



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS - VISEU

Rumo á Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

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

Por Alexandra Maria Oliveira Lopes dos Santos

VISEU, Abril de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS - VISEU

Rumo á Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

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

Por Alexandra Maria Oliveira Lopes dos Santos

Sob orientação de Mestre Jorge Melo

VISEU, Abril de 2011

RESUMO

O processo de formação é indispensável para a optimização da qualidade dos cuidados de enfermagem e cabe aos enfermeiros atribuir-lhe a importância devida. Encarando a formação como algo útil e inovador, o enfermeiro pode desenvolver um trabalho digno das suas competências e atributos. (Martins, C. e Franco, M. 2004).

Este relatório reporta-se aos estágios que compõem a estrutura do Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Estão organizados em três módulos, cada um com uma carga horária de 180 horas de contacto com os doentes. Destes, foram efectuados dois, no Hospital São Teotónio E.P.E. (Entidade Pública Empresarial), nomeadamente, Módulo I – Serviço de Urgência Geral, realizado no período compreendido entre 26 de Abril e 26 de Junho e, Módulo III – Serviço de Nefrologia/ Diálise, que se desenvolveu no período de 04 de Outubro a 30 de Novembro, ambos do ano de 2010.

O documento que se apresenta pretende ser uma reflexão crítica acerca do percurso de aprendizagem, dando relevo às competências adquiridas e, igualmente, às dificuldades que foi ultrapassando no dia-a-dia, tendo por base os pressupostos que norteiam a profissão de enfermagem e visando o alcançar dos objectivos propostos em projecto de estágio. Assim destacam-se os objectivos gerais que são:

-Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica (EEMC).

-Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

-Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a Especialistas quer a não Especialistas de uma forma clara e sem ambiguidades.

A aquisição de competências como destreza técnica, planificação e tomada de decisão em contexto de urgência e de doença renal, representou uma mais-valia na abordagem ao doente crítico. A elaboração e apresentação de estudos de caso e formações em serviço contribuíram para a consolidação deste percurso formativo.

ABSTRACT

The training process is essential to optimize the quality of nursing care and it is up to the nurses to give it due attention. Facing the training as useful and innovative, the nurse can develop a work worthy of their skills and attributes. (Martins, C. e Franco, M. 2004).

This report refers to the stages that make up the structure of Specialization in Medical-Surgical Nursing (EEMC) of the Catholic University of Portugal (UCP). They are organized into three modules, each with a workload of 180 hours of contact with patients. Of these, two were carried out at Hospital of São Teotónio EPE (Public Business Entity), including Module I - General Emergency Room, held in the period between April 26 and June 26, and Module III - Office of Nephrology / Dialysis, which developed in the period from 04 October to 30 November, both of 2010.

The document presented is intended to be a critical reflection on the journey of learning, giving emphasis to skills acquisition and also the difficulties that I was overtaking on the day to day, based on the assumptions that guide the nursing profession and aiming to achieve the objectives proposed in the draft stage. So stand out the overall objectives which are:

- Know how to apply their knowledge and comprehension and problem solving in new and unfamiliar situations, in broad contexts and disciplines, related to the area of Specialization in Medical – Surgical Nursing (EEMC).

- Demonstrate ability to integrate knowledge, handle complex issues, including solutions or opinions on situations of limited or incomplete information, including reflections on the ethical and social implications and responsibilities that result from those solutions and those judgments or condition them.

- Being able to communicate their conclusions and the knowledge and reasoning underlying them, either to specialists or non-experts in a clear and unambiguous way.

The acquisition of technical skills, planning and decision making towards complex and unpredictable situations, in the context of urgency and kidney disease, did represent a gain on the approach to critical patients. The elaboration of works and their communication consent to achieve the agreed purposes.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	15
1.1 - ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL.....	18
1.2 - ESTÁGIO NO SERVIÇO DE NEFROLOGIA/DIÁLISE.....	27
2 - CONCLUSÃO	39
BIBLIOGRAFIA	43
Anexos	47
Anexo I - Artigo subordinado ao tema Trauma Ocular	
Anexo II - Plano de acção de formação sobre Comunicação no Serviço de Urgência. Trabalho em equipa e cooperação. - Acção de formação - Comunicação no Serviço de Urgência. Trabalho em equipa e cooperação.	
Anexo III - Cartaz - Comportamento gera comportamento	
Anexo IV - Cartaz - Para um bom dia de trabalho	
Anexo V - Plano da sessão de formação sobre - Embolias em Contexto de Hemodiálise (HD) - Sessão de formação - Embolias em Contexto de Hemodiálise (HD)	
Anexo VI - Plano da sessão de formação sobre - Suporte Básico de Vida em Contexto Intra-Hospitalar - Sessão de formação - Suporte Básico de Vida em Contexto Intra-Hospitalar	
Anexo VII - Estudo de Caso	
Anexo VIII - Guião do Questionário sobre - Consulta Pré-Diálise	

INTRODUÇÃO

A missão principal do exercício da enfermagem é responder às necessidades humanas e se no mundo contemporâneo as necessidades estão sempre em mudança, a formação e a prática dos enfermeiros também deverá mudar, ou melhor, acompanhar essa mudança (Pestana, 1996).

Suporta Mendonça (2009) que, ao contrario do engenheiro e do arquitecto, para os quais o objecto do seu trabalho não está na pessoa, nem este constitui o objecto directo da sua competência, em relação ao enfermeiro é precisamente o ser humano, em toda a sua dimensão e vulnerabilidade o objecto da sua ciência.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2003), a competência apresenta-se como um fenómeno multidimensional, complexo que é definido como a capacidade do enfermeiro para executar de forma segura e eficaz o exercício da sua responsabilidade profissional.

Mendonça (2009) advoga que as competências só existem enquanto processo dinâmico de articulação de conhecimentos técnico-científicos ao que Dias (2004) acrescenta que as mesmas representam um conjunto de saberes ligados á formação inicial e á experiência adquirida ao logo do tempo. Por outro lado Mendonça (2009) defende que a competência é um processo adaptativo e progressivamente evolutivo, desde as aplicações dos saberes teóricos às diversidades e adversidades dos quotidianos. Entende a mesma autora, que a profissão de enfermagem, enquanto contexto técnico-científico em permanente desenvolvimento e maturação, impõe, a si mesma e aos seus profissionais, dimensões diferenciadas de competências no sentido de se assumirem como um exemplo vivo, não apenas na capacidade de dar resposta a situações de diagnóstico, prognóstico e tratamento de doentes, mas, também, como exemplificadores dessa mesma capacidade de resposta.

Atendendo às etapas que cada um vai percorrendo, no caminho do desenvolvimento profissional, a forma como se encara o que é ser enfermeiro especialista, poderá ser bastante diferente no primeiro ano de exercício, ou ao longo dos anos. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), publicado no Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Novembro (Artigo 4º, 3.), refere-se ao Enfermeiro

Especialista como o profissional que é detentor de competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.

Transmite Vaz (s.d.), que um Enfermeiro Especialista presta cuidados que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, independentemente do contexto da prestação de cuidados, gerando ganhos em saúde, pela concepção e produção de cuidados de elevada qualidade. Deve possuir competências que lhe permitam gerir cuidados de particular complexidade, com domínio na investigação em Enfermagem.

Assim o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) no seu art.9.º certifica que o exercício da actividade de Enfermagem, além da prática clínica, não deixa de assumir as áreas de gestão, investigação, docência, formação e assessoria. Ainda de acordo com o art.9.º do REPE, salienta-se que o exercício profissional de enfermagem se centra na relação interpessoal entre um enfermeiro e um grupo de pessoas como o são a família e as comunidades. Diz ainda explicitamente que os enfermeiros concebam, realizem, promovam e participem em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem, em particular, e da saúde, em geral, visando a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem.

Estas considerações traçadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) vão de encontro às funções do enfermeiro especialista. Recentemente, nos termos da alínea c) do nº 4 do artigo 31º-A do Estatuto da OE, aprovado pelo Decreto – Lei nº104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, o Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, aprovou a proposta de regulamento das Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica que são as seguintes:

- a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da concepção á acção;
- c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face á complexidade da situação e á necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Rumo á Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Salienta-se que as actividades desenvolvidas em cada campo de estágio foram de encontro á aquisição, para além das anteriores, também destas competências, ulteriormente enunciadas.

Os estágios servem de base para aliar os conhecimentos, o saber e o saber fazer e para estabelecer uma dinâmica entre os valores reais e os ideais.

Na perspectiva de Martin (1991), o ensino clínico é um tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação, em que se fomenta o encontro entre o professor e o aluno num contexto de trabalho.

Neste âmbito, as escolas de enfermagem, juntamente com as instituições prestadoras de cuidados de saúde, revestem-se de grande importância, pois têm grande responsabilidade em facilitar aos estudantes o desenvolvimento de capacidades para a prática de enfermagem.

É através da inclusão nos estágios que se estabelecem relações mais equitativas e próximas com os enfermeiros dos diferentes serviços, aprendendo com eles a arte da “enfermagem prática” nos mais variados contextos. A par desta dimensão de socialização há outras competências que se adquirem em contexto de trabalho: o trabalho em equipa, a organização individual do trabalho, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades, aprender com as novas situações, a comunicação e a decisão individual ou em grupo perante situações novas, bem como o pensamento criativo. Em suma, fazem parte das competências específicas da profissão de Enfermagem a capacidade de intercomunicação, a integração em equipa, a capacidade de liderança, a inovação e a adaptação à mudança. Deste modo o ensino clínico, de acordo com Matos (1997), permite a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho.

Assim, consciente dos contextos actuais que apostam na formação, na aquisição e desenvolvimento de competências e considerando-as essenciais para a qualidade dos cuidados a prestar ao ser humano complexo e único, sentiu a necessidade de alargar os seus conhecimentos na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Foi seu propósito utilizar as oportunidades que cada campo de estágio ofereceu para, a partir delas, adquirir competências técnicas, científicas, relacionais, de investigação e de comunicação quer em contexto de Urgência quer em contexto de

Enfermagem de Nefrologia. Neste encadeamento Vasconcelos (1992) veicula que os estágios complementam a formação teórico-prática, nas condições concretas do posto de trabalho.

Collière (1989) declara que a organização dos conhecimentos, que sustentam os cuidados de enfermagem, exige um método que tenha em conta as incertezas do processo de vida e de morte. Acrescenta ainda que assim não chega receber ensinamentos em domínios muito variados, é preciso ter aprendido a descobrir, descodificar, analisar, ou seja conjugar a informação que vem das situações e os conhecimentos que permitem compreender e mobilizar essas situações.

Este relatório reporta-se aos ensinamentos clínicos realizados no âmbito do Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Desta feita, nomeadamente, Módulo I que decorreu no Serviço de Urgência Geral do Hospital de São Teotónio EPE (Entidade Pública Empresarial), de 26 de Abril a 26 de Junho de 2010, e Módulo III, opcional, que ocorreu no Serviço de Nefrologia/Diálise do mesmo hospital, no período compreendido entre 04 de Outubro a 30 de Novembro de 2010. Cada um dos ensinamentos clínicos teve a duração de 180h de contacto directo com os doentes.

A pertinência do estágio no Serviço de Urgência (SU) Geral, está intimamente ligada ao facto de este serviço se apresentar como uma das portas de entrada da instituição. Compreender a organização e o circuito dos doentes dentro do SU permite a gestão e optimização dos cuidados de enfermagem gerais e especializados, nomeadamente na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Por se tratar de um serviço com um grande nível de actividade e com grande heterogeneidade de situações, permitiu experiências novas em contexto de emergência.

A escolha do campo de estágio opcional não se prendeu apenas com o facto de esta ser uma área totalmente desconhecida mas, fundamentalmente, com a vontade de complementar os conhecimentos adquiridos durante a fase teórica do curso bem como a aquisição de competências na área da doença renal e prestação de cuidados de enfermagem ao doente insuficiente renal. Como refere Sesso (2006) trata-se de uma patologia que condiciona uma elevada morbilidade e mortalidade, com um aumento progressivo do número de doentes em estágio terminal, necessitando de técnicas de substituição da função renal.

Rumo á Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Quanto ao módulo II, obteve creditação uma vez que exerce actividade profissional no serviço de Neurocirurgia desde Fevereiro de 2001, onde se prestam, entre outros, cuidados de enfermagem ao doente neurocrítico, sendo que as intervenções são semelhantes às executadas numa Unidade de Cuidados Intensivos. Este serviço recebe doentes portadores de diversas patologias cerebrais e medulares, das quais destaca os Tumores Cerebrais, Hidrocefalias, Hematomas Epidurais e Subdurais, Traumatismos Crânio Encefálicos, Aneurismas e Malformações Arterio-Venosas. Estes doentes requerem frequentemente uma vigilância apertada, pelo que foi criada uma Unidade de Cuidados Intermédios com lotação máxima de 4 camas. Nesta unidade são colocados os doentes que necessitam de ventilação artificial, monitorização invasiva e não invasiva. Os cuidados prestados são muitos dos quais realça a avaliação e monitorização neurológica através da Escala de Comas de Glasgow (ECG) e foto reactividade pupilar, monitorização invasiva ou não invasiva e registos pormenorizados em suporte informático, colaboração com a equipa médica na entubação endotraqueal para ventilação mecânica ou apenas para protecção da via aérea em doentes com ECG inferior a 8, cuidados a doentes com ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, vigilância e monitorização de drenagens ventriculares externas, drenagens lombares externas e outras como sub-durais, quer por drenagem passiva ou activa, colaboração na colocação de cateteres centrais, linhas arteriais e cuidados na sua manutenção, cuidados a doentes traqueostomizados em ventilação espontânea ou conectados a prótese ventilatória.

Após a exposição anterior, que pretende enquadrar as motivações para a escolha do Curso de EEMC é o momento de apresentar os objectivos deste documento que são:

- Descrever o meu percurso de aprendizagem no âmbito da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, reflectindo sobre a prestação de cuidados de enfermagem em contexto de Urgência e em contexto de Nefrologia e Diálise;
- Compor uma análise crítica em torno das actividades desenvolvidas e das competências adquiridas;
- Servir como documento de avaliação.

Quanto á estrutura, este relatório divide-se em três partes essenciais, sendo que a primeira se refere á exposição das motivações e expectativas em relação aos ensinamentos clínicos, enquadramento e justificação dos estágios bem como o enunciar dos objectivos

deste documento. A segunda parte dedica-se á explanação das actividades desenvolvidas de forma descritiva, reflexiva e analítica, em cada um dos campos de estágio cruzando-as com os objectivos apresentados e realçando as competências adquiridas. Numa terceira parte, reservada á conclusão, faz-se referência aos principais aspectos constituintes do retorno das competências adquiridas, a algumas considerações sobre este percurso académico e profissional sendo que também se abordam os factores críticos de sucesso, pela positiva e pela negativa.

Para prossecução deste trabalho foi efectuada uma pesquisa bibliográfica acerca das temáticas em análise bem como a consulta de manuais e protocolos de ambos os serviços. Fez uso de uma metodologia descritiva, crítica e analítica com base no projecto de estágio apresentado previamente, nos objectivos gerais e específicos definidos inicialmente e ainda na motivação e expectativas pessoais.

1 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Os estágios, em articulação com o ensino teórico, visam a consecução dos objectivos que são dirigidos para o desenvolvimento de competências profissionais. A delimitação de objectivos bem como das estratégias para os concretizar adquire extrema importância, uma vez que incentiva a traçar metas e a elaborar formas de as alcançar, auxiliando assim no processo de avaliação e tomada de decisões.

