



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Por Angela Cristina Azinhais Santos Costa Valença

LISBOA, Fevereiro de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Por Angela Cristina Azinhais Santos Costa Valença

Sob orientação de Mestre Manuela Madureira

LISBOA, Fevereiro de 2012

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros das Salas Operatórias
ARS – Administração Regional de Saúde
ASA – American Society of Anesthesiologists
AVC – Acidente Vascular Cerebral
Dr. – Doutor
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
EAP – Edema Agudo do Pulmão
EPE – Entidade Publico Empresarial
HPP – Hospitais Privados de Portugal
n.º - numero
p. – página
PPP – Parceria Publico Privada
SCA – Síndrome Coronário agudo
SO – Serviço de Observações
SUG – Serviço de Urgência Geral
TEP – Trombo embolismo Pulmonar
UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos
UCICRE – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes
VAD – Via Aérea Difícil

ABSTRATO

Este relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvido pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Escola Superior Politécnica de Saúde, em Lisboa. Foi proposta a sua realização na Unidade Curricular Estágio em Enfermagem Médico Cirúrgica, e diz respeito aos estágios realizados no decorrer do referido curso.

O curso compreende a realização de três estágios, estando dois definidos e que são serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos, e um opcional de entre as áreas de cuidados paliativos, infeção hospitalar e bloco operatório. Uma vez que exerço funções no Bloco Operatório Central do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE desde há seis anos, pedi creditação a esta unidade que me foi concedida e reconhecida como competência ao abrigo do Decreto-lei n.º 74/2006, Artigo 45º de 24 de Março.

No âmbito das minhas funções no Bloco Operatório Central do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE, para além de prestar cuidados ao doente de médio e alto risco na área da enfermagem perioperatória, também exerço funções de supervisão e gestão de cuidados como coordenadora de equipa e funções de gestão e coordenação da área de formação do serviço. Sou ainda Coordenadora de Área para a especialidade de Cirurgia Maxilo Facial.

Em relação aos outros dois estágios as minhas escolhas incidiram no Serviço de Urgência Geral do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida e na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE.

Apesar de já ter trabalhado por um período de dois anos em cuidados intensivos e por um período de quatro anos em urgência geral, três deles na urgência de um hospital central, o avançar das novas tecnologias requer uma reaprendizagem de novas técnicas, novas atuações e novas teorias, numa enfermagem cada vez mais especializada. Hoje, cada cuidado prestado tem de ser fundamentado em conhecimentos sólidos e confiantes.

A Ordem dos Enfermeiros diz que Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica é *«aquele que mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística á complexidade das situações de saúde e à*

pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e sua família». Os cuidados de enfermagem prestados pelo enfermeiro especialista ao doente em situação crítica, em situações de catástrofe, com falência multiorgânica e em fase paliativa da doença exigem muito do enfermeiro que os presta, em termos de observação, avaliação contínua e atuação imediata com objetivo de manter as funções vitais do mesmo, prevenindo complicações e limitando incapacidades.

ABSTRACT

This report represents the result of the master`s degree “Curso de Mestrado em Enfermagem área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica” granted by the Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Escola Superior Politécnica de Saúde, in Lisbon. The present study was suggested and proposed during the medical-surgical nursing traineeships, being related to all the stages performed throughout the course.

This master`s degree includes three stages: emergency department, intensive care unit and an option to pick from the following áreas: paliative cares, hospital infection or operating theatre. Considering that my work assignment has been at the operating theatre of Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE for six years, i was granted formal credentials and recognized competence not to take the third stage, according to the portuguese act number 74/2006 in force since the 24th of April of 2006.

While at the Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE operating theatre, it was my duty to provide health care to medium and high risk patients at the nursing perioperative área. At the moment, i coordinate the training team care management and also supervise the nursing support for the Maxilofacial surgery speciality.

In the relation to the other two stages, my training was carried out at the Hospital de Cascais Dr. José de Almeida`s Emergency Department and also at the Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE intensive cardiac care`s unit.

Despite my two years` experience in intensive care and other four years at the general emergency service in a central hospital, i believe that the continuous learning, practice, acknowledgment of new techniques and theories are essential along the entire nursing profession. Today, every nurse care and act must be based on solid knowledge.

Portuguese Ordem dos Enfermeiros believes that a specialized nurse in patients in a critical situation is «the one who moves knowledge and multiple skills, responding in time in a holistic manner to complexity of health circumstances, to the person in a critical disease situation and/or organic failure and his family». Nursing care provided by a specialist nurse to a patient in critical situation due to natural disasters and other catastrophes, accusing multi-organ failure in a palliative phase of the disease, require much from the nurse in service: observation, continuous evaluation and immediate action in order to keep vital functions, preventing complications and limiting disabilities.

SUMÁRIO

0 - <u>INTRODUÇÃO</u>	9
1 - <u>DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS</u>	11
1. 1 - MÓDULO III – BLOCO OPERATÓRIO	11
1. 2 - MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA	17
1. 3 - MÓDULO II - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	28
2 – <u>CONCLUSÃO</u>	41
3 - <u>REFERÊNCIAS CITADAS</u>	43
<u>APÊNDICES</u>	49
Apêndice I- Norma de funcionamento de permanência de acompanhantes	51
Apêndice II - Guia de acolhimento no SUG	55
Apêndice III - Protocolo de preparação de doentes que vão ser submetidos a intervenção cirúrgica	59
Apêndice IV - Quadro de analgesia/sedação no SUG	63
Apêndice V - Questionário aplicado aos enfermeiros	67
Apêndice VI - Formação “Ser Voluntário no SUG”	71
Apêndice VII - Acção de formação subordinada ao tema: “Mesa Cirúrgica para Implantação de Pacemakers”	97

Apêndice VIII – Cartaz informativo fotográfico “Mesa cirúrgica para implantação de pacemakers	131
Apêndice IX - Acção de formação subordinada ao tema “Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers”	135
Apêndice X - Acção de formação subordinada ao tema “Máscaras Laríngeas na presença de Via Aérea Difícil”	159
Apêndice XI - Folheto “Cuidados a ter com a sutura operatória” após implantação de pacemaker	177
Apêndice XII - Folha de follow-up de cuidados de enfermagem a aplicar telefonicamente ao doente 48h pós alta após ter sido submetido a implantação de pacemaker.	181
Apêndice XIII - Quadro de anestesia/analgesia para doente submetido a procedimentos invasivos	185

0 – INTRODUÇÃO

O objetivo do presente relatório é descrever os estágios frequentados no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Escola Superior Politécnica de Saúde, em Lisboa.

O curso compreende uma componente prática de 540 horas que é constituída por três módulos de estágio distintos, cada um deles de 180 horas, respetivamente Módulo I – Serviço de Urgência, Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios e Módulo III – Opcional. Ao abrigo do Decreto-lei 74/2006, Artigo 45º foi-me creditado pelo Conselho Científico da Universidade Católica Portuguesa o Módulo III – Opcional, tendo realizado o Módulo I no Serviço de Urgência do Hospital Dr. José de Almeida e o Módulo II na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE.

O exercer de funções no bloco operatório do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE desde há seis anos, com um investimento pessoal e profissional acentuados, motivou a escolha desta opção para creditação no Módulo III.

A escolha do serviço de urgência do Hospital Dr. José de Almeida para a realização do Módulo I teve a ver com o facto de ser um hospital inserido numa estrutura física nova, com um sistema de gestão privada e identificado como um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, de acordo com a Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência da ARS de Lisboa e Vale do Tejo.

A escolha da Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE para a realização do estágio referente ao Módulo II acentua por ser uma das 3 unidades de cuidados intensivos de adultos existente nesta instituição e sendo a prestação de cuidados ao doente crítico do foro cardíaco uma área em que sentia necessidade de aprofundar conhecimentos e reforçar a minha experiência enquanto profissional, estas razões e a oportunidade de conhecer um modelo organizacional e uma equipa novas justificaram a minha escolha.

Este relatório está dividido por capítulos, sendo que num primeiro capítulo se faz uma breve introdução ao relatório, no segundo capítulo se apresenta uma descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas, e por último um capítulo onde se apresenta

uma conclusão de todo o trabalho desenvolvido. Fazem ainda parte deste relatório as referências bibliográficas bem como os apêndices.

Este relatório pretende:

1. Enumerar os objetivos traçados para cada módulo e descrever as atividades realizadas;
2. Refletir sobre a pertinência das atividades desenvolvidas;
3. Demonstrar competências adquiridas.

1 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Finalizando a Unidade Curricular Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi solicitado a elaboração do presente Relatório, onde é feita uma análise e reflexão das atividades desenvolvidas nos diferentes Módulos.

Inicialmente abordarei o Módulo III – Opcional que me foi creditado e serviu de base no desenvolver de atividades nos restantes Módulos. Abordarei seguidamente o Módulo I – Serviço de Urgência e por fim o Módulo II – Cuidados Intensivos.

1.1 - MÓDULO III - OPCIONAL – BLOCO OPERATÓRIO

Em dezembro de 2004, estando na altura a prestar cuidados no serviço de urgência central do meu hospital, Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, fui convidada pela Direção de Enfermagem a exercer funções no Bloco Operatório Central. Apesar de já ter experiência em serviços de internamento cirúrgico, tive então oportunidade de iniciar a minha formação nesta área específica do bloco operatório, onde permaneço até à presente data.

O Bloco Operatório Central do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca presta cuidados de saúde a utentes de todas as idades e com vários tipos de patologia, com necessidade de intervenção cirúrgica nas especialidades de cirurgia geral, ginecologia, oftalmologia, urologia, ortopedia, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia maxilofacial, otorrinolaringologia e cirurgia pediátrica, quer em regime de cirurgia programada quer em regime de cirurgia de carácter urgente. Atualmente é composto por uma equipa de 98 enfermeiros e 37 assistentes operacionais. Dispõe de 11 salas operatórias, sendo que 10 destas salas estão atribuídas às diferentes especialidades cirúrgicas programadas e 1 sala está destinada a cirurgias de carácter urgente. Para dar apoio a estas 11 salas operatórias, o bloco integra uma unidade de recobro pós anestésico com uma capacidade de 11 camas. O bloco operatório compreende também um serviço de esterilização, onde são preparadas quer por enfermeiros quer por assistentes operacionais as caixas de instrumental cirúrgico de Ortopedia (até há cerca de um ano, o material de todas as especialidades cirúrgicas era aqui preparado).

Desde outubro de 2011 foi integrada no bloco operatório a Unidade de Cirurgia Ambulatória, da qual faz parte: uma unidade de recobro com um total de 26 vagas para doentes operados em regime de ambulatório.

Segundo a AESOP, a Enfermagem Perioperatória (2006:7)

«representa o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações, através de um processo programado, pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos no trabalho realizado»

e a função do enfermeiro perioperatório (2006:9) define-se por

«identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente/família, para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as ações de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo antes, durante e após a cirurgia».

A minha prestação de cuidados de enfermagem na área perioperatória iniciou-se na função de enfermeira de anestesia após um curto período de integração; foi valorizada pela chefia a minha experiência prévia numa unidade de cuidados intensivos cirúrgicos em que os procedimentos eram semelhantes em relação à anestesia e à analgesia. Foi para mim muito importante nesta área de anestesia a aprendizagem que fiz da vertente de anestesia pediátrica, uma vez que nunca tinha trabalhado com crianças. Tive progressivamente oportunidade de me aperceber das exigências da função de enfermeira circulante e iniciei assim a integração nessas funções, a princípio na especialidade de cirurgia plástica e reconstrutiva e posteriormente na especialidade de cirurgia geral. Tendo concluído a aprendizagem desta função relativamente a estas duas especialidades, e consolidado a experiência relativamente ao seu exercício, fui então integrada na função de instrumentação das mesmas. Este percurso formativo foi posteriormente repetido e alargado às especialidades de cirurgia maxilofacial e de ortopedia. Atualmente exerço funções de enfermeira de anestesia em todas as especialidades cirúrgicas em funcionamento no bloco operatório, e as de enfermeira de circulação e de instrumentação nas especialidades de cirurgia geral, cirurgia maxilofacial, ortopedia, cirurgia plástica e reconstrutiva e cirurgia de urgência, não descurando a prestação de cuidados quer na unidade de cuidados pós anestésicos do bloco operatório quer nas unidades de recobro de cirurgia ambulatória.

Segundo a AESOP (2006:8) «O “saber ser” no bloco operatório implica consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio,

destreza, rapidez, facilidade de adaptação, espírito crítico, facilidade de concentração, resposta rápida a emergências, controlo de stress».

Como prestadora de cuidados diretos e globais a doentes de médio e alto risco procurei ao longo do meu percurso profissional e pessoal atualizar e aprofundar os meus conhecimentos constantemente, avaliando os cuidados de enfermagem prestados. Considero que fui sempre responsável por todas as atividades relacionadas com o período perioperatório, quer no que diz respeito ao doente quer ao ambiente que o rodeia. Fez sempre parte da minha prática profissional encarar o doente como um todo, apoiando-me em VILA & ROSSI (2002, p.138) que referem que

“A humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana. Esta sim, irá conduzir o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil...”.

No período perioperatório considero ter prestado cuidados de enfermagem humanizados, nomeadamente no que respeita à identificação pessoal; procurei fomentar o uso da mesma, por forma a simplificar ao doente a tarefa de identificar os prestadores de cuidados, num mundo onde todos trajam de verde, por igual. Sem descurar as normas de funcionamento de um bloco operatório, nas áreas semirrestritas optei por não usar máscara cirúrgica, de modo a que o doente pudesse olhar-me na íntegra e não apenas na superfície corporal exposta pela máscara, desmistificando assim todo o aparato construído à sua volta e do tipo de intervenção a realizar, pois como refere Phaneuf (2005:397) *«o calor da relação com a enfermeira, a suavidade da sua voz, vêm compensar o isolamento técnico da pessoa doente, que não vê senão rostos mascarados e não percebe senão o contacto frio das mãos enluvadas».* Sempre que foi possível, procurei promover o acompanhamento das crianças a operar pelo pai/mãe até ao momento da indução anestésica na sala de operações, ou ainda que se fizessem acompanhar de objetos de valor emocional, como brinquedos. Transporte esta preocupação também para os adultos, com respeito a terços, por exemplo, ou até a próteses auditivas: fundamentei junto da equipa o benefício do doente dispor da prótese no momento de despertar da anestesia, e poder assim receber estímulos auditivos.

Uma vez que no bloco operatório do Hospital Fernando Fonseca se operam cerca de 80 doentes por dia e sabendo que o fator tempo é determinante para a concretização das cirurgias, é habitual a presença na sala de indução do próximo doente

a ser intervencionado. Fomentando uma prática de enfermagem mais humana tentei sempre que a permanência do doente na sala de indução fosse curta e observasse sempre as condições de segurança, pois como referem António et al (2002:34) «*a vivência da hospitalização pode ser agravada quando envolve a espera por uma intervenção cirúrgica*». Já dentro da sala operatória e independentemente da função que me estava destinada em cada dia, tentei conversar com o doente, com voz calma, apresentando-lhe os elementos da equipa e tentando desmistificar a presença eventualmente ameaçadora de toda a parafernália de apetrechos própria da sala de operações. Acima de tudo procurei evitar que o doente pudesse mais tarde sentir a desumanidade expressa por Nery e Borga (2011:40):

“...posso compreender que a pele tenha de ser intermediada por silicone para precaver infeções. Mas nada desculpa o evitar de olhos com olhos. É um tempo cobarde de emoções, este em que vivemos. Aceita-se a supremacia da técnica sobre os homens. Corre-se o risco de a servirmos em vez de sermos servidos por ela...””.

Cabe à equipa de enfermagem da sala operatória tudo fazer para que os doentes não apresentem estes sentimentos, através de cuidados mais humanizados. Procurei fazer desta a minha conduta enquanto enfermeira da sala operatória, lembrando sempre a todos os elementos a importância desta atitude. O facto de gostar de transmitir conhecimentos adquiridos durante a minha formação académica e ao longo dos anos de experiência nesta área, e o de procurar ouvir o outro de forma empática, tornaram-se qualidades que me levaram rapidamente a ser elemento de referência na integração de novos elementos de enfermagem.

No que diz respeito à liderança de equipas, é desde 2009 que exerço funções de chefia de equipa neste serviço. Sendo um serviço com um grande número de salas, diferentes especialidades e uma dotação de pessoal significativa torna-se um grande desafio o exercício destas funções. Como refere Christovan B e outros

«o enfermeiro deve ser capaz de mobilizar os seus conhecimentos e informações para aplicá-los, com capacidade de julgamento, em situações reais e concretas, individualmente e com sua equipe de trabalho no direcionamento da assistência prestada, reunindo, assim, um conjunto de habilidades».

Sempre que é necessário assumir este tipo de responsabilidade, encaro o desafio de ser capaz de usar o conjunto dos meus saberes, e de sabê-los em escrutínio pelos doentes, pelos colegas, e por todos os profissionais que me rodeiam.

O Bloco Operatório Central dispõe do privilégio de uma hora semanal dedicada à formação, à sexta-feira, entre as 8h e as 9h. Fui convidada pela chefia do serviço em

2006 para a equipa de coordenação da formação do bloco operatório, o que me agradou bastante pois como refere a AESOP (2006:8) «*o enfermeiro perioperatório assegura um ambiente seguro e terapêutico mantendo os padrões de “boa prática”* ». Desta equipa fazem parte 4 enfermeiros com a responsabilidade de coordenar toda a formação do serviço e respetiva articulação com o Centro de Formação do hospital. De início coube à equipa fazer um levantamento de eventuais formações já apresentadas e as necessidades de formação sentidas quer pela equipa de enfermagem quer pela equipa dos assistentes operacionais, através da elaboração de um inquérito. Analisadas as respostas ao questionário e comunicados os resultados, estimulou-se a elaboração e apresentação de trabalhos de acordo com as várias competências e experiências pessoais dos membros do grupo. A equipa coordenadora programa a atividade de formação de forma semestral, e dá conta dessa atividade em relatórios semestrais dirigidos à chefia do serviço e ao Centro de Formação do hospital. Este espaço de formação tem também vindo a ser utilizado por elementos externos ao bloco, como outros serviços do hospital (Anatomia Patológica, Serviço de Sangue, Patologia Clínica) e empresas fornecedoras de dispositivos e equipamentos (suturas mecânicas, trolleys cirúrgicos, implantes biomédicos, por exemplo); desta forma, procura-se tornar menos compartimentada a grande variedade de conhecimentos necessários à prestação de cuidados de qualidade em tantas áreas cirúrgicas distintas.

