C., Assistência ao surdo na área da saúde como factor de inclusão social. 2008. Acedido em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci> [13 de Novembro de 2010]
- 4 – Autor desconhecido, Deficiente auditivo. 2010. Acedido em:
http://wiki.ued.ipleiria.pt/wikiEducao/index.php/Defici%C3%Aancia_Auditiva. [16 de Novembro de 2010]
- 5 - Dionísia A.; Brasília M.; Liliane D., Perda auditiva em indivíduos paráliticos cerebrais: discussão etiológica. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2002. Acedido em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s003472992002000100007&script=sci_arttext. [11 de Novembro de 2010]
- 6 – Piatto, V.;Moniglia,J., Avaliação da audição em crianças de 3 a 6 anos em creches e pré-escolas municipais. *Jornal de Pediatria*. 2001. 125.
- 7–Associação de Surdos do Porto. 2008. Acedido em:
<http://d91601.tinf28.tuganet.inf/artigo.asp?idart> [20 de Novembro de 2010]
- 8 – Baltazar A. *Língua Gestual Portuguesa*. Federação Portuguesa de Associação de surdos, 2010. 9-10.
- 9 - Cardoso A.; Rodrigues K.; Bachion M., Percepção da pessoa com surdez severa. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 2006. 4-14.
- 10 - Diário da Republica – 1ª serie A nº 194, 18 de Agosto de 2004.
- 11 – Gestuário – Língua Gestual Portuguesa – Secretariado Nacional de Reabilitação, 2ª edição, Lisboa.

1 - QUADRO DE LINGUAGEM GESTUAL



[Fonte: portaldoprofessor.mec.gov.r]

Anexo V

Artigo de revisão – “Drenagem Torácica”.

Titulo – Drenagem torácica

Autor – G. Carrilho, Enfermeira

Orientador - P. Coelho, Professora

Universidade Católica Portuguesa - Pólo das Beiras

Centro Hospitalar Cova da Beira

Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

Correspondência – Guida Carrilho

Urbanização da Meirinha, lote 20

6200 Covilhã

Telefone – 275333183

Email – guidacarrilho@gmail.com

Resumo

Os pulmões estão rodeados de um tecido denominado pleura, formada por duas partes; pleura parietal e pleura visceral.

O vazio do espaço pleural (área entre pleuras), mantém as duas pleuras juntas, permitindo ao pulmão expandir-se e contrair-se. Se entra ar ou fluidos neste espaço, a pressão desaparece e o pulmão colapsa.

O objectivo da drenagem torácica é, através da inserção de um dreno torácico e um sistema de drenagem pleural fechado, remover uma colecção de líquido/ar alojado na cavidade pleural, para recuperar a expansão pulmonar.

Este artigo tem como objectivo uma revisão bibliográfica em literatura específica, com intuito de esclarecer os profissionais de enfermagem e elaborar um protocolo para o procedimento.

Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre drenagem torácica, enfatizando a sua utilização, procedimentos, cuidados de enfermagem, critérios e técnica para remoção do dreno. Foi feita pesquisa bibliográfica na biblioteca da Universidade da Beira Interior - Pólo da Faculdade de Medicina, na biblioteca do Centro Hospitalar Cova da Beira e através da base de dados EBSCO, tivemos como critério de selecção dos artigos o ano de publicação.

Conclui-se que, para que uma drenagem cumpra o seu objectivo, são necessários profissionais qualificados, materiais e equipamentos adequados e uniformização de procedimentos.

Palavras-chave: Drenagem torácica, técnica, cuidados de enfermagem.

Abstract

The lungs are covered by two layers of pleural tissue - visceral and parietal. The virtual space that exists between these two layers of pleurae allow lung expansion. If by any reason fluid or air gain access to this space the lung will collapse.

Thoracic drainage allows through the insertion of a drainage closed system, the removal/aspiration of pleural effusions and/or air from this space, expanding the lung again.

This is a bibliographic reference review to help the nursing staff to clarify ideas about this particular issue and establish procedure protocols.

It will focus on how to use pleural drains, details on nursing care and the clinical criteria for insertion and removal of these devices.

This document reference research was made at the UBI (Universidade da Beira Interior - Beira Interior University) – medical school and at the local hospital library, through the EBSCO data base. Selection criteria focused on the most recent publications.

We concluded that for an effective thoracic drainage qualified staff, appropriate devices and uniform protocols are essential for a good outcome.

Key Words: Thoracic drainage, technique and nursing care

Introdução

A cavidade pleural é um espaço virtual em situação normal, ocupado por uma pequena quantidade de líquido para lubrificação das pleuras. Em situações patológicas, esse espaço poderá ser ocupado por ar ou líquidos. Em ambos os casos pode estar indicado a colocação de um dreno torácico conectado a um sistema de drenagem fechado. Como em todos os procedimentos, devem sempre analisar-se os riscos e benefícios da colocação de um dreno torácico⁽¹⁾.

Os princípios da drenagem pleural foram estabelecidos por Hipócrates no século V AC visando à evacuação de conteúdo líquido e ou gasoso da cavidade torácica. Posteriormente, Playfair (em 1875) e Hewett (em 1876) utilizaram a drenagem pleural através da inserção de um dreno tubular na parede torácica conectado a um frasco colector, tendo como grande vantagem o facto de permitir o restabelecimento das condições fisiológicas da cavidade pleural devido à criação de um mecanismo valvular unidireccional onde o conteúdo drenado não retorna mais à cavidade pleural. Este sistema de drenagem pleural é conhecido como drenagem pleural fechada. A drenagem pleural fechada passou a ser a conduta padrão inicial para os casos de colecção pleural após os trabalhos conduzidos por Graham e Bell em 1918⁽²⁾.

Actualmente, apesar de estas colecções constituírem sempre uma condição anormal, a conduta poderá ser conservadora, em face de pequenos pneumotórax espontâneos nos pacientes sem respiração mecânica e nas pequenas colecções líquidas, cujo diagnóstico seja conhecido. Nas demais situações, impõem-se a punção ou drenagem pleural fechada⁽³⁾.

Critérios para a colocação do dreno

Para que o organismo tenha as suas necessidades de oxigénio supridas é necessário que ocorram três actividades básicas: a ventilação; a difusão do oxigénio dos alvéolos para o sangue e o transporte do oxigénio para as células. Um dos órgãos responsável por essas actividades são os pulmões. Os pulmões são estruturas elásticas contidas na caixa torácica, análogas a uma câmara impermeável, com paredes extensíveis, revestidas pela pleura visceral. A cavidade pleural é também revestida pela pleura parietal. Entre as pleuras existe o líquido pleural que tem como função reduzir o atrito entre os folhetos pleurais durante o movimento respiratório. Um aumento patológico deste volume de líquido vai afectar a força aspirativa do espaço pleural. O mesmo acontece se existir ar neste espaço ⁽⁴⁾.

A decisão de fazer uma drenagem torácica baseia-se em diversos factores, tais como a extensão do pneumotórax, sinais e sintomas apresentados, doença pulmonar subjacente, presença de dificuldade respiratória, dor moderada ou severa e agravamento do derrame.

As indicações mais comuns da drenagem torácica são: pneumotórax; hemotórax; pneumo-hemotórax; derrame pleural; fístula broncopleural; doentes sujeitos a cirurgia cardiorácica e doentes sujeitos a ventilação mecânica que fazem barotrauma.

Ao instituir-se uma drenagem torácica pretende-se: drenar para o exterior o líquido ou gás acumulados; evitar a entrada de ar atmosférico no espaço pleural através do sistema de selo de água; restaurar a pressão do espaço pleural; reexpandir o pulmão colapsado e aliviar a dificuldade respiratória associada ao colapso pulmonar ⁽²⁾.

Princípios em que se baseia a Drenagem Torácica

A drenagem torácica pode executar-se por:

- ✓ Acção gravitacional;
- ✓ Por pressão positiva intrapleural;
- ✓ Por pressão negativa no sistema de drenagem.

Na **acção gravitacional** o ar e/ou os fluidos deslocam-se de um nível mais alto para um nível mais baixo, isto é, deslocam-se dos valores de maior pressão para os de menor pressão. Ao colocar os frascos colectores a um nível inferior ao do tórax estamos a estabelecer um circuito cujo sentido é do tórax para os frascos.

Quando é feita por **Pressão Positiva Intrapleural** o ar e os fluidos em excesso contidos na cavidade pleural estão sob tensão, ou seja, estão sujeitos a um valor de pressão mais elevada que a contida no frasco colector, colocado a um nível mais baixo que o tórax, esta pressão leva a que esse ar e esses fluidos sejam deslocados em direcção ao frasco colector.

A **Pressão Negativa** no sistema é um processo oposto ao anterior. Ao ser aplicada, no sistema de drenagem, uma pressão inferior à existente na cavidade torácica estamos a forçar o movimento do líquido e do ar, contidos na cavidade pleural, em direcção ao frasco colector. É um procedimento muito comum quando se pretende efectuar uma rápida depleção do líquido ou ar contidos na cavidade torácica. Realiza-se conectando o sistema de drenagem a um sistema de vácuo. A pressão aplicada não pode ser elevada (-20cm H₂O), pelo risco de se efectuar uma aspiração de tecido pulmonar ⁽⁵⁾.

Os sistemas de drenagem podem classificar-se:

a) Quanto ao método de manutenção do sentido do circuito:

- ✓ De selo de água;
- ✓ Valvulares.

b) Quanto ao processo de drenagem:

- ✓ Passivos;
- ✓ Activos.

c) Quanto ao equipamento:

- ✓ Simples;
- ✓ De duplo frasco;

- ✓ De triplo frasco;
- ✓ Descartáveis.

Nos **sistemas de selo de água**, o tubo tem uma das extremidades mergulhada (cerca de 2 cm) num fluido contido num vasilhame, a outra extremidade encontra-se conectada ao cateter torácico. A coluna de água que preenche a porção imersa do tubo vai funcionar como válvula unidireccional. Na expiração permite a passagem do produto drenado para o frasco colector (por se desenvolver no circuito uma pressão positiva) e, durante a inspiração impede o retrocesso desse drenado por se elevar uma coluna de água que estabiliza a diferença de pressão entre o frasco colector e a pressão intrapleural. Este sistema pode ser constituído por um, dois ou três frascos ou por equipamento descartável. É usado tanto em drenagens passivas como activas.

Nos **sistemas valvulares**, um dispositivo de dupla membrana, é interposto entre o cateter torácico e o frasco colector. A acção combinada das membranas possibilita a passagem de ar e/ou fluidos, do tórax para o frasco colector, mas não o seu retrocesso. É um processo relativamente recente, mas que veio aumentar o nível de segurança na manipulação dos sistemas de drenagem torácica. Enquanto, num sistema de selo de água, um frasco se parte ou um tubo se desconecta do cateter torácico, ocorre entrada de ar através do cateter, provocando um pneumotórax hipertensivo, com as válvulas essa situação está minimizada. Destes sistemas, o mais em voga é a Válvula de Heimlich.

A **Válvula de Heimlich** é constituída por um tubo de plástico de cerca de 15 cm de comprimento, no interior do qual estão duas lâminas de borracha em contacto entre si. Os topos deste tubo são encerrados por uma conexão para o cateter torácico e outra conexão para o sistema colector. A pressão exercida pelo líquido ou pelo ar nessas lâminas de borracha faz com que estas se separem ligeiramente, permitindo a drenagem dos produtos (ar ou fluido). Logo após, encerram novamente impedindo o seu refluxo. A resistência que a válvula oferece à passagem destes produtos é mínima.

A **drenagem Passiva** é um tipo de drenagem que faz apelo à força gravitacional e à existência de uma pressão positiva intrapulmonar, para a concretização da drenagem pleural. Pode ser realizada de um modo simples, isto é, o frasco que serve de selo de água é o mesmo que vai servir de colector do drenado, ou pelo sistema de duplo frasco, funcionando o primeiro

frasco exclusivamente como colector e o segundo como selo de água. Por este processo, a drenagem é efectuada lentamente. É o processo de drenagem mais comum.

Quando se pretende acelerar a reexpansão pulmonar, drenar uma grande quantidade de líquido ou de ar, há que aplicar uma força aspirativa contínua no sistema de drenagem (**Drenagem Activa**). Esta aspiração é mantida constante e dentro dos níveis de segurança, pela colocação de um frasco a seguir ao de selo de água. Este frasco tem como características especiais, para além de estar conectado a um sistema de vácuo, o facto de possuir uma vareta que tem uma das extremidades mergulhada (cerca de 20 cm) num líquido estéril e a outra extremidade aberta para o ar atmosférico. Deste modo, independentemente do valor de sucção aplicado pelo sistema de vácuo, a força aspirativa é mantida constante, pois a aspiração excessiva efectuada pelo vácuo é compensada pela entrada de ar através da vareta. A força aspirativa aplicada à cavidade pleural é a resultante da acção da imersão do tubo proveniente do cateter torácico e da quantidade de vareta imersa no segundo frasco.

O **sistema simples** de drenagem torácica inclui pelo menos um frasco com um nível de água onde mergulha a extensão do dreno torácico e uma abertura para o exterior ou para um sistema de aspiração contínua de baixa pressão. O sistema desejável de drenagem compõe-se por 3 frascos em sequência: o primeiro para drenar o conteúdo pleural, o segundo com um nível de água que previne o retorno de ar para a pleura durante a fase inspiratória de pressão negativa e o terceiro com um nível de água proporcional à pressão de aspiração que pretendemos. Há sistemas completos de 3 frascos comercializados numa única peça e descartáveis. Considera-se importante a compreensão das características do sistema, pelos profissionais de enfermagem.

Os **sistemas descartáveis** surgem como resposta a um dos principais problemas dos clássicos frascos, a quebra do selo de água. Os frascos, por serem de vidro e de grandes dimensões, caem e partem-se com facilidade, pelo que é frequente o desenvolvimento de pneumotórax hipertensivo. Por outro lado é difícil de deslocar a unidade doente/sistema pela complexidade e peso do sistema.