A integração nas Equipas multidisciplinares, a noção da estrutura física e organizacional dos serviços, bem como das metodologias de trabalho e dos protocolos de actuação, normas e regulamentos, revelaram-se elementos essenciais para uma boa prestação de cuidados, quer como profissional a exercer funções no seu local de trabalho quer como aluna no seu local de estágio. Por forma, a facilitar esta abordagem acedeu a essas informações que foi interiorizando ao longo dos estágios. As competências desenvolvidas, na sequência das actividades levadas a cabo, foram ao encontro dos objectivos gerais e específicos que estão de acordo com o plano de estudos do Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC).

Objectivo Geral I

Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica (EEMC).

Segundo Collière (1989), o conhecimento não pode desistir de passar pelas diferentes fases de transformação e estruturação e o problema crucial está em organizar o conhecimento. Vital, nos dias de hoje é reorganizar o nosso sistema mental para reaprender a aprender. Acerca de situações desconhecidas, a mesma autora diz que é a partir do que se descobre nelas que se aprende a usar os conhecimentos para explicar e

verificar as diferentes manifestações dos fenómenos de vida. Assim compreendemos o interesse em relação aos cuidados e decidimos sobre a forma de os utilizar.

A este objectivo geral associaram-se os seguintes objectivos específicos:

Objectivo específico 1

- Participar na gestão dos cuidados na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC).

Objectivo específico 2

- Gerir adequadamente os conhecimentos provenientes da formação pós-graduada, da experiência profissional e de vida.

Objectivo específico 3

- Demonstrar consciência crítica perante novos problemas da prática profissional, relacionados com o utente e família, especialmente na área da EEMC.

Objectivo Geral II

Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

Neste alinhamento Collière (1989) afirma que os conhecimentos provenientes da experiência profissional e fundamentados pelos conhecimentos provenientes da investigação de outros, projectam a profissão de Enfermagem. Igualmente comunica ser necessário que os conhecimentos utilizados por uma profissão sejam constituídos como um património e servindo de alicerces, gerem outros conhecimentos.

Em relação às implicações e responsabilidades éticas, Bowden, citado por Thompson (2004), sintetiza que o cuidar exprime as formas eticamente importantes de mostrarmos o que significamos uns para os outros. Assim a relação interpessoal fica transformada em algo que ultrapassa a necessidade ontológica ou a mera sobrevivência. Thompson (2004) certifica que se considerarmos que o cuidar e a justiça se opõem um ao outro, incorremos num erro grave. Com efeito, o verdadeiro cuidar não subsiste, quando não se cumprem os requisitos básicos da justiça. Por outro lado, não pode existir justiça verdadeira quando os cuidados não são prestados ao doente, quando não se dá a

atenção devida ao seu caso específico, quando não há capacidade de misericórdia ou confissão das condições atenuantes ou da diminuição de responsabilidade.

Assim houve necessidade da associação deste objectivo específico:

Objectivo específico 1

- Formular, analisar e abordar questões/problemas de maior complexidade relacionados com o utente e a família para tomar decisões fundamentadas e/ ou tomar iniciativas na interpretação e resolução desses problemas.

Objectivo Geral III

Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a Especialistas quer a não Especialistas de uma forma clara e sem ambiguidades.

Afirma Colliere (1989) que o que orienta a organização dos conhecimentos bem como a sua utilização é o método. Edgar Morin citado por Colliere (1989), acerca de método, explica que são os princípios operacionais que ajudam a pensar por si próprio. Assim a autora (1989), remata dizendo que pensar, por si próprio, supõe o desenvolvimento de todo este processo.

Segundo Sousa in Carvalho (2006), não é possível que a formação inicial forneça a crescente massa de conhecimentos ao longo de uma carreira profissional. Alega conjuntamente que a acelerada desactualização dos conhecimentos recebidos, conduz á necessidade de renovação constante de saberes. Acrescenta ainda que a própria prática profissional levanta problemas que exigem reflexão e estudo, implicando formação contínua.

Já Carvalho (2006) atesta que *“a necessidade de formação por parte do pessoal de enfermagem tem de ser encarada nas vertentes teórica e prática, sendo de primordial importância a reflexão que se possa fazer sobre as experiencias que formam as situações vividas de cada um”* (p. 45).

Em relação à formação em serviço, o supracitado autor certifica que é uma área na qual se deve investir, para que as acções de formação não sobrevenham à margem dos problemas reais dos serviços. A produção de saber em enfermagem demanda destes profissionais uma interrogação constante das práticas, confronto de ideias, debate e

reflexão. A formação em serviço permite a reflexão sobre a prática, contextualizada e significativa.

Daqui derivam os objectivos específicos seguintes:

Objectivo específico 1

- Demonstrar conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a equipa multidisciplinar, o utente e a família, produzindo um discurso pessoal fundamentado, considerando as diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde.

Objectivo específico 2

- Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, identificando necessidades formativas e promovendo a formação, tanto a Enfermeiros quanto ao público em geral, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

Considera-se que o empenho na formação, na aquisição e desenvolvimento de competências, se mostra essencial para a qualidade do exercício profissional, dado que os cuidados de enfermagem se dirigem ao ser humano complexo e único. Consciente de que a actualização de comportamentos e de conhecimentos adquiridos na formação inicial, e reconhecendo as potencialidades formativas dos contextos de trabalho, bem como da aprendizagem ao longo da vida, se tornam instrumentos chave dos processos formativos, houve lugar ao alargar dos conhecimentos na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

1.1 - ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

O Serviço de Urgência (SU) Geral é uma unidade dinâmica, muito exigente em termos humanos e materiais, onde se lida com valores tão importantes como a vida e a morte, actuando como espelho de uma instituição hospitalar.

O Grupo Português de Triagem (2002) refere que o SU é confrontado diariamente com um grande número de doentes que apresentam uma vasta gama de problemas, variando de hora para hora a sobrecarga dos profissionais que nele trabalham consoante o número e o estado dos doentes que a ele acorrem. Do mesmo modo, a eficiência do trabalho desenvolvido pelos profissionais da equipa multidisciplinar no Serviço de Urgência, passa muito por conseguir dar resposta a

situações de urgência e emergência em tempo útil e de forma eficaz. Isso só será possível se a triagem for eficiente, estabelecendo prioridades para que se possam elaborar correctamente planos de cuidados e colocar em prática a execução desses mesmos cuidados aos doentes consoante o grau de precocidade que a sua situação clínica exija.

Assim, se passa à reflexão crítica sobre o estágio no Serviço de Urgência Geral, sendo que este teve a duração de 180 horas e aconteceu no SU Geral do Hospital de São Teotónio EPE sob orientação das Enfermeiras Isabel Tavares e Cristina Ann Amaral, no período compreendido entre 26 de Abril e 26 de Junho de 2010.

O serviço, em termos funcionais, apresenta-se organizado em oito áreas, designadamente sala de reanimação, sala de Pequena Cirurgia, gabinete de Triagem, sala Aberta, “sala dos verdes”, sala de Ortopedia, Unidade de Decisão Clínica (UDC), sala de Observação (SO). Para além destas zonas funcionais, existem também vários gabinetes médicos, salas de arrecadação, salas de espera, corredores comuns e dois elevadores de acesso interno ao Bloco Operatório. Estes últimos permitindo ganhos de tempo em situação de cirurgia emergente

O contacto com a sala da Triagem de Manchester representou a maior prioridade, uma vez que foi de encontro á vontade de compreender como é resolvido o encaminhamento dos doentes para os vários sectores do SU e para as várias especialidades médicas. A metodologia da Triagem de Manchester não pretende estabelecer um diagnóstico, mas sim determinar uma prioridade clínica como refere Teixeira (2006), permitindo identificar atempadamente, de forma objectiva e contínua o doente que precisa de cuidados urgentes. Aqui começa o circuito dos doentes que recorrem ao SU, não por ordem de chegada mas por ordem de prioridades, de acordo com a sintomatologia observada pelo enfermeiro e referida pelo doente e/ou pelo seu acompanhante. O objectivo da aplicação do método de Triagem de Manchester tem por propósito a categorização dos doentes de acordo com a gravidade da sua situação clínica, mediante o agrupamento em cinco grandes grupos, cabendo a cada um, uma cor a que corresponde um determinado tempo alvo de atendimento. Todo o individuo que recorre ao SU é rapidamente avaliado pelo enfermeiro da triagem e o êxito do sistema depende do cumprimento dos tempos alvo, que são referentes à primeira observação médica após a triagem.

Toda a informação colhida, nomeadamente estado de consciência do doente, sinais vitais e queixas, è introduzida no programa informático. Na sua operacionalização este método requer que o enfermeiro seleccione uma das 52 sintomatologias pré-definidas e, procure seguidamente um número delimitado de sinais e sintomas que discriminem a prioridade clínica a atribuir ao doente. Cada conjunto de sinais e sintomas que fazem a discriminação entre as prioridades clínicas funcionam como discriminadores, que se apresentam sob a forma de fluxogramas podendo estes ser gerais e específicos. Os discriminadores gerais estão relacionados com o risco de vida, a dor, as hemorragias, o grau do estado de consciência, a temperatura e o agravamento do estado geral do doente. São discriminadores que se aplicam a todos os doentes, independentemente do seu estado clínico. Relativamente aos discriminadores específicos aplicam-se aos casos individuais tendo em conta as manifestações específicas manifestadas pelos doentes.

O fluxograma de triagem é rígido mas permite alguma flexibilidade, pelo que o enfermeiro alocado á triagem deve ser uma pessoa sensível, mas não influenciável, com um leque abrangente de conhecimentos, discernindo entre uma situação urgente e outra pouco ou não urgente. A responsabilidade associada a esta actividade é enorme dado que a competência para fazer triagem só é atribuída após frequência de um curso.

A cor branca não é uma cor de prioridade mas sim uma cor que identifica o doente como sendo uma reobservação ou um encaminhamento para especialidade após episódio de urgência anterior. Esta modalidade permite uma reobservação especializada á posteriori.

Salienta-se a particularidade de o enfermeiro triador estar autorizado a prescrever electrocardiograma (ECG), sempre que o doente apresente sintomatologia sugestiva de enfarte agudo do miocárdio (EAM), nomeadamente a dor torácica. Em 2008 foram implementadas as Vias Verdes do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Coronária, permitindo um rápido diagnóstico e consequente tratamento dos doentes com isquémia cerebral ou coronária. Desta forma ganha-se tempo numa situação que é urgente e promove-se um atendimento adequado e atempado, o que é fundamental para que, se indicado, o tratamento de reperfusão seja iniciado dentro da janela de tempo estabelecida, atendendo á hora do aparecimento dos sintomas. O AVC agudo e o EAM são emergências médicas, e o AVC é a terceira causa de morte nos países

industrializados e a primeira causa de morbidade e incapacidade prolongada na Europa. É pois de extrema importância uma actuação precoce e eficaz no tratamento do AVC, de maneira a contrariar estes números (Teixeira, 2006).

Encontrando-se a exercer funções no serviço de Neurocirurgia que incorpora a unidade de AVC, demonstrou competências em lidar com estas questões complexas. Durante o estágio encontrava-se em fase de implementação a via verde da Sepsis.

Á partida, um SU pode parecer confuso e conduzir a julgamentos errados no que diz respeito ao circuito que cada doente percorre, mas cada um está entregue a médicos e enfermeiros que têm conhecimento da sua presença e das suas queixas porque este sistema de triagem irá colocar o utente no local certo, no momento certo, para receber o nível de cuidados adequados (Sheehy, 2001). Assim ele é tratado e cuidado de acordo com a sua sintomatologia e posteriores resultados analíticos e exames complementares efectuados.

Entende-se fazer sentido que, em vez de médicos, sejam os enfermeiros a fazer triagem uma vez que a sua área de actuação é a observação das respostas humanas aos processos de saúde e de doença. Os enfermeiros não estão pré-formados para diagnosticar patologias e não é esse o objectivo em contexto de triagem, mas sim importa valorizar as queixas do doente e fazer um registo adequado de sinais e sintomas para um correcto encaminhamento. A metodologia da Triagem de Manchester não pretende estabelecer um diagnóstico, mas sim determinar uma prioridade clínica como refere Teixeira (2006), permitindo identificar atempadamente, de forma objectiva e contínua o doente que precisa de cuidados urgentes.

Na sala de Reanimação aplicou os conhecimentos provenientes da experiência profissional e da formação pós graduada. Prestou cuidados directos ao doente crítico/emergente, demonstrando sempre um nível aprofundado de conhecimentos na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Prestou cuidados a doentes com patologias diversas como doentes poli-traumatizados, vítimas de acidentes de viação, doentes com insuficiência respiratória, edema agudo do pulmão, acidente vascular Cerebral (AVC) e enfarte agudo do miocárdio (EAM). Estas experiências de prestação de cuidados directos permitiram aperfeiçoar o seu desempenho técnico-científico e relacional utilizando os conhecimentos científicos adquiridos na formação académica e provenientes do percurso profissional, ganhando competências de destreza,

de planificação e tomada de decisão. Considera também, que desenvolveu capacidade de reagir perante situações complexas e imprevistas considerando que, um acidente de viação ou um AVC, representa uma situação complexa para o enfermeiro, mas sobretudo, para o doente, quer ao nível das lesões físicas mas também das sequelas psicológicas que deles podem resultar.

Efectuou o acompanhamento de doentes instáveis à realização de exames complementares de diagnóstico e colaborei na transferência de um doente à Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), o que permitiu adquirir competências técnicas no transporte destes doentes, muitas vezes com necessidade de ventilação mecânica, no manuseamento de drogas de emergência e monitorização contínua em situações de carácter emergente. Aqui a vigilância mostrou-se uma ferramenta de trabalho indispensável e uma correcta utilização dos recursos materiais permite a sua optimização bem como uma pronta intervenção. Assim geriu os conhecimentos provenientes da formação pós graduada e da experiência profissional e de vida.

O material de punção e os tubos de colheita de sangue estão agrupados e dentro de saquinhos individuais. Cada saquinho é composto por dois cateteres, 20 e 22 G e tubos de hemograma, bioquímica, coagulação e grupo. O facto de não se gastar tempo a juntar o material para estabelecer um acesso venoso periférico, vai de encontro á salvaguarda da hora de ouro, primeira hora após o acidente, do traumatizado. Finalmente, foi team-leader no levantamento de um poli traumatizado. Cada um destes doentes representa um desafio pois, numa primeira abordagem, não se conhece a real extensão das suas lesões. O team-leader assume o comando de uma equipa de pessoas que, á sua ordem, levantam o doente com traumatismos vários sem que haja alteração da posição inicial o que permite não se causarem mais lesões através da mobilização. Também aqui foi ao encontro da gestão dos conhecimentos adquiridos.

Uma das lacunas constatadas prende-se com a escassez de comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares, pois a prioridade é o doente. O tempo de espera destes para obterem informações sobre o seu familiar deixa-os angustiados, com medo, perda de controlo da situação e sensação de impotência. Numa tentativa de colmatar este deficit, por vezes encaminhou o familiar para o médico ou enfermeiro responsável. Deu resposta a dúvidas pontuais tendo sempre presente a sua área de intervenção, isto é, não entrando nas informações médicas. Quando o doente já se encontrava estabilizado,

facilitava uma visita rápida junto do seu familiar, proporcionando-lhes alguma tranquilidade. Demonstrou deste modo conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação na interacção com o utente e família, relacionando-se de forma terapêutica com respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Realizou os registos necessários e pertinentes no aplicativo ALERT, redigiu cartas de enfermagem, dando especial atenção à continuidade que deveria ser dada no centro de saúde ou em casa, após a alta. Fez ensinios aos doentes ou aos seus acompanhantes, bem como aos pais das crianças, sobre as vigilâncias e cuidados a observar, esclarecendo dúvidas e promovendo a saúde. Deste modo demonstrou ter adquirido competências de análise e abordagem dos problemas do doente e/ ou sua família, e tomar a iniciativa na interpretação resolução dos mesmos.