No último trimestre de 2008 fui indicada pela chefia do meu serviço como elemento integrante do grupo de trabalho do hospital responsável pela transmissão de boas práticas de enfermagem. Cabe a este grupo estimular e identificar trabalhos realizados nos vários serviços que sejam suscetíveis de apresentação a todo o hospital por tratarem de práticas comuns. Depois de identificado um tema, este é discutido e avaliado no seio do grupo; mensalmente, um trabalho selecionado é apresentado no anfiteatro do hospital em sistema de porta aberta, sob a temática de “Boas Práticas”, sendo encorajada a intervenção de todos os participantes. No final de cada ano, o grupo coordenador elabora um relatório das atividades desenvolvidas para a Direção de Enfermagem.

Em setembro de 2010 fui convidada pela chefia do serviço a integrar a equipa de trabalho responsável pela promoção da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica no bloco operatório. A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica surgiu integrada no programa “Cirurgia segura salva vidas”, estabelecido pela Organização Mundial de Saúde com a finalidade de reduzir o número de mortes relacionadas com cirurgia, mas

apesar de ter sido anteriormente implementada no Hospital Fernando Fonseca, tivera uma adesão fraca pelos profissionais do bloco operatório. Foi criado um grupo abrangendo médicos, enfermeiros e gestores, responsável pela promoção da adesão dos vários profissionais à realização da mesma, tendo em vista cumprir o próprio propósito da, como enunciado pela Direção Geral de Saúde: *«ajudar a garantir que as equipas, de forma coerente, seguindo algumas medidas de segurança críticas, minimizem os riscos mais comuns e evitáveis que colocam em risco a vida e o bem-estar dos doentes cirúrgicos»*.

Foi no final de 2010 que se criou no bloco operatório a figura do elemento Coordenador de Área. Idealmente, este elemento é um elo de ligação entre os especialistas da área cirúrgica/diretores de serviço e os elementos de coordenação do bloco. Cumpre-lhe verificar a disponibilidade de material específico para determinada intervenção cirúrgica, a manutenção do material cirúrgico em condições ótimas de utilização, acompanhar e saber informar sobre a reparação de dispositivos ou equipamentos, contactar as diferentes empresas e fornecedores quando é necessário algum material ou dispositivo específico inexistente no serviço, e ainda a integração de enfermeiros na respetiva área. Tendo em conta a minha experiência na área da Cirurgia Maxilo Facial, fui nomeada Coordenadora de Área desta especialidade.

Pretendi relatar aqui de forma simples e sucinta o meu percurso profissional, desenvolvido ao longo de 6 anos na área perioperatória, no que diz respeito ao Módulo III – Opcional, fundamentando a sua creditação assim como as competências adquiridas: colaboração na integração de novos profissionais, promoção da formação em serviço na sua área de especialização, identificação das necessidades formativas na sua área de especialização, gestão dos cuidados, promoção do desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros, zelo pelos cuidados prestados, supervisão do exercício profissional, liderança de equipas de prestação de cuidados, capacidade adequada de trabalho em equipa inter e multidisciplinar, desenvolvimento de metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente, reflexão sobre a prática de forma crítica, manutenção de forma contínua e autónoma do seu próprio processo de desenvolvimento pessoal e profissional.

1.2 - MÓDULO I – SERVIÇOS DE URGÊNCIA

O Estágio de Enfermagem Médico Cirúrgica - Módulo I - Serviços de Urgência foi realizado no Hospital Dr. José de Almeida. A escolha deste local de estágio teve a ver com o facto de ser um hospital inserido numa estrutura física nova e com um sistema de gestão privada.

Desde janeiro de 2009 que a HPP Saúde (Hospitais Privados de Portugal) é responsável pela gestão do Hospital de Cascais, em regime de Parceria Público - Privada (PPP), conforme Portaria n.º 296/2011 de 16 de novembro. O hospital intervém de acordo com a área de influência e redes de referenciação, cumprindo o contrato de gestão celebrado, em articulação com as instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde. Tem como área de influência o concelho de Cascais. Na área materno-infantil, para além do concelho de Cascais esta unidade hospitalar estende a sua influência às seguintes freguesias do concelho de Sintra: Algueirão-Mem Martins; Pero Pinheiro; Colares; São João das Lampas; Sintra (Santa Maria e São Miguel); Sintra (São Martinho); Sintra (São Pedro de Penaferrim) e Terrugem. Os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica são o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência integrados na Rede Hospitalar Urgência/Emergência. São unidades diferenciadas e que de acordo com a Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência (2011) devem estar instaladas em hospitais gerais de nível não inferior a hospital distrital. Os hospitais com Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica devem dispor das valências de: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Bloco Operatório, Imunohemoterapia, Diálise para situações agudas, Imagiologia (radiologia convencional, ecografia simples, Tomografia Axial Computorizada) e Patologia Clínica (devendo assegurar todos os exames básicos).

Os Hospitais com Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica estão obrigatoriamente articulados com o nível superior (hospital com Urgência Polivalente que será o seu hospital de referência), com os do mesmo nível da sua área e com os de nível inferior (com Urgência Básica) que, embora não incluídos na rede de emergência médica, podem necessitar de referenciar doentes para os quais não têm capacidade de atendimento. O serviço de urgência do Hospital de Cascais está identificado como um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, de acordo com a referida Rede de

Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência da ARS de Lisboa e Vale do Tejo (2001). Em todas as regiões, alguns Hospitais com Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica e Polivalente não têm, neste momento, uma ou mais das valências referidas atrás, mas estão articulados funcionalmente com um hospital que a possui. Serve de exemplo a Cardiologia de Intervenção que o Hospital de Cascais não tem, mas que é assegurada pelo Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE-Hospital de Santa Cruz.

O Serviço de Urgência do Hospital de Cascais compreende a Urgência Geral, a Urgência Pediátrica e a Urgência Ginecológica e Obstétrica, prestando deste modo cuidados diferenciados de acordo com os grupos de utentes e respetivas necessidades.

Os objetivos propostos para este estágio foram:

- a) Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade hemodinâmica;
- b) Desenvolver técnicas relacionais e de comunicação com o doente e família em contexto de Serviço de Urgência;
- c) Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados através da elaboração de normas/protocolos.

Ao serviço de urgência geral deste hospital recorrem todos os doentes com idade igual ou superior a 18 anos, sendo que a média diária é de cerca de 160 doentes/dia, conforme informação dada pelo enfermeiro chefe do serviço.

A equipa é composta por 49 enfermeiros e 40 assistentes operacionais. Os postos de trabalho pelos quais são distribuídos os profissionais são: Serviço de Observação (SO), Balcão /Sala de Tratamentos, Sala de Ortopedia e Sala de Reanimação, Sala de Pequena Cirurgia, Posto de Triagem, e Urgência Ambulatória. O conhecimento da estrutura física e organizacional, das normas de serviço e dos protocolos existentes foram os primeiros passos dados de forma a uma correta prestação de cuidados neste serviço.

Cuidar em Serviços de Urgência é, como diz Sheehy`s (1998:3),

«a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções. Os cuidados de enfermagem são episódicos, primários e normalmente agudo».

Assim, e indo de encontro ao que diz Sheehy's, durante o decorrer do estágio prestei cuidados aos doentes quer internados no serviço de urgência quer aos doentes inscritos com episódio de urgência.

Ao formando cabe estabelecer uma relação baseada na confiança e centrada na competência profissional, para que o doente se sinta seguro e certo de que os profissionais que dele se ocupam tudo farão para lhe prestar os melhores cuidados possíveis. Por se tratar de um episódio súbito, o enfermeiro tem de estar apto a dar-lhe resposta imediata tal como defende Le Boterf (1995), citado por Abreu (2001),

«mobilizar os saberes ou os saber-fazer pertinentes em determinada situação [o que] não é somente uma questão de recursos cognitivos, de conhecimentos ou de saber-fazer. Mobilizar recursos supõe confiança em si próprio, nas suas capacidades e no potencial de evolução».

Ao serviço de urgência recorrem doentes com inúmeras e variadas queixas, o que leva Sheehy's (1998:3) a afirmar que

«a enfermagem de urgência define-se pela diversidade de conhecimentos, de doentes e de processos de doença... é pluridimensional, porquanto implica o conhecimento dos vários sistemas do organismo, processos de doença e grupos etários comuns a outras especialidades de enfermagem».

No que diz respeito ao primeiro objetivo deste estágio, **“Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade hemodinâmica”** e tendo em conta que da média diária de 160 doentes observados neste serviço, e de acordo com o Sistema de Triage de Manchester, cerca de 100 destes são classificados nos grupos emergente, muito urgente e urgente, o trabalho desenvolvido recaiu nestes primeiros 3 grupos de doentes, em que, e segundo dados fornecidos pelo referido sistema, a queixa apresentada mais comum foi a dor torácica. Segundo Tintinalli (1996:187)

«os doentes com dor torácica aguda, não traumática, encontram-se entre aqueles que representam o maior desafio a ser enfrentado... podem-se apresentar em estado extremamente grave ou podem parecer estar sem problemas, embora estejam em sério risco de morte cardíaca súbita em decorrência da síndrome coronária aguda».

Grande parte dos doentes a quem prestei cuidados neste estágio enquadra-se nesta categoria. Foram vários os doentes que recorreram ao serviço de urgência por apresentarem um episódio de dor torácica, e a quem, mediante observação clínica, foram diagnosticados quadros de taquicardia de vários tipos, enfarte agudo do miocárdio, dissecação da aorta e embolia pulmonar maciça, entre outros. No que respeita

às taquicardias, Tintinalli refere que (1996:142) «a urgência com a qual as taquiarritmias exigem tratamento é guiada por duas considerações: evidência de hipoperfusão e potencial para degenerar numa arritmia mais grave ou paragem cardíaca». Um exemplo de um episódio de urgência por mim assistido enquanto formanda e que se enquadra nesta categoria reporta-se a um doente de 68 anos que deu entrada na sala de reanimação, transferido do centro de saúde, com um episódio de taquicardia supra ventricular e com uma frequência cardíaca de 160 batimentos por minuto. Após avaliação pelo clínico, expliquei ao doente, através de uma linguagem simples e clara, que se iria proceder a manobras vagais para tentar controlar a frequência cardíaca. As mesmas foram executadas mas sem sucesso, motivo pelo qual foi novamente necessário abordar o doente e explicar-lhe que o que se tinha feito não tinha surtido efeito, e assim, se iria proceder a uma intervenção, desta vez farmacológica sendo normal que viesse a sentir uma sensação de mal-estar e morte iminente. As manobras químicas foram executadas com sucesso e o doente sentiu-se grato por lhe ter sido explicado o procedimento, uma vez que, e segundo o próprio, “...é uma sensação esquisita, parecia que ia morrer...”.

Por diversas vezes colaborei com o enfermeiro que estava responsável pela sala de reanimação, nos primeiros turnos sob a sua supervisão e mais tarde de forma independente, quer na verificação da lista de materiais e medicação inerentes á mesma, quer na reposição dos mesmos, bem como na verificação de todo o equipamento de suporte à monitorização, desfibrilhação e ventilação.

Tintinalli diz ainda que (1996:194)

“... a dor torácica pode ser a queixa predominante num grande número de síndromes diversas observadas... distinguir os pacientes com síndromes benignas daqueles portadores de patologias potencialmente fatais permanece como a mais importante e desafiadora responsabilidade...”.

Um outro episódio de urgência por mim acompanhado e que se enquadra na categoria identificada pelo autor foi a de um doente de 65 anos de idade internado no serviço desde a noite anterior com um quadro sugestivo de tromboembolismo pulmonar (TEP). O doente encontrava-se consciente e orientado. Durante o turno da manhã, o doente apresentou um episódio de crise convulsiva com incontinência de esfíncteres. Para esclarecimento do quadro foi pedida a realização de uma tomografia computadorizada. Após a realização do exame verificou-se a instalação de um quadro de instabilidade hemodinâmica súbita de agravamento progressivo, com dispneia,

hipotensão e alteração do estado de consciência. Tendo-se desta forma instalado subitamente uma situação complexa, tornou-se urgente a necessidade de colocar um acesso venoso central e algaliar o doente, promover suporte de oxigénio e preparar material necessário para eventual entubação orotraqueal de urgência, intervenções estas planeadas e realizadas conjuntamente com o clínico, tendo eu demonstrado capacidade de reagir perante situações imprevistas. De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (2005, p. 105), no seu Artigo 83º - Do direito ao cuidado «*o enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde e na doença, assume o dever de: a) responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento*». Tive assim de, de uma forma rápida e segura, preparar a transferência deste doente crítico, avaliando primeiro as necessidades do mesmo no que diz respeito a recursos humanos e materiais de forma a evitar complicações durante o transporte do mesmo. Quando estavam reunidas as condições para efetuar o transporte, a equipa médica concluiu que o doente apresentava um quadro clínico compatível com TEP maciço. O doente foi transferido com a minha colaboração para a referida unidade tendo vindo a falecer 2 horas mais tarde.

Para Baquero (2010) «*a principal preocupação perante qualquer doente crítico é manter a perfusão de O₂ suficiente para um metabolismo oxidativo aeróbio...* [sendo que a] ... *regra número um é a estabilização dos parâmetros hemodinâmicos e de oxigenação tecidual*». Um outro episódio de urgência por mim acompanhado foi o de um doente de 60 anos internado desde a noite anterior com um quadro de dificuldade respiratória e hipotensão, com antecedentes de neoplasia do pulmão e que por agravamento da sintomatologia, foi decidido pela equipa médica, com conhecimento e posterior autorização do doente, proceder a entubação orotraqueal e consequente ventilação mecânica. Tendo demonstrado conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e relação terapêutica, informei-o então do que iria acontecer nos próximos minutos e da necessidade do material de apoio e equipamentos que se iriam colocar á sua volta, pois a entrada e presença do carro de emergência no seu quarto, bem como a preparação do material inerente á entubação iam ser motivo de grande ansiedade para o mesmo. Colaborei no procedimento e preparei mais uma vez a transferência do doente crítico para os cuidados intensivos, tendo sido responsável pelo seu acompanhamento.

O segundo objetivo deste estágio diz respeito a “ **Desenvolver técnicas relacionais e de comunicação com o doente em contexto de Serviço de Urgência e**

família”. Para Phaneuf (2002:15) *«a comunicação é uma ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda, modalidade importante de intervenção em cuidados de enfermagem»* sendo que

«a pessoa em estado de doença está particularmente vulnerável, e a enfermeira que entra em contacto com ela influencia-a pelo seu papel profissional, pela sua atitude, pela sua maneira de ser, pela qualidade da sua presença, pelo seu tom de voz, mas sobretudo pela intencionalidade que se manifesta nas suas palavras e nos seus gestos».

Phaneuf diz ainda que numa situação particular de afasia, (2002:437)

« esta situação penosa é muito ansiogénica para esta pessoa, que muitas vezes conserva a sua completa consciência... atendendo a que ela já não possui a capacidade de se exprimir por palavras, é nosso papel de prestadora de cuidados substituí-la nomeando as coisas por ela, colocando em palavras as emoções que são susceptíveis de a habitar».

Durante este estágio, acompanhei um doente de 74 anos, que recorreu ao serviço de urgência com sensação de cansaço e dispneia desde há 3 dias, com agravamento durante a noite anterior (SIC). O doente estava a ser avaliado em balcão e como o seu estado clínico não era claro, foi necessária a sua observação por vários médicos em simultâneo, o que lhe provocou um quadro de ansiedade crescente. Ao aproximar-me do doente para explicar o que estava a ser feito, constatei que o mesmo sofria de afasia. Procurei por um acompanhante do doente, a mulher, e após a abordar tive conhecimento que o mesmo tinha sofrido um acidente vascular cerebral (AVC) 5 anos antes, o que era causa da afasia. Nesta altura procurei, da melhor forma possível, comunicar com o doente de uma forma calma, pois como referem Santos e Shiratori (2008), *«a necessidade de compreender a expressão não verbal emitida pelo doente reforça a aproximação da equipa de enfermagem com este»*. Foi-lhe então diagnosticado um quadro de choque cardiogénico em fase inicial evolutiva, com necessidade de internamento emergente e transferência para outra unidade hospitalar preparada para dar resposta à situação. Perante este quadro e percebendo que o doente neste momento me escutava e compreendia, permaneci junto do mesmo, tendo assumido a responsabilidade do seu internamento e respetiva transferência, continuando a explicar-lhe todas as intervenções necessárias inerentes á mesma tais como a necessidade de monitorização contínua e a administração de medicação per-os e endovenosa, promovendo sempre que possível a presença da sua mulher, tentando diminuir desta forma a ansiedade causada ao doente/pessoa significativa por este episódio de urgência classificado como urgente.

Em relação ao terceiro objetivo de estágio “ **Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados através da elaboração de normas/protocolos**”, e após várias reuniões informais com o chefe de serviço/tutor foi delineada a elaboração das seguintes normas: “Norma de funcionamento/permanência de acompanhantes no Serviço de Urgência Geral”, “Protocolo de preparação de doentes que vão ser submetidos a intervenção cirúrgica”, “Quadro de medicação anestésica/analgésica”. Estas atividades foram desenvolvidas em conjunto com outra colega da especialidade médico-cirúrgica, que se encontrava a realizar o mesmo estágio neste serviço.

A necessidade de realização da primeira norma referida recai no facto de este ser um serviço recente e ainda com necessidade de operacionalização de alguns documentos para um melhor funcionamento do mesmo, uma vez que existiam algumas dúvidas pontuais sobre o direito de acompanhante, bem como se sentia a necessidade verbalizada pelos profissionais da existência de uma norma escrita referente ao tema assim como a respetiva fundamentação teórica. As outras duas normas surgiram pela prática diária como enfermeira de bloco operatório e pela oportunidade de troca de experiências, gratificante para ambos.