Estes sistemas descartáveis são feitos de um material plástico transparente, são leves, fáceis de transportar e de uso único. Funciona de modo similar ao sistema de triplo frasco. Têm três câmaras: uma para recolha do produto drenado; outra para o selo de água e; a terceira destina-se à aplicação de um sistema de vácuo. Por serem transparentes é possível observar o

funcionamento de cada uma das câmaras. Com estes sistemas é possível a recolha de produto para análise sem ter que se abrir o colector ⁽¹⁾.

Técnica da drenagem torácica

A técnica da drenagem torácica consiste na colocação de um cateter torácico no espaço pleural. Pode ser efectuada para a remoção de ar acumulado, sólidos (coágulos sanguíneos) ou líquidos (sangue, pus, líquidos serosos) da cavidade pleural, levando á restauração da pressão negativa nesta cavidade, e total ou parcial reexpansão do pulmão. É conectado a um sistema de drenagem. Este sistema é composto por tubos e por um recipiente colector do produto drenado, colocados de modo a funcionar num único sentido (o do pulmão para o recipiente colector) ⁽³⁾.

Material necessário para a colocação de um dreno torácico

- ✓ Bata e luvas esterilizadas, touca e mascara,
- ✓ Desinfectante para a pele (iodopovidona dérmica) e taça,
- ✓ Seringa de 10ml e agulha número 22 e 25 para anestesia,
- ✓ Seriga de 10 ml e agulha para toracocentese,
- ✓ Anestésico local (lidocaína a 1 ou 2 %),
- ✓ Kit de pequena cirurgia, compressas e lâmina de bisturi,
- ✓ Dreno torácico (a escolha do calibre é consoante o que se pretende drenar),
- ✓ Frasco de drenagem, tubo e liquido estéril,
- ✓ Clampes (pinças kelly, protegidas com borrachas ou compressas para não danificar o tubo),
- ✓ Fios de sutura (nylon 2/0 com agulha lanceolada),
- ✓ Adesivo.

A escolha do tubo de drenagem depende do material a drenar. O tubo é de plástico transparente com múltiplos orifícios laterais no seu terço distal e uma linha rádio-opaca ao longo de todo o comprimento, para identificar facilmente a sua localização na cavidade pleural. Para drenagem de um pneumo, hemo ou hemopneumotórax traumático deve utilizar-se um tubo largo (32 a 40 Fr), enquanto para um pneumotórax espontâneo não complicado deve usar-se um tubo de pequeno calibre (12 a 28 Fr).⁽⁶⁾.

Preparação do sistema de drenagem torácico descartável.

Antes de colocar o dreno, devemos preparar o sistema de drenagem. Deve-se fazer uma lavagem higiénica das mãos, abrir a unidade estéril e descartável de drenagem torácica, calçar umas luvas esterilizadas, retirar a protecção da câmara do selo de água e encher com um líquido estéril até ao nível de 2cm. Retirar a protecção da câmara de controlo de aspiração e encher com líquido estéril segundo a pressão negativa desejada e consoante o fabricante (habitualmente - 20cm de H₂O). Nos modelos denominados “secos”, verificar se o controlo de aspiração está colocado na posição de pressão negativa que se deseja aplicar. Deixar preparado o frasco, em posição vertical, abaixo do nível do tórax do doente. Manter o tubo de conexão ao doente protegido e cerca do tórax deste, até ser adaptado ao dreno torácico⁽¹⁾.

Antes do procedimento deve-se verificar e registar sinais vitais e se o consentimento informado foi assinado, assim como saber se o doente é alérgico ao anestésico local a ser usado. Deve-se administrar sedação se prescrita e prevenir respostas vagais. Há publicação de casos de morte por reacções vagais, após a inserção do dreno torácico⁽⁷⁾. Também está provado que apesar do anestésico local, a inserção do dreno torácico é um procedimento muito doloroso. Há escassa evidência científica sobre o efeito da pré-medicação.

É muito importante informar o paciente sobre o procedimento e indicar como ele pode ajudar. Deve-se explicar a natureza do procedimento, a importância de ficar imóvel, as sensações de pressão que vão ser experimentadas e que não haverá desconforto depois do procedimento⁽¹⁾.

É importante que o doente fique confortável numa das **seguintes posições**:

- ✓ Sentado na beira do leito com os pés apoiados e com os braços e a cabeça numa almofada sobre o leito;
- ✓ Cavalgado numa cadeira com os braços e a cabeça repousando no encosto;
- ✓ Deitado sobre o lado não afectado com o leito elevado entre 35 a 45° com o braço do lado da lesão por de traz da cabeça, para expor a axila, introduzindo o dreno no “ triângulo de segurança”. O triângulo de segurança é uma zona anatómica limitada pelo bordo anterior do pequeno dorsal, o bordo lateral do grande peitoral traçando uma linha imaginária entre o mamilo e o vértice da axila ⁽¹⁾.

Durante o procedimento deve-se tranquilizar o doente, prepará-lo para a sensação de frio da solução germicida e para a sensação de pressão na infiltração do anestésico local.

O local de inserção do cateter torácico varia de acordo com o produto a remover e a sua localização. No entanto as vias mais comuns são no 2º ou 3º espaço intercostal anterior, na linha média clavicular (para drenar um pneumotórax) e no 4º a 6º espaço intercostal, na linha média axilar (para drenar líquidos). A escolha destes locais tem a ver não só com as características físicas dos drenados (o ar tende a tomar uma posição mais elevada que o meio líquido) como também por se procurar puncionar locais em que a irrigação e a enervação não estejam no trajecto do cateter ⁽²⁾.

A técnica utilizada para colocação do dreno inicia-se com assepsia, deve-se usar touca, máscara, luvas e bata esterilizada. Deve-se desinfectar a pele com técnica cirúrgica e colocar os campos. Para confirmar o local adequado fazer sempre primeiro uma toracocentese no local de colocação do dreno. Anestesiar a pele e tecido subcutâneo com Lidocaína a 2%, num túnel ascendente que começa 1 ou 2 dedos abaixo do bordo superior do arco costal seleccionado. Fazer uma incisão na pele e dissecar a gordura e tecido subcutâneo com tesoura de dissecção, no sentido ascendente. Deve fazer-se um túnel onde passe o indicador, injectando Lidocaína conforme necessário ⁽⁸⁾. Quando se palpa o arco costal e a parede torácica através do túnel, deve injectar-se mais anestesia para infiltrar o músculo intercostal, o perióstio e finalmente a pleura. Normalmente ao mesmo tempo aspira-se o conteúdo da cavidade pleural. Com a tesoura e pinça de dissecção, abrir o músculo e a pleura de forma a poder introduzir o dedo indicador para

explorar a cavidade pleural, antes de introduzir o dreno. Ter o cuidado de não ultrapassar o bordo superior do arco costal, para evitar o nervo e vasos intercostais que passam no bordo inferior do arco costal imediatamente superior. Com o indicador, explorar a cavidade pleural à volta da incisão para excluir pulmão, diafragma ou aderências.

Medir e marcar o dreno torácico de forma a saber o comprimento preciso que deve ser introduzido. Introduzir finalmente a extremidade do dreno, com o auxílio de uma pinça de Kelly, através do túnel e até à marca feita previamente.

O dreno deve estar clampado na sua extremidade distal para evitar entrada de ar do exterior. Fixar o dreno à pele com um ponto em “U” para que, ao retirar a drenagem, possa suturar-se a incisão no mesmo acto. Conectar o sistema de drenagem previamente preparado e só depois disso desclampar o dreno. Confirmar a saída de ar ou líquido, rítmica com a expiração do doente ⁽⁸⁾.

Idealmente a introdução de um cateter torácico deverá ser feita sob controlo radiológico. Na sua impossibilidade impõe-se que, após a colocação da drenagem torácica, seja feito um exame radiológico para controlo da localização do cateter e despiste de intercorrências. Como qualquer procedimento invasivo o dreno torácico só deve permanecer o tempo suficiente para drenar todo ar ou líquido existente na cavidade.

A faixa adesiva **de fixação** é de extrema importância para o conforto do paciente e deverá ser fixa no flanco do paciente. Ela evita que as tracções do tubo sejam transmitidas ao ponto de fixação cirúrgica do dreno torácico com a pele. Desta forma, previne o doloroso deslocamento ou arrancamento do dreno torácico.

Depois do procedimento deve-se avaliar o doente frequentemente com especial incidência para a alteração da frequência respiratória e/ou cardíaca, assimetria dos movimentos respiratórios, desmaio, vertigem, tosse incontrolável, muco espumoso e/ou sanguinolento e sinais de hipoxia. A nossa atenção deve também ser dirigida para a manutenção da permeabilidade e esterilidade do circuito ⁽¹⁾. Deve-se:

- ✓ Verificar se o tubo conectado ao dreno torácico está aproximadamente 2cm abaixo do nível do líquido estéril.
- ✓ Medir e anotar o funcionamento, volume, cor do líquido drenado e a oscilação, assim como o número do dreno, o local da inserção e o modo de drenagem.

- ✓ Assegurar que a aspiração está funcionando e manter os tubos permeáveis. (A drenagem torácica pode ligar-se a um sistema de aspiração de baixa pressão para evacuar eficazmente a cavidade pleural e promover a aderência de ambos os folhetos pleurais. A pressão utilizada é cerca de -20 cm de água).
- ✓ Manter o tubo direito, sem angulações que impeçam a drenagem ou a remoção de ar, ou que interferiria com a regular reexpansão pulmonar provocando pneumotórax hipertensivo. O produto retido proporciona um óptimo meio de cultura, propício à multiplicação de microrganismos.
- ✓ Vigilância do sistema, pode ocorrer borbulhamento inesperado, provocado pela fuga de ar do sistema.
- ✓ Mobilizar o doente sempre que possível para facilitar a drenagem e dar preferência à posição de semi fowler.
- ✓ Manter atenção constante à permeabilidade do dreno. A técnica mais usada para desobstruir um dreno chama-se ordenha mecânica e consiste em prender e estabilizar com o polegar e o indicador de uma das mãos o tubo adjacente ao tórax e deslizar o mesmo no sentido da unidade de drenagem a fim de comprimir todo o comprimento do tubo. É uma acção que só deve ser executada quando está em risco a obstrução do dreno, e não por rotina, uma vez que pode provocar lesões pelas pressões negativas que provoca na cavidade torácica.
- ✓ Assegurar que há flutuação do nível do líquido no tubo de drenagem. Estas flutuações são interrompidas logo que o pulmão tenha reexpandido ou quando o tubo estiver obstruído por coágulos ou fibrina.
- ✓ Observar sinais de respiração rápida, cianose, pressão no tórax, enfisema subcutâneo ou sinais de hemorragia. Várias situações podem provocar esta sintomatologia, desde desvio do mediastino, hemorragia, dor intensa, embolia pulmonar, tamponamento cardíaco. A intervenção cirúrgica pode ser necessária.
- ✓ Incentivar o doente a respirar profundamente e a tossir em intervalos frequentes. A respiração profunda e a tosse ajudam a elevar a pressão intrapleural, que permite a drenagem dos fluidos acumulados e remove as secreções da árvore traqueo-brônquica,

para que o pulmão se expanda. Daí a importância da administração de analgésicos ao doente para se obter a sua colaboração.

- ✓ No transporte do paciente não deixar formar curvas acentuadas, dobras ou acotovelamentos no tubo de drenagem. Manter sempre o frasco colector abaixo do nível da cintura, deste modo evita-se que o líquido seja aspirado para o interior do tórax do paciente. Não clampar o dreno torácico.
- ✓ Ensino do doente, visitas e outro pessoal para não deslocar o frasco de drenagem.
- ✓ A limpeza da ferida cirúrgica deverá ser realizada com solução anti-séptica ou solução iodada (mediante a presença ou não de sinais inflamatórios) e o penso em torno do dreno torácico, deverá ser feito diariamente ou quantas vezes forem necessárias. Deve-se verificar as condições do ponto cirúrgico e da fixação do dreno torácico durante a execução do penso ^(1,5,9).

Clampagem do sistema de Drenagem Torácica

A clampagem de uma drenagem torácica é realizada por duas pinças de Kelly, colocadas na parte terminal do cateter torácico. As pinças devem ser colocadas em sentido oposto e afastadas entre si cerca de 5cm. Esta dupla clampagem destina-se a aumentar a segurança. Se uma pinça se abre a outra evitará a entrada de ar na cavidade pleural. Um aspecto a ter em linha de conta é a necessidade de as pontas das pinças estarem protegidas por peças de borracha (ou compressas), para que não sejam praticados cortes no tubo de drenagem. São indicação para a clampagem do dreno torácico:

- ✓ Desconexão acidental dos tubos ou quebra dos frascos (colector ou de selo);
- ✓ Durante as operações de mudança de frasco ou de abertura dos mesmos;
- ✓ No transporte do doente (quando estritamente necessário).

A clampagem não é isenta de riscos. Ela funciona como oclusivo do tubo de drenagem. Por impossibilitar a drenagem pode conduzir a um agravamento do derrame, com os consequentes riscos para o doente: lesão pulmonar; distúrbio cardíaco; alteração da ventilação. A clampagem deve ser efectuada no final da fase expiratória.

Excepto se estamos a avaliar a tolerância do doente à clampagem, esta deve ser mantida pelo menor espaço de tempo possível. Os riscos que daí advêm, assim o justificam ^(5,10,11).

Riscos e complicações

Sendo uma técnica invasiva, a drenagem torácica não é isenta de riscos e, por vezes, surgem complicações, algumas das quais com gravidade.

As complicações mais frequentes são:

- ✓ Hemorragia por lesão de um vaso (artéria intercostal, subclávia, mamária, etc.); ou por oclusão do tubo, mascarando assim a evolução de um hemotórax;
- ✓ Infecção devida sobretudo a uma manipulação incorrecta do sistema;
- ✓ Enfizema subcutâneo por deficiente posicionamento do catéter torácico;
- ✓ Abscesso da parede, resultado sobretudo de uma deficiente técnica;
- ✓ Oclusão do tubo, mascarando assim a evolução de um hemotórax. Com vedação subaquática pode causar pneumotórax de tensão (cianose, dispneia, agitação, hipotensão, taquicardia, sudorese, traqueia desviada da linha média, redução de murmúrio vesicular);
- ✓ Punção do pulmão, coração, baço, fígado ...