Os stocks da via aérea, de soros, de esterilizados e de ligaduras (stock de trauma) que dão apoio a estas duas salas permitem um ganho de tempo pela proximidade.

Cabe ao enfermeiro alocado à pequena cirurgia contar, cuidar e encaminhar o material a esterilizar, para que não falem kits de penso, de sutura e de pequena cirurgia, proporcionando um adequado e atempado atendimento aos doentes nestes espaços do serviço de urgência. Colaborou nesta actividade ganhando competências na gestão dos recursos materiais.

Foi em contexto de pequena cirurgia que surgiu a situação que considera ter sido uma área de melhoria para o serviço e de crescimento como profissional, o trauma ocular. Um doente, com um corpo estranho num dos olhos, necessitava de cuidados e surgiram opiniões divergentes entre duas colegas, apresentando, cada uma, os argumentos que fundamentavam a sua prática. Neste contexto elaborou um artigo de pesquisa bibliográfica subordinado ao tema trauma ocular (anexo I), tendo este trabalho sido entregue no serviço, em formato de trabalho académico para consulta.

Com esta atitude, considera que demonstrou consciência crítica perante os problemas da prática profissional e zelou pelos cuidados na área da Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, promovendo ainda o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

Durante os procedimentos executados na “sala dos verdes” e sala aberta identificou algumas práticas menos correctas, por parte dos enfermeiros, que, fazendo uso do exemplo, foi modificando pontualmente, como por exemplo, a falha na lavagem

das mãos ou utilização da solução antisséptica de base alcoólica entre a abordagem de doentes, a utilização de desinfetantes como a solução iodada de base aquosa na algália e na colheita de sangue para culturas ou mesmo na administração de variada medicação endovenosa, sem efectuar a lavagem dos cateteres venosos periféricos entre as mesmas. A interacção medicamentosa é uma possibilidade e deve ser tida em conta. Com esta atitude demonstrou consciência crítica para os problemas da prática profissional, zelando assim pelos cuidados prestados, incorporando, na prática, os conhecimentos adquiridos no âmbito da especialização, e de acordo com o manual da Comissão e Controle de Infecção (CCI) em uso neste hospital.

Uma outra actividade desenvolvida foi a preparação do doente para o internamento. Neste contexto, e enquanto prestadora de cuidados, constatou a existência de uma carência de informação, veiculada no contacto telefónico efectuado pelos enfermeiros, do SU, que precede o envio do doente. Não eram fornecidas as informações acerca da patologia do doente, do seu estado geral ou quais os cuidados a que se deveria dar seguimento. Está em causa o direito do doente á continuidade efectiva de cuidados e o dever dos profissionais em partilhar informação pertinente para esse fim. Visto ser impossível, por falta de recursos humanos, o acompanhamento do doente à enfermaria, torna-se importante a transmissão de informações pelo telefone o mais precisas possível. No decorrer do estágio procurou combater esta lacuna, com a transmissão de informações pertinentes quando comunicava um internamento e, novamente através do exemplo, sensibilizar os enfermeiros deste serviço para uma mudança de atitude, pois partilha das dificuldades sentidas em receber um doente no internamento com falta de informação. Dificuldades com as quais se depara diariamente no seu exercício profissional.

Foi em contexto de sala aberta que usou a oportunidade de ganhar destreza e autonomia na operação com o aplicativo ALERT uma vez que o contacto foi mais constante nesta sala.

De acordo com a empresa Alert life sciences computing S.A., o aplicativo ALERT® é uma ferramenta operacional para todos os ambientes de prestação de cuidados de saúde e para todos os profissionais da área da saúde tendo a capacidade, largamente evidenciada, de motivar ambientes totalmente livres de papel. O ambiente de trabalho do ALERT® está desenvolvido para monitores sensíveis ao tacto (touch-

screen) e igualmente para o uso do teclado. O ALERT® interliga as actividades de todos os profissionais de saúde através de conceitos de fluxo de trabalho. Isto permite a exibição de informação constantemente actualizada em forma de uma grelha-sumário para cada perfil de utilizador individual, destacar para cada utilizador actividades específicas e áreas de trabalho e alertar cada utilizador para tarefas pendentes. O ALERT® auxilia na organização do trabalho e das intervenções para cada doente, disposto lado a lado com todo o material de documentação, de todas as tarefas pendentes relativas a medicação, análises clínicas, exames de imagem e procedimentos. O ALERT® também disponibiliza textos padronizados que podem ser interpostos em praticamente todos os campos da documentação dos cuidados de saúde. Além disso, cada utilizador pode aceder ao BackOffice do ALERT® para introduzir os seus próprios textos mais utilizados.

No final do estágio detém competências de forma a aceder ao ALERT e fazer consultas diversas como visualizar registos médicos, consultar e elaborar registos de enfermagem, pesquisar terapêutica e outras prescrições, consulta de resultados analíticos, resultados de exames complementares de diagnóstico, efectivação de altas e aceder a informações de episódios de urgência anteriores. O acesso célere à informação colhida em ocasiões anteriores mostra-se importante para uma proveitosa continuidade quer de cuidados de enfermagem quer de tratamentos médicos.

Estando alocada à sala aberta teve possibilidade de dar apoio aos médicos ortopedistas com os quais colaborou na aplicação de imobilizações gessadas a fracturas não expostas bem como execução de imobilizações com ligaduras, nomeadamente velpeau, tanto a adultos como a crianças adquirindo competências técnicas nesta área.

O SO é o espaço reservado ao internamento do SU. Aqui os cuidados ministrados são igualáveis aos que são prestados nos serviços de internamento e, assim sendo, semelhante ao que faz diariamente.

O horário da medicação não é padronizado mas, cada doente tem o seu horário de medicação de acordo com a hora em que esta foi iniciada ainda no SU. Esta prática impõe aos enfermeiros mais trabalho e maior planeamento que, eventualmente, condiciona maior desgaste, uma vez que a nove doentes, correspondem nove horários de medicação distintos. Ao perguntar se não haveria possibilidade de ajustar os vários horários de medicação a um que fosse igual para todos os doentes, a resposta foi que a

medicação é prescrita num determinado horário pelo médico, o computador assume o momento da primeira toma como a hora de início e a partir daí elabora o horário da tabela terapêutica.

Colaborou ainda com os alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem, na tomada de decisões, na execução e supervisão de alguns cuidados. Esta prática foi levada a cabo sem qualquer dificuldade, uma vez que coadjuva frequentemente com a Escola Superior de Saúde de Viseu e com o Instituto Piaget na orientação e supervisão de alunos. Esta actividade vai de encontro á manifestação de competências ao nivel da formação.

Em cooperação com a tutora, colaborou na gestão de materiais nas diferentes salas do SU, efectuando a reposição dos fármacos e outros materiais necessários ao seu bom funcionamento o que permitiu o ganho da competência de gestão de recursos materiais. Sempre que possível acompanhou-a, na liderança da equipa de enfermagem. Observou como é feita a coordenação do serviço e pôde verificar o trabalho desenvolvido pelo chefe de equipa. No inicio do turno há uma visita a todos os locais do SU para despiste de faltas de colegas e ao mesmo tempo faz-se a divisão equipa para as refeições, assegurando o atendimento dos doentes. Nestas ocasiões, o chefe de equipa, substitui os enfermeiros pontualmente mas, durante todo o turno, está atento às áreas onde há mais trabalho e promove a deslocação dos enfermeiros escalados, favorecendo a ajuda entre os colegas, promovendo que o tempo de espera dos doentes seja o mais curto possível. Para tal, no aplicativo ALERT, aloca-se a toda a urgência o que lhe permite ter uma visão geral do serviço a partir de qualquer local onde se encontre. Ao colaborar nestas actividades adquiriu competências na gestão de recursos humanos e consequente gestão de cuidados, sendo que esta é a função nobre do enfermeiro especialista. Cabe ao chefe de equipa analogamente a resolução de problemas vários, como por exemplo fazer a gestão de eventuais queixas dos doentes, mas não tive a oportunidade de observar nenhuma.

Indo de encontro ao plano de formação em serviço, ministrou uma acção de formação subordinada ao tema “Comunicação e cooperação” à equipa de assistentes operacionais do SU, em parceria com mais duas colegas de curso (anexo II). As expectativas foram superadas pois trata-se de uma equipa de profissionais muito interventivos e participativos o que enriqueceu a formação e a tornou rentável e

enriquecedora para todos os participantes. Ao tratar-se de uma equipa numerosa e muito diversificada em termos de formação académica, os conflitos e dificuldades de comunicação são um problema latente, pelo que se torna importante relembrar os condicionalismos do trabalho em equipa e apresentar estratégias para resolução de eventuais problemas. Fez exposição verbal do tema, com projecção em power point da informação mais importante e desfiou-os a participarem nos jogos preparados para tornar a acção de formação mais estimulante e dando, simultaneamente, relevo ao trabalho em equipa o que proporcionou que demonstrasse os seus conhecimentos sobre técnicas de comunicação de relacionamento interpessoal.

Por escassez de tempo, não foi possível proceder á reformulação da acção de formação de modo a ser apresentada à equipa de enfermagem. Assim, com a aprovação do Enfermeiro-Chefe, foi decidida a elaboração de dois cartazes informativos (anexos III e IV), cujo conteúdo se refere ao tema e que foram afixados na sala de reuniões bem como na sala de refeições, locais de encontro da equipa multidisciplinar.

Em contexto do estágio no SU geral pensa ter atingido os objectivos a que se propôs, pois teve a oportunidade de adquirir e desenvolver competências ao nível da gestão de recursos humanos e materiais, de pesquisa e elaboração de trabalhos, bem como de comunicação com a equipa multidisciplinar e público em geral. Prestou cuidados directos aos doentes pondo em prática os conhecimentos adquiridos na formação pós-graduada e provenientes do percurso profissional.

1.2 - ESTÁGIO NO SERVIÇO DE NEFROLOGIA/DIÁLISE

Aprofundar conhecimentos acerca da doença renal representa uma necessidade premente uma vez que se verifica que os doentes em diálise fazem uma vida bastante particular. Uns são ligados a uma máquina para uma extensão nunca vista na história da tecnologia médica, como acontece em caso de hemodiálise. Outros ficam obrigados a um ritual diário repetitivo de troca de soluções, o que se verifica em diálise peritoneal. Em ambos os casos encontram-se dependentes de um procedimento, de um recurso médico ou de uma equipa de profissionais de saúde (Daugirdas, 2003).

Este estágio decorreu no serviço de Nefrologia e Diálise do Hospital de S. Teotónio Viseu EPE, teve a duração de 180h de contacto com os doentes e aconteceu no período compreendido entre 04 de Outubro a 30 de Novembro de 2010.

Objectivos pessoais para o estágio de diálise

No decorrer das actividades a desenvolver neste serviço sentiu necessidade de enunciar e propôs-se a atingir, para além dos anteriormente apresentados, objectivos específicos, sem os quais, considera, teria ficado empobrecido todo o percurso formativo.

- 1- Conhecer a estrutura física do serviço de Nefrologia/ Diálise
- 2 - Reconhecer os componentes do monitor de diálise e assimilar o seu funcionamento.
- 3- Preparar o monitor para início da sessão de hemodiálise.
- 4- Consolidar e aplicar os conhecimentos adquiridos sobre as várias técnicas dialíticas.
- 5- Compreender os resultados analíticos dos utentes com doença renal.
- 5- Abordar correctamente os diferentes acessos vasculares para hemodiálise.
- 6- Realizar sessão de hemodiálise.
- 7- Acompanhar e cooperar com o enfermeiro tutor nas actividades diárias e, se possível, em todos os sectores do serviço, nomeadamente na sala de hemodiálise, sala de diálise peritoneal e sala de acessos.
- 8- Observar e colaborar com o enfermeiro tutor, e restante equipa, nas intervenções de enfermagem a executar, designadamente realização de pensos aos acessos vasculares e ensinios aos doentes, entre outros.
- 9- Presenciar as actividades do enfermeiro responsável de turno.
- 10- Demonstrar aprofundado e actualizado nível de conhecimentos na área da EEMC;

Em termos estruturais e físicos, este serviço fica localizado no primeiro piso do Hospital de São Teotónio EPE, junto á farmácia, pois recebe doentes para tratamento em ambulatório, logo com preocupações de acessibilidade para os mesmos. Apresenta-se em forma de U, sendo percorrido por um corredor em toda a sua extensão, que dá acesso directo às várias salas e gabinetes. Quanto às divisões destacam-se a sala de diálise peritoneal, sala de hemodiálise 1, sala de trabalho/ enfermagem, sala de hemodiálise 2 e sala de acessos. É igualmente servido por uma estação de tratamento de

água. Feita uma revisão ao manual de boas práticas para unidades de diálise (Despacho nº14391/2001 do D.R. nº 158, II Série) verifica-se que são cumpridos os requisitos arquitectónicos fundamentais da regulamentação para unidades de diálise, descritas neste documento, á excepção de um vestiário separado para doentes portadores de doença infecciosa.

O horário praticado pela equipa de Enfermagem, é semelhante ao que é praticado nos serviços de internamento, á excepção dos turnos da noite, aqui inexistentes. Os assistentes operacionais fazem um horário diferente dos enfermeiros estando organizado numa estratégia que permite a presença de dois assistentes operacionais nos momentos de maior volume de trabalho, nomeadamente nas horas em que os doentes comparecem no serviço para tratamento de substituição renal (TSR), otimizando a prestação de cuidados. Esta distribuição de horários tem também em vista a optimização da gestão dos recursos humanos, face às solicitações e á dinâmica da unidade.

Sala de Hemodiálise

No primeiro contacto com a sala de hemodiálise, toda a dinâmica parecia confusa, complexa e específica, pelo que sentiu dificuldade em compreendê-la.

Este obstáculo foi-se diluindo graças ao acolhimento excepcional por parte da equipa multidisciplinar, ao esclarecimento pontual de dúvidas e á indispensável consulta de normas e protocolos do serviço.

A consulta dos conteúdos leccionados na componente teórica do curso bem como outras fontes de informação, como livros e manuais de procedimentos instituídos no serviço de hemodiálise, revelaram-se indispensáveis para minorar as dificuldades iniciais.

Atendendo á sugestão do tutor e em virtude de não ter qualquer experiência nesta área, considerou que realizar uma actividade, apreendê-la, consolidá-la bem e só depois transitar para a seguinte, seria o melhor método. Então começou pela montagem do sistema de circulação extra corporal (CEC), repetindo cada movimento e aprendendo uma parte de cada vez. Após explicação sobre a preparação do monitor de diálise, compreendeu-a como sendo a fase inicial do tratamento de hemodiálise. Um tratamento

seguro e eficiente deriva também da correcta utilização do equipamento. Assim dedicou similarmente atenção á conexão dos concentrados ácido e alcalino ao monitor de hemodiálise fazendo-o, de seguida, cumprir com os testes exigidos pelo próprio equipamento. Por fim o monitor fica estabilizado e pronto para tratamento. Chegada ao final do tempo de estágio, já se sentia capaz de aprontar o monitor de hemodiálise para iniciar tratamento de substituição renal (TSR), tendo adquirido esta competência técnica.