Sale (1998:27), citando Williamson, diz que *«garantia da qualidade é a medida do nível atual dos serviços prestados mais os esforços para modificar, sempre que necessário, a prestação desses serviços tendo em conta os resultados dessa medição»*. Ainda para Sale (1998:35) *«antes de se conseguir medir a qualidade dos cuidados, deve-se ser capaz de descrever aquilo que se faz. Para isso é necessário identificar normas e critérios»*. Segundo Nunes existem normas de procedimento, que *«são aquelas que dizem respeito à descrição detalhada e sequencial de como uma atividade deve ser realizada e dizem respeito ao âmbito da organização dos cuidados»*. As normas de procedimentos surgem com o objetivo de uniformizar procedimentos no seio da equipa e/ou organização, assim como facilitar a integração de pessoal. Normalmente são de carácter técnico, baseadas em princípios científicos, necessitados de constante avaliação e atualização. Podem ser uniformes para toda a organização nas áreas gerais de procedimento, desenvolvendo-se em cada unidade um núcleo específico para os procedimentos da mesma. Uma das características do serviço de urgência é o grande afluxo de doentes, todos eles em situação crítica e geralmente acompanhados por uma pessoa significativa, o que multiplica o número de indivíduos a circular dentro do mesmo espaço físico. Sendo permitido por lei o acompanhamento do doente enquanto este está a ser assistido, tal como refere a Lei n.º 33/2009 de 14 de julho, e não existindo

até à data nenhum documento a regulamentar este direito, de forma a evitar qualquer prejuízo no normal funcionamento do Serviço de Urgência, tornou-se importante a criação de uma “**Norma de funcionamento/permanência de acompanhante**” ao doente neste serviço (Apêndice I), para esclarecimento e consulta pela equipa multidisciplinar. Procurou-se assim harmonizar esse direito com a privacidade e segurança de outros doentes e profissionais, essenciais à qualidade dos cuidados a prestar. Esta norma foi elaborada e integrada no Manual do Serviço, após aprovação pela Direção de Enfermagem do Hospital. A par desta norma e a pedido da chefia do serviço tornou-se premente atualizar o “**Guia de Acolhimento ao Serviço de Urgência Geral**” (Apêndice II). Este guia, fornecido aos acompanhantes dos doentes inscritos no SUG, tem como objetivo elucidar o leitor sobre o funcionamento do Serviço de Urgência, sobre a existência de um sistema de triagem e como funciona, apresentar os vários circuitos do doente possíveis e existentes no SUG, apresentando ainda informações sobre as horas de visita permitidas no SO e contactos do serviço.

Para Sheehy’s (1998;5),

«o enfermeiro especialista em enfermagem de urgência revela os seus conhecimentos técnicos através de um desempenho inovador, abrangente e de elevada qualidade. Entre as suas atribuições específicas, contam-se a responsabilidade pela criação e aplicação de normas da pratica... com vista a melhorar a qualidade dos cuidados prestados».

Fernandes (2010) refere que *«a implementação de protocolos de atuação é fundamental para uniformizar a instituição de cuidados médicos e de enfermagem, diminuindo o tempo de atuação e melhorando a eficácia dos cuidados prestados»*. No serviço de urgência do Hospital de Cascais não estava uniformizada a preparação de doentes a serem submetidos a intervenção cirúrgica, o que resultava por vezes num desajuste entre as tarefas executadas pelos enfermeiros do SO e as impostas pela especificidade do procedimento cirúrgico a que os doentes iam ser submetidos. São exemplos desta situação a canalização de um acesso venoso que nem sempre tinha em atenção o hemicorpo a ser intervencionado, a tricotomia sem o tipo de material mais adequado e fora dos tempos preconizados, bem como a deficiente adequação do vestuário utilizado pelos doentes, que podiam resultar num acréscimo de risco e desconforto para o doente e numa duplicação de tarefas para os profissionais. Segundo Bolander (1998:379) *«a segurança e o bem-estar do cliente constituem o principal objetivo durante todas as fases da experiencia perioperatória»* e ainda *«o raio de ação*

da prática perioperatória inicia-se com a fase pré-operatória [...] quando é tomada a decisão da intervenção cirúrgica» sendo que «*o cuidadoso preparo dos indivíduos a serem submetidos a cirurgia, durante o período pré-operatório, diminui o risco cirúrgico e promove a recuperação pós-operatória*». Assim, tornou-se pertinente a elaboração de um protocolo entre o SUG e o bloco operatório, com vista à promoção do bem-estar do doente e da melhoria da eficácia dos cuidados prestados. Através de uma entrevista com a enfermeira chefe do bloco operatório procurámos identificar as maiores dificuldades sentidas com os doentes transferidos do serviço de urgência e perceber de que forma se poderia articular melhor o trabalho entre os dois serviços. Seguidamente, procurámos também saber junto do enfermeiro chefe do serviço de cirurgia quais os protocolos existentes entre o serviço de internamento e o bloco operatório, para que se conseguissem promover soluções que pudessem ser úteis e aproveitáveis no serviço de urgência. Desta forma foi elaborado o documento **“Protocolo de preparação de doentes que vão ser submetidos a intervenção cirúrgica”** (Apêndice III) que serve como guia orientador de trabalho ao enfermeiro responsável pelo doente do serviço de urgência que tem indicação para ir ao bloco operatório. Este novo protocolo, que agora faz parte do Manual do Serviço, bem como todos estes conhecimentos foram transmitidos aos enfermeiros do serviço durante a passagem de turno e durante a prestação de cuidados, tendo os mesmos sido acolhidos pela equipa com bom agrado e valorizada pertinência.

Ainda com vista à melhoria dos cuidados prestados ao doente que recorre a este serviço de urgência, e tendo em conta que alguns dos procedimentos realizados carecem de anestesia, tornou-se pertinente a elaboração de um **“Quadro de medicação anestésica/analgésica”** (Apêndice IV) com a discriminação dos fármacos mais usados neste serviço, seu grupo farmacológico, ação, efeitos de sobredosagem, eventuais fármacos antagonistas, e interações medicamentosas. Serve de nota que o serviço de urgência não tem integrado na sua equipa médica um anestesista e que todas estas técnicas são realizadas pelo médico responsável pelo doente ou pelo clínico mais experiente. Como refere Godwin e outros (2005)

« a gestão da sedação e analgesia são parte importante dos cuidados de emergência médica [...] O controlo da dor muitas vezes não é o adequado por uma série de razões, incluindo o medo de supersedação, preocupação de alterar achados físicos, ou subestimação daquilo de que o paciente necessita».

Verificaram-se várias situações em que houve necessidade de sedar doentes. No entanto, e apesar do médico responsável ter dado indicação para administração de fármacos sedativos, muitas vezes verificou-se os mesmos serem insuficientes, notando-se que ainda havia resistência por parte dos doentes e conseqüente dificuldade em realizar algumas técnicas como por exemplo proceder a uma entubação orotraqueal. Assim, e reportando-me á minha experiência de enfermeira de anestesia de bloco operatório, fundamentada em pesquisa bibliográfica variada, surgiu a elaboração deste quadro de referencia de modo a desmistificar medos e prestar melhores cuidados aos doentes no que respeita á presença de dor nestas situações específicas. Segundo Marco e outros (2000)

«a analgesia e sedação aplicáveis a estas situações (analgesia e sedação para realização de procedimentos) tem por objectivo o controle efectivo e seguro da dor e da ansiedade, evitar os movimentos do doente na medida necessária para permitir o procedimento e proporcionar um adequado grau de perda de memória do mesmo, minimizando as respostas psicológicas associadas às intervenções médicas dolorosas».

De notar ainda que no período de tempo em que decorreu o estágio, foram introduzidos novos fármacos anestésico/analgésicos no stock do serviço, o que reforçou a pertinência da elaboração deste quadro, que foi impresso como cartaz e colocado na sala de trabalho de enfermagem, sendo a informação transmitida e reforçada nas passagens de turno.

Tendo ainda em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, foi proposta pelo enfermeiro chefe a realização de uma ação de formação dirigida aos voluntários a prestar serviço no serviço de urgência geral, para que a sua colaboração fosse mais eficaz, uma vez que a equipa de enfermagem tinha como opinião generalizada que a articulação entre estes e a equipa dos voluntários podia ser melhorada. Existindo hoje em dia um número significativo de voluntários nos hospitais, torna-se urgente articular os vários grupos profissionais que prestam serviço nos serviços de urgência, com o objetivo de melhorar o bem-estar do doente e conseqüentemente a qualidade dos cuidados prestados ao mesmo. O serviço de urgência do Hospital de Cascais dispõe de uma equipa de aproximadamente 30 voluntários oriundos de 3 unidades hospitalares distintas, o que faz com que esta articulação, uniformizada, se torne de grande importância.

O voluntário, nos termos do disposto na Lei n.º 71/98 de 3 de novembro, Artigo 3.º *«é o indivíduo que de forma livre, desinteressada e responsável se compromete, de*

acordo com as suas aptidões próprias e no seu tempo livre, a realizar ações de voluntariado no âmbito de uma organização promotora». O Artigo 6.º que diz respeito aos princípios enquadradores do voluntariado, na alínea 5 refere que «*O princípio da complementaridade pressupõe que o voluntário não deve substituir os recursos humanos considerados necessários à prossecução das atividades das organizações promotoras, estatutariamente definidas*». Assim, e tendo em conta estes artigos, foi aplicado um breve questionário de perguntas abertas aos enfermeiros (Apêndice V) onde era pedido que estes identificassem, na sua opinião, quais as atividades que os voluntários podiam desenvolver nos diferentes postos de atendimento no serviço de urgência e quais as principais dificuldades identificadas na atuação dos mesmos. Analisados os questionários, foi elaborada uma ação de formação com o título “ **Ser voluntário no SUG**” (Apêndice VI), que foi ministrada a um grupo de 30 voluntárias, e que contou com a presença de elementos da Direção de Enfermagem e da chefia do SUG, tendo tido um impacto bastante positivo e proveitoso conforme expressado pelas mesmas no final da exposição.

Uma vez que esta ação de formação foi realizada logo no início do estágio, tornou-se possível observar no decorrer do restante tempo que a forma de estar das voluntárias se tinha alterado, usando os conhecimentos adquiridos na formação ministrada, apresentando-se mais conhecedoras do circuito do doente e dos tempos de espera considerados habituais para aguardar resultados de alguns exames, abordando a equipa de enfermagem em questões mais pontuais, o que conseqüentemente as tornou mais disponíveis para prestar apoio ao doente.

Tornou-se muito gratificante ao longo do estágio constatar que os meus pares foram contando sempre comigo como elemento funcional da equipa, independentemente do posto de trabalho. A minha disponibilidade, empatia e espírito de ajuda bem como os conhecimentos adquiridos quer ao longo do meu percurso profissional quer através de toda a minha leitura e análise de inúmera bibliografia contribuíram para este reconhecimento.

Procurei sempre motivar e envolver os meus pares na mudança de atitudes/procedimentos sobre a sua prática diária, através de conhecimentos da minha prática, pesquisa bibliográfica ou artigos que evidenciavam determinada temática,

aliados á minha disponibilidade e iniciativa, e julgo ter conseguido cativar a equipa em toda esta envolvência, com o objetivo de prestar melhores cuidados.

O trabalho desenvolvido foi fulcral para o atingir de diferentes competências tais como: comunicar aspetos de âmbito profissional e académico, produzir um discurso pessoal fundamentado e comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada a audiências especializadas. O enorme número de experiencias vividas, assim como todo o trabalho desenvolvido, análise e reflexão de todas as decisões tomadas determinaram o atingir dos objetivos deste estágio.

1.3 - MÓDULO II - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE foi inaugurado em novembro de 1995, sob gestão privada. Em 10 outubro de 2008, foi publicado o Decreto-Lei n.º 203/2008, que definiu o seu novo estatuto jurídico, de Entidade Pública Empresarial, depois de uma experiência de 13 anos sob gestão privada. É um hospital integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde e tem a sua área de influência nos concelhos de Amadora e Sintra, servindo uma população que ronda os 600 mil habitantes, conforme informação na página da internet. Para conseguir dar resposta a esta população está neste momento dotado de um total de 785 camas, atribuídas a todas as especialidades médico-cirúrgicas existentes na instituição, conforme informação da equipa de gestão de camas. Deste total de número de camas, fazem parte 4 unidades de cuidados intensivos (Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente com 10 unidades de internamento, Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais com 6 unidades de internamento, Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos com 10 unidades de internamento e Unidade de Cuidados Intensivos Especiais Neonatais e Pediátricos).

Foi o primeiro hospital português a ser certificado pelo King's Fund Health Quality Service, o que assegura a alta qualidade dos serviços prestados, tendo sido no decorrer deste estágio que o hospital foi de novo creditado, desta vez pelo Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS). Este processo de reacreditação implicou o envolvimento de todos os colaboradores do Hospital, sendo liderado pelo Conselho de Administração através da Direção da Qualidade do hospital. Este hospital tem por missão a prestação de cuidados de saúde humanizados e diferenciados em todo o ciclo de vida da pessoa, em articulação com os cuidados de saúde primários e continuados,

bem como com os demais hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde, utilizando adequadamente os seus recursos humanos e materiais em obediência aos princípios da qualidade, de efetividade e de eficiência, conforme informação na página da internet. Faz também parte da sua missão a investigação, o ensino e a formação pré e pós-graduada de profissionais de saúde e de outros profissionais.

O serviço escolhido para a realização deste Estágio Módulo II foi a Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC) do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE, uma das 3 unidades de cuidados intensivos de adultos existente nesta instituição. Além da UCIC o hospital dispõe ainda da Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (UCICRE), da qual fiz parte como elemento da equipa de abertura e onde permaneci por um período de três anos e da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP). A prestação de cuidados ao doente crítico do foro cardíaco é uma área em que sentia a necessidade de aprofundar conhecimentos e reforçar a minha experiência enquanto profissional. Estas razões e a oportunidade de conhecer um modelo organizacional e uma equipa novas justificaram a minha escolha.

Os objetivos propostos para este estágio foram:

- a) Desenvolver competências técnicas e científicas relacionadas com as especificidades da intervenção de enfermagem à pessoa/família internada em contexto de cuidados intensivos de cardiologia;
- b) Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes internados na unidade de cuidados intensivos cardíacos, através de:
 - 1) Realização de uma ação de formação subordinada ao tema: “Mesa Cirúrgica para Implantação de Pacemakers”;
 - 2) Realização de uma ação de formação subordinada ao tema “Máscaras Laríngeas na presença de Via Aérea Difícil”;
 - 3) Elaboração de um folheto para entregar ao doente/família sobre “Cuidados a ter com a sutura operatória” após implantação de pacemaker;
 - 4) Elaboração de uma folha de follow-up de cuidados de enfermagem a aplicar telefonicamente ao doente 48h pós alta após ter sido submetido a implantação de pacemaker;
 - 5) Elaboração de um quadro de analgesia/sedação.

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), segundo Bakero (2011)

«destinam-se ao tratamento de doentes de médio e alto risco e devem dispor de assistência ininterrupta de pessoal Médico e de Enfermagem, com equipamentos específicos e recursos humanos especializados. A gravidade do estado clínico é a principal característica de um doente internado na UCI».

Segundo conversa informal com a chefia do serviço, a unidade de cuidados intensivos cardíacos presta cuidados de saúde maioritariamente a doentes do foro cardíaco em situação crítica, cujos respetivos cuidados recaem na necessidade de maior vigilância, monitorização contínua e suporte vital mais específico, tal como ventilação invasiva. Se necessário também recebe doentes do foro médico, quando não existem vagas nas restantes Unidades de Cuidados Intensivos do hospital. Está localizada na Torre Amadora, Piso 4, numa área contígua à enfermaria de Cardiologia, com a qual se articula de forma a otimizar a atividade assistencial do serviço. A UCIC tem 10 camas distribuídas por duas salas: uma com quatro camas que pode ser transformada em 2 unidades de isolamento de doentes; e outra com seis camas. Todas estas unidades de internamento estão equipadas com recursos técnicos adequados ao tratamento intensivo de doentes cardíacos. Fazem ainda parte da UCIC, uma sala cirúrgica para colocação de pacemakers, uma sala para realização de ecocardiografia transtorácica e trans-esofágica e cardioversões, assim como várias áreas de apoio incluindo salas de trabalho, vestiários, rouparia, arrecadação e copa. A equipa de enfermagem é constituída por um enfermeiro chefe e vinte e oito enfermeiros, organizados em 5 equipas de horário rotativo. Os principais motivos de admissão para internamento na UCIC são: Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM); Edema Agudo do Pulmão (EAP); Síndrome Coronário Agudo (SCA); Vigilância pós cateterismo cardíaco; Instabilidade hemodinâmica de origem cardiogénica e Insuficiência respiratória.

No que diz respeito aos objetivos deste estágio, e nomeadamente em relação ao primeiro: **“Desenvolver competências técnicas e científicas relacionadas com as especificidades da intervenção de enfermagem á pessoa internada em contexto de cuidados intensivos de cardiologia e família”**, foi acordado com a enfermeira orientadora que no decorrer dos primeiros turnos passa-se pelos diferentes locais de prestação de cuidados de enfermagem interligados com o serviço, com o objetivo de perceber a dinâmica de proveniência e internamento dos doentes de forma a integrar-me no serviço e posteriormente permitir-me identificar os possíveis pontos de intervenção para um enfermeiro especialista. Para isso usei a observação, os meus conhecimentos e a minha experiência, definindo consequentemente os objetivos de estágio.

Durante o decorrer deste estágio tornou-se-me possível prestar cuidados ao doente crítico avaliando o estado clínico do mesmo em diversas situações tais como paragem cardíaca, desfibrilhação ventricular, entubação orotraqueal não programada, doentes com suporte de ventilação mecânica, um dos quais com o diagnóstico de pulmão colapsado á esquerda e pneumotórax com drenagem torácica á direita e com sistema de aspiração fechada, o que me permitiu encontrar situações de aprendizagem que promoveram o desenvolvimento do meu desempenho como enfermeira na área da especialidade médico-cirúrgica. Serve de exemplo a situação de entubação orotraqueal não programada em que me foram colocadas questões acerca de qual a forma correta de entregar o laringoscópio ao clínico responsável pela técnica ou a que nível o referido tubo deve ser fixo, o que, e tendo em conta a minha experiência como enfermeira de anestesia no bloco operatório me permitiu produzir um discurso pessoal fundamentado, referindo Meeker e Rothrock (1997:148) que dizem que o *«laringoscópio na mão esquerda é introduzido do lado direito da boca»* e ainda

«o tubo endotraqueal é introduzido de modo que o manguito esteja aproximadamente 1 cm abaixo das cordas vocais, ...verificado pela presença de ruídos respiratórios bilateralmente ao estetoscópio, pela ausência de ruídos na área epigástrica, pelos movimentos simétricos do tórax com a ventilação por pressão positiva e pela condensação de umidade do ar expirado no tubo endotraqueal e circuito respiratório».