Os riscos surgem devido a:

- ✓ Quebra do selo de água.
- ✓ Colocação do tubo proveniente do doente acima do nível de água;
- ✓ O frasco com selo de água tombar ou quebrar;
- ✓ Desconexão acidental dos tubos.
- ✓ Elevação do frasco com selo de água a um nível igual ou superior ao do doente. Este acidente leva a um refluxo do produto drenado e do líquido contido nos frascos colectores para a cavidade pleural, por um processo de sifão;

- ✓ Oclusão do tubo de drenagem por acotovelamento do tubo, compressão por o doente se deitar sobre o tubo enquanto dorme; formação de coágulo ou de processo fibrótico junto dos orifícios de drenagem.

Estas situações conduzem também ao desenvolvimento de processos hipertensivos no local afectado, devido à existência de um agravamento do derrame concomitante com a não efectivação da drenagem do ar ou líquidos acumulados ^(1,5).

Técnica asséptica para remoção de drenos torácicos

Os drenos são retirados após confirmação de total reexpansão pulmonar, as drenagens não sejam significativas ou ausência de fugas gasosas. É certificada mediante a auscultação e percussão do tórax e confirmada com radiografia torácica.

Num pneumotórax mantém-se o dreno enquanto houver saída de ar e até controlo radiológico que confirme a reexpansão do pulmão. Pode-se clampar o dreno por 12 a 24 horas, sendo retirado após este período, depois de reavaliado.

Num derrame pleural ou hemotórax, retira-se normalmente o dreno quando o volume drenado é inferior a 100 ml/24 horas.

No caso de um empiema, deve obter-se completa resolução, radiológica e clínica, do processo infeccioso.

Durante a remoção de drenos as prioridades principais são:

- ✓ A prevenção da infecção,
- ✓ A prevenção da entrada de ar.

É muito importante que se obtenha a colaboração do doente, daí a importância dada à preparação psicológica e explicação de todo o procedimento. Se for necessário deve ser administrado analgésico 30 minutos antes da remoção dos drenos. A retirada do dreno do tórax deve ser feita quando o paciente estiver em expiração, sendo esta manobra fundamental, para evitar a possibilidade de entrada de ar no tórax, pois na inspiração, a pressão negativa do tórax

tenderia a puxar o ar do ambiente pelo orifício criado para colocação do dreno, podendo causar um pneumotórax.

Material para retirar o dreno:

- ✓ Clampes;
- ✓ Material de pensos e campo esterilizado;
- ✓ Soro fisiológico e desinfectante;
- ✓ Gaze gorda e compressas;
- ✓ Luvas cirúrgicas;
- ✓ Batas esterilizadas;
- ✓ Máscaras;
- ✓ Adesivo.

Começar por fazer uma lavagem e desinfecção da incisão. Clampar o dreno. Certificar que o dreno está solto; retirá-lo num só movimento rápido, com o paciente em fase expiratória. Pressionar ao mesmo tempo com gaze gorda e uma compressa. Simultaneamente o fio de sutura deixado na introdução do dreno é apertado unindo os bordos do orifício. Fazer penso compressivo. Providenciar execução de radiografia torácica para controlo. Deve-se registar sinais vitais e função respiratória do doente. Estarmos atentos á possibilidade de aparecimento de sinais de alerta, como dispneia, dor torácica, dificuldade respiratória, enfisema subcutâneo durante as próximas horas. Fazer radiografia de controlo após 24 horas ^(1,4).

Conclusão

As drenagens torácicas actuais respondem aos mesmos princípios físicos dos sistemas tradicionais utilizados desde os finais do Sec. XIX, mas com as particularidades próprias do avanço tecnológico das últimas décadas. Este avanço tecnológico demonstra como os nossos conhecimentos devem adaptar-se às novas necessidades. A auto aprendizagem e a formação contínua são imprescindíveis para o desenvolvimento profissional e o desempenho das nossas funções.

A actuação profissional do enfermeiro em relação aos doentes que requerem uma drenagem torácica é um bom exemplo para compreender a necessidade de aplicar o pensamento crítico, e como este nos permite actuar de forma eficaz e eficiente.

Alem disso, o enfermeiro deve ter consciência, que antes da aplicação de qualquer técnica, a sua atenção não deve limitar-se aos passos concretos desse procedimento, mas ao objectivo assistencial final, sempre centrado na resolução ou melhoria do estado de saúde do doente. Neste caso, propriamente dito, a atenção do enfermeiro é virada, fundamentalmente para uma visão geral do doente, mas particularmente para a sua função respiratória. Este enfermeiro perito tem a capacidade intencional de observação dos sinais e sintomas, que lhe permite detectar precocemente situações de risco ou aparecimento de problemas e tomar decisões correctas que determinem acções consequentes e eficazes. Garante a eficácia do sistema de drenagem e a boa evolução do estado do doente. Ele identifica prontamente focos de instabilidade após a colocação do dreno torácico e responde de forma pronta e antecipada. Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos á pessoa.

O seu bom juízo clínico permite reduzir o risco dos resultados indesejáveis e com isso aumentar a probabilidade de obter bons resultados. Também as habilidades de execução e de comunicação favorecem o á vontade do doente, promovendo a sua colaboração, conseguindo uma recuperação mais rápida com um óptimo grau de satisfação.

O aporte de juízos fundamentados deste enfermeiro perito melhora a contribuição e a tomada de decisões dependentes e interdependentes na equipa.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Brunner, L.; Suddarth, D., Enfermagem Médico - Cirúrgica, 6ª edição, vol. 1, Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koojan, S.A.,1990, 10.
- 2- Quigley, R., Thorocentesis and chest tube drainage. Crit Care Cli;1995, 11: 111-26.
- 3- Barreira, J.; Cardoso, E.; Costa, A., Norma de procedimentos de enfermagem no doente com drenagem torácica., Nursing. 2002, 168: 25-30.
- 4- Andrelisa, V.; Renée, C.; Saskia, E.; Lúcia, M., Retirada de dreno torácico em pós-operatório de cirurgia cardíaca, 2005. Acedido em Arq Ciênc Saúde. [27 de Janeiro de 2011].
- 5- Santos, M.; Lopes, C., Cuidados de Enfermagem a doentes submetidos a pleuroscopia. "Servir", 1994, 42: 12.
- 6- Laws, D.; Neville, E.; Duffy, J., BTS guidelines for the insertion of a chest drain. 2003, Acedido em: On behalf of the British Thoracic Society Pleural Disease Group, a subgroup of the British Thoracic Society Standards of Care Committee www.thoraxjnl.com. [2 de Fevereiro de 2011].
- 7- Ward, E.; Hughes T., Sudden death following chest tube insertion: an unusual case of vagus nerve irritation. J Trauma; 1994, 36: 258-9.
- 8- Menche, N.; Schaffler, A., Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem. Loures. Lusiciência. 2004. 152.
- 9- Luketich, J.; Kiss, M.; Hershey, J., et al. Chest tube insertion: a prospective evaluation of pain management. Clin J Pain.1998, 14:152-4.
- 10- Williams, T., To clamp or not to clamp. Nursing Times.1992, 88: 33.
- 11- Hall, M.; Jones, A., Clamping may be appropriate to prevent discomfort and reduce risk of oedema (letter). BMJ; 1997, 313- 315.

Anexo VI

Plano da sessão e diapositivos da acção de formação: “Drenagem Torácica”.

Plano da Sessão

Universidade Católica Portuguesa – Pólo das Beiras

Curso de Mestrado de Especialização em EMC

Unidade Curricular - Estágio no serviço de Unidade de Cuidados Intensivos

Título – Drenagem Torácica

Duração: 60 minutos

28 de Fevereiro de 2011

Objectivo geral: Transmitir conhecimentos sobre a drenagem torácica assim como indicações, riscos e complicações.

Objectivos específicos: Identificar os princípios da drenagem torácica, assim como os sistemas de drenagem usados Abordar o material necessário e sua preparação; Dar a conhecer os principais cuidados a ter com a drenagem torácica, indicações para clamping e remoção do dreno.

Conteúdos		Tempo	Estratégias		Avaliação
<p>Princípios da drenagem torácica</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anatomia e fisiologia do aparelho respiratório ➤ Breves noções de história. ➤ Conceito e indicações para drenagem torácica ➤ Princípios em que se baseia a drenagem torácica. ➤ Sistemas de drenagem utilizados. 	<p>Cuidados de enfermagem, Riscos e prevenção</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Material necessário e sua preparação. ➤ Cuidados de enfermagem após a sua colocação. ➤ Indicações para a clamping e remoção do dreno. ➤ Avaliar riscos e complicações. 	60 Min.	<p>Metodologia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expositiva • Diálogo, discussão com a plateia 	<p>Recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diapositivos • Videoprojector 	Discussão e reflexão sobre a temática apresentada, através de perguntas colocadas aleatoriamente aos presentes



DRENAGEM TORÁCICA

Aluno - Enf.^a Guida Carrilho

Tutor - Enf.^o Especialista Jorge Dias

Orientadora - Mestre Patrícia Coelho

3º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da UCP

Serviço de
U.C.I.
CHCB

Plano da Sessão

Universidade Católica Portuguesa – Pólo das Beiras

Curso de Mestrado de Especialização em EMC

Unidade Curricular - Estágio no serviço de Unidade de Cuidados Intensivos

Título - Drenagem Torácica

Duração: 60 minutos

28 de Fevereiro de 2011

Objectivo geral: Transmitir conhecimentos sobre a drenagem torácica assim como indicações, riscos e complicações.

Objectivos específicos: Identificar os princípios da drenagem torácica, assim como os sistemas de drenagem usados. Abordar o material necessário e sua preparação; Dar a conhecer os principais cuidados a ter com a drenagem torácica, indicações para clampagem e remoção do dreno.

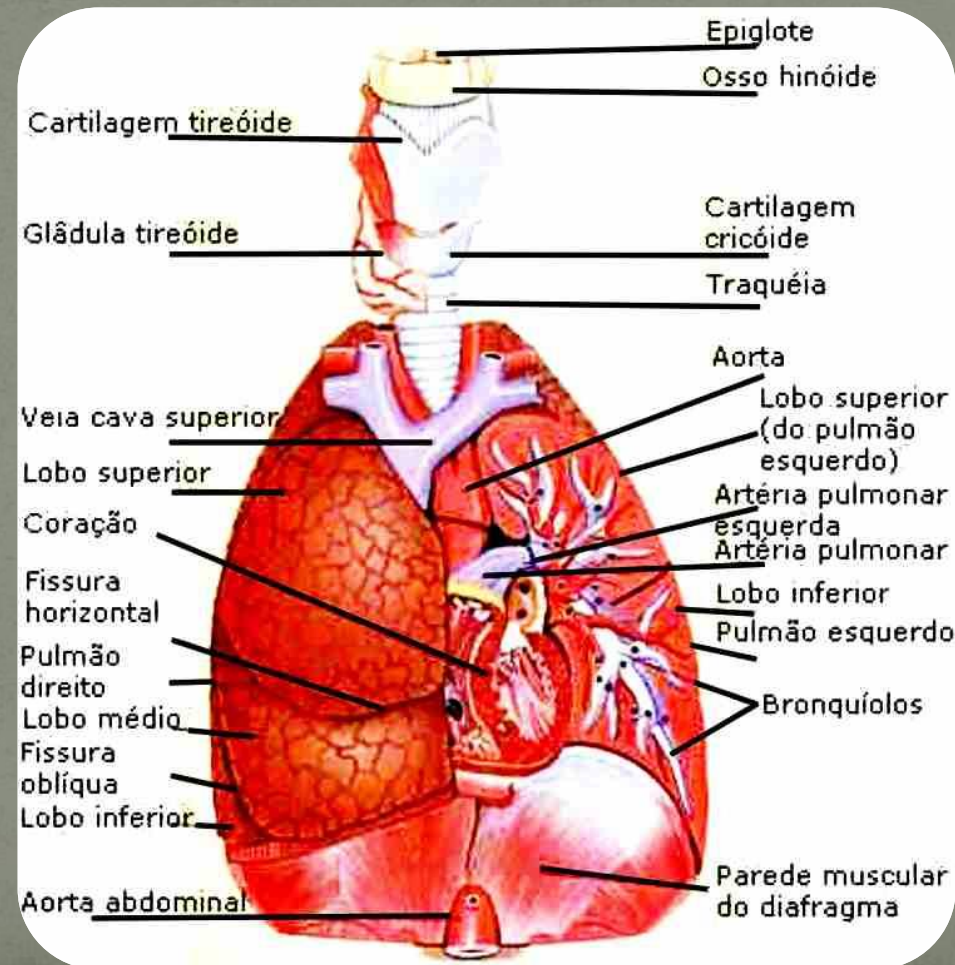
Conteúdos		Tempo	Estratégias		Avaliação
<p>Princípios da drenagem torácica</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Anatomia e fisiologia do aparelho respiratório➤ Breves noções de história.➤ Conceito e indicações para drenagem torácica➤ Princípios em que se baseia a drenagem torácica.➤ Sistemas de drenagem utilizados.	<p>Cuidados de enfermagem, Riscos e prevenção</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Material necessário e sua preparação.➤ Cuidados de enfermagem após a sua colocação.➤ Indicações para a clampagem e remoção do dreno.➤ Avaliar riscos e complicações.	60 Min.	<p>Metodologia</p> <ul style="list-style-type: none">• Expositiva• Diálogo, discussão com a plateia	<p>Recursos</p> <ul style="list-style-type: none">• Diapositivos• Videoprojector	Discussão e reflexão sobre a temática apresentada, através de perguntas colocadas aleatoriamente aos presentes

Cuidar de doentes com drenagens torácicas é uma prática comum nos nossos hospitais requerendo um esforço em conjunto, pois a qualidade do resultado final resulta da boa coordenação de acções médicas e de enfermagem (interdependentes e autónomas).



Anatomia e fisiologia

Cavidade torácica



Como entra o ar nos pulmões ?