Apercebeu-se que os doentes que fazem hemodiálise, na sua maioria, têm um comportamento e uma maneira de estar próprias, tornando-se necessário estabelecer uma relação de confiança com os mesmos. Muitos profissionais de saúde referem que o doente em tratamento dialítico é um doente “difícil” e no contacto que estabeleceu com estes doentes pôde constatar isso mesmo. Não desprezou que o doente hemodialisado vive uma situação singular. Este tem consciência que está dependente, para o resto da vida ou até á data de um pressuposto transplante, de um conjunto de pessoas, técnicas e “máquinas”. Desta forma, a ansiedade e o medo são sentimentos frequentes. (Dias, 2000).

Os doentes em hemodiálise estabelecem uma relação especial com a equipa terapêutica, o que vai de encontro a Thomas (2005) que refere que as equipas das unidades de diálise têm em comum um sentimento de pertença a uma espécie de família alargada. Sendo que, na sua opinião, os doentes em tratamento se sentem parte integrante e central dessa família. Á chegada de um novo elemento, é comum que seja necessário algum tempo até este ser totalmente aceite como parte dessa família. Daí que tivesse tido a prudência de perguntar ao doente se este lhe permitia que o cuidasse assegurando, em primeiro lugar, a obtenção do seu consentimento e, em segundo lugar, permitindo-lhe recusar os cuidados da aluna uma vez que se tratava do novo elemento da família que ainda não é conhecido. Esta atitude aparece fundamentada na carta dos direitos e deveres dos doentes onde se pode aclarar que o doente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico ou participação em investigação ou ensino clínico. Também no código deontológico dos enfermeiros se pode ler que em relação ao direito ao cuidado, o enfermeiro assume o dever de respeitar e possibilitar ao doente a liberdade de opção de ser cuidado por outro enfermeiro, desde que a sua opção seja viável e não ponha em risco a sua saúde.

O cuidar é mencionado por McKenna (1994) como objecto de valorização e como algo que deve ser convertido numa parte visível daquilo que os enfermeiros têm para oferecer. E isso depende deles. O cuidar deve ser considerado um fim em si próprio e não um meio para atingir a cura, ou então o cuidar poderá deixar de ter significado, quando a cura não é possível. Esta reflexão faz ainda mais sentido no âmbito da doença renal uma vez que é progressiva (Luke, 2004) até atingir o estágio terminal. É com base nesta premissa que desempenha a sua profissão e procurou fazê-lo também na condição de aluna, talvez neste contexto com maior disponibilidade e dedicação, que a própria circunstância lhe permitiu. Neste contexto deu prioridade ao respeito pelo doente indo de encontro às Normas do Código Deontológico da Enfermagem.

A abordagem do doente aconteceu numa fase posterior e começou por “desligar” doentes portadores de cateter venoso central (CVC).

Assim conforme a NKF-DOQI (1997) os acessos vasculares para a hemodiálise podem ser de três tipos, fístula artério-venosa (FAV), prótese vascular e cateter venoso central (CVC).

O CVC apresenta-se sob a forma de um dispositivo tubular que é inserido numa veia de grande calibre, ficando visível apenas os ramos arterial, de cor vermelha, e venoso, de cor azul. Tolkoff-Rubin e Goes (2005) afirmam que os CVCs devem preferencialmente ser introduzidos na veia jugular interna com tunelização de um segmento sob a pele. Referem ainda que os cateteres introduzidos na veia subclávia estão associados a um maior risco de estenose e trombose venosas. Em contexto de sala de acessos tive a oportunidade de observar e colaborar na inserção de um CVC, na veia jugular interna direita com tunelização uma vez que seria de prever que este iria ser utilizado por um período superior a três semanas. Isto vem de encontro ao que é defendido por Sequeira e Silva (1997), onde se pode ler que a veia jugular interna direita é a escolha de eleição para os doentes em tratamento ambulatorio. Interveio também na colocação de um CVC provisório num doente com lesão renal aguda que necessitava de iniciar tratamento dialítico com urgência. Esta prática é sustentada pelo autor anteriormente ao afirmar que o CVC de curta duração ou provisório é colocado em doentes com necessidade de hemodiálise urgente e sem acesso. Zawanda Jr. (2003) acrescenta que a indicação mais comum para diálise na lesão renal aguda é a presença de sinais urémicos como náuseas, vômitos, má nutrição e alteração do estado mental,

acompanhada de evidência laboratorial de deterioração da função renal. Certifica ainda que a hipercaliémia, aumento do potássio, representa outra indicação comum, como era o caso.

Depois de apreender o “desligar” do doente, aprendeu a estabelecer o circuito extra corporal (CEC) ligando o doente para tratamento.

A abordagem ao CVC exige cuidados especiais no manuseamento dos ramos para prevenção de infecções e para uma correcta manutenção. Deste modo o CVC é protegido por um penso próprio, que incorpora uma bolsa onde se inserem os ramos, arterial e venoso, quando este não está a ser utilizado.

Para Tolkoff-Rubin e Goes (2005), o CVC está associado a uma elevada taxa de infecção sendo que a pele e o próprio cateter constituem as fontes primárias. O mesmo autor fala em remoção imediata do cateter se o doente apresentar sinais de infecção com instabilidade hemodinâmica. Neste contexto teve oportunidade de observar a remoção de um cateter a um doente que apresentava sinais evidentes de infecção, nomeadamente febre, rubor, dor e edema.

Sendo uma porta de entrada, o risco de septicemia é elevado, e a melhor forma de o prevenir é a utilização de medidas de assepsia em todos os procedimentos a executar. A lavagem higiénica das mãos apresenta-se como uma ferramenta de primeira linha sempre que se palpa a zona de inserção, se acede ou se efectua o penso, e o uso de luvas não exclui a necessidade da lavagem das mãos. A alternativa à lavagem com água e sabão é o uso de anti-sépticos à base de álcool seguindo desta forma as orientações da Comissão de Controlo de Infecção (CCI) do Hospital.

Realizou pensos ao local de inserção do CVC, de acordo com o protocolo do serviço, e efectuou o registo em folha própria. De referir que os pensos do CVC são realizados de acordo com o procedimento 10 do serviço de Nefrologia e Diálise.

Neste contexto Ponce (1997) refere que o acesso vascular para o doente insuficiente renal em hemodiálise é o seu elo vital tendo, por isso, que ser preservado para se manter funcionante, ao que Thomas (2005) acrescenta que a manutenção do acesso vascular continua ainda a ser um dos aspectos mais desafiadores, da prestação de cuidados aos doentes em hemodiálise.

Os enfermeiros têm um papel central na prevenção de possíveis complicações dos diferentes acessos e está, em grande parte, nas suas mãos, assegurar o seu melhor

funcionamento. A utilização das melhores estratégias para prevenir complicações e assim prolongar o tempo de vida do acesso, reflectem a qualidade dos cuidados prestados a estes doentes (Esteves, 1997). Estes profissionais têm uma função principal, uma vez que são eles que diariamente os manipulam, vigiam e preservam.

A oportunidade de punção de uma FAV surgiu quando já executava a técnica anterior com segurança. Neste caso, a abordagem ao acesso venoso exige uma punção, o que implica provocar dor no doente, a qual deriva da picada por agulhas de grande calibre para estabelecer o CEC. Esteves (1997) aponta a utilização de anestésicos locais em doentes muito ansiosos, no entanto esta prática não é frequente neste serviço. Executei a técnica com sucesso tendo o meu tutor tido o cuidado de seleccionar FAVs bem desenvolvidas.

A FAV para Tolkoff-Rubin e Goes (2005) é referida como sendo o acesso “padrão ouro” da hemodiálise, envolvendo a anastomose de uma artéria com uma veia e posterior arterialização, ou seja crescimento, das veias superficiais do antebraço.

Identificou a direcção do fluxo de sangue e introduziu a agulha num ângulo de 20 a 35°, com o bisel para cima. Fixou as agulhas com a técnica da “borboleta” que é anotado como o melhor método por Esteves (1997) sendo também o mais utilizado no serviço. Deu uma especial importância á remoção das agulhas pois uma prática incorrecta pode danificar a parede da veia, conforme o autor referido. Á hemostase no final deu o conveniente interesse uma vez que dela depende a proveitosa manutenção da FAV. Assim um tempo de pressão excessivo pode danificar o acesso mas um tempo de pressão insuficiente pode originar uma hemorragia.

Não teve oportunidade de abordar uma prótese vascular uma vez que a única disponível se encontrava em fase de cicatrização.

Durante o tratamento hemodialítico surgem, com frequência, algumas complicações, pelo que o doente é vigiado continuamente e todas as suas queixas são valorizadas para que seja possível reverter a complicação antes que esta se instale.

Executou avaliação dos parâmetros vitais, tendo sempre em conta as alterações e possíveis consequências. Conforme Daugirdas (2006), as complicações mais comuns durante a hemodiálise são, hipotensão (20%-30% das diálises), câibras (5%-20%), náuseas vómitos (5%-15%), cefaleias (5%), dor no peito e dor lombar (2%-5%), prurido (5%), febre e calafrios (< 1%). Durante a sua permanência na sala de hemodiálise as

consequências que surgiram mais frequentemente foram a hipotensão e as câibras, o que vai de encontro ao autor. Estas duas complicações estão relacionadas com a remoção de líquidos e sendo assim foram corrigidas com a administração de cerca de 200cc de soro fisiológico. Apenas observou um episódio de prurido, já no final da sessão de hemodiálise, evento que é sustentado pelo autor, sendo que este doente foi desligado ligeiramente antes de terminar o tratamento pesando o risco e o benefício de o completar. Também Tolkoff-Rubin e Goes (2005) falam destas complicações e acrescentam ainda as embolias. Igualmente no sentido de complementar conhecimentos sobre complicações mais frequentes consultei o procedimento 2 do serviço, onde são apresentadas as complicações e as acções a desenvolver para as corrigir.

Em contexto de formação em serviço e no sentido de aprofundar este tema foilhe proposto, em conjunto com a colega em estágio no mesmo serviço, uma acção de formação sobre embolias em hemodiálise (anexo V). Trabalharam as mais frequentes que são a embolia gasosa e trombótica, cabendo-lhe investigar sobre a embolia trombótica. A pertinência do tema prendeu-se com a actualização de conhecimentos e a busca de novas informações acerca da temática, tanto para os enfermeiros do serviço em geral como para si em particular. Executou pesquisa bibliográfica e consultou os protocolos existentes no serviço para a preparação da formação. Pensa ter sido do agrado dos formandos uma vez que se mostraram interessados participando e intervindo pontualmente. Ainda no mesmo contexto, mas numa fase anterior, apresentou com a referida colega, outra acção de formação subordinada ao tema suporte básico de vida (SBV) em hemodiálise (anexo VI) com bancas práticas sendo que expôs o algoritmo de SBV. Ambas as acções de formação serão apresentadas em anexo no final deste portefólio acompanhadas dos planos de formação.

Sala de Diálise Peritoneal

A denominação *Diálise Peritoneal* engloba todas as técnicas de diálise em que é utilizado o peritoneu como membrana de transferência de água e solutos, em função do seu tamanho, entre o sangue e a solução de diálise (Heras, 2006).

Na sala de diálise peritoneal desenvolvem-se a técnica e os exames relacionados com a vigilância e a manutenção do peritoneu nas melhores condições para diálise. É

também nesta sala que se fazem a consulta pré-diálise, os treinos dos doentes que vão iniciar diálise peritoneal no domicílio, quer na modalidade de diálise peritoneal contínua ambulatoria (DPCA), em que as trocas de líquido dialisante são feitas manualmente, quer na modalidade de diálise peritoneal automática (DPA), em que é utilizada uma máquina, a cicladora, que faz as trocas, habitualmente durante a noite. Igualmente nesta sala é realizada a consulta de enfermagem.

Em contexto de diálise peritoneal teve a oportunidade de observar, colaborar e executar algumas técnicas e intervenções de enfermagem relacionadas com esta modalidade. Foi aqui que contactou pela primeira vez com o Sr. J.P.C. cuja insuficiência renal se assumiu como o assunto do seu estudo de caso (anexo VII). Este doente foi encaminhado á consulta pré-diálise quando já se encontrava, embora há pouco tempo, a fazer hemodiálise através de CVC provisório.

Observou a consulta pré-diálise e pôde constatar que a maioria dos doentes não tem conhecimentos em relação á diálise peritoneal. Entende que esta lacuna poderá estar relacionada com o facto de a hemodiálise ser um tratamento que se “vê” uma vez que os doentes se deslocam da sua residência para o efectuar. Já a diálise peritoneal, como é feita em casa não tem a mesma visibilidade. Possivelmente também pela falta de informação, já que a hemodiálise pressupõe uma máquina muito complicada embora o processo dialítico seja bastante simples. Do mesmo modo verificou que o transplante renal é encarado, pelos doentes, como a cura da doença renal e não como mais um tratamento, tal como o são a hemodiálise e a diálise peritoneal.

Como refere Thomas (2005), um transplante bem sucedido oferece a melhor hipótese de viver uma vida quase normal, estando associado a uma melhor qualidade de vida e outros benefícios como, por exemplo, melhores hipóteses de emprego, mais energia e uma vida menos restritiva. Talvez devido a esta “quase” normalidade, alguns doentes encarem um transplante renal como a cura para a sua doença.

Em relação á hemodiálise, as informações que os doentes detêm nem sempre são as mais correctas. Neste sentido, e atendendo á sugestão do enfermeiro coordenador do serviço, desenvolveu, em parceria com a colega em estágio e contando com a colaboração do tutor, um guião de entrevista que visa melhorar a consulta pré-diálise, indo de encontro às necessidades dos doentes. Pretende-se saber qual a informação que

é retida e quais são as lacunas de informação, segundo os doentes, para assim redirecciona-la na consulta (anexo VIII).

Esta consulta pretende fornecer informação ao doente, e família, que o ajudem na escolha de um tratamento para a doença renal que melhor se adequa á sua própria rotina diária bem como esclarecer dúvidas. A consulta é efectivada pelo enfermeiro e pelo nefrologista em momentos diferentes. O enfermeiro constitui um elemento de grande importância, tem uma participação activa, apresentando alguns dos aspectos teóricos do tratamento e demonstrando a realidade das opções ao doente. É a pessoa com a qual o doente estabelecerá frequentes contactos na abordagem dos seus problemas de saúde. Em nenhum método terapêutico da doença renal terminal o enfermeiro tem um papel tão determinante, não só pelo treino mas também pela participação activa nas consultas médicas e de enfermagem (Leal,1997)

Na consulta é explicado ao doente o que é a doença renal e que tipos de tratamentos existem (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante) para que este possa escolher o tipo de tratamento a realizar. Há lugar para uma demonstração de diálise peritoneal usando um “avental” que pretende representar o abdómen do doente e enquanto decorre a conversa o enfermeiro realiza uma troca de liquido dialisante, drenando primeiro o que se encontra dentro do avental e depois infundindo um novo. Este processo dura cerca de trinta minutos. São também esclarecidas dúvidas, nomeadamente sobre o tipo de alimentação, a duração do tratamento etc. Os doentes que já tinham “aceitado” a sua doença, em geral eram surpreendidos com a simplicidade da diálise peritoneal ao perguntarem se seria só aquilo ou se já estava. Pelo contrário, em relação aos doentes ainda em fase de aceitação, parecia que nenhum tratamento os satisfazia. Estes necessitam de mais tempo e investimento sobretudo da parte do enfermeiro.