Outra situação que requer referência e que me permitiu atualizar conhecimentos sobre ventilação mecânica em doentes de médio/alto risco admitidos na unidade, refletindo na e sobre a prática e demonstrando consciência crítica para os problemas da prática profissional, foi a de um do doente com suporte de ventilação mecânica e com sistema de aspiração fechado. Existindo na altura dúvidas no seio da equipa de enfermagem sobre como proceder com este sistema, e como forma de tentar objetivar os cuidados com o mesmo, uma vez que era uma prática pouco comum na unidade, tive a oportunidade de documentar e justificar as intervenções de enfermagem realizadas, apresentando os resultados do estudo de Zeitoun S.S. e outros (2001) “Incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes submetidos à aspiração endotraqueal pelos sistemas aberto e fechado: Estudo prospetivo – dados preliminares”, que diz que

«a aspiração endotraqueal é a principal rota de entrada de bactérias no trato respiratório inferior. Várias técnicas foram desenvolvidas para minimizar estas complicações, entre elas está o sistema fechado de aspiração endotraqueal. Este sistema envolve o uso de um cateter de múltiplo uso, que fica conectado entre o

tubo endotraqueal e o circuito do ventilador mecânico, eliminando o risco associado com a desconexão do paciente de ventilador mecânico para realizar a sucção. Outras vantagens comprovadas deste sistema incluem: manutenção dos parâmetros cardiovasculares, protecção da equipe, prontidão para a sucção e redução do custo com o procedimento, pois utiliza um cateter a cada 24 horas e dispensa o uso de luvas».

Tive ainda a oportunidade de contactar a comissão de controlo de infeção hospitalar e confirmar que as normas preconizadas pela referida comissão na instituição iam de encontro às indicações apresentadas no estudo. Ainda no que diz respeito ao doente sujeito a suporte de ventilação mecânica e por uma dúvida prática em relação a uma prescrição terapêutica interpretada de forma diferente do enfermeiro responsável pelo doente, tive a oportunidade de partilhar conhecimentos no que diz respeito á via e objetivo de administração da Eritromicina, conforme a minha experiência prévia, que pode e é habitualmente usada com um objetivo pró-cinético tal como refere o estudo de Grant e Thomas “Prokinetic drugs in the intensive care unit: reviewing the evidence” que refere

“Erythromycin is a macrolide antibiotic derived from Streptomyces. In addition to its antimicrobial activity, erythromycin is a motilin receptor agonist that stimulates contractions in the gallbladder and gut, and triggers a phase of migrating myoelectric complexes. This prokinetic quality has resulted in its use in a variety of situations, including post vagotomy, gastroparesis, chronic intestinal pseudo-obstruction and in insulin-dependent diabetes mellitus...”

Tornou-se assim possível através deste episódio manter de forma contínua e autónoma o meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional.

Tive ainda a oportunidade de aplicar na prática os conhecimentos adquiridos nas aulas no que diz respeito á remoção de hemaquets no doente que foi submetido a cateterismo cardíaco dado ter prestado cuidados a alguns desses doentes. Colaborei também na prestação de cuidados ao doente que necessita de sedação para execução de ecografia transtorácica e posterior desfibrilhação, através de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente apresentando á equipa conhecimentos atualizados acerca de dosagens de medicação utilizada para a execução destas técnicas.

Ainda relacionado com as intervenções no âmbito do objetivo de prestar cuidados, procurei utilizar estratégias que promovessem a comunicação entre o utente/família e a equipa multidisciplinar, através do diálogo, conforme preconiza Phaneuf (2002:15) e para quem «a comunicação é uma ferramenta de base para a

instauração da relação de ajuda, modalidade importante de intervenção em cuidados de enfermagem» sendo que

«a pessoa em estado de doença está particularmente vulnerável, e a enfermeira que entra em contacto com ela influencia-a pelo seu papel profissional, pela sua atitude, pela sua maneira de ser, pela qualidade da sua presença, pelo seu tom de voz, mas sobretudo pela intencionalidade que se manifesta nas suas palavras e nos seus gestos»

permitindo aos mesmos que falassem dos seus medos e/ou receios. A maior dificuldade por mim sentida no que diz respeito à área da comunicação foi o caso de uma senhora de 80 anos que se dirigiu ao hospital, ao serviço de urgência, para acompanhar o marido que apresentava uma queixa de dor no peito, tendo o mesmo sido observado e admitido de urgência na sala de hemodinâmica com o diagnóstico de EAM. Enquanto esta senhora aguardava na sala de espera do serviço de urgência, também ela se queixou de uma dor aguda no centro do peito. Inscreveu-se no serviço de urgência para ser observada e enquanto aguardava, o marido sofre uma paragem cardíaco-respiratória irreversível na sala de hemodinâmica. Ainda sem saber deste acontecimento, é diagnosticado à senhora um enfarte agudo do miocárdio com necessidade de internamento na UCIC. Fiquei responsável pela admissão da doente na unidade e fui informada pelos meus pares do serviço de urgência de toda a envolvência da situação. Comecei a conversar calmamente com a doente, que neste momento encarava duas situações difíceis e distintas: a perda do segundo marido (também tinha enviuvado do primeiro) com quem partilhava uma vida há 20 anos, e a necessidade de internamento inesperado nesta unidade. Encontrando-se a senhora ainda em fase de choque, foi ao conversar com a mesma que, e através do seu discurso de tristeza inconsolável, tomei conhecimento que esta perdera a sua única filha um ano antes por suicídio. Foi um vazio e um não saber o que dizer ou fazer... *«A necessidade de comunicar é influenciada pela maneira de o indivíduo reagir afectivamente a uma pessoa ou situação»* como referem Berger & Mailloux-Poirier (1995:476). Naquele momento eu sentia necessidade de dizer ou transmitir algo e foi através do toque que consegui comunicar com a senhora, pois e conforme refere Phaneuf (2005:80) *«o tocar continua a ser um meio de comunicação importante em cuidados de enfermagem»* e *«também o é para acalmar a ansiedade das pessoas em situação de crise aquando de um acidente ou uma doença grave»*.

Sempre que foi possível e oportuno, procurei assistir o doente e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença através do

fornecimento de material didático disponível no serviço baseado em histórias escritas em pequenos blocos e jogos de paciência onde estão englobados as palavras cruzadas, adivinhas e sudoku.

No que diz respeito ao segundo objetivo **“Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes internados na unidade de cuidados intensivos cardíacos”**, e nomeadamente sobre a alínea **a) realização de uma ação de formação subordinada ao tema “Mesa Cirúrgica para Implantação de Pacemakers”** conforme (Apêndice VII) fui capaz de através da observação em presença física de um dia de atividade na sala programada de colocação de pacemaker e de conversas informais com os profissionais que prestam cuidados de enfermagem nesta mesma sala, refletir na e sobre a prática, de forma crítica, identificando algumas necessidades de atualização de conhecimentos nomeadamente no que diz respeito á colocação de uma mesa operatória para implantação de pacemakers.

Assim, propus-me promover a formação em serviço comunicando os resultados da minha prática clínica e de investigação, demonstrando um nível aprofundado de conhecimentos como enfermeira instrumentista experiente em bloco operatório, conhecimentos esses fundamentados também nas recomendações da Associação dos Enfermeiros das Salas de Operações (AESOP), promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros. Estes conhecimentos diziam respeito á contagem dos ferros cirúrgicos, á disposição dos ferros cirúrgicos na mesa operatória, á contagem das compressas, á contagem dos picantes/cortoperfurantes e ainda á mudança de luvas intraoperatoriamente. O meu objetivo era transmitir conhecimentos atualizados sobre a colocação do instrumental cirúrgico na mesa operatória preparada para a implantação de pacemaker e o objetivo da ação de formação era que no final da mesma “os enfermeiros sejam capazes de colocar o instrumental cirúrgico na mesa operatória preparada para a implantação de pacemaker, segundo as normas universais”. Esta ação de formação, dirigida aos elementos que prestam cuidados de enfermagem nesta sala cirúrgica, 7 enfermeiros, foi apresentada em power-point, tendo sido avaliada pelos mesmos no final. Ficou ainda disponível nesta sala um cartaz informativo fotográfico (Apêndice VIII) sobre as boas práticas recomendadas na colocação de uma mesa operatória para implantação de pacemakers, conforme a ação de formação apresentada, bem como o ficheiro em power-point que ficou disponível no serviço, no ambiente de trabalho informático a que todos os profissionais têm acesso para consulta. Foi sugerido pela chefia da equipa de enfermagem que esta formação fosse reformulada de forma a ser

apresentada á equipa médica de arritmologia, que é a equipa responsável pela realização desta técnica. Assim, a formação foi reformulada e renomeada de **“Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers”** (Apêndice IX) e foi apresentada á equipa de arritmologia, em sessão formal no dia 7 de novembro, pelas 19h e 30min, nas Torres de Lisboa, na Empresa Medtronic, empresa responsável pelos dispositivos implantados no serviço em que decorreu o estágio. Foi uma reunião que permitiu uma troca de experiências, positiva para todas as partes que assistiram á mesma, enfermeiros, técnicos de cardiologia, médicos e representantes do referido laboratório.

No que diz respeito á alínea seguinte deste objetivo, **b) Realização de uma ação de formação subordinada ao tema “Máscaras Laríngeas na presença de Via Aérea Difícil”** (Apêndice X) o mesmo surgiu da observação das práticas comuns exercidas pela equipe multidisciplinar, na colaboração da prestação de cuidados ao doente em situação crítica, da minha experiência como enfermeira de bloco operatório na área de anestesia e tendo em conta os materiais existentes na instituição, bem como através de conversas informais com a orientadora e a restante equipa. Tendo em conta que as máscaras laríngeas eram um dispositivo existente no serviço mas desconhecido por grande parte dos profissionais, concluímos que seria benéfica esta troca de experiências tendo em vista uma melhoria dos cuidados prestados ao doente crítico em situação de via aérea difícil. De notar que esta unidade, apesar de ser uma unidade de cuidados intensivos, tem uma equipa clínica constituída exclusivamente por médicos cardiologistas, não fazendo parte da mesma qualquer elemento médico especialista de medicina intensiva, pelo que as situações de via aérea difícil são maioritariamente apoiadas pela equipa de anestesia de emergência de apoio aos serviços. Para a American Society of Anesthesiologists (ASA) (2003), e segundo o Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway, a Via Aérea Difícil (VAD) « *is defined as the clinical situation in which a conventionally trained anesthesiologist experiences difficulty with face mask ventilation of the upper airway, difficulty with tracheal intubation, or both*» e para manutenção da segurança do doente em situação de VAD é necessário, segundo Hipólito (2011), entre outros, « *conhecer dispositivos supraglóticos disponíveis e modos de utilização*». Existindo inúmeros recursos de via aérea difícil na instituição, nomeadamente no bloco operatório, e não sendo prática exímia comum a entubação orotraqueal dos doentes em situação crítica na UCIC, torna-se pertinente formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica, apresentando as

duas máscaras laríngeas existentes na instituição e que podem ser usadas por qualquer profissional de saúde treinado em situação de via aérea difícil até à chegada de um profissional mais especializado na área. Assim, defini como meu objetivo transmitir conhecimentos atualizados acerca das máscaras laríngeas clássica e I-Gel, sendo que o objetivo da ação de formação era “Que os enfermeiros consigam identificar a presença de uma VAD e atuar perante a mesma com o auxílio dos dispositivos supraglóticos existentes no serviço”. A ação de formação foi apresentada em power-point a todos os elementos do serviço. Tendo recorrido à empresa responsável por este material, foi-me possível usar e manusear as referidas máscaras durante a ação de formação para uma melhor transmissão de conhecimentos e aprendizagem pelos formandos, tendo ainda sido possível fornecer a todos os elementos que assistiram à formação o manual de utilização da máscara I-Gel que é a máscara laríngea atualmente mais utilizada na instituição bem como os filmes técnicos de manuseamento da mesma.

No final da formação os enfermeiros da UCIC sugeriram uma articulação entre a unidade e o Bloco Operatório com o objetivo de realizarem uma componente prática sobre a colocação das referidas máscaras laríngeas. A sugestão foi inicialmente aceite pela chefia da unidade e essa articulação vai ser avaliada pelas chefias de ambos os serviços bem como pela Direção de Enfermagem.

Tornou-se-me ainda possível apresentar esta mesma formação à equipa médica do serviço, que não tendo qualquer tipo de conhecimento sobre as mesmas, se mostrou interessada em conhecer este material, tendo as mesmas sido identificadas como uma mais-valia para o serviço e para o doente em presença de via aérea difícil. As máscaras laríngeas I-Gel foram introduzidas no serviço no decorrer do estágio.

Foi ainda por mim sugerido, em reunião formal, à Comissão de Reanimação do hospital, a introdução destas máscaras laríngeas no carro de reanimação, uma vez que neste momento as mesmas só se encontram disponíveis no bloco operatório e no bloco de partos, o que demonstra uma consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com os profissionais e com o utente/família. A sugestão foi valorizada e vai ser recomendada como prática de atividades no próximo ano.

Para a alínea c) deste objetivo delineei a **“Elaboração de um folheto para entregar ao doente/família sobre os “Cuidados a ter com a sutura operatória” após implantação de pacemaker** “ conforme (Apêndice XI). Depois de realizada pesquisa bibliográfica inerente ao tema, mais especificamente no que diz respeito aos cuidados com a sutura operatória pós implantação de pacemaker e pelo facto de este doente

regressar a casa nas 24h a 48h a seguir a ter sido submetido á implantação do mesmo, só vindo a ter contacto com um profissional de saúde um mês depois na consulta de enfermagem, compete ao enfermeiro o ensino para a saúde destes doentes sobre os cuidados a ter com a sutura operatória da cirurgia a que acabou de ser submetido.

Assim, remeti a minha pesquisa aos cuidados de enfermagem prestados ao doente submetido a cirurgia de ambulatório, mais especificamente no que diz respeito á ferida cirúrgica. Ao longo deste estágio presenciei o ensino que é feito a estes doentes durante o curto internamento a que estão sujeitos, que é limitado ao ensino verbal e sem qualquer tipo de suporte de informação escrita. Tornou-se assim importante a realização deste folheto de forma a esquematizar a informação sobre o ensino efetuado, que de uma forma ou outra não é todo assimilado pelo doente durante o internamento tal como refere Pompeo e outros (2007) no artigo “Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes” em que refere que

«Observa-se na prática clínica, que a orientação da alta hospitalar é dada no momento da saída do paciente do hospital, não sendo desenvolvida durante o período de internação. Nessa ocasião são oferecidas muitas orientações ao mesmo tempo, com o agravante de não serem realizadas por escrito, dificultando a compreensão do paciente e propiciando a ocorrência de erros. Na maioria das vezes, as orientações de alta são realizadas de forma mecânica e apressada, não considerando as condições e as necessidades de cada paciente».

Para Silva e outros *«tanto a informação verbal quanto a escrita são importantes e complementares na educação do paciente [...] O fornecimento de informações escritas, tais como folhetos explicativos, tem se constituído em um meio efectivo de apoio às orientações verbais transmitidas ao paciente».* Assim, para a realização deste folheto baseei-me no procedimento PR.0075/T.DE – “Cuidados á ferida cirúrgica limpa” existente no manual de enfermagem do hospital bem como às recomendações da Arrythmia Alliance para os doentes com pacemaker. Segundo a Direção Geral de Saúde, e nas Recomendações para Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico (2004), ferida limpa é uma *«Ferida cirúrgica resultante de cirurgia eletiva, não traumática, não infetada em que não houve transgressão da técnica cirúrgica e em que não se penetrou no trato respiratório, digestivo, genito-urinário nem cavidade orofaríngea».* Neste folheto, a informação existente em linguagem simples e clara, diz respeito a cuidados inerentes á ferida cirúrgica no domicílio tais como limpeza e desinfeção da mesma e despiste de sinais e sintomas de infeção, assim como o carregar de pesos com

o membro operado. O folheto foi implementado na UCIC e na enfermaria de cardiologia, após ter sido apresentado á equipa de enfermagem de ambos os serviços.

Para a alínea d) deste objetivo, a **“Elaboração de uma folha de follow-up de cuidados de enfermagem a aplicar telefonicamente ao doente 48h pós alta após ter sido submetido a implantação de pacemaker”** conforme (Apêndice XII) foi realizada pesquisa bibliográfica no que diz respeito á consulta telefónica de enfermagem de follow-up que se aplica na área de cirurgia ambulatória e se pode adaptar a esta realidade, tendo em conta que o doente foi submetido a uma pequena cirurgia e só é observado por um profissional de saúde um mês depois de ter sido intervencionado.

Pelo Despacho n.º 30114/2008 do Diário da República,

«1 — Os conselhos de administração dos hospitais do SNS em que existe bloco operatório deverão, no prazo máximo de um ano, garantir a adoção dos seguintes critérios básicos nos programas de Cirurgia de Ambulatório [...] f) Criação de procedimentos de apoio ao programa de Cirurgia de Ambulatório, nomeadamente através ... de um contacto telefónico ao doente ao fim de vinte e quatro horas de pós-operatório».

Habitualmente, o doente tem alta 24h a 48h após a implantação de pacemaker e são-lhe dadas indicações e feito ensino sobre a pequena cirurgia a que foi submetido e os cuidados a ter. No entanto, e após ter observado a consulta realizada pela equipa de enfermagem ao doente que foi submetido a implantação de pacemaker um mês depois da referida intervenção, e analisando as duvidas que os doentes apresentam, achei pertinente a aplicação de um questionário de follow-up telefónico adaptado do que hoje em dia é aplicado ao doente submetido a cirurgia do ambulatório com vista á melhoria dos cuidados de enfermagem. Segundo Vieira e outros (2006) no artigo “A unidade de cirurgia ambulatória de São Marcos – Braga”, *«após a alta domiciliária, o doente é avaliado em 3 fases distintas: 1- na manhã seguinte à cirurgia recebe uma chamada telefónica da UCA e fala com a enfermeira que lhe pede para responder a um questionário, que regista a sua evolução e anota as suas queixas»* e para Coelho e outros (2006) no artigo “A unidade de cirurgia ambulatória do Hospital Pedro hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE” *«desde 1998 efetua-se um contacto telefónico no dia seguinte a todos os doentes, avaliando-se a dor, as náuseas e vómitos».*

Conjugando os meus conhecimentos de enfermeira de bloco operatório na área de cirurgia ambulatória e, tomando como ponto de partida a folha de contacto telefónico realizado aos doentes submetidos a cirurgia de ambulatório no meu serviço, elaborei

esta folha adaptada á realidade dos doentes submetidos a implantação de pacemakers. Nesta folha, onde consta a identificação do doente, são questionados pontos importantes tais como a presença de dor e/ou febre, o aderir ao esquema terapêutico instituído, dúvidas em relação ao mesmo e caracterização atualizada da ferida cirúrgica entre outros. A folha de follow-up de cuidados de enfermagem a aplicar telefonicamente ao doente 48h pós alta após ter sido submetido a implantação de pacemaker foi implementada durante o decorrer do estágio.