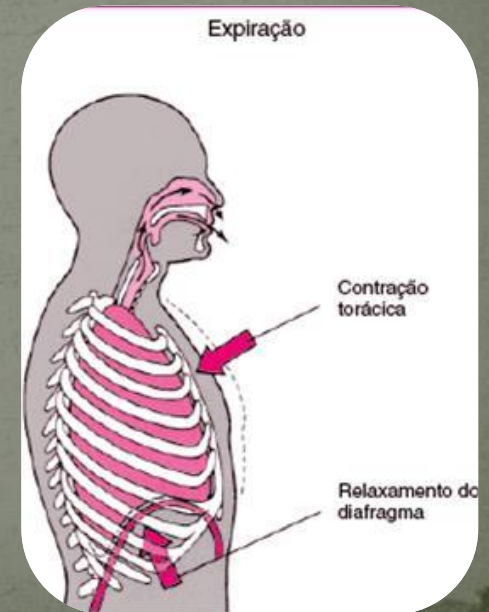
Para melhor compreender a drenagem torácica é importante compreender os princípios dos fluxos de gases :

Quando há diferença de pressões o ar move-se.

Inspiração

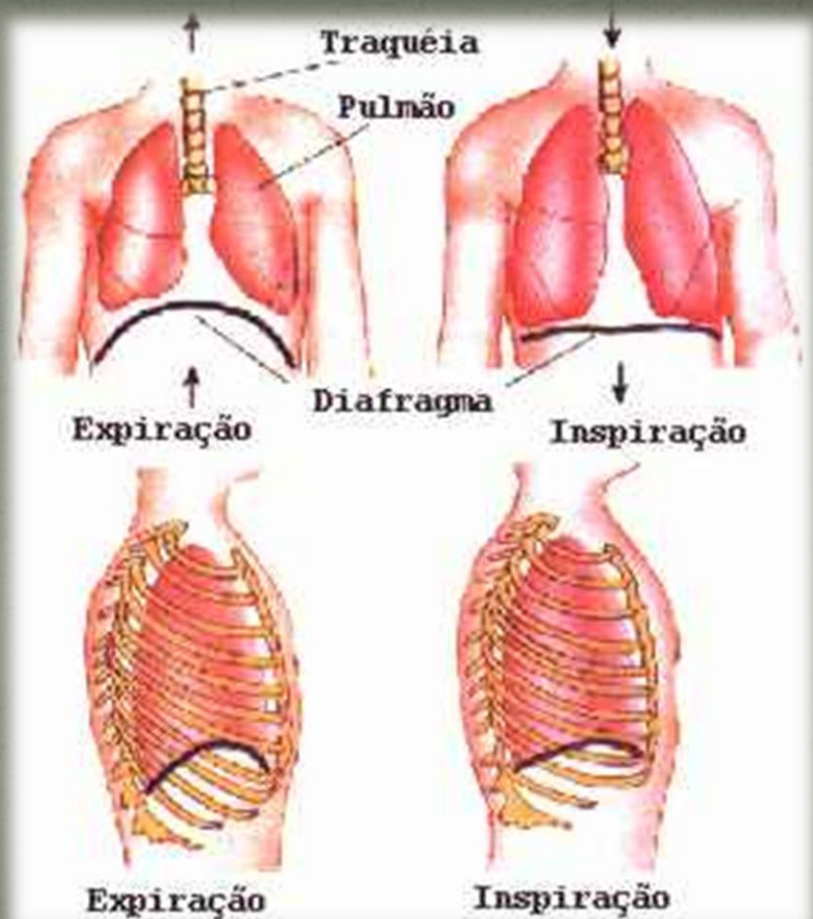


Expiração



Como entra o ar nos pulmões ?

Se duas zonas com pressões diferentes comunicam, o gás mover-se-á da zona de maior pressão em direcção há zona de menor pressão



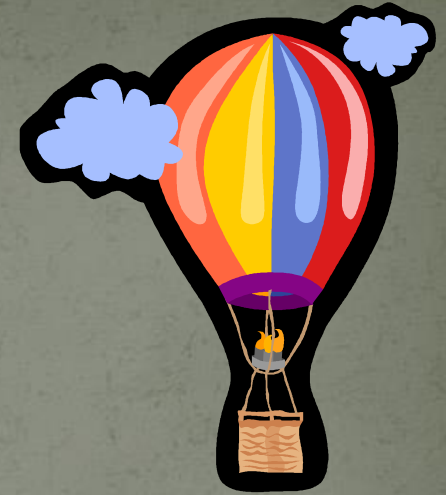
Física dos gases: Ley de Boyle

Quando o volume de um recipiente aumenta, a pressão diminui

Quando o volume de um recipiente diminui, a pressão aumenta



Balão cheio=
altas
pressões



Física dos gases :
(outro exemplo)

Atmosfera=
baixas
pressões

Ao rebentar o balão, o ar sai de uma zona de alta pressão dentro do balão para uma zona de baixa pressão que é a atmosfera

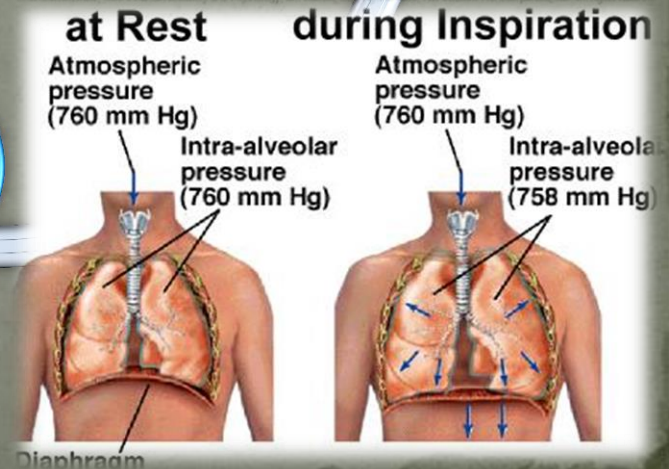
Quando o diafragma se contrai, move-se em sentido descendente e aumenta o volume da cavidade torácica

Ventilação : Inspiração

Quando o volume aumenta, a pressão diminui

A pressão dentro dos pulmões chama-se “pressão intra-pulmonar”

O ar mover-se-á desde a zona de maior pressão (pressão atmosférica) para a zona de menor pressão (pulmões)



Ventilação: Expiração

Quando o volume diminui, a pressão intrapulmonar aumenta, o ar flui para fora dos pulmões, procurando uma pressão atmosférica menor

A expiração ocorre por estimulação do nervo frénico. O diafragma relaxa e sobe acima da cavidade, reduzindo assim o volume da cavidade

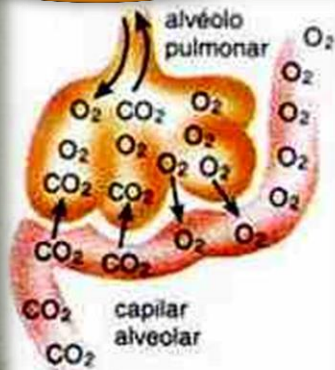


Para que o organismo tenha suas necessidades de oxigênio supridas é necessário que ocorram três actividades básicas:

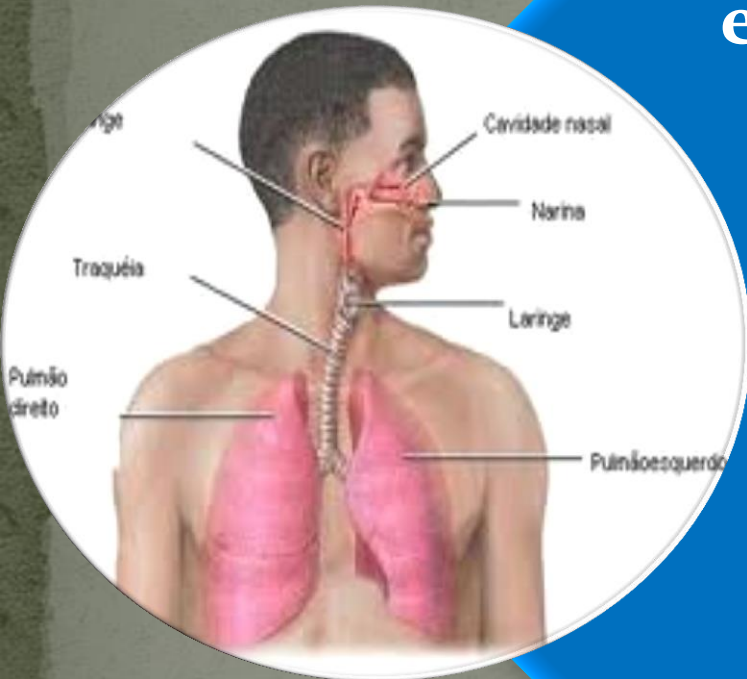
a ventilação

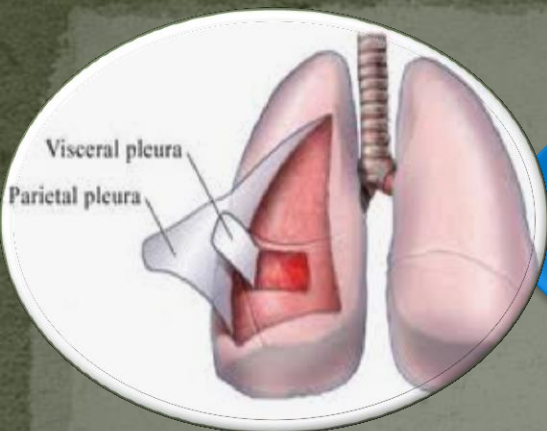
a difusão do oxigênio dos alvéolos para o sangue

o transporte do oxigênio para as células



Um dos órgãos responsável por essas actividades são os pulmões, que são estruturas elásticas contidas na caixa torácica, análogas a uma câmara impermeável, com paredes distensíveis, revestidas pela pleura





PLEURA

A pleura possui dois folhetos:

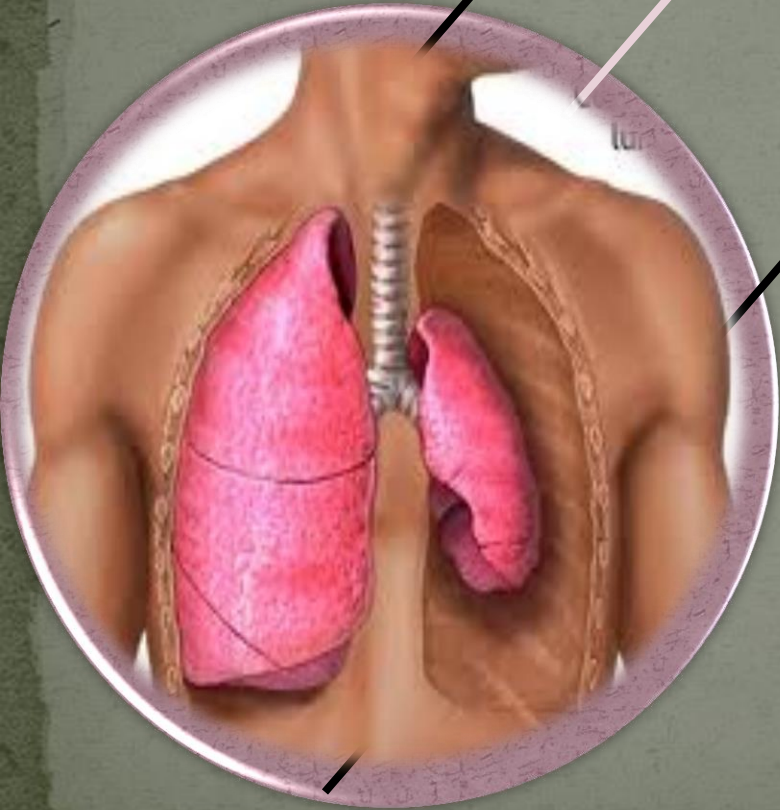
- Visceral, aderente ao tecido pulmonar.
- Parietal, aderente às estruturas da parede torácica.

Esta dupla aderência é a responsável pela manutenção da expansão torácica, ao longo do ciclo respiratório. Sem essa força de tracção o tecido pulmonar estaria permanentemente colapsado em torno dos ramos brônquicos. O espaço pleural - espaço virtual entre os dois folhetos - é ocupado pelo líquido pleural. Este líquido tem por função reduzir o atrito entre os folhetos pleurais, durante o movimento respiratório.

Um aumento patológico deste volume de líquido (sangue, exsudados) vai afectar a força aspirativa do espaço pleural.

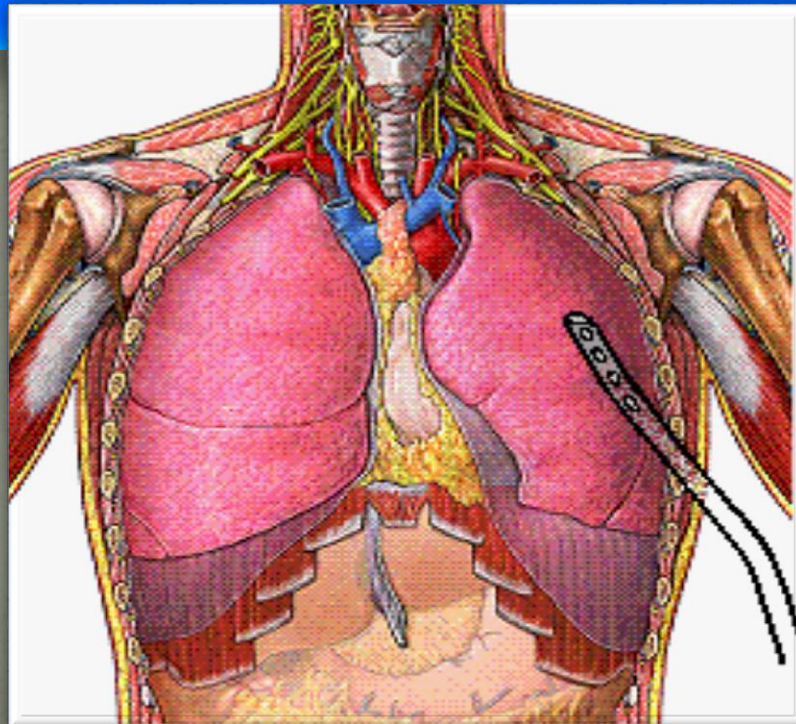
O mesmo se verifica se existir ar no espaço pleural.