Colaborou na realização de um ensino a uma doente, que já fazia DPA no domicílio, mas que, por questões particulares, teve que mudar de cicladora. Atendendo ao facto de esta mudança não ter sido desejada pela doente, o ensino revelou-se mais difícil, embora com bons resultados, tendo a doente ficado apta a fazer diálise no domicílio. Armangué e Suárez (2006) veiculam que uma mudança do modo de vida e o grau de ansiedade condicionam a aprendizagem. Pôde verificar que á medida que a doente ficava mais á vontade, isto é, menos ansiosa e mais confortável com a mudança,

a sua capacidade de aprendizagem engrandecia. Devido á troca da cicladora houve necessidade de mudar a ponta do cateter peritoneal. Os autores Mas, Ferrer e Esteban (2006), comunicam que este procedimento é realizado cada 4 a 6 semanas, excepto quando sucedem rupturas ou deterioração do prolongador. Neste caso foi pela necessidade de mudança da cicladora uma vez que as marcas concorrentes não utilizam a mesma terminação para o cateter peritoneal. O cateter é o dispositivo que dá acesso ao peritoneu e é colocado no fundo do saco de Douglas (zona mais funda da cavidade abdominal) em contexto de pequena cirurgia abdominal. Daugridas (2003) afirma que o cateter peritoneal deve ser implantado sem grandes cirurgias mas em segurança. Os cateteres mais utilizados neste hospital são os de Tenckhoff enovelados ou curvilíneos. A ponta é aquele segmento de tubo que fica visível e que vai ser adaptado aos sacos de líquido dialisante. Durante o manusear desta extremidade do cateter peritoneal pode acontecer a complicação infecciosa mais frequente, a peritonite. Como referem Santos e Colaço (1997), o cateter de diálise peritoneal constitui uma via de acesso permanente á cavidade abdominal, aparecendo como uma porta de entrada para microrganismos, predispondo á ocorrência de peritonite que é a mais temida complicação infecciosa e a principal causa de falência do método.

Os mesmos autores abordam a importância de vigiar o orifício de saída do cateter como devendo fazer parte do exame físico da consulta de enfermagem e da rotina diária do doente. A pele contígua ao cateter não é estéril e a observação diária pode prevenir futuras complicações. Desta forma um orifício de saída é *perfeito* se se apresenta seco, com pele rosada e sem outras alterações, é *bom* se está húmido e apresenta crostas intermitentemente, *equivoco* se apresenta crostas ou drenagem serosa persistente e estará *infectado* se existir qualquer combinação de dor, endurecimento, eritema, drenagem purulenta ou tecido de granulação exuberante (Santos e Colaço, 1997). Constatou que a vigilância do orifício é feita pelo enfermeiro em cada consulta, ficando um registo fotográfico para que se possa estabelecer a comparação entre esta, a anterior e a próxima consulta.

Em contexto de diálise peritoneal colaborou na realização do Teste de Equilíbrio Peritoneal (TEP) que, de acordo com Tolckoff-Rubin e Goes (2005) se trata de um teste clínico, semi-quantitativo, usado para caracterizar as funções de transporte da membrana peritoneal. O mesmo autor faz referência á capacidade de transporte da

membrana peritoneal e classifica-a de *alto transportador* quando se atinge um rápido equilíbrio entre os solutos do plasma e do líquido dialisante e de *baixo transportador* quando o equilíbrio é atingido lentamente.

Presenciou o empenho dos doentes ao colaborarem no exame denominado de Dose de Diálise que reflecte a eficiência da depuração de toxinas. Este exame permite conferir se o tratamento dialítico está adequado ou se eventualmente necessita de ser reajustado.

Finalmente quer referir que lhe foi concedida a possibilidade de acompanhar o tutor na visita domiciliária que é feita aos doentes que fazem diálise peritoneal na sua habitação, quer se trate da modalidade DPA ou DPCA. Para que o sucesso deste tratamento seja uma realidade é necessário fazer uma correcta selecção de doentes para tratamentos no domicílio, evitando que estes fiquem sujeitos a um risco aumentado de morbilidade e mortalidade (Thomas 2005). Visitaram doentes motivados e, na generalidade, satisfeitos com o seu tratamento. Um deles estava a recuperar de uma peritonite que aconteceu por puro descuido, uma vez que a sala onde são efectuadas as trocas reunia todas as condições mínimas exigidas, desde o armazenamento do material até às questões de higiene. Quintana (2006) fala que na visita domiciliária são avaliadas as condições do domicílio do doente e deve haver colaboração na adaptação do material de forma a proporcionar comodidade. Acrescenta que se analisem igualmente o apoio familiar, o estado psico-social e a técnica com objectivo de corrigir, se for necessário, e esclarecer dúvidas que surjam.

A educação e o apoio permanentes são vitais para garantir o sucesso do tratamento dos doentes em diálise peritoneal. Á medida que os doentes ganham experiência, surgem novas dúvidas e questões que ainda não lhes tinham ocorrido ou que até nem eram importantes no período inicial. Assim torna-se indispensável criar um tempo de disponibilidade transmitindo aos doentes segurança no sentido de que lhes será dada uma resposta completa para os problemas e dúvidas que possam aparecer. De crucial importância reveste-se a promoção da autonomia do doente em relação á prestação de cuidados a si próprio, ou de um cuidador informal em relação ao que está a ser cuidado por si (Thomas 2005).

3 - CONCLUSÃO

Posteriormente á apresentação, neste relatório, de todo o seu percurso de aprendizagem, importa agora fazer uma síntese e análise crítica dos principais aspectos e ainda compor algumas considerações sobre o processo de aprendizagem a que esteve submetida que, por consequência, terá as suas implicações no seu desempenho profissional futuro.

O estágio obedece a critérios e metodologias próprios que visam o cumprimento dos objectivos inerentes a uma aprendizagem desta natureza. Esta foi mais uma etapa da sua vida profissional que vai marcar em muito a sua prestação de cuidados enquanto enfermeira, e também marcar a sua vida pelo que foi vivido durante estes turnos, o sofrimento dos doentes a importância da vida humana, entre muitas outras experiências.

No dicionário básico da língua portuguesa descobre-se a definição de relato que discorre ser uma descrição e uma narração. O acto ou efeito de contar e explicar como algo aconteceu. Assim sendo, e obedecendo á definição, descreveu, relatou e explicou como decorreram os estágios cruzando as suas observações, actividades e vivências com os objectivos, numa tentativa de dar evidência às competências adquiridas e fundamentando as suas perspectivas e reflexões.

A elaboração deste relatório pretendeu demonstrar que atingiu os objectivos a que se propôs. Este sofreu umas pequenas alterações, já durante os estágios, tendo sido incluído o objectivo de conhecer a estrutura física dos serviços sem o qual o desenvolvimento das actividades estaria fortemente limitado.

Em relação ao estágio no SU pode declarar que actualmente conhece a sua estrutura física, tendo para tal feito um esforço por passar em todos os sectores. Sem este contributo a gestão dos cuidados, por parte do enfermeiro especialista, estaria comprometido. Nele teve ocasião de aplicar os conhecimentos da sua experiencia profissional anterior e os conhecimentos adquiridos na formação pós-graduada durante a prestação de cuidados aos doentes. Procurou informação adicional em livros, ou em outras fontes, quando esta parecia não estar disponível no campo de estágio, lavrou um

trabalho onde faz exposição de algumas patologias do trauma ocular e dos cuidados de enfermagem a prestar, tendo feito uso da metodologia da pesquisa bibliográfica.

O facto de lhe ter sido dada a oportunidade de desenvolver e apresentar uma acção de formação acerca do tema “Comunicação no Serviço de Urgência, trabalho em equipa e cooperação” propiciou que evidenciasse os seus conhecimentos sobre técnicas de comunicação de relacionamento interpessoal. A elaboração de dois cartazes informativos abordando os aspectos base da acção de formação deu ainda mais visibilidade ao trabalho desenvolvido e permitiu que toda a equipa multidisciplinar tivesse acesso às ideias chave.

A motivação de conhecer novas realidades, prestar cuidados de saúde cada vez mais qualificados e o apoio sempre oportuno e presente das tutoras, foram os factores que condicionaram favoravelmente o desenvolvimento do estágio.

O cansaço, porque ao seu horário de 35 horas semanais somavam-se as horas do estágio, tornando-se exaustivo do ponto de vista físico e intelectual, foi o factor condicionante pela negativa. Salienta ainda que a integração no serviço não foi fácil, tanto no espaço físico que é disperso e complexo, como na numerosa equipa multidisciplinar.

No que diz respeito ao estágio do Módulo III, que decorreu no serviço de Nefrologia/Diálise, revelou-se uma escolha enriquecedora, pois o estágio efectuado contribuiu de forma inequívoca para a sua realização pessoal e profissional, adquirindo competências específicas nesta área.

Em parte constituiu uma novidade para si, pois não tinha a verdadeira noção da prestação que um enfermeiro especialista pode ter numa área como esta. A sua permanência neste serviço, alterou essa percepção em virtude da tomada de consciência do trabalho que é possível realizar e do contributo enorme e imperioso que a Enfermagem pode e deve dar em nefrologia e diálise sobretudo em diálise peritoneal.

Tendo sido este estágio muito enriquecedor e marcante, possibilitou que pusesse em prática e solidificasse um conjunto de conhecimentos teóricos adquiridos. Igualmente permitiu que desenvolvesse o grau de empatia e a relação de ajuda, através de um contacto directo com os doentes, tal como a aquisição e ampliação de competências técnicas, relacionais, profissionais e pessoais.

Rumo á Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Em jeito de avaliação do próprio estágio pretende apenas fazer referência aos pontos fortes e fracos deste período uma vez que estes, de algum modo, condicionaram a sua aprendizagem:

- Ter conseguido atingir os objectivos estabelecidos para o estágio.
- Ter adquirido competências metodológicas, técnicas, de pesquisa e relacionais.
- Ter-lhe sido dada a possibilidade de realizar alguns trabalhos em contexto de Nefrologia e Diálise.
- Não ter conseguido observar a construção de uma FAV e/ ou a colocação de uma cateter peritoneal.
- Não ter tido a oportunidade de abordar uma prótese vascular

Considera que o sucesso deste ensino clínico se deveu em primeiro lugar à excelente integração que recebi e ao espírito de grupo que se desenvolveu em meu redor. O interesse e o empenho nesta área desenvolveram-se rapidamente e cada vez mais pensa que a doença renal constitui uma área que merece a atenção por parte de todos os profissionais de saúde.

Finalmente o facto de zelar pela gestão de práticas seguras, em ambos os serviços através do cumprimento de normas e recomendações, só por si, torna crucial a prestação de cuidados de enfermagem de excelência tal como o seu funcionamento. A formação, como outra área de intervenção, é por si só essencial, pois visa formar os profissionais para a prestação de cuidados seguros.

Ao reflectir sobre as experiências vividas e interligando-as com o seu crescimento pessoal e profissional, conclui que ambos os estágios, pela sua especificação e complementaridade, contribuíram de forma clara e objectiva, para a consolidação da aprendizagem efectuada ao longo deste tempo de formação.

Interessou-se sempre por prestar cuidados de acordo com a ética profissional e tendo presentes as suas obrigações legais. Ao longo dos estágios sempre se empenhou na realização das actividades com grande responsabilidade e sentido de grupo, facto que foi enaltecido pelos tutores em ambos os locais de estágio.

Às organizações de saúde interessam profissionais competentes, eficazes e capazes de dar resposta às necessidades físicas e psicológicas dos seus clientes, com o objectivo de conseguirem atingir altos níveis de satisfação por parte dos mesmos e/ou dos seus cuidadores. Logo, as instituições de saúde possuem um interesse fulcral em

melhorar os conhecimentos dos seus profissionais, investindo na sua formação e no desenvolvimento das suas capacidades científicas, técnicas e humanas, promovendo a credibilidade, segurança e competitividade entre as organizações.

A enfermagem enquanto parte determinante desta estrutura organizacional, precisa preocupar-se com o seu progresso, auferindo novos saberes e capacidades, bem como o domínio do uso das tecnologias emergentes (Cunha, Rego e Cardoso, 2002).

O seu sucesso depende do nível de satisfação dos seus clientes, à qual está interligada a qualificação dos seus profissionais. O enfermeiro comporta na sua essência o contacto com o outro, seja no exercício da arte do cuidar como também na gestão de equipas, na resolução de conflitos, na tomada de decisões, seguindo a ética e o código deontológico. Em suma, orientando para novos rumos e procurando a participação dos seus elementos na construção de planos comuns, servindo de modelo para que hajam seguidores dispostos a partilhar ideias e emoções. (Balsanelli e Cunha, 2006).

As competências de enfermagem surgem como um factor de desenvolvimento da profissão, tornando-se elemento impulsionador na melhoria contínua de qualidade. A saúde dos clientes e bem-estar é influenciada pelas capacidades e desempenho das funções dos enfermeiros e estes constituem, na opinião de Mendonça (2009), o pilar essencial às organizações de saúde.

Numa perspectiva prática, os estágios que realizei além de constituírem uma experiência muito agradável também foram muito proveitosos, pois permitiram um enriquecimento dos conteúdos leccionados ao longo do curso, bem como a possibilidade da aplicação destes conhecimentos na prática diária.

BIBLIOGRAFIA

- Balsanelli, A. & Cunha, I. (2006). *Liderança no contexto da enfermagem*. Revista Escola de Enfermagem USP. 40: 117-122.
- Carvalho, A. et all (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- CCI (2008). *Regulamento da CCI*. Hospital de São Teotónio, EPE. Viseu: Autor.
- Collière, M. – Promover a Vida (1989). *Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
- Coronel, F. et all (2006). *Manual Pratico de Diálise Peritoneal*. Badalona.
- Cunha M., Rego A. & Cardoso C. (2002). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. Lisboa: RH Editora.
- Daugirdas, J., Blake, P.& Ing, T.(2003). *Manual de Diálise*.3ª ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan.
- Decreto-Lei n.º 161/96. Diário da República. I Série-A de 4 de Setembro de 1999. Regulamento do Exercício dos Enfermeiros. 2959-2962.
- Despacho nº14391/2001 do D.R. nº 158, II Série.
- Dias, C. (2000). *Encontro: Enfermagem e o IRC*.(ed.lit.) Associação Portuguesa de Insuficientes Renais.Lisboa.
- Dias, J. (2004). *Formadores: Que Desempenho*. Loures: Lusociência.
- Dicionário Básico da Língua Portuguesa. Porto Editora. Abril 2007.
- Goldman, L. & Ausiello, D. (2004). *Cecil, Tratado de Medicina Interna*.(Vol. 2). Rio de Janeiro: Editora Elsevier.
- <http://www.alert.pt/pt>. Consultado em 15. 12. 2010 às 10.02 horas.
- http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf. Consultado em 25.02.2011 às 12.27 horas

<http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/direitos+deveres/direitosdeveresdoente.htm>. Consultado em 15.12.2010 às 09.19 horas.

<https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1598/4/codigodeontologicoEnf.pdf>. Consultado em 15.12.2010 às 09.25 horas.

-Leal, M. (1997) *Manual de Hemodiálise*. Lisboa: edição da Clínica de Doenças Renais, 1997.