A última alínea deste segundo objetivo deste estágio, foi a **“Elaboração de um quadro de medicação anestésica a usar na realização de procedimentos invasivos”** (Apêndice XIII). Através da minha observação á prestação de cuidados no que diz respeito á analgesia/sedação ao doente submetido a procedimentos invasivos tais como ecografia transtorácica, desfibrilhação elétrica e entubação orotraqueal, achei pertinente a realização de um quadro de medicação anestésica/analgésica com a discriminação dos fármacos mais usados neste serviço, seu grupo farmacológico, dosagem, ação, efeitos de sobredosagem, eventuais fármacos antagonistas, e interações medicamentosas. Para Godwin e outros (2005) sedação é *«a administração de fármacos sedativos ou dissociativos, com ou sem analgesia, para induzir um estado em que o paciente tolera procedimentos com manutenção da função respiratória»*. Assim, e como por várias vezes fui abordada para auxiliar na tomada de decisão em relação à administração de maior dosagem de fármacos sedativos, as minhas respostas foram fundamentadas com o grau de experiência de enfermeira de bloco operatório na área de anestesia. Para uma melhor prestação de cuidados, foi então elaborado um quadro de medicação anestésica a usar na realização de procedimentos invasivos que foi apresentado e discutido com a equipa de enfermagem e médica, e posteriormente implementado na unidade.

Considero ter desenvolvido as competências e comportamentos por mim inicialmente identificados como forma de atingir este objetivo positivamente, dando sempre o meu melhor enquanto futura enfermeira especialista. Com especial ênfase para a formação, considero ter desenvolvido um trabalho baseado na troca de experiências, em que o dar e receber foi mútuo, sempre com o objetivo final da melhoria dos cuidados prestados ao doente em situação crítica. Considero ainda ter demonstrado uma boa capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

2 – CONCLUSÃO

Pretendi com este relatório expor todo o meu percurso desenvolvido ao longo dos estágios, com vista à aquisição de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, nomeadamente ao doente crítico. Com a realização do mesmo tive a oportunidade de analisar todo o caminho percorrido, interiorizando os contributos adquiridos para o meu crescimento enquanto pessoa e enquanto profissional.

Procurei sempre ao longo dos estágios cumprir os objetivos previamente definidos, aceitando as alterações necessárias inerentes às especificidades de cada local de estágio.

Tendo iniciado a minha experiência profissional no Serviço de Urgência Geral do Hospital de Santa Maria em 1994, e já não prestando cuidados de enfermagem diretos nesta área desde 2005, o estágio do Módulo – Serviços de Urgência foi bastante enriquecedor pela atualização de conhecimentos nesta área; a enfermagem e a medicina evoluem continuamente e sem um contacto direto específico numa determinada área, o profissional corre o risco de não se conseguir manter atualizado.

O regresso à prestação de cuidados num serviço de urgência foi um desafio por um lado ameaçador e por outro estimulante. Procurei diariamente refletir sobre as horas passadas neste serviço, as situações concretas por mim vividas, o que fiz e se de alguma forma poderia ter feito melhor. Necessariamente reformulei objetivos tendo em conta a realidade com que me deparei pois este é um serviço em pouco igual aos serviços de urgência que já conhecia, nomeadamente no que diz respeito às características dos doentes.

A UCIC é sem sombra de dúvida um campo de estágio que proporciona uma multiplicidade de experiências enriquecedoras no âmbito quer do doente crítico quer da vertente humana. Todos os conhecimentos adquiridos no âmbito do curso e no decorrer da vida profissional, assim como toda a pesquisa bibliográfica realizada foram fundamentais para uma ótima troca de experiências resultando numa melhor prestação de cuidados.

Não tendo sido um caminho fácil de percorrer, considero ter atingido os meus objetivos na sua plenitude, culminando os mesmos com a concretização da Especialização na área de Enfermagem Médico-cirúrgica.

3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson Correia de – **Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros**.1ª ed. Coimbra: Formasau, 2001. ISBN 9789728485214

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS - **Practice guidelines for management of the difficult airway: an updated report by the american society of anesthesiologists task force on management of the difficult airway**. *Anesthesiology*. The journal of the american society of anesthesiologists. ISSN 0003-3022. Vol. 98, n.º 5 (2003), p. 1269-1277

ANTONIO, P. S.; MUNARI, D. B.; COSTA, H. K. **Fatores geradores de sentimentos do paciente internado frente ao cancelamento de cirurgias**. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [em linha], v.4, n.1, p. 33 – 39. atual. 2002. [Consult. 30 Jan. 2012]. Disponível na internet: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. ISSN 1518-1944.

Arrhythmia Alliance – **Informação para os Doentes com Pacemaker, Ajuda aos Doentes com Arritmias**, Registered Charity N° 1107496, 2007.

Associação dos Enfermeiros das Salas Operatórias - **Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados**. Lisboa: Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-16-X

BAQUERO, Luís – **“Doente em UCI”**. [projeção visual]. [2010]. 65 diapositivos: color. Comunicação efetuada no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. – **Pessoas idosas , uma abordagem global**. Lisboa: Lusodidacta, 1995. ISBN 972-95399-8-7

SANCHES, Viviane Francisco; CHRISTOVAM, Bárbara Pompeu and SILVINO, Zenith Rosa. **Processo de trabalho do gerente de enfermagem em unidade hospitalar - uma visão dos enfermeiros**. *Esc. Anna Nery* [em linha]. Vol.10 (2006), n.2, p. 214-220 [Consult. 28 Jan. 2012]. Disponível na internet:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452006000200007&lng=en&nrm=iso. ISSN 1414-8145

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros - **Código deontológico do enfermeiro**. Artigo 83º Do direito ao cuidado, 2005.

COELHO, Sónia; SILVA, Deolinda Maria Costa e; GUERREIRO, Emanuel – **A unidade de cirurgia ambulatória do Hospital Pedro Hispano, Unidade local de saúde de Matosinhos, EPE**. *Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória*. Porto: Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. ISSN 0874-8349. Vol. 7, (2006) p.17-21

Lei n.º 33/2009 de 14 de julho. Diário da República 1.ª Série. N.º 134 (09-07-14), p. 4467.

Decreto-Lei n.º 203/2008 de 10 de outubro. Diário da República 1.ª série. N.º 197 (08-10-10), p. 7255-7257.

Portaria n.º 296/2011 de 16 de novembro. Diário da República 1.ª série. N.º 220 (11-11-16), p. 4868.

Despacho n.º 30114/2008 de 21 de novembro. Diário da República 2.ª série. N.º 227 (08-11-21), p. 47550-47551.

Lei n.º 71/98 de 3 de novembro. Diário de República I SÉRIE-A. N.º 254 (98-11-03), p. 5694-5696.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento - **Rede hospitalar de urgência/emergência**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2001. ISBN 972-9425-99-X.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - **Recomendações para prevenção da infeção do local cirúrgico**, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde - **Manual de implementação – Lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS 2009**, Versão Portuguesa. ISBN 978 92 4 159859 0.

FERNANDES, I. A. – **Protocolos no serviço de urgência**. *Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. Vol. 22 : 259 (julho 2010), p. 31-34

FULLER, Joanna R. – **Tecnologia Cirúrgica, Princípios e Prática**. Terceira edição. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan S.A., 2000, ISBN 85-277-0535-4

GODWIN, S.A. et al – **Clinical policy: procedure sedation and analgesia in the emergency department**. *Annals of Emergency Medicine*. [em linha]. Vol. 45 (2005), p. 177-196. [Consult. 22 Nov. 2011]. Disponível na internet:<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=9581157&lang=pt-br&site=ehost-live>

GRANT, K.; THOMAS, R. - **Prokinetic drugs in the intensive care unit: reviewing the evidence**. *The Intensive Care Society*. [em linha]. Vol. 10 (2009), N.º 1, p. 35-37. [Consult. 22 Nov. 2011]. ISSN 17511437

HIPÓLITO, João – “**Via Aérea Difícil**”. [projeção visual]. [2011]. 62 diapositivos: color. Comunicação efetuada no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA - *Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca* [em linha]. Lisboa: HFF, act. 2009. [consult. 22 Mar. 2011]. Disponível em: <http://www.hff.min-saude.pt/> .

BOLANDER, Verolyn Barnes – **Sorensen e Luckmann, Enfermagem Fundamental, Abordagem psicofisiológica**, 4ª ed. em português. Lisboa : Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5.

MARCO, J. Povar. e outros - **Analgesia y sedación en urgências**. *Revista Científica de La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. [em linha]. Vol.12,

N.º 4 (2000), p.272-279. [consult. 20 Mai. 2011] Disponível na internet em: www.semes.org/revista/vol12_4/272-279.pdf. ISSN 1137-6821.

MEEKER, Margareth H.; ROTHROCK, Jane - **Alexander - Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. 10ª ed. , Rio janeiro: Guanabara Koogan, 1995. ISBN 85-277-0403-X

NERY, Isabel; BORGA, Marcos – **Vida Interrompida, o Mundo visto na perspetiva do doente**. Cascais. Câmara Municipal de Cascais. Depósito legal 326492/11

NUNES, Lucília – **O que distingue alguns tipos de normas? Normas de Procedimento, Normas de Atuação Profissional, Normas de Qualidade. Rotinas. Protocolos**. [em linha]. Lisboa: 1999. [consult. 30 Abr. 2011]. Disponível na internet em: http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/tiposnormas.pdf.

PHANEUF, Margot - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Lisboa: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3

POMPEO, Daniele Alcalá e outros - **Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes**. *Ata Paulista de Enfermagem* [em linha]. Vol. 20 (2007), p. 345-50. [consult. 2 Out. 2011]. Disponível na internet em: www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a17v20n3.pdf

PR.0075/T.DE 2011, Enfermagem – **“Cuidados á ferida cirúrgica limpa”**, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Manual de Enfermagem do Hospital Professor: Direção de Enfermagem.

SALE, Diana - **Garantia da qualidade nos cuidados de saúde - para os profissionais da equipa de saúde**. Lisboa: Principia, 1998. ISBN 972-97457-6-5

SANTOS, C.C.V. e SHIRATORI, K. - **Comunicação não verbal: importância no cuidado de enfermagem**. *Enfermería Global Revista eletrónica cuatrimestral de Enfermería*. [em linha]. Vol. 12 (2008), p. 1-9. [consult. 18 de Out. 2011]. Disponível na internet em: www.revistas.um.es/global/article/download/912/912

SHEEHY, Susan – **Enfermagem de urgência, da teoria á prática**, 4ª ed. Lisboa: Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-16-9

SILVA Tatiane da, e outros - **Bulas de medicamentos e a informação adequada ao paciente**. Revista Saúde Pública [em linha]. Vol. 34 N.º 2 (2000), p. 184-189. [consult. 2 de Dez 2011]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200013>. ISSN 0034-8910.

TINTINALLI, J., e outros – **Emergências Médicas**. 4ª ed. Lisboa: McGraw-Hill, 1996. ISBN 970-10-1459-6

VIEIRA, L. M.V. [et al] – **A unidade de cirurgia ambulatória de São Marcos – Braga**. *Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória* [em linha]. Vol. 7 (2006), p. 23-29. [consult. 2 Out. 2011]. Disponível na internet em: www.apca.com.pt/ver.php?cod=0E0C0A0C. ISSN 0874-8349.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho e ROSSI, Lídia Aparecida - **O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido"**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [em linha]. Vol. 10, N.º 2 (2002). p. 137-144. [consult. 2 Out. 2011]. Disponível na internet em: www.doaj.org/abstract?id=36648. ISSN 0104-1169.

ZEITOUN, S.S. [et al.] - **Incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes submetidos à aspiração endotraqueal pelos sistemas aberto e fechado: Estudo prospetivo – dados preliminaries**. *Revista Latino-americana de Enfermagem* [em linha]. Vol. 9, N.º 1 (2001), p. 46-52. [consult. 2 Out. 2011]. Disponível an internet em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000100007>. ISSN 0104-1169.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Norma de funcionamento de permanência de
acompanhantes

1. DESIGNAÇÃO

Permanência de acompanhantes.

2. PADRÃO

PFR / PFE

3. OBJECTIVO

Definir critérios de permanência de acompanhantes no Serviço de Urgência Geral para criar mecanismos facilitadores na mobilização de utentes e profissionais pelo espaço físico do mesmo.

4. APLICAÇÃO / DESTINATÁRIOS

Todos os profissionais afectos ao Serviço de Urgência Geral e acompanhantes de doentes.

5. DEFINIÇÕES

Não aplicável.

6. NORMA DE FUNCIONAMENTO

Todo o doente admitido no serviço de urgência tem o direito de se fazer acompanhar por um familiar / amigo. De forma a permitir que o doente possa usufruir deste direito sem causar qualquer prejuízo no normal funcionamento do Serviço de Urgência, foi necessário criar um sistema de autorização de permanência de acompanhantes no Serviço por forma a garantir a privacidade e segurança de outros doentes e profissionais.

- Não é permitido acompanhar ou assistir a tratamentos, intervenções cirúrgicas ou exames, excepto se para tal for dada autorização expressa pelo clínico responsável.
- Não é permitido a permanência de acompanhante no *Hall* junto ao Gabinete 5 / Sala de Tratamentos, excepto em doentes a aguardar a 1ª observação médica ou se houve solicitação da sua presença pelo clínico ou enfermeiro responsável.

Revisão n.º 0	Elaborado: ___/___/___	Aprovado: ___/___/___	Homologado: ___/___/___
---------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------

- Não é permitido a permanência de acompanhante na Sala de Observação / Internamento Transitório, excepto nos períodos de visita estipulados.
- No caso de violação do dever de urbanidade, desobediência ou desrespeito por parte do acompanhante, o serviço pode determinar a sua saída do serviço de urgência, podendo ser, em sua substituição, indicado outro acompanhante.

Nesta sequência, só podem permanecer na Sala de Tratamentos / Hall junto ao Gabinete 5:

- a. Doentes triados com prioridade laranja;
- b. Doentes em maca;
- c. Doentes que aguardam colheita de sangue para análises;
- d. Doentes que aguardam tratamento;
- e. Acompanhantes de doentes que aguardam a 1ª observação médica ou cuja presença foi solicitada pelo médico ou enfermeiro.

Sempre que o estado clínico o permitir, o doente deve permanecer junto do seu acompanhante na Sala de Espera.

7. FLUXOGRAMA

Não aplicável.

8. REFERÊNCIAS

- Lei nº 33/2009 de 14 de Julho

9. ANEXOS

Não aplicável.

Revisão n.º 0	Elaborado: ___/___/___	Aprovado: ___/___/___	Homologado: ___/___/___
---------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------

APÊNDICE II – Guia de acolhimento do SUG

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Localização do SUG: Piso 2.

Caso pretenda saber onde se encontra o seu familiar, questione no balcão central.

O SUG tem sempre um Enfermeiro chefe de equipa responsável pela gestão do turno. Caso pretenda obter alguma informação específica sobre este serviço, solicite a um dos Enfermeiros a sua presença.

Visitas no Serviço de Observação (SO) :

1ºPeríodo: 12h-12h30m;

2ºPeríodo: 18h30m-19h.

•A visita por utente é proporcionada a uma única pessoa, devendo por isso ser reservada a um familiar directo, ou outro indicado pelo utente, num período não superior a 10 minutos. Será esse familiar que deverá informar os restantes, acerca da sua situação clínica. No final da visita serão prestadas todas as informações (se o serviço o permitir) ;

- Não é permitida a entrada a menores de 12 anos;
- Desligue o telemóvel antes de entrar;
- A presença de objectos pessoais junto do utente deverá ser validada com a Equipa de Enfermagem (o serviço não se responsabiliza por objectos de valor);
- Não traga flores ou alimentação.

Contactos úteis:

Morada: Av. Brigadeiro Victor Novais Gonçalves, 2755-009 Alcabideche

Telefone Geral: +351 21 465 30 00

Site: www.hppcascais.pt



GUIA DE ACOLHIMENTO

SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL (SUG)



FUNCIONAMENTO DO SUG

O Serviço de Urgência Geral (SUG) é assegurado por profissionais diferenciados - médicos, enfermeiros e assistentes operacionais entre outros técnicos - com sólida experiência no diagnóstico, tratamento e referenciação das situações urgentes.

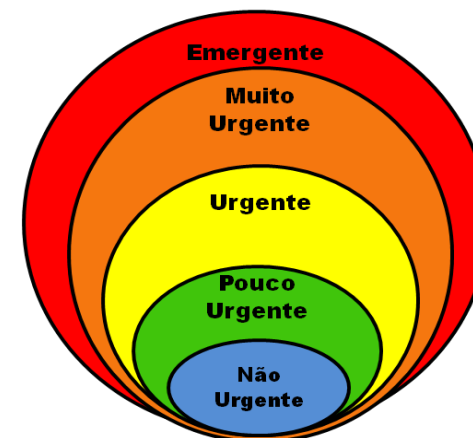


SISTEMA DE TRIAGEM NO SUG

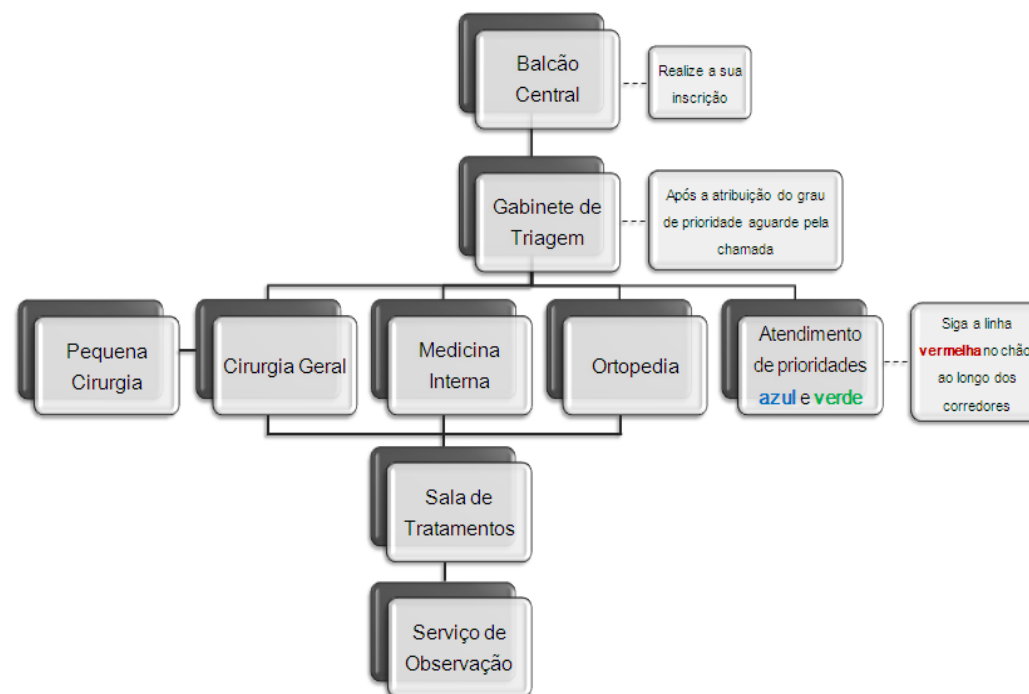
Com o objectivo de garantir um atendimento urgente eficaz e eficiente, é utilizada a **Triagem de Manchester (TM)**. Esta metodologia visa assegurar uma rápida resposta às situações urgentes e emergentes e gerir com o máximo rigor possível, do ponto de vista clínico, o tempo de atendimento, contribuindo ainda para uma melhor gestão do tempo de espera.