A pressão negativa preexistente, resultante do campo de forças exercido pelo tecido pulmonar e pela pressão intra-pleural, vai então diminuir (ou mesmo ser anulada), com consequente colapso pulmonar (parcial ou total).



Sempre que há um derrame, independentemente da sua etiologia ou do seu conteúdo (líquido ou gás), vai haver uma diminuição da superfície total disponível para a efectivação das trocas gasosas, isto é, vai ocorrer uma diminuição da capacidade vital e da compliance pulmonar.

Se essa colecção de líquido ou de ar atinge proporções que coloquem em risco a vida do doente dever-se-á proceder à sua remoção através de drenagem torácica.





HISTÓRIA

Os princípios da drenagem pleural foram estabelecidos por Hipócrates no século V AC visando à evacuação de conteúdo líquido e ou gasoso da cavidade torácica.

Posteriormente, Playfair (em 1875) e Hewett (em 1876) utilizaram a drenagem pleural através da inserção de um dreno tubular na parede torácica conectado a um frasco colector, tendo como grande vantagem o fato de permitir o restabelecimento das condições fisiológicas da cavidade pleural devido a criação de um mecanismo valvular unidireccional onde o conteúdo drenado não retorna mais à cavidade pleural.

Este sistema de drenagem pleural é conhecido como drenagem pleural fechada .

Durante a segunda guerra mundial o tipo de tratamento preconizado para os casos de colecções pleurais era a drenagem pleural aberta que contava com uma mortalidade de 30%, pois muitos pacientes evoluíam para uma condição clínica conhecida como pneumotórax aberto, onde o pulmão ficava completamente colapsado no hilo pulmonar, fato causado pela comunicação pleural com o meio ambiente.

A drenagem pleural fechada passou a ser a conduta padrão inicial para os casos de colecção pleural após os trabalhos conduzidos por Graham e Bell em 1918.

Actualmente, apesar destas colecções sempre constituírem uma condição anormal, a conduta poderá ser conservadora, em face de pequenos pneumotórax espontâneos nos pacientes sem respiração mecânica e nas pequenas colecções líquidas, e cujo diagnóstico seja conhecido. Nas demais situações, impõem-se a punção ou drenagem pleural fechada.

Indicações para Drenagem Torácica

A decisão de fazer uma drenagem torácica baseia-se em diversos factores, tais como:

- Extensão do pneumotórax (mais de 20% do campo pulmonar)

- Doença pulmonar subjacente

A presença de sinais e sintomas como dificuldade respiratória, dor moderada ou severa e agravamento do derrame são indicadores para uma drenagem torácica.

Indicações para drenagem torácica

As indicações mais comuns da drenagem torácica são:

Pneumotórax

Pneumo-hemotorax

Doentes sujeitos a cirurgia
cardiotorácica

Fístula broncopleural

Hemotórax

Derrame pleural

Doentes sujeitos a
ventilação mecânica que
fazem barotrauma

Ao instituir-se uma drenagem torácica pretende-se :

Drenar para o exterior líquidos, sólidos (fibrina) ou gás acumulados

Restaurar a pressão negativa do espaço pleural

Reexpandir o pulmão colapsado

Princípios em que se baseia a Drenagem Torácica

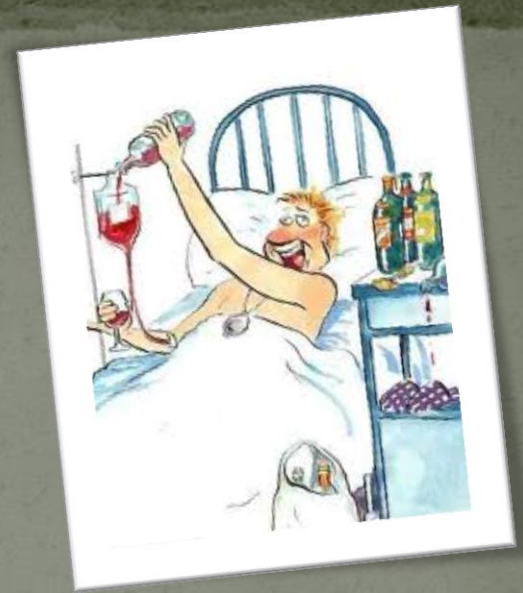
A DRENAGEM TORÁCICA PODE EXECUTAR-SE POR ACÇÃO:

1-Gravitacional;

2-De pressão positiva intrapleural;

3-De pressão negativa no sistema de drenagem.

1- Acção gravitacional



O ar e/ou os fluidos deslocam-se de um nível mais alto para um nível mais baixo, isto é, deslocam-se dos valores de maior pressão para os de menor pressão. Ao colocar os frascos colectores a um nível inferior ao do tórax estamos a estabelecer um circuito cujo sentido é do tórax para os frascos.

2-Pressão Positiva Intrapleural

O ar e os fluidos em excesso contidos na cavidade pleural estão sob tensão, ou seja, estão sujeitos a um valor de pressão mais elevada que os contidos no frasco colector, colocado a um nível mais baixo que o tórax. Esta pressão leva a que esse ar e esses fluidos sejam deslocados em direcção ao frasco colector.

3-Pressão Negativa no sistema

Este processo é o oposto do anterior. Ao ser aplicada, no sistema de drenagem, uma pressão inferior à existente na cavidade torácica estamos a forçar o movimento do líquido e do ar, contidos na cavidade pleural, em direcção ao frasco colector.

É um procedimento muito comum quando se pretende efectuar uma rápida depleção do líquido ou ar contidos na cavidade torácica.

Realiza-se conectando o sistema de drenagem a um sistema de vácuo.

A pressão aplicada não pode ser muito elevada (-20cm H₂O), pelo risco de se efectuar uma aspiração do tecido pulmonar.

Sistemas de drenagem

Os sistemas de drenagem podem classificar-se:

a) Quanto ao método de manutenção do sentido do circuito:

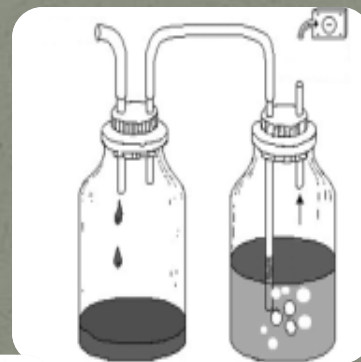
- De selo de água;
- Valvulares.

b) Quanto ao processo de drenagem:

- Passivos;
- Activos.

c) Quanto ao equipamento:

- Simples;
- De duplo frasco;
- De triplo frasco;
- Descartáveis.



a) Quanto ao método de manutenção do sentido do circuito :

● Sistemas de selo de água

Nos sistemas de selo de água, um tubo tem uma das extremidades mergulhada (cerca de 2 cm) num fluido estéril contido num frasco. A outra extremidade encontra-se conectada ao cateter torácico.

Na expiração permite a passagem do produto drenado para o frasco colector (por se desenvolver no circuito uma pressão positiva).

Durante a inspiração impede o retrocesso desse drenado por se elevar uma coluna de água que estabiliza a diferença de pressão entre o frasco colector e a pressão intrapleural.



● Sistemas valvulares

Neste sistema, um dispositivo de dupla membrana, é interposto entre o cateter torácico e o tubo colector.

A acção combinada das membranas possibilita a passagem de ar e/ou dos fluidos, do tórax para o colector, mas não o seu retrocesso.

É um processo relativamente recente, mas que veio aumentar o nível de segurança na manipulação dos sistemas de drenagem torácica. Enquanto que se num sistema de selo de água, um frasco se parte ou um tubo se desconecta do cateter torácico, ocorre então entrada de ar através do cateter, podendo provocar um pneumotórax hipertensivo, com as válvulas essa situação está minimizada.

Destes sistemas, o mais em voga é:

➔ Válvula de Heimlich



Válvula de Heimlich

A Válvula de Heimlich é constituída por um tubo de plástico de cerca de 15 cm de comprimento, no interior do qual estão duas lâminas de borracha em íntimo contacto entre si.

Os topos deste tubo são encerrados por uma conexão para o catéter torácico e outra conexão para o sistema colector.

A pressão exercida pelo líquido ou pelo ar nessas lâminas de borracha faz com que estas se separem ligeiramente, permitindo a drenagem dos produtos (ar ou fluido), logo após encerram novamente impedindo o seu refluxo. A resistência que a válvula oferece à passagem destes produtos é mínima.



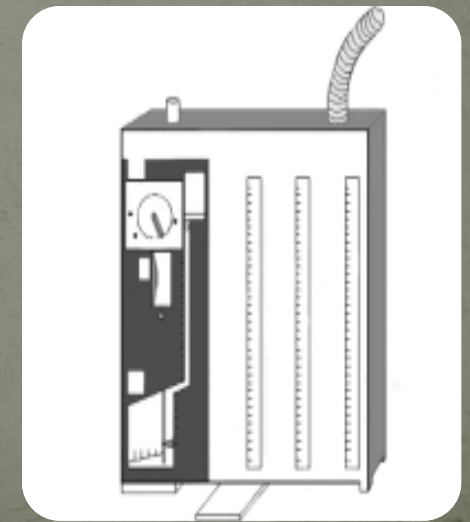
b) Quanto ao processo de drenagem :

- Drenagem passiva

É um tipo de drenagem que faz apelo à força gravitacional e à existência de uma pressão positiva intrapulmonar, para a concretização da drenagem pleural.

Por este processo, a drenagem é efectuada lentamente.

É o processo de drenagem mais utilizado.



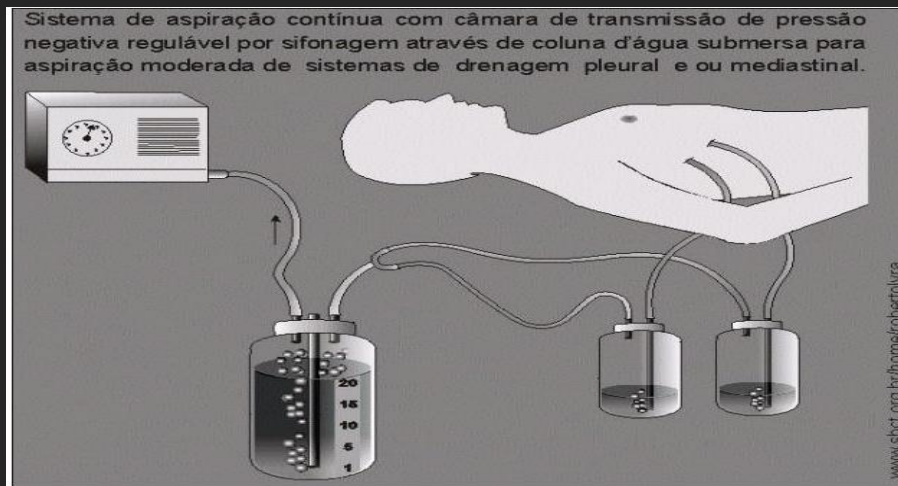
● Drenagem activa

Quando se pretende acelerar a re-expansão pulmonar ou drenar uma grande quantidade de líquido ou de ar, aplica-se uma força aspirativa contínua no sistema de drenagem.



Esta aspiração contínua é mantida constante e dentro dos níveis de segurança, pela colocação de um frasco a seguir ao de selo de água. Este frasco tem como características especiais, além de estar conectado a um sistema de vácuo, o facto de possuir uma vareta que tem uma das extremidades mergulhada (cerca de 20 cm) num líquido estéril e a outra extremidade aberta para o ar atmosférico.

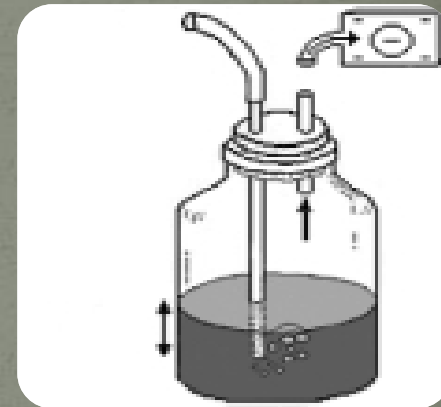
Deste modo, independentemente do valor de sucção aplicado pelo sistema de vácuo, a força aspirativa é mantida constante, pois a aspiração excessiva efectuada pelo vácuo é compensada pela entrada de ar através da vareta.



c) Quanto ao equipamento :

Como funciona um sistema de drenagem ?

- Sistema básico



O tubo torácico conecta-se ao tubo do frasco que se coloca 2cm abaixo do nível do líquido(selagem debaixo de água).

Este sistema só funciona na drenagem do ar do espaço pleural.

Se também drena líquido, somar-se-á ao que já existe, de maneira a aumentar o nível do líquido e por consequência, a profundidade do tubo(superior a 2 cm), e cada vez custará mais empurrar o ar.

(Quanto ao equipamento)

O sistema de duas garrafas é a chave para os equipamentos de drenagem

Uma garrafa para recolher o drenado

Uma garrafa com uma válvula unidireccional que evita que o ar ou o líquido possam voltar ao tórax, assim o líquido estéril mantém-se estável nos 2 cm

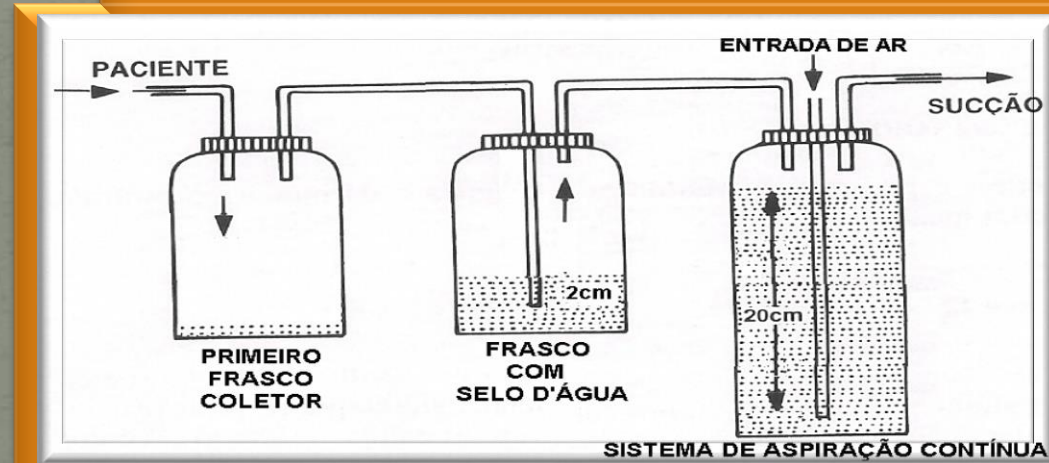


(Quanto ao equipamento)

Se se requer sucção, tem que se juntar uma terceira garrafa

Convencionou-se que $-20\text{cm H}_2\text{O}$ é a sucção adequada, ainda que não haja estudos científicos que o comprovem.