-Martin, C. (1991). *Soigner pour apprendre-acquérir un savoir infirmier*. Paris: LEP.

-Martins, C & Franco, M. (2004). *O papel formativo do enfermeiro especialista*. Nursing. Ano 15, nº192.

-Matos, E.T. (1997). *A colaboração escola-serviços*. Nursing. Ano 10, nº114.

-McKenna, G. (1994). *Cuidar é a essência da prática de enfermagem*. Nursing. N.º 80. ISBN 0871-6196. Lisboa.

-Mendonça, S. (2009). *Competências Profissionais dos Enfermeiros: A Excelência do Cuidar*. Lisboa: Editorial Novembro.

-NKF-DOQI (1997) *Clinical Practice Guidelines for Hemodialysis Adequacy*. New York:National Kidney Foundation.

-Nunes, L.(2002). *Competências morais no exercício de enfermagem*. Nursing. Ano 14, nº171.

-Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Revista Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Grafinter.

-Ordem dos Enfermeiros (2003). *Conselho de Enfermagem: Do Caminho Percorrido e das Propostas*. Lisboa: Grafinter.

-Pestana, M. (1996). *A formação dos enfermeiros e a educação para a saúde num contexto multicultural*. Revista Portuguesa de Enfermagem. Nº1 (3º trimestre).

-Phaneuf, M. (2003). *Tendências actuais da formação em enfermagem*. In GADBOIS, C. - *Gestão, formação e investigação em enfermagem: partilha de experiencias*. Vol 2. Coimbra: Direcção de enfermagem dos HUC.

-Ponce. P.(1997). *Acesso á Diálise: A perspectiva Nefrológica*. Lisboa: Quadricor, Artes Gráficas Lda.

-Portugal. Decreto-Lei nº 161/96 DR 1 SÉRIE. 205. (1996-09-04). 2959-2962 (REPE).

-Portugal. Decreto-Lei nº 161/96 DR 1 SÉRIE. 205. (1996-09-04). 2959-2962 (REPE).

-REPE – Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de Setembro – Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. “Diário da República”. 1-A Série, nº 205 (1996.09.04), p.2959

-San-Bento, R. (2004) *Opinião acerca da triagem de Manchester*. <http://doutorenfermeiro.blogspot.com/2008/01/culpa-do-enfermeiro-da-triagem.html>.
Consultado em 10.11.2010 às 14.23 horas.

-Sesso, Ricardo - *Epidemiologia da Doença Renal Crónica no Brasil e sua Prevenção*. Disponível em http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cronicas/irc_prof.htm.
Consultado em 15.12.2010 às 11.00 horas.

-Sheehy, S. (2001) *Enfermagem de urgência da teoria à prática*.4ª ed. Loures: Lusociência.

-Teixeira, J. (2006) *Manual de urgências e Emergências*. Lousã: Lidel.

-Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia*. Prólogo de Corine Jeffrey.-
2ªed.Loures:Lusociência.

-Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia*.2ª ed. Loures: Lusociencia.

-Thompson, I. et all (2004). *Ética em enfermagem*. Loures: Lusociência.

-Vasconcelos, E.(1992). *Receba bem o estagiário*. Formar. Nº7 (Ago. / Set. / Out.).

-Vaz, I. (s.d.). *Aspectos jurídicos da Enfermagem*.

Anexos

ANEXOS

Anexo I

Artigo subordinado ao tema Trauma Ocular

Trauma ocular

Alexandra Maria Oliveira Lopes dos Santos

xana_santosoliveira@live.com.pt

Resumo

Inúmeros são os riscos a que os olhos estão expostos, nomeadamente em contexto de serviço, quando as regras de higiene e segurança no trabalho não são tidas em conta, ou quando o equipamento de protecção individual não é correctamente utilizado. Das numerosas situações traumáticas que podem ocorrer a nível dos olhos, as mais frequentes são as queimaduras e a sensação de corpo estranho superficial ou intra-ocular, afectando a qualidade de vida dos indivíduos.

Os traumas oculares são uma patologia e o grupo mais vulnerável é a população economicamente activa, levando à abstenção ao trabalho.

Este artigo surge no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica e o grande obstáculo à sua elaboração, foi a falta de documentação escrita. Assim as metodologias utilizadas foram, fundamentalmente, a pesquisa bibliográfica e a observação directa das situações que ocorriam ao Serviço de Urgência do Hospital de São Teotónio EPE, durante o estágio de Urgência.

Palavras-chave: Olhos; Trauma; queimaduras; corpo estranho

Introdução

Os olhos são uma peça chave para que o homem se relacione com o ambiente e com as outras pessoas. Tanto mais hoje em dia, num mundo condicionado pelos meios audiovisuais, o estado de saúde deste órgão assume grande importância quando se pretende comunicar ou estabelecer uma relação com os outros. Qualquer situação patológica que possa comprometer a visão representa uma importante diminuição da qualidade de vida (Martí J. s.d.)

Por sua vez Hofling-Lima A. et all certifica que os traumatismos oculares afiguram a principal causa de perda aguda de visão dos jovens (2008).

Segundo Oliveira B. et all (2007, p. 373) “em oftalmologia é pequeno o número de emergências que necessitam de um tratamento imediato.” No entanto, o mesmo autor, declara que o primeiro atendimento deve ser feito de modo a que o caso seja adequadamente conduzido para minimizar os danos, agilizando para que o doente seja atempadamente observado pelo especialista.

Os traumatismos que podem ocorrer a nível ocular são variados e estes vão desde o glaucoma agudo, passando por causas infecciosas, até às situações de traumatismos perfurantes por acidentes de viação, de trabalho, entre outros (Hofling-Lima A. et all 2008)

O mesmo autor apresenta as queimaduras oculares, o corpo estranho superficial e o corpo estranho intra-ocular (CEIO) como os traumas mais relatados e, dentro destes, o trauma causado por corpo estranho superficial ou corneano apresenta-se como sendo o mais frequente.

Queimaduras oculares

Em relação às queimaduras, Oliveira B. et all (2007) explica que estas podem ser químicas ou térmicas e na sua maioria são resultantes de acidentes de trabalho. Para Hofling-Lima A. et all (2008, p. 921) “as queimaduras são traumas físicos e/ou químicos sobre as estruturas oculares e podem levar à cegueira”. Este autor acrescenta que as queimaduras também podem ter origem em acidentes domésticos. A queimadura química é mais comum e tem como agente causador um ácido ou uma base alcalina. Em relação às diferenças entre as queimaduras provocadas por ácidos ou por bases alcalinas, residem fundamentalmente, na interacção do químico com o tecido dos olhos. Os ácidos provocam queimaduras instantâneas e a sua extensão dependerá da força do ácido e do tempo de contacto com os tecidos do olho. Há uma desnaturação e uma precipitação de proteínas que vai formar uma espécie de “barreira”, impedindo a penetração dos agentes de limpeza, como são, por exemplo, os colírios. As queimaduras por base alcalina, como a amónia, tendem a ser mais graves. Causam uma reacção de saponificação, penetrando rápida e profundamente nos tecidos do olho e levam à necrose da córnea e da conjuntiva. Também no Trauma Nursing Core Course (TNCC, 2007), está descrito que as bases alcalinas se combinam com os lípidos da membrana celular, levando á sua perturbação, o que permite a penetração rápida do agente cáustico, com a consequente destruição extensa dos tecidos do olho. Por outro lado, relata que em relação às queimaduras causadas por uma agente ácido, ocorre uma precipitação de proteínas no tecido ocular que vai favorecer a limitação de uma penetração extensa nos tecidos, ficando a lesão

circunscrita á córnea. Ambos os autores têm opiniões convergentes acerca do mecanismo de acção dos químicos.

As intervenções para o tratamento das queimaduras químicas devem ser iniciadas o mais precocemente possível, ainda no local do acidente, fazendo a lavagem do olho com um delicado jacto de água da torneira ou, preferencialmente, com água estéril. Os olhos devem ser lavados por um período mínimo de 15 a 30 minutos, insistindo especialmente na parte interna das pálpebras, podendo fazer-se também durante o transporte do doente (Oliveira, B. et all, 2007; Hofling- Lima A. et all, 2008). Já o TNCC (2007) fala da identificação do agente químico antes de iniciar a irrigação da queimadura. Os químicos secos (pó) devem ser removidos com uma toalha seca e apenas posteriormente deverá fazer-se a irrigação com água ou com solução salina. Este cuidado deve-se ao facto de por exemplo a cal, em combinação com a água, produzir uma substância corrosiva que irá agravar a queimadura.

De acordo com Oliveira B. et all (2007), as queimaduras térmicas geralmente limitam-se às pálpebras graças ao reflexo de piscar dos olhos. Assim estas queimaduras, se são leves, tratam-se ocluindo os olhos com um penso seco simples, com ou sem tratamento, segundo indicação do especialista. Quando a queimadura ocular é extensa, normalmente está associada a queimaduras graves da face e de outras áreas do corpo, com compromisso, ou não, da via aérea. Nesse caso o doente será tratado como sendo um queimado.

Os sinais e sintomas mais comuns nas queimaduras oculares são a dor e o lacrimejo, resultantes da lesão directa das terminações nervosas do epitélio da córnea, da conjuntiva e das pálpebras. Pode ainda ocorrer opacificação da

córnea e acontecer coexistência de queimadura química e edema palpebral (TNCC, 2007).

Corpo estranho superficial

O corpo estranho superficial, normalmente localizado à conjuntiva e à córnea é, segundo Hofling- Lima A. et all (2008) uma figura de trauma ocular fechado e secundário a partículas em movimento que atingem o globo externo. Igualmente e segundo o mesmo autor é um corpo estranho alojado na conjuntiva e/ou parede ocular que não resulta em defeito da córnea ou da esclerótica de espessura total. O autor refere ainda que esta é a segunda forma mais frequente e representa cerca de 40% de todos os casos de trauma ocular. Grande percentagem destes traumas é resultado do uso inadequado, ou não uso, de material de protecção individual ocular em actividades profissionais que envolvam martelar, afiar, soldar, lixar, furar, bem como trabalhar nas indústrias de metalurgia ou construção civil. Pode também suceder em actividades recreativas como andar de motocicleta entre outras.

Para Oliveira B. et all (2007, p.376) “ muitas são as causas de abrasão da córnea, como areia, poeira, objectos de madeira ou de metal.”

Estudos revelam que os homens com menos de 39 anos são o grupo com maior vulnerabilidade a este tipo de trauma ocular, afectando a população economicamente activa e levando á abstenção ao trabalho. Felizmente, não é frequente resultar em morbidade grave ou prolongada (Hofling- Lima A. et all, 2008).

Alguns materiais, como o vidro ou o plástico, podem ser relativamente inertes, enquanto outros, como metais, matéria orgânica, ou partes de insectos,

predispõem a reacções inflamatórias ou tóxicas importantes. O especialista deve despistar lesões associadas e presença de corpo estranho intra-ocular. A instilação de um colírio com propriedades anestésicas ajuda na observação, uma vez que vai actuar sobre o controlo da dor. O uso de um colírio com fluoresceína auxilia na identificação do corpo estranho córneo ou conjuntival, bem como na avaliação de erosões corneanas ou lacerações da conjuntiva.

Os corpos estranhos superficiais que se encontrem apenas aderentes ao epitélio, podem ser removidos com facilidade usando um cotonete ou, se estiverem mais aderentes, uma agulha subcutânea. Em corpos estranhos superficiais múltiplos deve utilizar-se a irrigação ocular para a sua remoção.

Oliveira B. et all (2007) considera que o corpo estranho da córnea é facilmente observável mas a sua remoção pode não ser fácil e alerta para a não mobilização do corpo estranho prevenindo o agravamento do traumatismo.

O doente com este tipo de trauma ocular dirige-se ao serviço de urgência com sensação de corpo estranho no olho, lacrimejo, irritação ocular, dor e fotofobia. Em alguns casos, estes sinais e sintomas, são acompanhados de olho vermelho. O TNCC (2007, p.106) aponta a dor das lesões da córnea como sendo uma dor intensa, aguda, ardente ou extrema e que os “corpos estranhos na córnea são imediatamente dolorosos e provocam uma laceração considerável.”

Após observação e tratamento, estes doentes são aconselhados a regressar passadas 24 horas para uma reavaliação e para exclusão de um processo infeccioso secundário que poderá emergir.

Corpo estranho intra-ocular (CEIO)

De acordo com Hofling- Lima A. et all (2008), estes traumas oculares representam a principal causa de cegueira em indivíduos jovens, com um aumento da morbidade resultante de danos oculares quer anatómicos quer funcionais. O autor menciona estudos que relatam que o CEIO está presente em 5,7 a 40 % dos traumas oculares e, dentro destes, 85 % ocorrem em indivíduos do sexo masculino porquanto têm uma maior exposição a acidentes de trabalho, acidentes automobilísticos e a ambientes rurais. Thompson et all in Hofling-Lima et all (2008) asseveram que o não uso dos equipamentos de protecção individual adequados favorece a ocorrência destes traumatismos.

Os danos oculares consequentes do trauma ocular com CEIO estão intimamente relacionados com as características do corpo estranho das quais se destacam o material em causa, o seu tamanho, a sua forma e localização, bem como as lesões de estruturas oculares contíguas e lesões fomentadas pela sua extracção. O mesmo autor indica o ferro como sendo o elemento maioritariamente encontrado em CEIOs metálicos e que a sua toxicidade para com as estruturas oculares está relacionada com processos degenerativos secundários à sua corrosão.

O diagnóstico inicia-se com a história do doente e este nem sempre dá informações precisas sobre a possibilidade de ter um CEIO. Assim é fundamental explorar detalhadamente as actividades profissionais e/ou de lazer anteriores ao acontecimento traumático.

O especialista observará o doente cuidadosamente, atento a todos os sinais que possam testemunhar uma possível perfuração oculta como são a laceração palpebral, a hemorragia subconjuntival, a reacção inflamatória, entre

outros e a presença do CEIO. Se o exame oftalmológico não for conclusivo devem ser realizados exames complementares de diagnóstico que confirmarão ou excluirão a presença de CEIO.

O tratamento do trauma ocular com CEIO começa pela reconstrução das estruturas oculares afectadas, com remoção simultânea do corpo estranho, sempre que for possível. O procedimento deve ser feito nas 24 horas seguintes à ocorrência do traumatismo, uma vez que o risco de endoftalmite aumenta significativamente se a extracção for atrasada para mais de 24 horas pós trauma (Hofling- Lima A. et all, 2008). O factor tempo é um dos principais factores determinantes do prognóstico destas patologias, mas também a extensão inicial da lesão, a localização e a dimensão do corpo estranho, condicionam a evolução clínica do doente.

Observação efectuada durante o estágio

Frequentando o estágio Módulo I no Serviço de Urgência (SU) do Hospital de São Teotónio EPE do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica (EEMC) e durante os turnos em que colaborei com o tutor na sala de Triagem de Manchester, tive a oportunidade de verificar que, na área que é servida por este hospital, os traumas oculares são uma situação repetida. Acontecem na sua maioria em horário de trabalho diurno, em jovens do sexo masculino e destes, grande parte, trabalha em oficinas. Esta constatação é corroborada pelos autores consultados. A sintomatologia normalmente referenciada é dor, lacrimejo, sensação de corpo estranho, irritação ocular e fotofobia. Em alguns casos o olho apresenta uma coloração vermelha. Os sintomas referidos pelos doentes

vão de encontro ao que nos descreve Hofling-Lima A. et all (2008) que também fundamenta que as queimaduras oculares e a sensação de corpo estranho são as situações mais frequentes. Esta afirmação alicerça a realidade observada durante o estágio, sobretudo no que diz respeito á sensação de corpo estranho.