A utilização deste sistema classifica o utente em 5 categorias, identificadas por cores, que correspondem a um tempo médio de primeira observação médica, que vai dos 0 minutos até às 4 horas.


Após ter sido atendido pelo enfermeiro no posto de triagem, irá ser lhe atribuída uma pulseira colorida de acordo com a sua prioridade. O atendimento médico é efectuado de acordo com a mesma.



CIRCUITO DO UTENTE



APÊNDICE III – Protocolo de preparação de doentes que vão ser submetidos a intervenção cirúrgica

 <p>①</p>	<p>② XX...XX</p> <p>③ Xx...Xx</p>	<p>④ Código -----</p> <p>⑤ Pág. A / B</p>
--	-----------------------------------	---

1. DESIGNAÇÃO

Protocolo de preparação de doentes que vão ser submetidos a intervenção cirúrgica.

2. META / PADRÃO (seleccionar)

Bb

3. OBJECTIVO

Estabelecer critérios de preparação de doentes para o bloco operatório, no Serviço de Urgência Geral, para melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente que vai ser submetido a intervenção cirúrgica.

4. APLICAÇÃO / DESTINATÁRIOS

Todos os enfermeiros do Serviço de Urgência Geral

5. DEFINIÇÕES

Não aplicável


6. POLITICA/ PROTOCOLO/ NORMA/ PROCEDIMENTO/ INSTRUÇÃO DE TRABALHO OU DE SERVIÇO

6.1 Consentimento Informado – todo o doente com indicação para ir ao bloco operatório deve ter consentimento operatório assinado pelo próprio, solicitado pelo clínico responsável e cuja existência deve ser confirmada pelo secretariado.

6.2 Preparação do doente:

- Tratar as infecções prévias antes da cirurgia (IA), através da administração de antibioterapia prescrita e verificar a integridade cutânea do local da intervenção, e fazer os respectivos registos.
- Não fazer tricotomia (IB), se necessária esta será realizada no bloco operatório.

Revisão n.º ⑥	Elaborado: ⑦	Aprovado: ⑧	Homologado: ⑨
------------------	-----------------	----------------	------------------

 <p>①</p>	<p>② XX...XX</p> <p>③ Xx...Xx</p>	<p>④ Código -----</p> <p>⑤ Pág. A / B</p>
--	-----------------------------------	---

- O doente deverá tomar banho de chuveiro ou ser higienizado com solução antisséptica na véspera e no dia da cirurgia (IB).
- Jejum pré operatório, no mínimo de 6 horas.
- Retirar próteses dentárias, oculares, auditivas ou outras.
- Retirar todos os adornos, com especial atenção aos metálicos.
- Se o doente se apresentar de unhas pintadas deve ser retirado o verniz.
- O acesso venoso deve ser colocado contralateral ao local da cirurgia, de preferência no dorso da mão e de bom calibre.
- Devem ser colocadas meias de elásticas ou ligaduras de contenção para a prevenção de episódios de tromboembolismo, após o banho em todos os doentes. Não devem ser colocadas no membro a ser intervencionado, se for o caso.
- O vestuário utilizado deve ser o protocolado na instituição para o doente que vai ao bloco.

7. FLUXOGRAMA

Não aplicável

8. REFERÊNCIAS

AESOP (2006) – Enfermagem perioperatória, Da Filosofia à prática dos cuidados, Lisboa

<http://www.cdc.gov/hicpac/>

<http://www.dgs.pt/>

9. ANEXOS

Categorização segundo os critérios do CDC (Centers for Disease Control and Prevention e HICPAC (Healthcare Infection Control Practices Advisory Committe) baseado nos dados científicos existentes, raciocínio lógico, aplicabilidade e impacto económico.

Revisão n.º ⑥	Elaborado: ⑦	Aprovado: ⑧	Homologado: ⑨
------------------	-----------------	----------------	------------------

APÊNDICE IV – Quadro de analgesia/sedação no SUG

MEDICAMENTO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ACÇÃO	SOBREDOSAGEM	ANTAGONISTA	INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS
ETOMIDATO	Anestésico geral	Indução e manutenção anestésica	Falência respiratória e coma		Fentanil Verapamil
KETAMINA	Indução e manutenção anestésica, especialmente quando é necessário evitar depressão cardiovascular Sedação e analgesia	Indução e manutenção anestésica	Depressão respiratória	Suporte ventilatório mecânico	<u>Não usar:</u> PIC elevada Hipertensão Aneurisma ICC Angina Distúrbios psicóticos Gravidez
LIDOCAÍNA	Anestésico local, analgésico tópico, agente antiarritmico	Anestésico local	<u>Locais:</u> irritação e tromboflebite		
MIDAZOLAN	<u>Benzodiazepina</u> Diminuir a dose em 30% quando associado com outros fármacos depressores do SNC ou idade inferior a 65 anos Diminuir 50% em idade superior a 65 anos	Sedação pré operatória Sedação em doente consciente Sedação em UCI (perfusões) Anestesia endovenosa	Diminui número de ciclos respiratórios com apneia Diminui TA	Flumazenil	Drogas depressoras do SNC Alguns antifúngicos Eritromicina/Clarithromicina Levodopa Teofilina Etanol
PROPOFOL	Anestésico geral	Indução e manutenção anestésica	Hipotensão, bradicardia e colapso cardíaco	Fluidoterapia endovenosa, posição de Trandelenburg e atropina	Drogas depressoras do SNC Benzodiazepinas Opiácios Etanol
ROCURÓNIO	Relaxante muscular Não despolarizante	Relaxamento muscular	Sugamadex	Neostigmina	Carmabazepina Fenitoína Aminofilina Vancomicina
SCOLINE	Bloqueador neuromuscular	Despolarização muscular com parésia muscular	Paragem respiratória a cardíaca	Se bradiarritmia administrar atropina Não administrar neostigmina, agrava a toxicidade interferindo com o metabolismo	Drogas anticolinestéricas Ciclofosfamida Lidocaina Tiopental Pancurónio Litium Magnésio Cloroquina Metoclopramida

APÊNDICE V – Questionário aplicado aos enfermeiros

Questionário

Ângela Valença e Susana Freitas, alunas do IV Curso de Mestrado de Enfermagem na área de Especialização Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, no âmbito do estágio de enfermagem em contexto de urgência temos por objectivo otimizar os recursos de voluntariado existentes no serviço de urgência.

Para tal solicitamos a sua colaboração no preenchimento deste questionário, no sentido de fazer um levantamento das necessidades /áreas de formação pertinentes para os mesmos, tendo em vista a realização de uma acção de formação.

Gratas pela colaboração.

Questão n 1:

Na sua opinião que actividades podem os voluntários desenvolver nos diferentes postos:

Triagem _____

Balcão _____

Urgência
ambulatória _____

SO

Questão n 2:

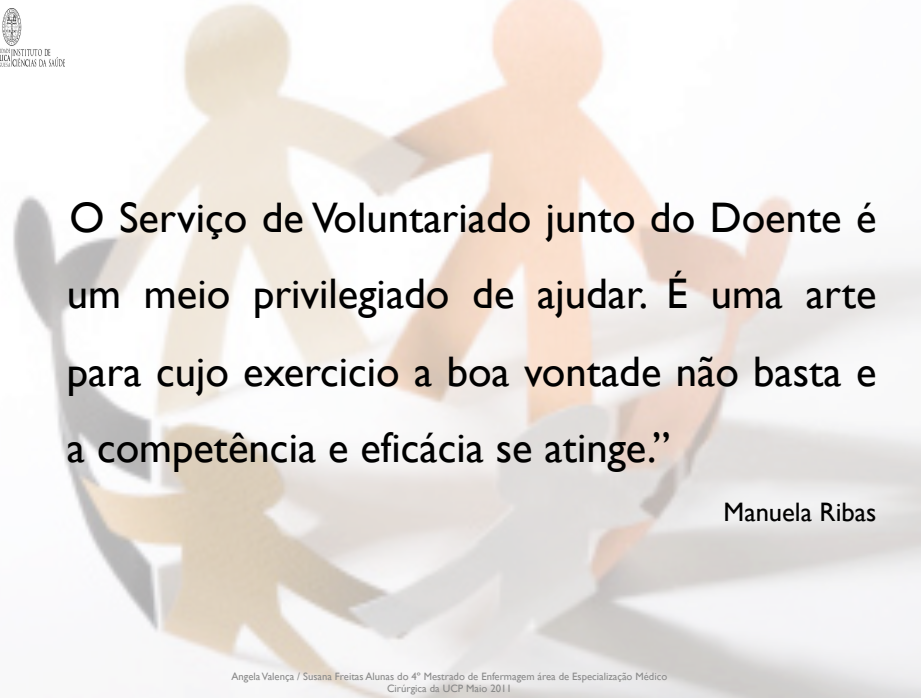

Quais são as principais dificuldades que identifica na actuação dos voluntários?

APÊNDICE VI – Ação de formação “Ser voluntário no SUG”



Ser Voluntário no Serviço de Urgência (SUG)


Angela Valença / Susana Freitas Alunas do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP Maio 2011



O Serviço de Voluntariado junto do Doente é um meio privilegiado de ajudar. É uma arte para cujo exercício a boa vontade não basta e a competência e eficácia se atinge.”

Manuela Ribas

Angela Valença / Susana Freitas Alunas do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP Maio 2011




Percurso do cliente no **SUG**

Admissão:

local onde o cliente faz a sua inscrição para episódio de urgência e onde lhe é atribuída uma senha numerada que vai permanecer com ele durante todo o episódio de urgência

Angela Valença / Susana Freitas Alunas do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP Maio 2011



Na admissão é útil:

- ✓ Explicar ao cliente que quando entra no SUG tem de fazer a inscrição administrativa.
- ✓ Explicar ao cliente que vai receber uma senha numerada de inscrição, no posto administrativo, que deve guardar durante a permanência no SUG. É por esse numero que irá ser chamado.


Angela Valença / Susana Freitas Alunas do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP Maio 2011



Na admissão é util:

- ✓ Encaminhar o cliente para a triagem.


Angela Valença / Susana Freitas Alunas do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP Maio 2011




Triagem

É o local de acolhimento do cliente, no qual através da Triagem de Manchester o enfermeiro aí presente atribui uma prioridade de primeiro atendimento médico, através da atribuição de uma pulseira colorida.

Angela Valença / Susana Freitas Alunas do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP Maio 2011



Triagem de Manchester




Fonte: <http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.hsmbraga.minsuade.pt>

EMERGENTE atendimento imediato
MUITO URGENTE atendimento quase imediato (+/- 10 m)
URGENTE tempo para atendimento (+/- 60 m)
POUCO URGENTE tempo para atendimento (+/- 2 h)
NÃO URGENTE tempo para atendimento (+/- 4 h)

Fonte: <http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://2.bp.blogspot.com>


Angela Valença / Susana Freitas Alunas do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP Maio 2011.



Na Triagem é útil

- ✓ Encaminhar o cliente para as diferentes salas de espera.
- ✓ Encaminhar os acompanhantes.


Angela Valença / Susana Freitas Alunas do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP Maio 2011.



Urgência Ambulatória

- ✓ Local para onde são encaminhados todos os clientes a quem são atribuídas as prioridades verde e azul.
- ✓ Estes clientes são independentes ou deambulam em cadeira de rodas.


Angela Valença / Susana Freitas Alunas do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP Maio 2011



Na Urgência Ambulatória é útil

- ✓ Encaminhar os clientes para os exames quando solicitados.
- ✓ Comunicar com os clientes.

Angela Valença / Susana Freitas Alunas do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP Maio 2011



Balcão de Observação

Área constituída por:

- 5 gabinetes médicos,
- 1 sala de gessos e 1 de consulta de ortopedia,
- 1 sala de reanimação,
- 1 sala de tratamentos,
- 1 sala de pequena cirurgia e
- 2 salas de espera


Angela Valença / Susana Freitas Alunas do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP Maio 2011



No balcão é útil

- ✓ Encaminhar os clientes para os diferentes exames (imagiologia, análises e ECG).
- ✓ Ter a noção que após as análises terem sido colhidas, os resultados demoram cerca de 2 horas.
- ✓ Ter a noção de que a realização de ECG é na maior parte das vezes imediato.


Angela Valença / Susana Freitas Alunas do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP Maio 2011



No balcão é útil

- ✓ Ajudar o cliente a ir á casa de banho.
- ✓ Ajudar o cliente na alimentação.
- ✓ Comunicar com o cliente e família.
- ✓ Ajudar o cliente a vestir aquando da alta.


Angela Valença / Susana Freitas Alunas do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP Maio 2011



Locais de Permanência dos Acompanhantes

- ✓ sala de espera comum junto aos gabinetes 1,2,3 e 4,
- ✓ sala de espera do atendimento ambulatorio (junto á consulta externa),
- ✓ sala de tratamentos/hall junto ao gabinete 5 só em situação de clientes a aguardar primeira observação médica ou se solicitado pelo clinico ou enfermeiro responsável


Angela Valença / Susana Freitas Alunas do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP Maio 2011



Sala de Observações (SO)


- ✓ Área onde ficam todos os clientes que necessitam de maior vigilância médica e de enfermagem.
- ✓ É constituído por 15 unidades de internamento, por vezes largamente ultrapassada.

Angela Valença / Susana Freitas Alunas do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP Maio 2011



É útil no SO

- ✓ Ajudar na alimentação.
- ✓ Colaborar na orientação das visitas dentro do horário previsto.
- ✓ Dialogar com o cliente/família.
- ✓ Ajudar o cliente a vestir aquando da alta e encaminhá-lo.




Angela Valença / Susana Freitas Alunas do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP Maio 2011



Comunicar no *SUG*




Angela Valença / Susana Freitas Alunas do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP Maio 2011.



Comunicação no *SUG*

A comunicação na saúde assume um papel promordial. No serviço de urgência assume uma dimensão fundamental para o bem estar do cliente/família.

Angela Valença / Susana Freitas Alunas do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP Maio 2011.



Comunicação no **SUG**

- ✓ Deve ser assertiva e usada como forma de diminuir a ansiedade.
- ✓ É regra manter o sigilo.
- ✓ Pode diminuir o isolamento e a ansiedade se for bem gerida.

Angela Valença / Susana Freitas Alunas do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP Maio 2011




Lavagem das mãos

medidas simples salvam vidas




Adapted with permission from Canada's Hand Hygiene Campaign

Angela Valença / Susana Freitas Alunas do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP Maio 2011



Lavagem das mãos

É de extrema importância lavar as mãos antes e depois de qualquer contacto com o cliente de forma a prevenir infecções cruzadas e como medida de protecção individual.

medidas simples salvam vidas


Angela Valença / Susana Freitas Alunas do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP Maio 2011



Lavagem das mãos

✓ Lavar as mãos **sempre antes e após** qualquer contacto com o cliente









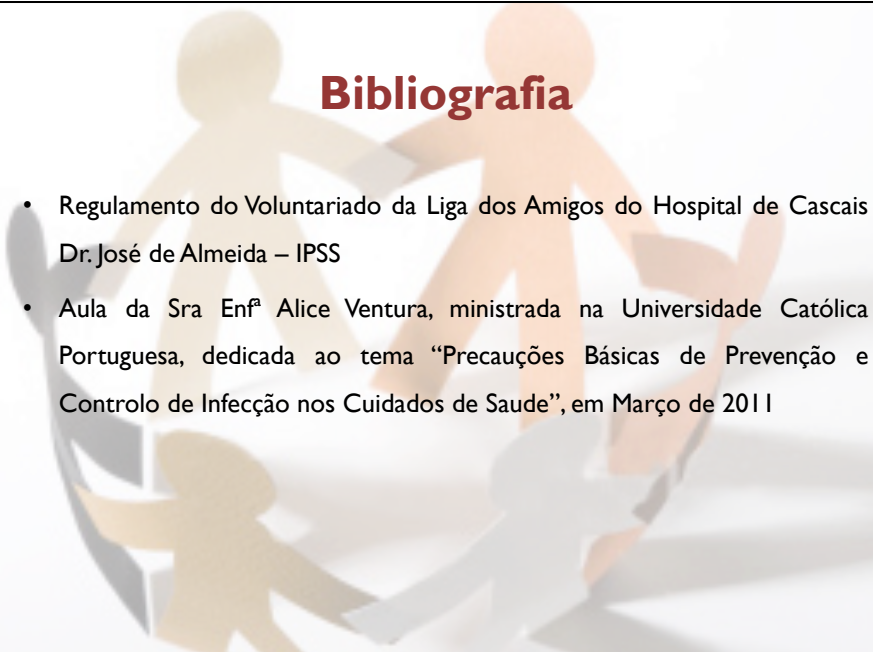

Angela Valença / Susana Freitas Alunas do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP Maio 2011



Voluntariado

Obrigado pela atenção !