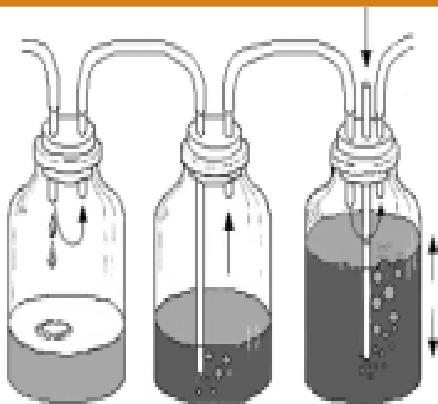
Pressões negativas maiores podem incrementar o caudal de saída do drenado do tórax, mas também podem produzir danos nos tecidos.



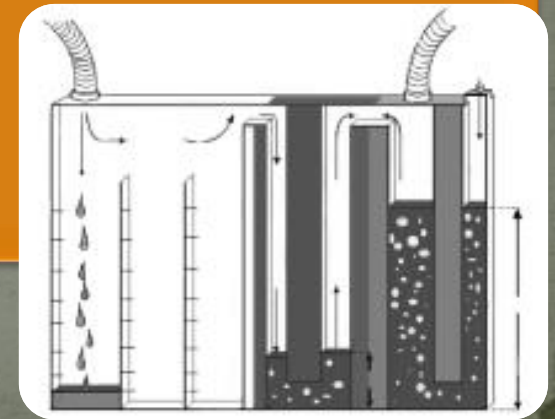
(Quanto ao equipamento)

O sistema de garrafas funcionou durante anos, mas é demasiado volumoso para estar ao lado da cama, para transportar, etc.

Em 1967 apareceu o primeiro equipamento integrado fabricado em material plástico fazendo tudo o faziam as garrafas e ainda mais.



Das garrafas ao equipamento:



(Quanto ao equipamento)

Os **sistemas descartáveis** surgem como resposta a um dos principais problemas dos clássicos frascos - a quebra do selo de água. Os frascos, por serem de vidro e de grandes dimensões, caem e partem-se. É difícil a deslocação do doente pela complexidade e peso do sistema.

São feitos de um material plástico transparente. São leves, fáceis de transportar e de uso único.

Funciona de modo similar ao sistema de triplo frasco.

Com estes sistemas é possível a recolha de produto para análise sem ter que se abrir o colector.



Técnica

A técnica da drenagem torácica consiste na colocação de um cateter torácico no espaço pleural, pode ser efectuada para a remoção de ar acumulado, sólidos (coágulos sanguíneos) ou líquidos (sangue, pus, líquidos serosos) da cavidade pleural.

Leva á restauração da pressão negativa nesta cavidade, e reexpansão do pulmão parcial ou total.

É conectado a um sistema de drenagem.

Este sistema é composto por tubos e por um recipiente colector do produto drenado, colocados de modo a funcionar num único sentido (o do pulmão para o recipiente colector)

A escolha do tubo de drenagem depende do material a drenar.

O tubo é de plástico transparente com múltiplos orifícios laterais no seu terço distal e uma linha rádio-opaca ao longo de todo o comprimento, para identificar facilmente a sua localização na cavidade pleural.

Para drenagem de um pneumo, hemo ou hemopneumotórax traumático deve utilizar-se um tubo largo (32 a 40 Fr), enquanto para um pneumotórax espontâneo não complicado deve usar-se um tubo de pequeno calibre (12 a 28 Fr).



Preparação do sistema de drenagem torácica descartável

Antes de colocar o dreno, devemos preparar o sistema de drenagem. Sempre de acordo com as instruções do fabricante.



EQUIPAMENTO

Câmara de Recolha :

- Os líquidos caem directamente dentro da câmara, calibrada em ml.

Selagem de baixo de água:

- Válvula unidireccional,

Câmara de Controlo de Aspiração :

- Tubo em U, uma extremidade fica para a atmosfera e outra para o reservatório de líquido, de modo que o sistema fica regulado, com um fácil controlo da pressão negativa.

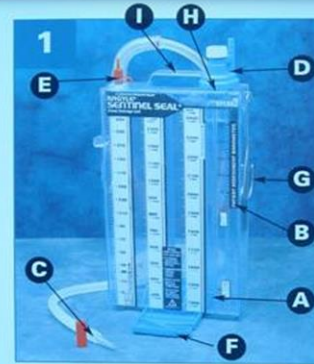


● Usar técnica asséptica.

● Retirar a protecção da câmara do selo de água e encher com liquido estéril até ao nível de 2 cm;

● Retirar a protecção da câmara de controlo de aspiração e encher com liquido estéril segundo a pressão negativa desejada, consoante o fabricante (até ao nível de 20 cm na câmara de controle de aspiração excepto se outro nível for indicado). Nas unidades chamadas “secas” não é necessário realizar este passo, pois vêm preparadas para aplicar pressão negativa. Temos que nos certificar que o selector de controlo está na posição desejada.

● Deixar preparado o frasco, em posição vertical, abaixo do nível do tórax do doente. Manter o tubo de conexão ao doente protegido e cerca do tórax deste, até ser adaptado ao dreno torácico.



- A Cámara de sellado de agua
- B Manómetro de valoración del paciente
- C Conector adaptable
- D Regulador de la succión
- E Válvula de presión negativa
- F Base giratoria
- G Gancho de metal
- H Válvula de presión positiva
- I Asa integrada



Llenado de la cámara de sellado

- Abrir el cierre de color azul en la cara posterior del drenaje
- Rellenar la cámara de sellado (A) con agua estéril hasta la línea roja "2" (aproximadamente 90 ml)
- Cerrar la vía de llenado de forma segura.



Llenado del manómetro de valoración del paciente.

- Retirar y desechar la cinta con instrucciones situada en la parte superior de la unidad.
- Rellenar el manómetro (B) hasta la línea roja vertiendo líquido estéril a través de la apertura rectangular (aproximadamente 35 ml).



Conexiones con el catéter torácico y con la fuente de succión


- Retirar la cubierta protectora de la conexión al paciente y conectarla al catéter torácico del paciente. El conector (C) puede ser ajustado al diámetro del catéter y asegurarse con cinta adhesiva.
- Conectar la línea de succión en la parte superior del regulador (D)
- Ajustar el nivel de succión de la pared como

ANTES DO PROCEDIMENTO

- Ver se o consentimento informado foi assinado;
- Determinar se o paciente é alérgico ao anestésico local a ser usado.
- Administrar analgesia, e se necessário sedação e prevenir respostas vagais.
- Informar o paciente sobre o procedimento e indicar como ele pode ajudar.
- Explicar a importância de ficar imóvel;
- Explicar as sensações de pressão que vão ser experimentadas;
- Explicar que não haverá desconforto depois do procedimento.



Há publicação de casos de morte por reacções vagais, após a inserção do dreno torácico. (Ward E. et al, 1994)



Também está provado que apesar do anestésico local, a inserção do dreno torácico é um procedimento muito doloroso. (Luketich J. et al, 1998)



Há escassa evidência científica sobre o efeito da pré-medicação.


Colocar o doente numa das seguintes posições :



-Sentado na beira do leito com os pés apoiados e com os braços e a cabeça sobre almofada sobre o leito;



-Cavalgado numa cadeira com os braços e a cabeça repousando no encosto;

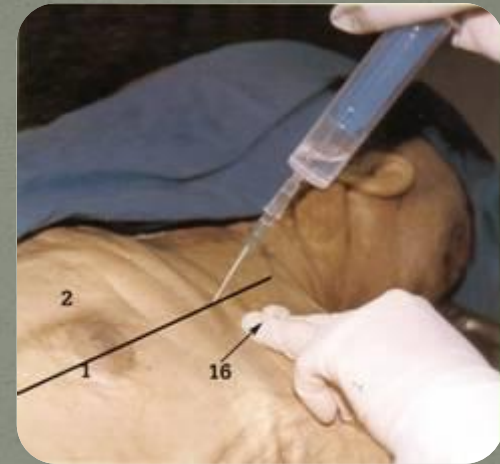


-Deitado em decúbito dorsal com o leito elevado entre 35 a 45° com o braço do lado da lesão por de trás da cabeça, para expor a axila, introduzindo o dreno no “triângulo de segurança”. O triângulo de segurança é uma zona anatómica limitada pelo bordo anterior do pequeno dorsal, o bordo lateral do grande peitoral traçando uma linha imaginária entre o mamilo e o vértice da axila. (Tomlinson M. et all, 1997)

Apoiar e tranquilizar o doente durante o procedimento.

Prepará-lo para a sensação de frio da solução germicida e para a sensação de pressão quando da infiltração do anestésico local

Expor todo o tórax, o local da introdução do dreno é determinado a partir de radiografias de e por percussão

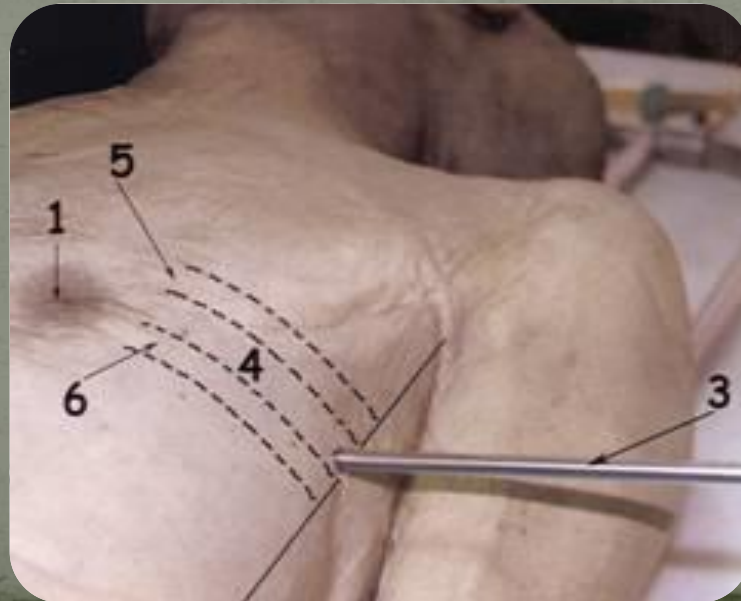


Escolher o local de inserção

A introdução do cateter torácico é realizada por punção da parede torácica, sob anestesia local.

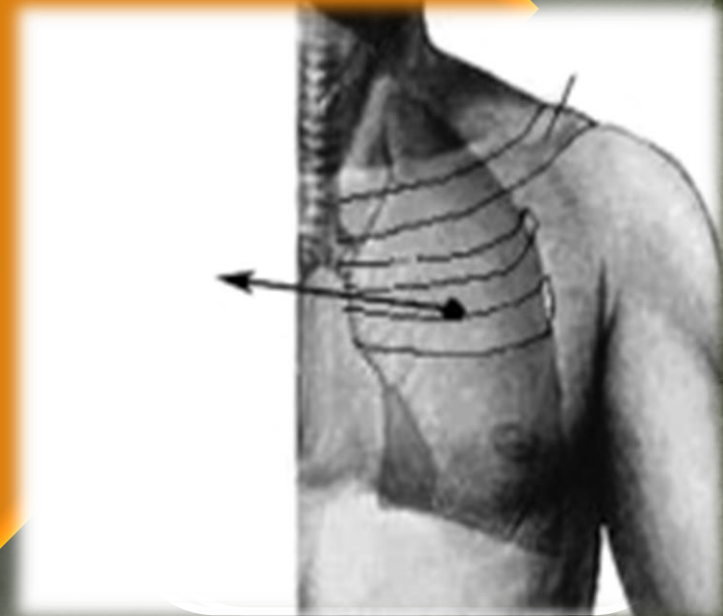
O local de inserção varia de acordo com o produto a remover e a sua localização.

No entanto as vias mais comuns são: 2º ou 3º espaço intercostal anterior, na linha média clavicular (para drenar um pneumotórax); 4º a 6º espaço intercostal, na linha média axilar (para drenar líquidos).



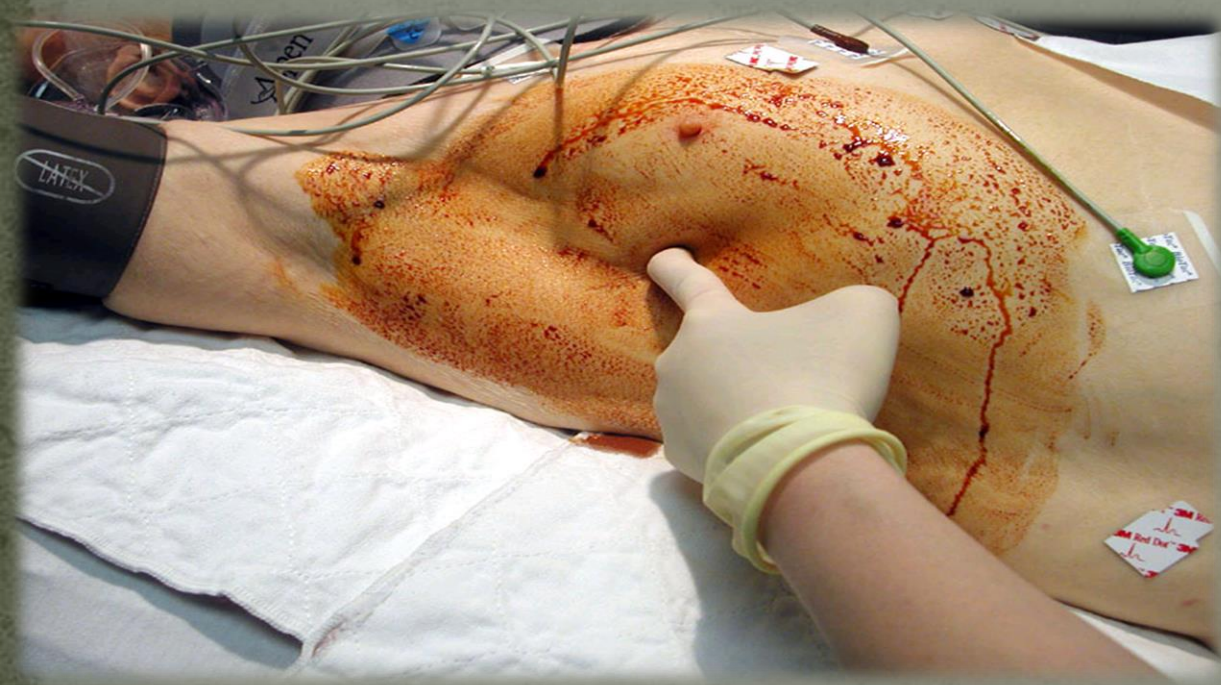
A escolha destes locais tem a ver não só com as características físicas dos drenados (o ar tende a tomar uma posição mais elevada que o meio líquido) como também por se procurar puncionar locais em que a irrigação e a enervação não estejam no trajecto do cateter.