Os doentes que apresentam esta sintomatologia são encaminhados para a especialidade de oftalmologia, sempre que recorram ao SU em horário concordante com a escala de oftalmologia. Nas restantes horas do dia são encaminhados para a especialidade de cirurgia. Não sendo a situação resolúvel no local, o doente é transferido para os Hospitais da Universidade de Coimbra, para uma observação especializada e um tratamento adequado.

Cuidados de Enfermagem

Os cuidados de enfermagem a prestar aos doentes com trauma ocular estão descritos no TNCC (2007), e devem ter início com a avaliação da acuidade visual no momento da admissão. Manter a cabeça do doente elevada e instruí-lo para não se inclinar para frente ou tossir previne o aumento da pressão intra-ocular. Os objectos empalados devem ser estabilizados sem fazer pressão sobre o globo ocular. O enfermeiro colabora com o médico na remoção de corpos estranhos e de seguida deve fazer-se aplicação de gelo para reduzir a dor e o edema periorbital.

Em relação à administração de medicação, esta será sempre segundo prescrição médica e consiste na instilação de gotas anestésicas tópicas para controlo da dor e facilitação do exame oftalmológico, com excepção às lesões de globo aberto. A aplicação de gotas de soro fisiológico ou de lágrimas

artificiais permite a humedificação da córnea. Podem administrar-se também antibióticos tópicos e deve-se proceder à profilaxia do tétano sempre que indicada.

Os pensos oftálmicos são aplicados quando há necessidade de abrigar o olho ou de reduzir os movimentos e a fotofobia. Não se aplica penso ocular quando há suspeita de ruptura do globo ocular ou lesão aberta do olho. Nestes casos venda-se o olho não afectado e aplica-se uma protecção no olho lesionado sem fazer pressão no globo, podendo usar-se um simples copo de papel para o efeito. Qualquer olho ferido que tenha sido anestesiado deve ser protegido ou fazer-se aplicação de gelo para prevenir mais lesões.

No momento da alta, o doente será lembrado sobre a importância do uso de protecção ocular e deve ser igualmente instruído no sentido de não conduzir enquanto usar pensos oftálmicos. Nesta ocasião torna-se relevante aconselhar sobre o uso de óculos de sol para reduzir a fotofobia e o lacrimejo, especialmente se o doente não leva penso oftálmico.

Nota final

O trauma ocular é uma patologia que não está ainda muito documentada no que diz respeito a estudos científicos e a relatos especializados. Desta deficiência resulta que para realizar este trabalho, não tenha sido fácil encontrar bibliografia específica sobre as situações abordadas.

O meu interesse por esta temática surgiu ao verificar que não são tão pouco frequentes as situações de trauma ocular, pois sempre que estive na sala de triagem de Manchester, apareciam vários doentes com sensação de corpo estranho num ou em ambos os olhos.

Com este trabalho pretendi aprofundar os meus conhecimentos acerca da temática e deixar um incentivo à realização de um trabalho de investigação sobre a incidência de trauma ocular nos doentes admitidos no Serviço de Urgência do Hospital de São Teotónio EPE.

Bibliografia

- Martí, J. et all - Programa de Formação – Saúde Familiar. Vol 2.
Lisboa: Oceano - Liarte, s.d.
- Hofling-Lima, A. et all - Manual de Condutas em Oftalmologia. São Paulo: Atheneu, 2008.
- Oliveira, B. et all – Trauma – Atendimento Pré-Hospitalar. São Paulo: Atheneu, 2^a ed, 2007.
- TNCC – Trauma Nursing Core Course – Provider Manual. 6^a ed, ENA, 2007

Anexo II

Plano de acção de formação sobre

Comunicação no Serviço de Urgência. Trabalho em equipa e
cooperação

Acção de formação

Comunicação no Serviço de Urgência. Trabalho em equipa e
cooperação.

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA (SU), TRABALHO EM EQUIPA E COOPREÇÃO			LOCAL: DEP		
FORMADORES: Alexandra Santos, Cláudia Madeira, Paula Morais (Alunas do Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica)			DATA: 18/05/2010 20/05/2010		
DESTINATARIOS: Assistentes Operacionais (AO) do SU			DURAÇÃO: 60 minutos		
OBJECTIVOS GERAIS: Reconhecer a importância da comunicação, da cooperação e do trabalho em equipa na prestação de cuidados no SU.			OBJECTIVOS ESPECIFICOS: - Conhecer os tipos de comunicação e sua importância; - Reconhecer comportamentos positivos e geradores de conflitos; - Valorizar a cooperação e o trabalho em equipa.		
	Actividades	Métodos	Material	Tempo	Avaliação
Introdução	- Apresentação dos formadores - Apresentação do tema - Comunicação dos objectivos - Motivação para o tema	- Exposição - Interrogativo - Activo	- Apresentação power point - Computador - Vídeo projector - Jogo (quadro e marcador)	15 Minutos	Os AO demonstraram interesse pela formação, acabando por fazer um elo de ligação com o que foi exposto e a realidade do SU, participando nas actividades. Os objectivos propostos foram assim atingidos. No final, agradeceram a formação dizendo que foi importante e enriquecedora.
Desenvolvimento	- Definição e tipos de comunicação - Factores influenciadores da comunicação - Comportamentos e cooperação - Trabalho em equipa		- Apresentação power point - Computador - Vídeo projector - Imagens e filme	25 Minutos	
Conclusão	- Síntese dos conteúdos abordados - Apresentação de questões/pontos de vista - Saudação		- Apresentação power point - Computador - Vídeo projector - Jogo (garrafa e cordel)	20 Minutos	

The background of the slide features two hands in white latex gloves. The hand on the left is positioned as if shouting, with the mouth open and fingers spread. The hand on the right is holding a pen, with the index finger pointing upwards. The text is overlaid on this image.

COMUNICAÇÃO NO SU, COOPERAÇÃO E TRABALHO EM EQUIPA

Enf. Anabela Antunes

Enf. Helena do Rosário

Enf. Alexandra Santos *

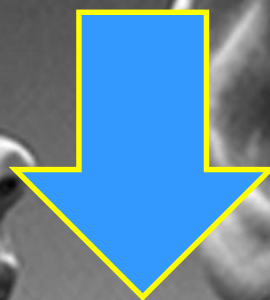
Enf. Cláudia Madeira *

Enf. Paula Morais *

* Alunas do Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Comunicar...

“Comunicare”



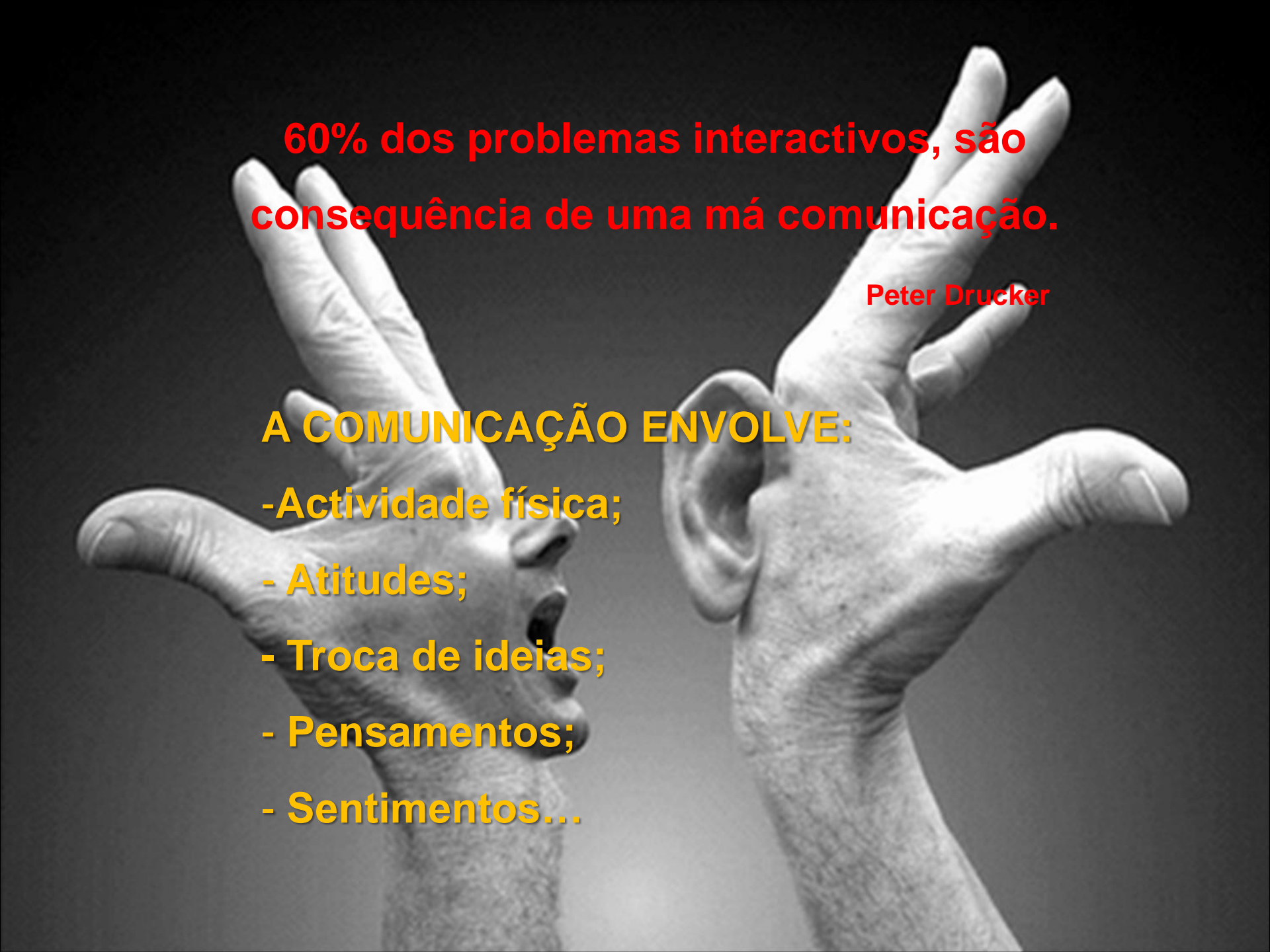
“Por em Comum”

“Entrar em relação com...”



**PODEMOS NÃO
COMUNICAR???**

NÃO.....

A black and white photograph of two hands. The hand on the left is open with the mouth slightly agape, as if speaking. The hand on the right is open with the palm facing the viewer, as if listening. The background is dark.

**60% dos problemas interactivos, são
consequência de uma má comunicação.**

Peter Drucker

A COMUNICAÇÃO ENVOLVE:

- Actividade física;**
- Atitudes;**
- Troca de ideias;**
- Pensamentos;**
- Sentimentos...**

COMUNICAÇÃO PESSOAL E INTER PESSOAL

MODOS DE COMUNICAÇÃO:

❖ Verbal

Oral – informar, entrevistar, instruir.

Escrita – relatórios.

❖ Simbólica – retrato da personalidade.

❖ Não verbal – gestos



A conceptual diagram illustrating non-verbal communication. At the center is a blue rounded rectangle with the text 'COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL' in orange. Eight yellow lines radiate from this central box to eight surrounding blue rectangular labels, each containing a component of non-verbal communication. The background is a grayscale image of a person's hands raised in a gesture, with their mouth open as if speaking or shouting. The labels are: POSTURA (top left), MOVIMENTOS CORPORAIS (middle left), LOCALIZAÇÃO (bottom left), GESTOS (top center), DISTÂNCIA (bottom center), SILÊNCIO (top right), TOQUE (middle right), and ORIENTAÇÃO (bottom right).