Angela Valença / Susana Freitas Alunas do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Maio 2011



Bibliografia

- Regulamento do Voluntariado da Liga dos Amigos do Hospital de Cascais
Dr. José de Almeida – IPSS
- Aula da Sra En^{fa} Alice Ventura, ministrada na Universidade Católica Portuguesa, dedicada ao tema “Precauções Básicas de Prevenção e Controlo de Infecção nos Cuidados de Saude”, em Março de 2011

Angela Valença / Susana Freitas Alunas do
4º Mestrado de Enfermagem área de
Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Maio 2011

APÊNDICE VII – Ação de formação subordinada ao tema “Mesa
cirúrgica para implantação de pacemakers”

Mesa Cirúrgica para implantação de Pacemaker

Sob Orientação da Sra. Enf.^a Patrícia Fernandes

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

Objectivo Geral

- Transmitir conhecimentos atualizados sobre a colocação do instrumental cirúrgico na mesa operatória preparada para a implantação de pacemaker.

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

Objectivo Especifico

- Que os enfermeiros sejam capazes de colocar o instrumental cirúrgico na mesa operatória preparada para a implantação de pacemaker, segundo as normas universais.

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

O enfermeiro instrumentista

“...desenvolve a sua atividade inserido na equipa cirúrgica, que irá cuidar do doente durante um determinado procedimento cirúrgico...”

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

“...Assume a responsabilidade individual e em equipa, dos cuidados que presta, em parceria com outros profissionais, que têm a seu cargo determinado doente...”

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

“...É sua função prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação para que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para o doente e equipa...”

AESOP

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

De entre os objectivos da atuação do enfermeiro instrumentista destaca-se:

“... promover a durabilidade dos instrumentos porque existe cuidado na sua manipulação, utilização e manutenção...”

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

De entre as funções do enfermeiro instrumentista salienta-se :

- “...preparação do material cirúrgico necessário;
- desinfeção cirúrgica das mãos;
- vestir e usar a indumentária esterilizada;
- preparação das mesas para a cirurgia;
- responsabilização pelos dispositivos médicos, nomeadamente instrumentos, compressas, suturas e procedendo à respectiva contagem nos tempos protocolados...”

AESOP

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

Classificação dos instrumentos cirúrgicos

Existem 5 categorias:

- de corte;
- de hemostase;
- de prensão;
- de afastamento;
- os motores.

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

Instrumentos de corte ou dissecação

Podem ser agudos ou rombos e têm na sua parte principal uma lâmina afiada ou cortante.

Função:

Dissecar, cortar ou separar tecido.

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

Instrumentos de corte ou dissecação

Categorias:

- Bisturis;
- Tesouras.

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

Instrumentos de corte ou dissecação

Bisturis

Têm um cabo com uma extremidade destinada à fixação de lâminas descartáveis.



Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

Instrumentos de corte ou dissecação

Tesouras

- o seu desenho habitual consiste em duas lâminas, cada uma com uma borda biselada compatível com a estrutura ou material a ser cortado
- as lâminas podem ser rectas ou curvas
- as pontas podem ser rombas ou pontiagudas

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

Instrumentos de corte ou dissecação

Tesouras



Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

Instrumentos de hemostase

Construídos para fazer a hemostase dos tecidos, ou ainda para segurar tecido ou outros materiais.

São usadas para encerrar as extremidades cortadas de um vaso, impedindo a perda excessiva de sangue durante a dissecação.

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

Instrumentos de hemostase



Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

Instrumentos de preensão

São usadas para prender tecidos, para afastar ou suturar.

São exemplos:

- Pinças de dissecação com e sem dentes;
- Pinças kocher;
- Porta-agulhas.

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

Instrumentos de preensão

Pinças de dissecação com e sem dentes



Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

Instrumentos de preensão

Pinças Kocher



Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

Instrumentos de preensão

Porta agulhas



Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

Instrumentos de afastamento

São usados para retrain os bordos das feridas, favorecendo a exposição do campo cirúrgico.

São de 2 tipos:

- Os auto fixantes (auto-estáticos);
- Os que podem ser seguros por um membro da equipa.

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

Instrumentos de afastamento

São exemplos:

- afastadores de Farabeuf



- afastador de Weitlaner



Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

Preparação e manutenção da mesa operatória

“...A disposição dos instrumentos na mesa operatória deve ser planeada, padronizada, organizada e funcional...”

AESOP

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

Princípios

- A colocação dos instrumentos na mesa deve ser feita por ordem de utilização, pois permite uma rápida localização dos mesmos e uma correta técnica asséptica cirúrgica;
- Os instrumentos são colocados com a parte funcional virada para o centro;

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

- Os instrumentos são colocados de forma a que a mobilização de um deles não interfira com os restantes;
- Os instrumentos curvos devem ser colocados com a curvatura para cima, com o objectivo de não perfurarem os campos;
- Os instrumentos pontiagudos devem ter as pontas voltadas para cima, com o objectivo de não perfurarem os campos;

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

- Os instrumentos usados para a abertura e encerramento devem ser separados dos outros para evitar a contaminação;
- O material de implante deve ser colocado em mesa separada/campo separado e só deve ser manipulado no momento de utilização para evitar manipulações indevidas.

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

Cuidados no manuseamento dos instrumentos

Obrigatoriamente os instrumentos devem ser manuseados delicadamente.

Durante a intervenção cirúrgica, os instrumentos usados devem ser limpos com uma compressa húmida com água destilada.

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

ATENÇÃO

O soro fisiológico é corrosivo, deteriora o metal e aumenta a ferrugem.



Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker

No final da intervenção, os instrumentos devem ser colocados no respectivo cesto tendo em conta que:

- estejam livres de sujidade ou matéria orgânica visível;
- devem-se colocar os mais pesados em baixo;
- devem-se colocar sempre com as mandíbulas abertas.

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker



Obrigado!

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Bibliografia

- AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses - Enfermagem perioperatória : da filosofia à prática dos cuidados. Lisboa : Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-16- X.
- AORN – American Association of Operating Room Nurses – Standards, Recomend Practices, Guidelines. Denver USA.2000.
- FULLER, J. – Tecnologia Cirúrgica. Princípios e Prática. 3ª ed. México: Panamericana.1998.
- MEEKER, Margareth H.; ROTHROCK, Jane C., Alexander – Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico, 10ª Edição, Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 1997.
- PHIPPS, [et al] Enfermagem Médico-Cirúrgica, Volume 1. Tomo 1. 2ª Edição, Lisboa, Lusodidacta, 1995.

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

APÊNDICE VIII – Cartaz informativo fotográfico – “Mesa cirúrgica
para implantação de pacemakers”

Mesa Cirúrgica para implantação de pacemaker



Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

APÊNDICE IX – Ação de formação subordinada ao tema “Boas práticas na sala operatória: implantação de pacemakers”

Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers

Sob Orientação da Sra. Enf.ª Patrícia Fernandes

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers

Objectivo Geral:

- Transmitir conhecimentos atualizados sobre boas práticas na Sala Operatória.

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers

Objectivos Específicos:

- Transmitir conhecimentos atualizados sobre a desinfecção das mãos;
- Transmitir conhecimentos atualizados sobre as funções do enfermeiro circulante;
- Transmitir conhecimentos atualizados sobre as funções do enfermeiro instrumentista;

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers

- Transmitir conhecimentos atualizados sobre a preparação e colocação do instrumental cirúrgico na mesa operatória preparada para a implantação de pacemakers;
- Transmitir conhecimentos atualizados sobre cuidados específicos com a troca de luvas durante o procedimento;
- Transmitir conhecimentos atualizados sobre cuidados específicos com a troca de luvas antes da manipulação de material de implante;

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers

- Transmitir conhecimentos atualizados sobre a desinfecção da sala operatória.

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers



Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Bloco Operatório

“...é uma unidade orgânico funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objectivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida...”

AESOP

Sala de Operações

“...É a unidade imobiliária e o mobiliário destinados às intervenções cirúrgicas...”

Zona Operatória

“... é o domínio definido da actividade operatória: a marquise operatória e o seu meio circundante imediato e que está reservado à equipa cirúrgica estéril...”

AESOP

Sala Operatória



Medidas de Controle de Infecção

1 - Controlo ambiental

HUMPHREYS (1992) - afirmou que a infecção por *Staphylococcus Aureus* adquirida em salas de operações pode ser prevenida, em parte, melhorando a qualidade biológica do ar durante as cirurgias.

- EVERETT & KIPP (1991) - descreveram um aumento das infecções em feridas operatórias limpas devido à falta de reparação no sistema de ventilação das salas de operação, e que após a realização das mesmas, os níveis de infecção voltaram aos índices esperados.

Ferida cirúrgica:

“É um tipo de ferida com as seguintes características específicas: corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera ser limpa”

(Conselho Internacional Enfermeiros, 2001)

Ferida limpa /Classe 1:

Inclui as feridas não traumáticas, sem sinais de inflamação, sem violação da técnica asséptica cirúrgica e sem abertura dos tractos respiratórios, digestivo e genito-urinário.

O risco de infecção situa-se entre 1 -5%.

Medidas de Controlo de Infecção

- O ar condicionado deve manter a temperatura entre o equilíbrio do conforto do pessoal e o risco de hipotermia para o doente cirúrgico:



- Temperatura entre 20-24°C
- Humidade entre 50-60%
- Controlo do ar entre 15-20 renovações de ar por hora

Decreto Lei 63/94 do Diário da República

- As salas de operações devem estar em pressão positiva.
- O sistema de ventilação deve estar ligado 24 horas/dia.
- Se tivermos que suspender o ar condicionado não se devem realizar cirurgias e depois da reparação deve-se esperar 1 hora.

- As grelhas das salas devem ser limpas semanalmente e sempre que estiverem sujas (acumulam algodão e a sua limpeza limita a dispersão das partículas e favorece a eficácia da filtragem).

- O ar ambiente nas salas operatórias pode conter microrganismos, poeiras, células epiteliais e aerossóis provenientes da respiração dos doentes e profissionais.



- O nº de microrganismos é directamente proporcional ao nº de pessoas que se movimentam dentro da sala.

- A transmissão de infecções por via aérea pode surgir dentre outras, nas situações de movimentação não controlada de pessoas como por exemplo no bloco operatório.
- As infecções por Streptococcus Beta-hemolítico nas incisões cirúrgicas têm sido associados à contaminação do ar ambiente devido a pessoal clínico na sala de operações.

Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers

Medidas de Controle de Infecção

1 - Preparação do doente:

- Não fazer tricotomia a não ser que os pêlos interfiram com a cirurgia (IA).
- Chuveiro ou banho com solução antisséptica na véspera e no dia da cirurgia (IB).

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers


2 – Higiene das Mãos

Objectivos

- Remover partículas e microrganismos transitórios das unhas, antebraços e mãos.
- Reduzir ao mínimo os microrganismos residentes da pele.
- Inibir a proliferação de microrganismos.

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers



Normas Internacionais

- EN 12791 – Desinfecção cirúrgica das mãos
- EN 1500 – Desinfecção higiénica das mãos

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers

Recomendações para Bloco Operatório:

- Lavagem Cirúrgica das mãos;
- Actualmente:
Lavagem Higiénica das mãos seguida da desinfecção com solução antisséptica de base alcoólica (3 min).

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers

3 - Profilaxia antimicrobiana (IA).

- “... Give antibiotic prophylaxis before clean prosthetic surgery, clean-contaminated surgery and contaminated surgery but not routinely for clean, non-prosthetic, uncomplicated surgery using local antibiotic formularies which consider potential adverse effects...”

David Leaper [et al]
Ann R Coll Surg Engl 2010; 92: 453–458.

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers

- “... The panel agreed that greater use should be made of antiseptics to reduce reliance on antibiotics with their associated risk of antibiotic resistance...”
- “...Consider a single dose intravenously on starting anaesthesia...”

David Leaper [et al]
Ann R Coll Surg Engl 2010; 92: 453–458.

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

4- Técnica asséptica cirúrgica

É um conjunto de medidas e procedimentos, executados com o objectivo de:

1. Prevenir a infecção da ferida operatória e a introdução de microrganismos no organismo.
2. Prevenir a contaminação dos profissionais.

Implica:



Uso de bata e luvas esterilizadas,
com prévia desinfecção cirúrgica das mãos.

O Enfermeiro na Sala de Operações

Enfermeiro Circulante:

- "...a sua função surge na história em 1884
- deve ser desempenhada por um enfermeiro "sénior"
- circular permite coordenar o conjunto de actividades dentro da sala e zelar para que o procedimento cirúrgico decorra nas melhores condições de segurança para o doente e equipa..."

AESOP

As actividades desenvolvidas pelo enfermeiro circulante classificam-se em :

- actividades assistenciais
- actividades de gestão.

São elas:

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

AESOP



Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers

Especificamente:

- Consulta o plano operatório;
- Prepara o material necessário para o acto cirúrgico;
- Acolhe o doente;
- Transfer o doente para a marquesa cirúrgica;
- Colabora no posicionamento do doente;
- Verifica a funcionalidade dos equipamentos;
- Verifica condições ambientais da sala de operações;

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011



Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers

- Apoia o enfermeiro instrumentista e a restante equipa cirúrgica a vestirem-se com roupa estéril;
- Colabora na colocação das mesas operatórias;
- Providencia novos dispositivos médicos necessários no decorrer da cirurgia;
- Colabora com o enfermeiro instrumentista na contagem das compressas, agulhas e instrumentos cirúrgicos;
- Mantém a disciplina na sala;
- Adequa os gastos às necessidades do procedimento cirúrgico;
- Mantém a sala limpa e organizada;

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011



Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers

- Cumpre e faz cumprir as regras de assepsia;
- Actua em situações de urgência;
- Efectua todos os registos inerentes ao acto cirúrgico;
- Supervisiona o cumprimento do protocolo de higienização da sala e equipamentos.

AESOP

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011



Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers

Enfermeiro instrumentista

“... É sua função prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação para que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para o doente...”

AESOP

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011



Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers

Especificamente:

- Desinfecção cirúrgica das mãos;
- Preparação das mesas para a cirurgia;
- Manutenção e vigilância da técnica asséptica cirúrgica;
- Substituição de luvas a toda a equipa cirúrgica, nas situações protocoladas e sempre que necessário;
- Transferência dos instrumentos cirúrgicos em posição funcional;
- Preparação dos implantes;
- Realização do penso cirúrgico.

AESOP

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011



Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers

De entre os objectivos da atuação do enfermeiro instrumentista destaca-se:

“... promover a durabilidade dos instrumentos porque existe cuidado na sua manipulação, utilização e manutenção...”

AESOP

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011



O enfermeiro na Sala Cirúrgica da UCIC

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011



O enfermeiro assume as funções de enfermeiro instrumentista e circulante.



A instrumentação, nesta unidade, não é exercida tendo em conta a totalidade das actividades que lhe são inerentes, em particular no decurso do procedimento cirúrgico.

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011



Mesa Operatória

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011



Preparação e manutenção da mesa operatória

“...A disposição dos instrumentos na mesa operatória deve ser planeada, padronizada, organizada e funcional...”

AESOP

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011



Princípios

- A colocação dos instrumentos na mesa deve ser feita por ordem de utilização, pois permite uma rápida localização dos mesmos e uma correta técnica asséptica cirúrgica;
- Os instrumentos são colocados com a parte funcional virada para o centro;

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011



- Os instrumentos são colocados de forma a que a mobilização de um deles não interfira com os restantes;
- Os instrumentos curvos/pontiagudos devem ser colocados com a curvatura/ponta voltadas para cima, com o objectivo de não perfurarem os campos;

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

- Os instrumentos usados para a abertura e encerramento devem ser separados dos outros para evitar a contaminação;
- O material de implante deve ser colocado em mesa/campo separado e só deve ser manipulado no momento de utilização para evitar manipulações indevidas.

Cuidados no manuseamento dos instrumentos

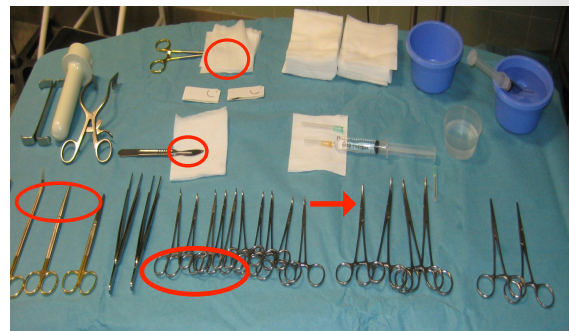
Durante a intervenção cirúrgica, os instrumentos usados devem ser limpos com uma compressa húmida com água destilada.

O soro fisiológico é corrosivo, deteriora o metal e aumenta a ferrugem.



No final da intervenção, os instrumentos devem ser colocados no respectivo cesto tendo em conta que:

- estejam livres de sujidade ou matéria orgânica visível;
- devem-se colocar os mais pesados em baixo;
- devem-se colocar sempre com as mandíbulas abertas.




Cuidados com as luvas

“...Only in visceral surgery


...recommendations of glove changing time points had been made: for the surgeon and first assistant at 90 min and for scrub nurses and second assistants at 150 min from the start of the operation...

...the results found in visceral surgery can not be transferred to other surgical specialties without additional scientific evidence...”

 **Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers**

Cuidados com Implantes


Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

 **Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers**

“...We support the viewpoint that glove exchange should be encouraged, both after draping, and prior to prosthesis implantation...”


Dawson-Bowling S, [et al], Junho 2011

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

 **Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers**

Higienização das Salas Operatórias


Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

 **Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers**

Antes da cirurgia:

- Deverão ser limpas todas as superfícies horizontais com toalhete humedecido com álcool a 70º ou solução desinfetante equivalente.
- As coberturas que protegem os equipamentos devem ser retirados com gestos lentos e suaves.
- Das superfícies horizontais mais elevadas para as mais baixas.


Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

 **Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers**

Durante a cirurgia:

- Evitar derramar líquidos orgânicos;
- Existência de recipientes fechados de recolha dos diversos materiais contaminados;
- Existência de recipientes fechados para a recolha e triagem dos resíduos;
- Existência de recipientes fechados para a recolha de roupa contaminada;
- Durante o procedimentos as portas devem estar fechadas e a circulação de pessoas deve ser limitada ao estritamente necessário.


Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

 **Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers**

Entre duas cirurgias:

- As portas devem estar fechadas e deve haver restrição do nº de pessoas;
- Remoção de todo o material contaminado e resíduos;
- Limpeza de todas as superfícies horizontais e outras superfícies não horizontais que tenham sido expostas à matéria orgânica ou que estejam visivelmente sujas;
- Limpeza de todo o material que esteve em contacto com o doente;
- Limpeza do chão com água quente e detergente das zonas mais limpas para as menos limpas.


Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

 **Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers**

Semanalmente:

- Limpeza da sala idêntica à recomendada para o fim do programa;
- Esvaziar as prateleiras, limpar com um pano húmido, secar e repor o stock;
- Limpar todas as prateleiras dos aprovisionamentos e armários;
- As grelhas de entrada e saída de ar condicionado e sistema exaustão gases anestésicos, incluindo os seus filtros devem ser limpos com pano húmido;
- Deve ser feita a lavagem do chão só com água.


Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011


 **Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers**

Mensalmente:


- Tudo o que foi referido mais as paredes (até 1,80 m) e tectos.


Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

 **Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers**




Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

 **Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers**



Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

 **Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers**

Bibliografia


AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses - Enfermagem perioperatória : da filosofia à prática dos cuidados. Lisboa : Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-16- X.

AORN – American Association of Operating Room Nurses – Standards, Recommended Practices, Guidelines. Denver USA.2000.

DAVID L. [et al] - Healthcare associated infection: novel strategies and antimicrobial implants to prevent surgical site infection. *Ann R Coll Surg Engl* 2010; 92: 453–458.

Dawson-Bowling S, [et al] - Should outer surgical gloves be changed intraoperatively before orthopaedic prosthesis implantation?. *The Journal Of Hospital Infection* [serial online]. June 2011;78(2):156-157. Disponível em: MEDLINE with Full Text, Ipswich, MA. Acesso em 13 Novembro, 2011.

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

 **Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers**

Everett W, Kipp H. - Epidemiologic observations of operating room infections resulting from variations in ventilation and temperature. *American Journal Of Infection Control* [serial on the Internet]. (1991, Dec), [cited December 4, 2011]; 19(6): 277-282. Available from: MEDLINE with Full Text.

FULLER, J. – Tecnologia Cirúrgica. Princípios e Prática. 3ª ed. México: Panamericana. 1998.

Harnoss J; [et al] - What is the appropriate time-interval for changing gloves during surgical procedures. *Zentralblatt Für Chirurgie* [serial online]. February 2010;135(1):25-27. Disponível em: MEDLINE with Full Text, Ipswich, MA. Acesso em 13 de Novembro, 2011.

Humphreys H. - Microbes in the air—when to count! (the role of air sampling in hospitals). *Journal Of Medical Microbiology* [serial on the Internet]. (1992, Aug), [cited December 4, 2011]; 37(2): 81-82. Available from: MEDLINE with Full Text.

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011



Boas Práticas na Sala Operatória: Implantação de Pacemakers

MEEKER, Margareth H.; ROTHROCK, Jane C., Alexander – Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico, 10ª Edição, Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 1997.

PHIPPS, [et al] Enfermagem Médico-Cirúrgica, Volume 1. Tomo 1. 2ª Edição, Lisboa, Lusodidacta, 1995.

APÊNDICE X – Ação de formação subordinada ao tema “Máscaras
laríngeas na presença de via aérea difícil”

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

Sob orientação da Sra. Enf.^a Patrícia Fernandes

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

Objectivos:

- Transmitir conhecimentos atualizados acerca das máscaras laríngeas clássica e I-Gel,
- Que os enfermeiros consigam identificar a presença de uma VAD e atuar perante a mesma com o auxílio dos dispositivos supraglóticos existentes no serviço.

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil



Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

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

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

Via Aérea Difícil (VAD) ocorre:

“... quando um profissional treinado encontrar dificuldade em realizar a laringoscopia directa ou em manter a ventilação manual sob máscara facial, ou ambos...”

Barrios (2005)

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

Para manutenção da segurança do doente em situação de VAD é necessário:

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

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

As situações de risco ocorrem:

Na ventilação com máscara facial quando:
o doente não reverte os sinais de ventilação inadequada ou a saturação é <90% com pressão positiva com fio2 a 100%;

Na laringoscopia na:
impossibilidade de expor a glote;

Na intubação endotraqueal quando:
existem mais que 3 tentativas ou o procedimento é > 10 minutos.

ASA

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

Situação de risco identificada



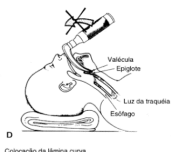
Manobras facilitadoras da ventilação/entubação

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

Manobras facilitadoras da ventilação/entubação

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




Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

Manobras facilitadoras da ventilação/entubação

Uso correto da máscara facial;



Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

Manobras facilitadoras da ventilação/entubação

Utilização correcta de dispositivos adjuvantes da ventilação (tubo naso e orofaríngeo);



Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

Uso de equipamento adequado:

- Laringoscópio Macintosh e McCoy;
- Tubos endotraqueais;
- Material supraglótico:
 - Máscara Laríngea Clássica,
 - Máscara I-GEL;
- Fios Guias;
- Material de cricotirotomia emergente(kit).

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

Algoritmo de via aérea difícil

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

Algoritmo de Via Aérea Difícil

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

Dispositivos Supraglóticos

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

Denominam-se supraglóticos pois ficam inseridos acima da glote;

São alternativos à entubação traqueal;

Permitem a continuidade aérea efectiva entre a traqueia e o meio exterior;

São concebidos para serem utilizados sem necessidade de laringoscopia.

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

São dispositivos de ventilação pulmonar que permitem:

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

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

Dispositivos supraglóticos

Máscara Laríngea

ML Clássica ML I-Gel

Ângela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil


Máscara Laríngea Clássica



Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

ML Clássica




“... Desenhada especialmente para a via aérea difícil. Ideal em situações de emergência. Pode ser usada como elemento de entubação, sem ser necessário interromper a oxigenação do doente. Permite a inserção numa posição neutra, num espaço reduzido e sem ser necessário mobilizar o doente...”

Intersurgical

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

ML Clássica



“... Inicialmente usada na sala operatória, neste momento é considerada um novo instrumento de via aérea segura num doente que não respira.
Mais recentemente é usada no pré-hospitalar, no departamento de emergência e nas UCI...”

Journal of Emergency Nursing, Fevereiro 2004

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

ML Clássica



Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> Não necessita de laringoscopia; Menor resposta hemodinâmica; Colocação em condições de difícil acesso ao doente; Podem resolver casos de entubação difícil ou impossível. 	<ul style="list-style-type: none"> Não protege contra a regurgitação; Não pode ser usada em pacientes com aumento da resistência da via aérea.

Contra-indicações

- Doente com maior risco de regurgitação;
- Doente com patologia faríngea;
- Doente com reflexos glossofaríngeos e laríngeos presentes.

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

ML Clássica



Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

ML Clássica



Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

ML Clássica

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

ML Clássica

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

ML Clássica

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

ML Clássica

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

ML Clássica

POSICIONAMENTO INICIAL da ML

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

ML Clássica

Foram estudados 130 enfermeiras e 164 casos de paragem cardíaca :

- a máscara laringea foi introduzida numa primeira tentativa em 71% dos casos e numa segunda tentativa em 26%.
- ocorreu expansão pulmonar satisfatória em 86% dos casos.
- o intervalo médio entre a paragem cardíaca e a inserção de máscara laringea foi de 2,4 min.
- a regurgitação gástrica ocorreu antes da inserção da máscara laringea em 20 casos(12%), durante a inserção em 3 casos(2%), mas existe evidencia clinica de aspiração pulmonar em apenas 1 doente, que sobreviveu e saiu com alta do hospital.

Anaesthesia, 1994

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil


Máscara Laríngea I-Gel



Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

ML I-Gel



“... A máscara I-Gel introduz-se com precisão e posiciona-se naturalmente sobre a estrutura da laringe, fornecendo um selo periláringeo confiável sem a necessidade de um cuff insuflável...”

Intersurgical

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

ML I-Gel



- Conector de 15mm
- Extremidade proximal do canal gástrico
- Confirmação do número de máscara e indicações de peso do doente
- Marca de confirmação de óptima localização

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

ML I-Gel



- Canal gástrico.
- Abre boca integral, reduz a possibilidade de oclusão do canal aéreo.
- Estabilizador da cavidade bucal, ajuda na inserção e elimina o risco potencial de rotação.
- Repouso epiglótico, evita a obstrução da passagem do ar.
- Feito de gel macio, é o equivalente ao cuff, não insuflável. Permite uma fácil introdução, não traumático.
- Porção distal do canal gástrico.

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

ML I-Gel

Indicações	Vantagens
No pré-hospitalar quando existe falha na EET; Na intubação difícil pois permite a passagem de fio guia e de fibroscópio; Em situações de desmame em UCI.	Possui um canal gástrico que permite a aspiração do conteúdo gástrico; No conector passa um TET.

Contra-indicações

Doentes sem jejum;
Limitação à abertura da boca;
Presença de abscesso e/ou hérnia do hiato;
Aplicação superior 4 horas;

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

ML I-Gel

Preparação

A embalagem só deve ser aberta no último minuto de pré-oxigenação;
Deve-se aplicar lubrificante na base inferior lisa: no canal de aspiração, na frente, lados e parte de trás do cuff, certificando que não ficaram resíduos de lubrificante na cavidade da máscara;
Deve-se pousar só no tyvek.

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

ML I-Gel



Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011


Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

ML I-Gel




Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011


Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil



Máscara I-Gel Nº 5 para adultos com ≥ 90 Kg






Máscara I-Gel Nº 4 para adultos entre 50 e 90Kg



Máscara I-Gel Nº 3 para adultos entre 30 e 60Kg

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

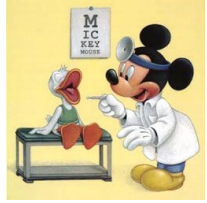
Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

	TET	SNG
	8	14
	7	12
	6	12

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

Reflexão:



O enfermeiro deve reconhecer a presença de uma VAD e ter competências para o uso dos dispositivos supraglóticos, pois é ele que muitas vezes mantém a oxigenação e ventilação do doente.

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

Máscaras Laríngeas na presença de via aérea difícil

Bibliografia

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS - Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. 2002. 22 p.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS - Task Force on Difficult Airway Management. Practice guidelines for management of the difficult airway; an updated report by the American Society of Anesthesiologists. Anesthesiology. 2003; 98: 1269-77.

AMINI S.; KHOSHFETRAT M. - Comparison of the Intersurgical SolusTM laryngeal mask airway and the i-gel supralaryngeal device. Anaesthesia, 2010, 65, p. 805-809.

BARRIOS, J.; MESA, A. - Manual Clínico da Via Aérea Respiratória. São Paulo: Artes Médicas, 2005.

BASKETT P. J. F.; PARR M. J. A.; NOLAN J. P. - The intubating laryngeal mask Results of a multicentre trial with experience of 500 cases. Anaesthesia, 1998, 53, p. 1174-1179.

Ángela Valença
Aluna do 4º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica da UCP
Outubro 2011

BERKOW L. C. - Strategies for airway management. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology Vol. 18, No. 4, p. 531-548, 2004. Disponível online em <http://www.sciencedirect.com>

DANKS, R. R. [et al] - Laryngeal Mask Airway: Review of Indications and Use. Journal of Emergency Nursing, 2004;30:30-5.

HEIDEGGER T.; GERIG H. J.; HENDERSON J.J. - Strategies and algorithms for management of the difficult airway. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology Vol. 19, No. 4, p. 661-674, 2005, disponível online em <http://www.sciencedirect.com>

HENDERSON J.J. ; POPAT M.; LATTO I. P.; PEARCE A. C.- Difficult Airway Society guidelines for management of the unanticipated difficult intubation. Anaesthesia, 2004, 59, p. 675-694.

SHARMA S. ; ROGERS R. ; POPAT M.- The i-gel airway for ventilation and rescue intubation. Anaesthesia, 2007, 62, pages 412-423.

APÊNDICE XI – Folheto “Cuidados a ter com a sutura operatória”
após implantação de pacemaker

Sr./Sra. _____

Acabou ser submetido a uma pequena cirurgia para colocar um pacemaker e vai regressar a casa com um penso no local operado.

Terá de ter alguns cuidados específicos em relação a este penso até voltar ao hospital para a primeira consulta de enfermagem pós colocação de pacemaker.

CUIDADOS Á SUTURA OPERATÓRIA NO DOMICILIO

Deve lavar sempre as mãos antes e após a mudança de penso ou de qualquer contacto com o local da sutura operatória.

Deve lavar a sutura operatória com água e sabão e secar bem a pele depois.

Pode fazer curtas aplicações de gelo no local. Além de reduzir a dor reduz o edema e a inflamação.

Deve vigiar a temperatura axilar uma vez por dia. Se notar o aparecimento de febre, vermelhidão, calor, inchaço ou dor deve identificar a respectiva alteração e contactar o serviço de cardiologia.

Após 48h de colocação do pacemaker, a sutura operatória pode ficar exposta.

Deve usar roupas “folgadas” no local de implantação do pacemaker, de forma a evitar a fricção no local. Se esta não poder ser evitada deve almofadar a respectiva área.

Não necessita de retirar os pontos, eles vão ser absorvidos pelo seu organismo.

Não deve coçar com as unhas a pele por cima do pacemaker. Caso permaneça alguma “crosta” não a deve retirar, deixe-a cair por si.

Pode colocar um creme hidratante para ajudar á cicatrização da pele.

Não deve carregar pesos com o braço do lado em que foi colocado o pacemaker nas próximas 4 a 6 semanas.

Se necessitar pode contactar o serviço de cardiologia para esclarecimento de qualquer outra dúvida que tenha.

APÊNDICE XII – Folha de follow-up de cuidados de enfermagem a aplicar telefonicamente ao doente 48h após ter sido submetido a implantação de pacemaker



**Consulta telefónica de enfermagem de seguimento domiciliário -
Pós colocação de pacemaker**

Data da intervenção ____/____/____

Data da alta ____/____/____

Médico responsável _____

Contacto telefónico ____/____/____ às ____:____ h N° contacto _____

Estado geral _____ Excelente Bom Regular Mau

Autonomia AVD`S _____ Autónomo Semi-dependente Dependente

Sono e repouso _____ Dormiu: Sim
Não Justifique _____

Presença de Dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Presença de febre ____ Sim
Local _____ Não
Não avaliada

Analgesia _____ Sim Prescrita Extra(SOS) Auto-medicação
Não

Terapêutica: Cumpre prescrição Sim Dúvidas plano terapêutico: Sim Justifique _____
Não Justifique _____ Não

Dúvidas plano terapêutico__ Sim
Não Justifique _____

Ferida cirúrgica _____ Penso limpo Mudado Sinais inflamatórios
Hematoma
Hemorragia
Exposta

Instruções gerais _____ Data de consulta ____/____/____
Mudança de penso ____/____/____

Apreciação geral _____ Excelente Boa Satisfatória Duvidosa Má

Necessidade de novo contacto ____ Sim Não

Enfermeiro _____ Data ____/____/____

APÊNDICE XIII– Quadro de analgesia/sedação para o doente
submetido a procedimentos invasivos

Quadro de medicação anestésica a usar na realização de procedimentos invasivo

MEDICAMENTO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ACÇÃO	DOSAGEM	SOBREDOSAGEM	ANTAGONISTA	INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS
ETOMIDATO	Anestésico geral	Indução e manutenção anestésica	2mg/ml <u>Indução endovenosa</u> 0,2 – 0,6mg/kg em 30-60 segundos <u>Manutenção</u> : 5-20mcg/Kg/min	Falência respiratória e coma		Fentanil Verapamil
KETAMINA	Indução e manutenção anestésica, especialmente quando é necessário evitar depressão cardiovascular Sedação e analgesia	Indução e manutenção anestésica	10mg/ml <u>Indução endovenosa</u> : 1-4,5mg/Kg <u>Intramuscular</u> : 3-8mg/Kg <u>Manutenção</u> Doses suplementares de 1/3 a 1/2 da dose inicial	Depressão respiratória	Suporte ventilatório mecânico	Não usar na presença de: PIC elevada Aneurisma Angina psicóticos Gravidez Hipertensão ICC Distúrbios
LIDOCAÍNA	Anestésico local, analgésico tópico, agente antiarritmico	Anestésico local	1% (10mg/ml) / 2% (20mg/ml) Variável conforme o procedimento Dose máxima de 4,5mg/Kg/dose Não repetir antes de 2h <u>Individualizada</u> : 5mg/ml	Locais: irritação e tromboflebite		
MIDAZOLAN	<u>Benzodiazepina</u> Diminuir a dose em 30% quando associado com outros fármacos depressores do SNC ou idade inferior a 65 anos Diminuir 50% em idade superior a 65 anos	Sedação pré operatória Sedação em doente consciente Sedação em UCI (perfusões) Anestesia endovenosa	<u>Oral</u> : 0,25mg a 1 mg/kg <u>Entubação Nasal</u> : 0,25 mg/kg <u>Endovenosa</u> : 0,02 a 0,04mg/kg	Diminui número de ciclos respiratórios com apneia Diminui TA	Flumazenil	Drogas depressoras do SNC Alguns antifúngicos Eritromicina/Claritromicina Levodopa Teofilina Etanol
PROPOFOL	Anestésico geral	Indução e manutenção anestésica	10mg/ml <u>Indução endovenosa</u> Adultos ASA I ou II, idade inferior a 55 anos, administrar 2-2,5mg/Kg Idade superior a 55 anos, doente debilitado, hipovolémico ou ASA III ou IV, administrar 1-1,5mg/Kg	Hipotensão, bradicardia e colapso cardíaco	Fluidoterapia endovenosa, posição de Trendelenburg e atropina	Drogas depressoras do SNC Benzodiazepinas Opiáceos Etanol
ROCURÓNIO	Relaxante muscular Não despolarizante	Relaxamento muscular	10mg/ml <u>Entubação OroTraqueal</u> 0,6mg até 1,2 mg/Kg <u>Manutenção</u> 0,1/0,15/0,2mg/Kg	Sugamadex	Neostigmina	Carmabazepina Fenitoína Aminofilina Vancomicina
SCOLINE	Bloqueador neuromuscular	Despolarização muscular com parésia muscular	<u>Intramuscular</u> 2,5-4mg/Kg (não exceder os 150mg) <u>Endovenosa</u> 1-1,5mg/Kg até ao máximo de 150mg <u>Manutenção</u> 0,04-0,07mg/Kg a cada 5-10min conforme necessário <u>Perfusão</u> 0,5-10mg/min diluído numa concentração de 1-2mg/ml em Dext 5% ou SF	Paragem respiratória e cardíaca	Se bradiarritmia administrar atropina. Não administrar neostigmina, agrava a toxicidade interferindo com o metabolismo	Drogas anticolinérgicas Ciclofosfamida Lidocaina Tiopental Pancurónio Lítium Magnésio Cloroquina Metoclopramida