Pode haver necessidade de se colocar mais de um dreno no mesmo indivíduo e em locais diferentes dos atrás enunciados

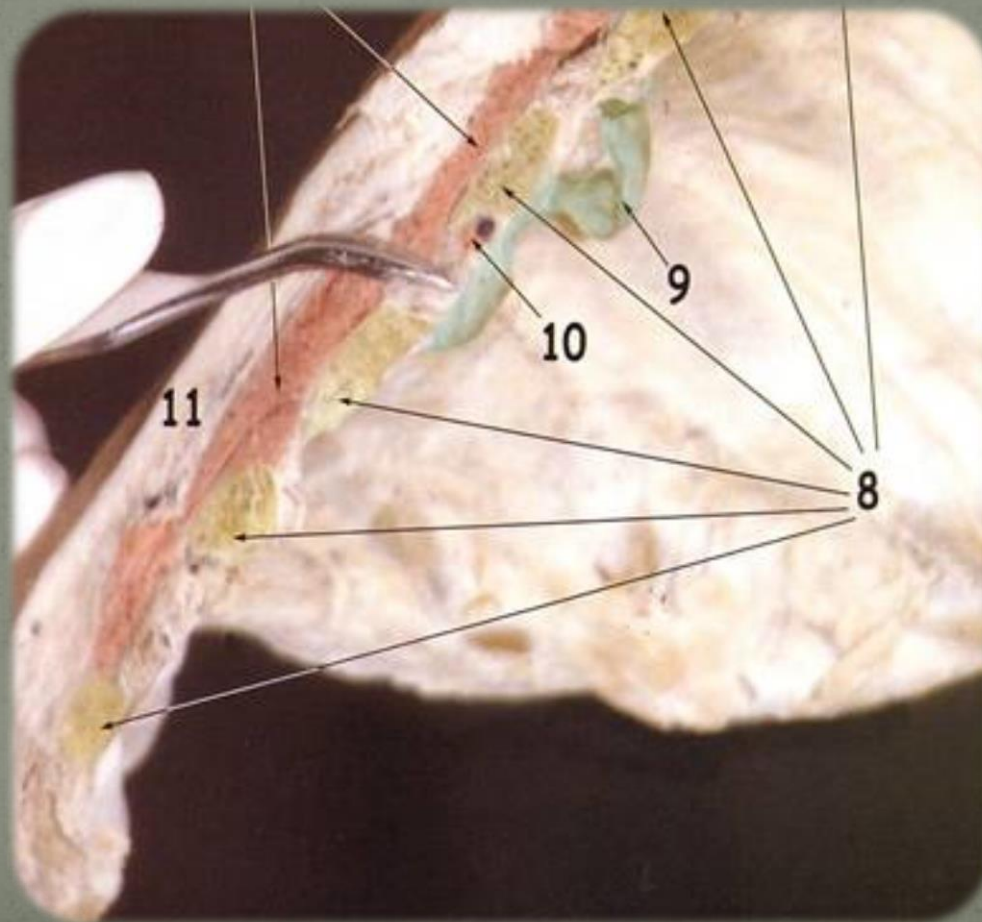


A técnica utilizada

A técnica utilizada para colocação do dreno inicia-se com assepsia, colocação de campos cirúrgicos e após a anestesia local com cloridrato de lidocaína a 2%, procede-se á incisão da pele com lâmina de bisturi nº 11



Em seguida os planos musculares são ultrapassados com pinça Kelly. Atingida a cavidade pleural, utiliza-se tesoura para seccionar a pleura.



Explorar com o dedo



Um dreno multiperfurado deve estar montado numa pinça para ser colocado na cavidade pleural.



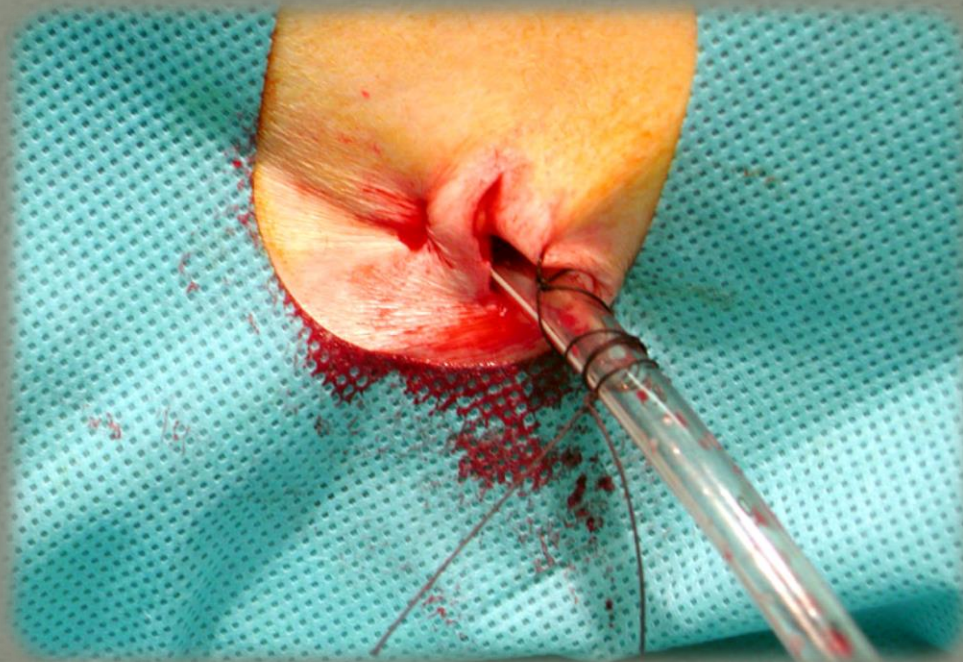
O dreno deve estar clampado na sua extremidade distal para evitar entrada de ar do exterior.

Conectar o sistema de drenagem previamente preparado e só depois disso desclampar o dreno. Confirmar a saída de ar ou líquido, rítmica com a expiração do doente.



Faz-se uma bolsa na pele com fio nylon nº 2x0 ao redor do dreno enrolando-o no tubo e amarrando-o no final. (Auler J. et al, 2004)

Este fio será utilizado posteriormente na retirada do dreno para o encerramento da pele.



Se necessário preparar sistema para drenagem activa.

É o nível de água da câmara de controlo de aspiração, e não a fonte externa de aspiração que regula a intensidade da aspiração

Por exemplo se o nível de água for de -20cm e há borbulhamento, essa é a pressão que está a ser exercida independentemente da que está a ser activada na aspiração externa .

. Aumentar a aspiração externa não faz mais que incrementar o ruído do borbulhar e a evaporação do liquido dentro da camara.

-Um borbulhar suave e moderado indica que a fonte de aspiração externa está correctamente conectada .

-Nos modelos secos, deve-se ver se o selector de controlo de aspiração está na posição de pressão negativa que se deseja aplicar.

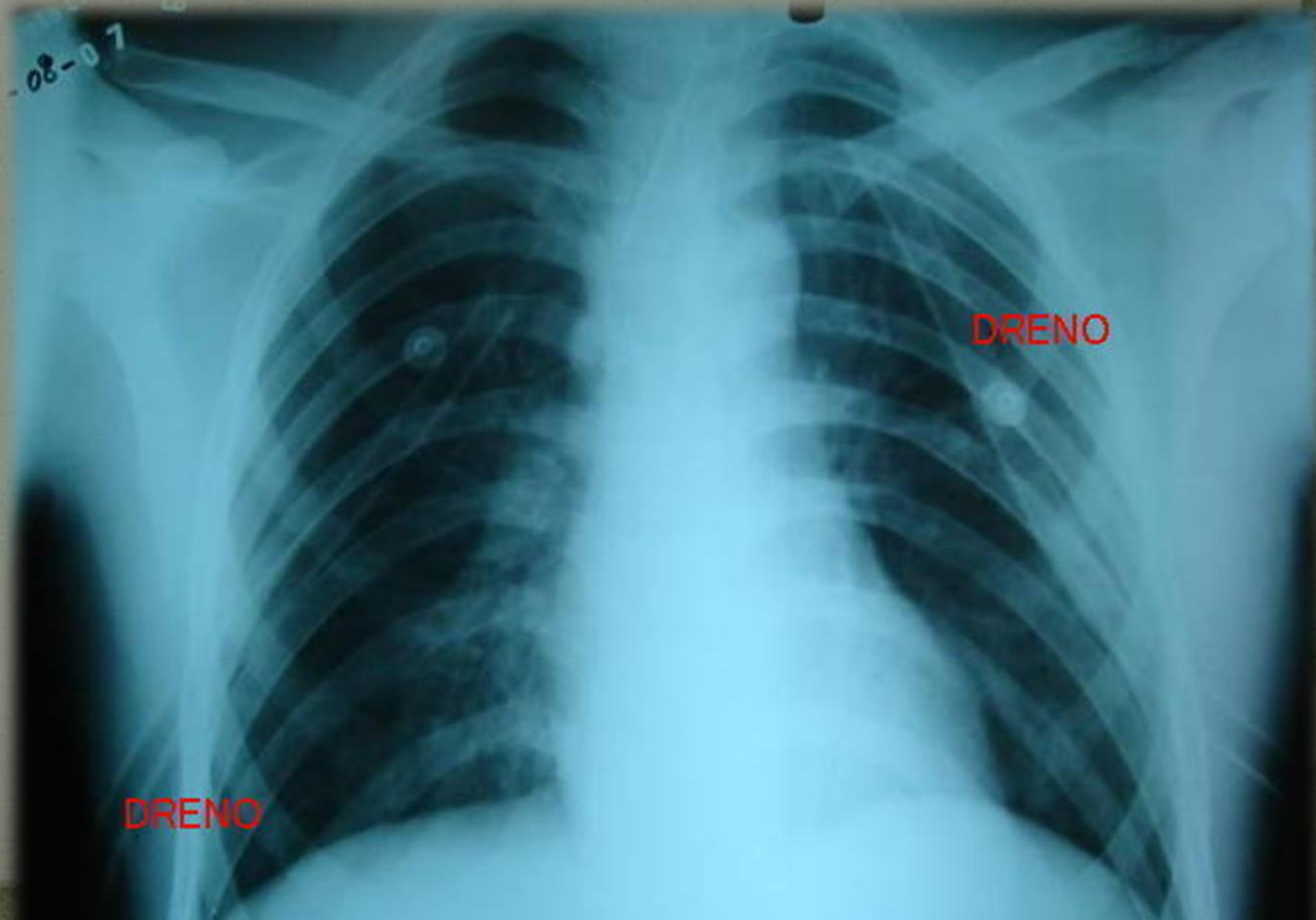


Confeccionar o penso

➔ Idealmente, a introdução de um cateter torácico deverá ser feita sob controlo radiológico.

No entanto, sabe-se que por condicionalismos diversos (sobretudo estruturais, físicos e organizacionais) tal não é praticável.

Na sua impossibilidade impõe-se que, após a colocação da drenagem torácica, seja feito um exame radiológico para controlo da localização do cateter e despiste de intercorrências.



Adesivo de fixação :

- A faixa adesiva de fixação é de extrema importância para o conforto do paciente e deverá ser fixa no flanco do paciente.
-
- Ela evita que as tracções do tubo sejam transmitidas ao(s) ponto(s) de fixação cirúrgica do dreno torácico com a pele.
- Desta forma, previne-se o doloroso deslocamento ou arrancamento do dreno torácico.

Depois do procedimento

- Deve-se avaliar o doente por curtos intervalos de tempo com especial atenção para:
 - Alteração da frequência respiratória e/ou cardíaca,
 - Cianose,
 - Assimetria do movimento respiratório,
 - Desmaio,
 - Vertigem,
 - Enfisema subcutâneo,
 - Sinais de hemorragia,
 - Tosse incontrolável, muco espumoso e/ou sanguinolento,
 - Sinais de hipoxia.

Várias situações podem provocar esta sintomatologia, desde, desvio do mediastino, hemorragia, dor intensa, embolia pulmonar, tamponamento cardíaco, etc.




Após a colocação de drenos a nossa atenção deve também ser dirigida para a manutenção da permeabilidade e esterilidade do circuito:

Medir e anotar o volume e a cor do líquido drenado no frasco colector, assim como o nº do tubo, o local da inserção e o modo de drenagem. Considerar drenagem excessiva e, conseqüentemente, com necessidade de reexploração cirúrgica os seguintes valores: 400cc na primeira hora; 250cc/hora nas quatro horas seguintes.(Hall M. et all, 1997)

Certificarmo-nos que a drenagem torácica quando ligada a um sistema de aspiração de baixa pressão, a pressão utilizada é cerca de -20 cm de água.

Assegurarmo-nos de que a aspiração está funcionando e os tubos permeáveis.



Devemos manter o tubo direito, sem angulações que impeçam a drenagem ou a remoção de ar, pois interferem com a regular reexpansão pulmonar e podem provocar pneumotórax hipertensivo.

Vigiar o sistema, pode ocorrer um borbulhar inesperado, provocado por fuga de ar do sistema.

Mobilizar o doente sempre que possível para facilitar a drenagem e dar preferência á posição de semi fowler.

Manter atenção constante à permeabilidade do dreno.


A técnica mais usada para desobstruir um dreno chama-se ordenha mecânica e consiste em prender e estabilizar com o polegar e o indicador de uma das mãos o tubo adjacente ao tórax e deslizar o mesmo no sentido da unidade de drenagem a fim de comprimir todo o comprimento do tubo . É uma acção que só deve ser executada quando está em risco a obstrução do dreno, e não por rotina, uma vez que pode provocar lesões pelas pressões negativas que provoca na cavidade torácica.

Assegurar que há flutuação do nível do líquido no tubo de drenagem. Estas flutuações são interrompidas logo que o pulmão tenha reexpandido ou quando o tubo estiver obstruído por coágulos ou fibrina.

Colocar perto do doente duas pinças kelly, para caso de quebra do frasco ou desconexão.

Incentivar o doente a respirar profundamente e a tossir em intervalos frequentes. A respiração profunda e a tosse aumentam a pressão intrapleurar, que permite a drenagem dos fluidos acumulados e remove as secreções da árvore traqueo-brônquica, para que o pulmão se expanda. Daí a importância da administração de analgésicos ao doente para se obter colaboração.





No transporte do doente não deixar formar curvas acentuadas, dobras ou acotovelamentos no tubo de drenagem. Manter sempre o frasco colector abaixo do nível da cintura do doente, deste modo evita-se que o líquido seja aspirado para o interior do tórax do paciente. Evitar clampar o dreno torácico.

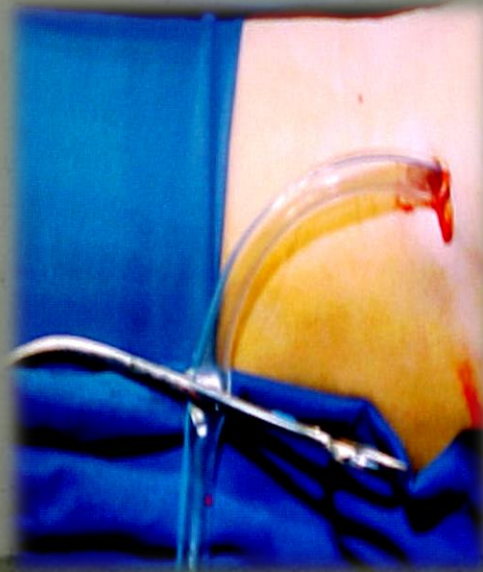
Ensino do doente, visitas e outro pessoal para não deslocar o frasco de drenagem.

A limpeza da ferida cirúrgica deverá ser realizada com solução anti-séptica ou solução iodada (dependendo da existência de sinais inflamatórios) e o penso em torno do dreno torácico, deverá ser feito diariamente ou quantas vezes forem necessárias. Deve-se verificar as condições do ponto cirúrgico e da fixação do dreno torácico durante a execução do penso, assim como se há saída de ar ou líquido pelo orifício do dreno.

Indicações para a clampagem

São indicações para a clampagem do dreno torácico :

- A desconexão acidental dos tubos ou quebra dos frascos (colector ou de selo);
- Durante as operações de mudança de frasco ou de abertura dos mesmos;
- No transporte do doente e realização de exames complementares de diagnóstico. Quando for mesmo necessário, e durante o mínimo tempo possível.



Clampagem do sistema de Drenagem Torácica

A clampagem de uma drenagem torácica é realizada por duas pinças de Kelly, colocadas abaixo do cateter torácico.

As pinças devem ser colocadas em sentido oposto e afastadas entre si cerca de 5 cm.

Esta dupla clampagem destina-se a aumentar a segurança, se uma pinça se abre a outra evitará a entrada de ar na cavidade pleural.

Um aspecto a ter em linha de conta é a necessidade de as pontas das pinças estarem protegidas por peças de borracha (ou compressas), para que não sejam praticados cortes no tubo de drenagem.

A clampagem não é isenta de riscos.

Ela funciona como oclusivo do tubo de drenagem.

Por impossibilitar a drenagem pode conduzir a um agravamento do derrame, com os consequentes riscos para o doente: lesão pulmonar; distúrbio cardíaco; alteração da ventilação.

Excepto se se está a avaliar a tolerância do doente à clampagem, esta deve ser mantida pelo menor espaço de tempo possível.


Os riscos que aporta assim o justifica.

Riscos e complicações

➤ Sendo uma técnica invasiva, a drenagem torácica não é isenta de riscos e, por vezes, surgem complicações, algumas das quais com gravidade.

As complicações mais frequentes são:

 Hemorragia por lesão de um vaso (artéria intercostal, subclávia, mamária, etc) ou hemotorax.

 Oclusão do tubo, mascarando assim a evolução de um hemotórax; com vedação subaquática podem causar pneumotórax de tensão. (cianose, dispneia, agitação, hipotensão, taquicardia, sudorese, traqueia desviada da linha media, redução de murmúrio vesicular).

 Infecção devido sobretudo á manipulação incorrecta do sistema;

 Enfisema subcutâneo por deficiente posicionamento do cateter torácico;

 Abscesso da parede, resultado sobretudo de deficiente técnica ou a quebra do frasco colector.

 Punção do pulmão , coração, baço, fígado ...

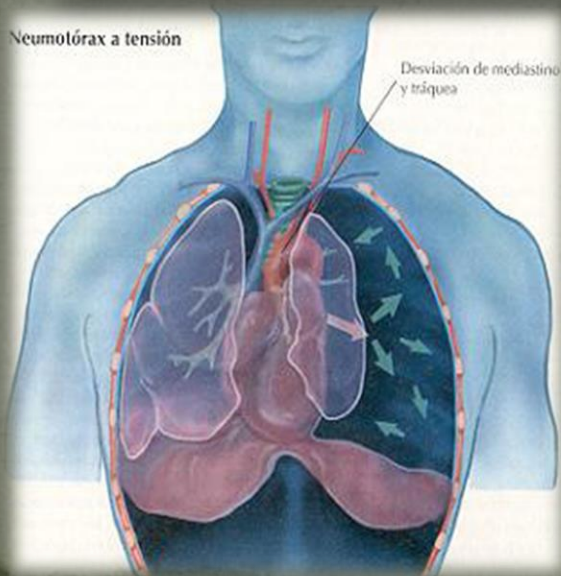
Os riscos mais frequentes são:

1) quebra do selo de água.

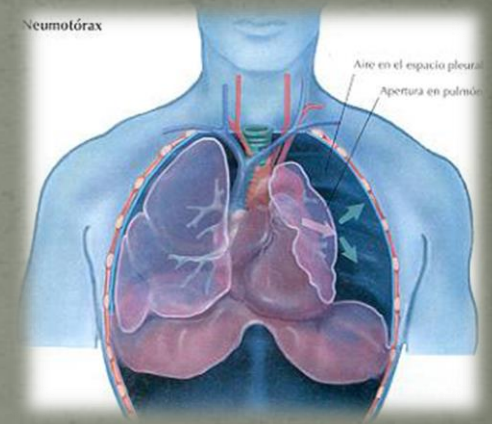
Surge por:

- colocação do tubo proveniente do doente acima do nível de água;
- o frasco com selo de água tombar ou quebrar.

2) desconexão acidental dos tubos;



Estes dois acidentes permitem a entrada brusca de ar para a cavidade pleural, pelo que vai resultar um pneumotórax extenso, normalmente hipertensivo.






3) Elevação do frasco com selo de água a um nível igual ou superior ao do doente.

Este acidente leva a um refluxo do produto drenado e do líquido contido nos frascos colectores para a cavidade pleural, por um processo de sifão;

4) oclusão do tubo de drenagem por:

- acotovelamento do tubo;
- compressão por o doente se deitar sobre o tubo enquanto dorme;
- formação de coágulo ou de processo fibrótico junto dos orifícios de drenagem.



Esta situação conduz também ao desenvolvimento de processos hipertensivos no local afectado, devido à existência de um agravamento do derrame concomitante com a não efectivação da drenagem do ar ou líquidos acumulados

Os drenos são retirados:

- APÓS CONFIRMAÇÃO DE TOTAL REEXPANSÃO PULMONAR,
- AS DRENAGENS NÃO SÃO SIGNIFICATIVAS ;
- AUSÊNCIA DE FUGAS GASOSAS.


Num pneumotórax mantém-se o dreno enquanto houver saída de ar e até controlo radiológico que confirme a reexpansão do pulmão. Pode-se clampar o dreno por 12 a 24 horas, sendo retirado após este período, depois de reavaliado. (Williams T., 1992)

Num derrame pleural ou hemotórax, retira-se normalmente o dreno quando o volume drenado é inferior a 100 ml/24 horas.

No caso de um empiema, deve obter-se completa resolução, radiológica e clínica, do processo infeccioso.

É certificada mediante a auscultação e percussão do tórax e confirmada com radiografia torácica.

Durante a remoção de drenos as prioridades principais são:

- 
- Prevenção da infecção;
 - Prevenção da entrada de ar.



É muito importante que se obtenha a colaboração do doente, daí a importância dada à preparação psicológica e explicação de todo o procedimento.

Se for necessário deve ser administrado analgésico 30 minutos antes da remoção dos drenos.

Se o doente está colaborante, explicar-lhe que quando lhe for solicitado deve fazer uma expiração, evitando a entrada de ar durante a manobra.

**Material para remoção
do dreno torácico**

- Bata esterilizada
- Luvas cirúrgicas
- Máscara

- Solução alcoólica
- Anestésico
local+seringas+agulhas
- Clampes

- Campo esterilizado
- Gaze gorda
- Soro fisiológico
- Material de pensos
- Adesivo

Remoção do dreno

- Colocar o paciente em posição dorsal e elevar o braço do lado do dreno;

Começar por fazer uma lavagem e desinfecção da incisão

. Clampar o dreno.

- A retirada do dreno torácico é realizada com anestesia local.

- Certificar que o dreno está solto; retirá-lo num só movimento rápido.

A retirada do dreno de tórax deve ser feita quando o paciente estiver em expiração, sendo esta manobra fundamental, para evitar a possibilidade de entrada de ar no tórax, pois na inspiração, a pressão negativa do tórax tenderia a puxar o ar do ambiente pelo orifício criado para colocação do dreno, podendo causar um pneumotórax .(Fortuna P. ,2002)

- Por esse motivo o doente deve ser cuidadosamente orientado.

- Pressionar ao mesmo tempo com gaze gorda e uma compressa.

- Simultaneamente o fio de sutura deixado na introdução do dreno é apertado, unindo os bordos do orifício.

- Fazer penso compressivo.

Providenciar execução de radiografia torácica para controle.

Deve-se registrar sinais vitais e função respiratória do doente. Estar atento á possibilidade de aparecimento de sinais de alerta, como dispneia, dor torácica, dificuldade respiratória, enfisema subcutâneo durante as próximas horas.

Fazer nova radiografia de controle após 24 horas.

As drenagens torácicas actuais, respondem aos mesmos princípios físicos dos sistemas tradicionais utilizados desde os finais do Sec. XIX, mas com as particularidades próprias do avanço tecnológico das ultimas décadas. Este avanço tecnológico demonstra como os nossos conhecimentos devem adaptar-se às novas necessidades. A auto aprendizagem e a formação contínua são imprescindíveis para o desenvolvimento profissional e o desempenho das nossas funções.

Referências bibliográficas:

- Andrelisa, V., Renée, C.; Saskia, E.; Lúcia, M. - 2005 Retirada de dreno torácico em pós-operatório de cirurgia cardíaca.4 pag. Arq Ciênc Saúde. Acedido em 27 de Janeiro de 2011.
- Auler J., Oliveira A. e cols. 2004 Pós-operatório de cirurgia torácica e cardiovascular. Porto Alegre: Artmed; p.370-3. Cap. 36 Principais Procedimentos Cirúrgicos em UTI, Hueb CA
- Barreira, J., Cardoso, E., Costa, A. 2002. Norma de procedimentos de enfermagem no doente com drenagem torácica. Nursing. 168: 25-30
- Brunner, L.; Suddarth, D., 1990 - Enfermagem Médico - Cirúrgica, 6ª edição, vol. 1, Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koojan, S.A., 10 pps
- Fortuna P. 2002. Pós-operatório imediato em cirurgia cardíaca, cap 7 setor coagulação. São Paulo: Atheneu;p. 81.
- Hall M, Jones A. 1997. Clamping may be appropriate to prevent discomfort and reduce risk of oedema (letter). BMJ ; 315: 313.
- Iberti T, Stern P. 1992. Chest tube thoracostomy. Crit Care Clin; 8: 879-95.
- Keen, J., Swearingen, P. 2001. Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos. 4ª Edição, Lusociência. 9 pps.
- Menche, N., Schaffler, A. 2004 .Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem. Lusociência. 52 pps

- Luketich J, Kiss M, Hershey J, et al. 1998. Chest tube insertion: a prospective evaluation of pain management. *Clin J Pain*; 14:152-4.

- Phipps, W; Brucia, J. 1990 - Intervenções em pessoas com problemas respiratórios, in *Enfermagem Médico - Cirúrgica*, Lisboa, Lusodidacta, 21pps

- Quigley R. 1995. Thorocentesis and chest tube drainage. *Crit Care Clin*; 11: 111-26.

- Santos, M.; Lopes, C. 1994 - Cuidados de Enfermagem a doentes submetidos a pleuroscopia. "Servir", Lisboa, vol. 42 (3), 12pps

- Tomlinson M. Treasure T. 1997. Insertion of a chest drain: how to do it. *Br J Hosp Med* ; 58: 248-52.

- Ward E, Hughes T. 1994. Sudden death following chest tube insertion: an unusual case of vagus nerve irritation. *J Trauma*; 36: 258-9

- Williams T. 1992. To clamp or not to clamp. *Nursing Times*; 88: 33.

Fim



brigado