POSTURA

SILÊNCIO

GESTOS

TOQUE

COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL

**MOVIMENTOS
CORPORAIS**

LOCALIZAÇÃO

DISTÂNCIA

ORIENTAÇÃO



Cultura

Episódio

COMUNICAÇÃO

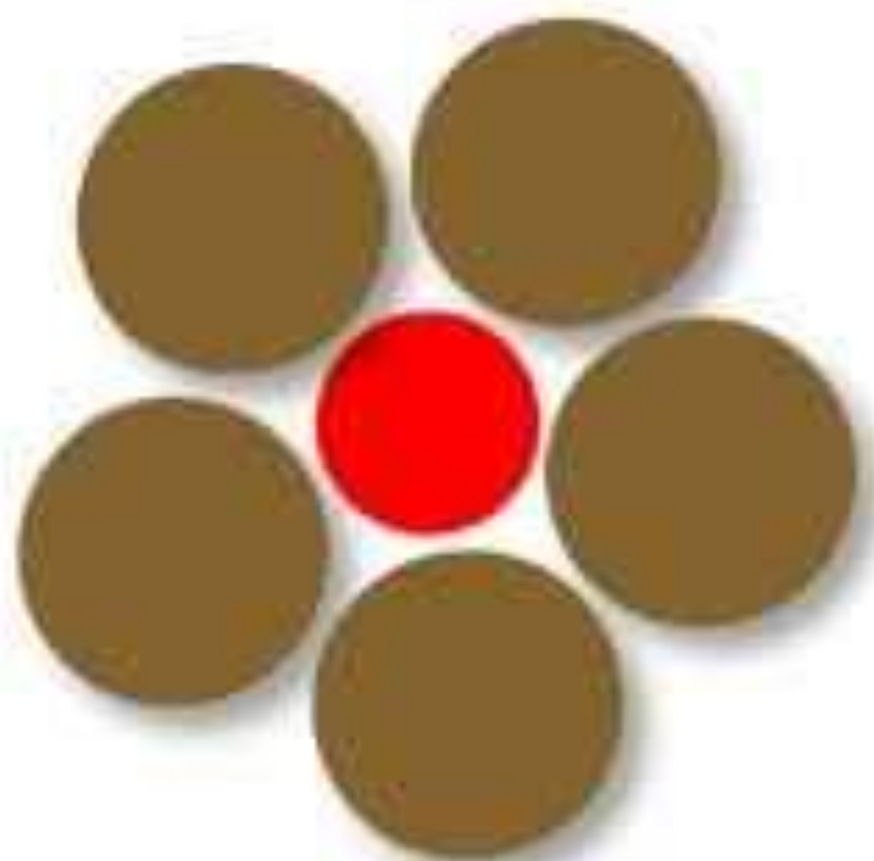
Indivíduo

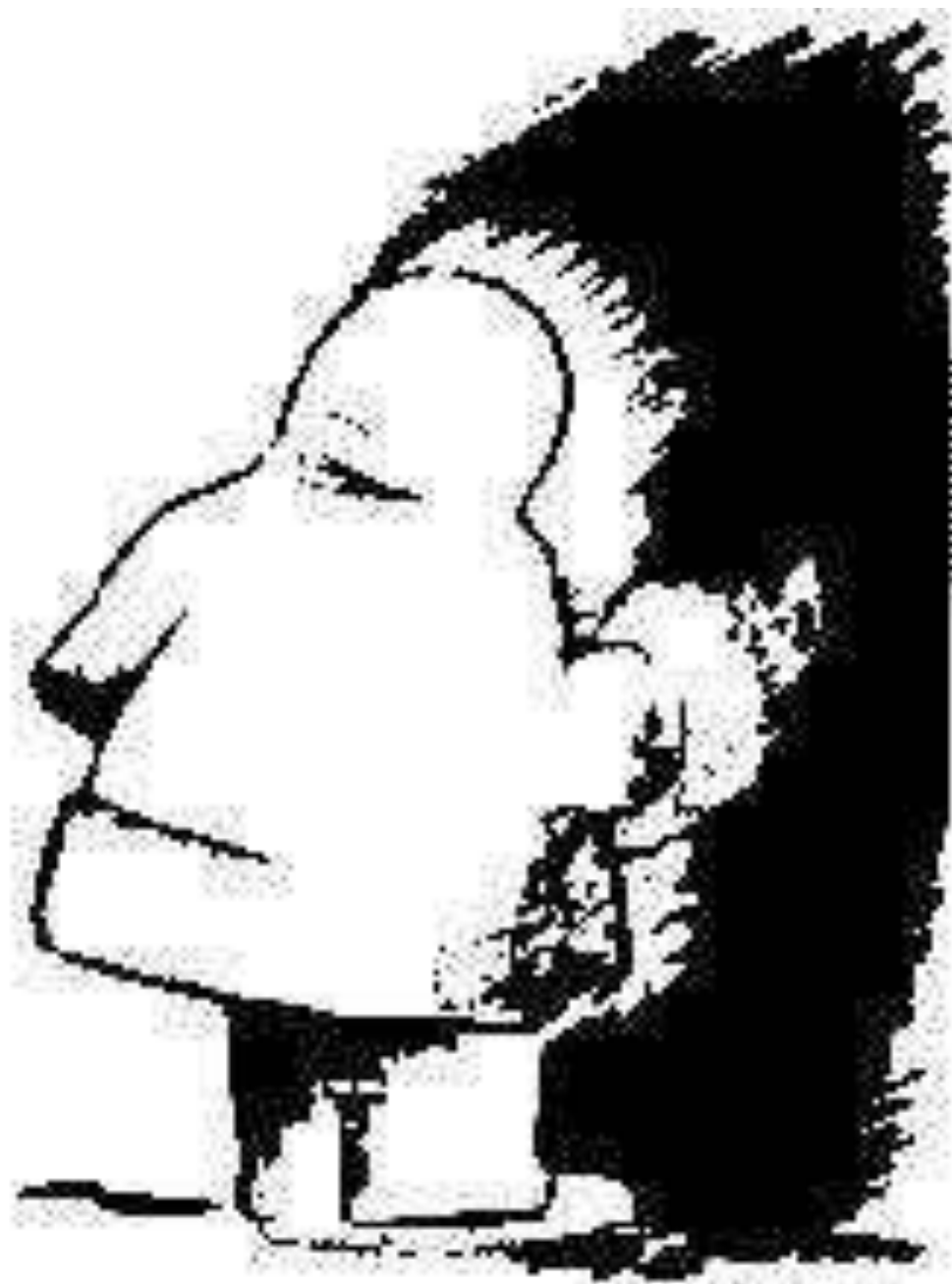
Relação

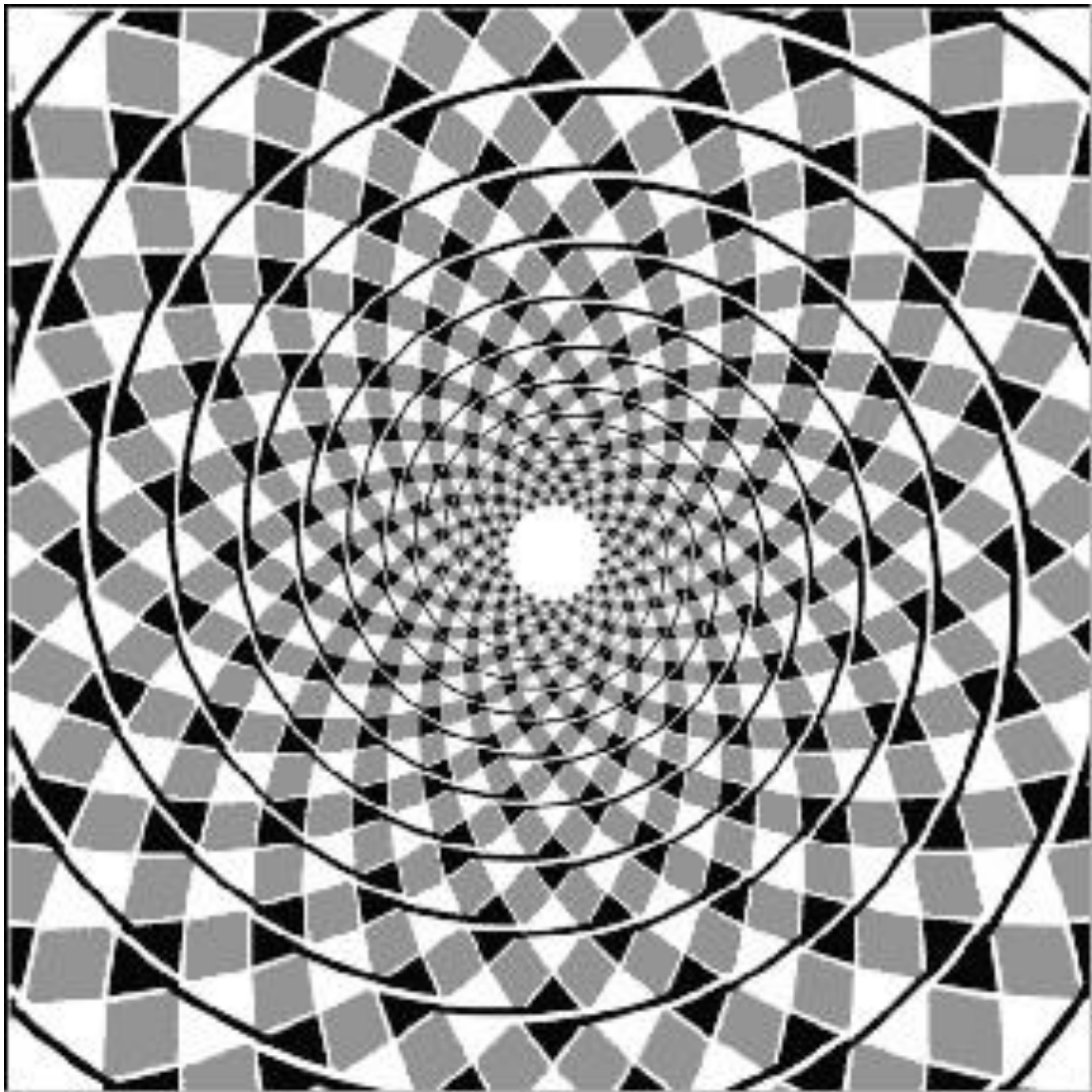




la donna e il mondo







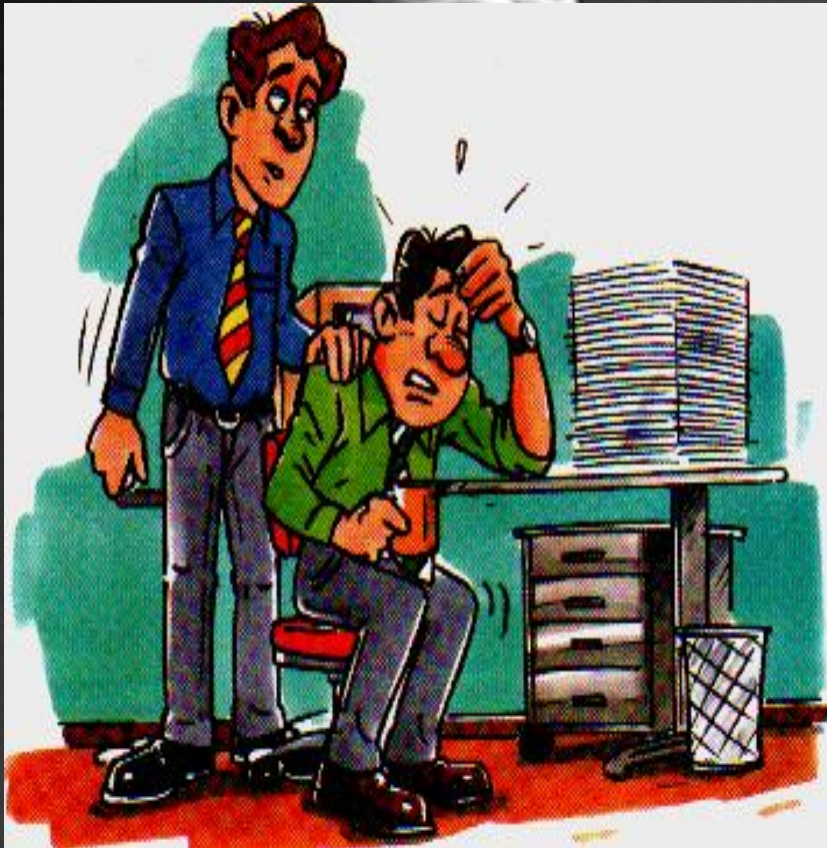
Comportamento gera comportamento

Agressividade gera agressividade



Simpatia gera simpatia

**Procure compreender
os outros**



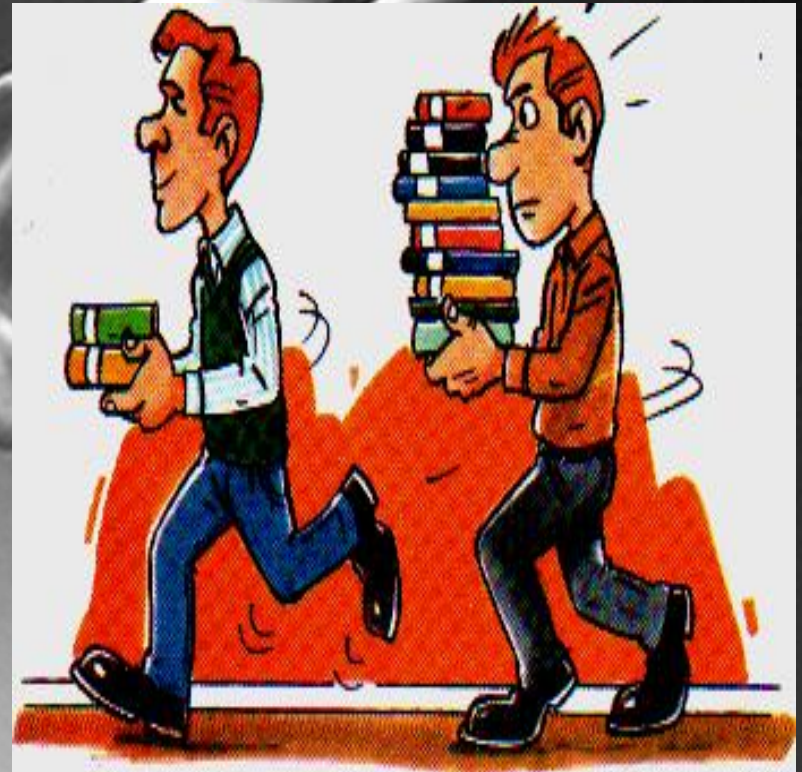
**Procure conhecer
os outros**



Seja um bom ouvinte



**Não veja só os seus
interesses**



**Aceite o sucesso
dos outros**



**Procure conhecer-se
a si mesmo**



**Não tenha mudanças
repentinas no seu
comportamento**



**Não pense que é rei de tudo
e de todos**



Competências Individuais

Criação de
relações
interpessoais

Colaboração
e
cooperação

Criação de
sinergias e de
forças de
acção

Indivíduo

Capacidades
relacionais

Profissionais de Saúde



Trabalho em equipa área da saúde

- ❖ Minimizar ou abolir falhas de comunicação entre profissionais de saúde;
- ❖ Reduzir a duplicação de serviços ou tarefas;
- ❖ Aumentar a importância atribuída ao utente durante o processo de intervenção.

Gardebring (1996)

Trabalho em equipa área da saúde

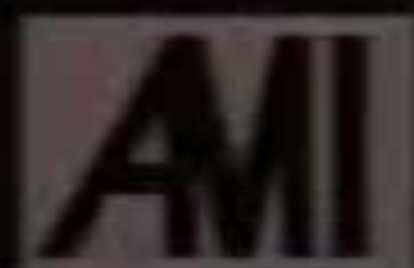
- ❖ Estruturar os serviços;
- ❖ Criar intervenções inovadoras;

Pinho (2006)

**Quais são as competências
necessárias para ter uma equipa
de cuidados de saúde de sucesso**

Gardebring (1996)





AMERICAN MEDIA
INCORPORATED

Equipa de saúde de sucesso

- **Centram a intervenção nos utentes;**
- **Estabelecem uma meta em comum (equipa/utente);**
- **Partilha de informação;**
- **Consciência dos papéis e funções;**
- **Confiança entre os membros da equipa;**

Equipa de saúde de sucesso

- **Flexibilidade e abertura à mudança;**
- **Compreensão das expectativas;**
- **Mecanismos para a resolução de conflitos;**
- **Desenvolvimento de uma rede de comunicação;**
- **Assumir responsabilidades pelas acções da equipa;**
- **Avaliação e *Feedback*...**



Anexo III

Cartaz

Comportamento gera comportamento

COMPORTAMENTO GERA COMPORTAMENTO

Agressividade gera agressividade



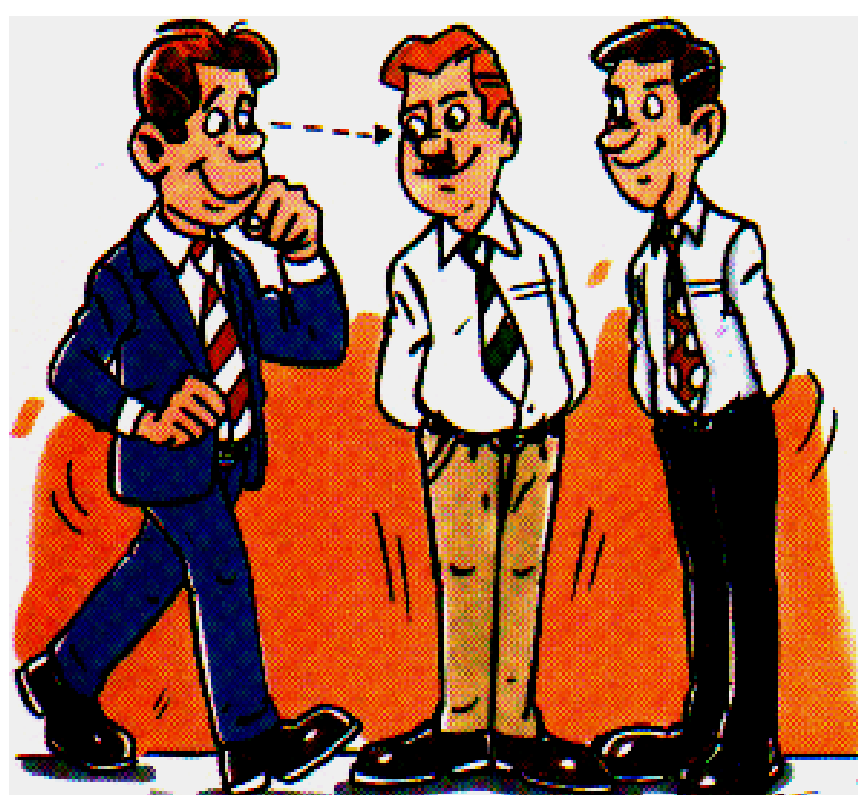
Simpatia gera simpatia



Procure compreender o outro



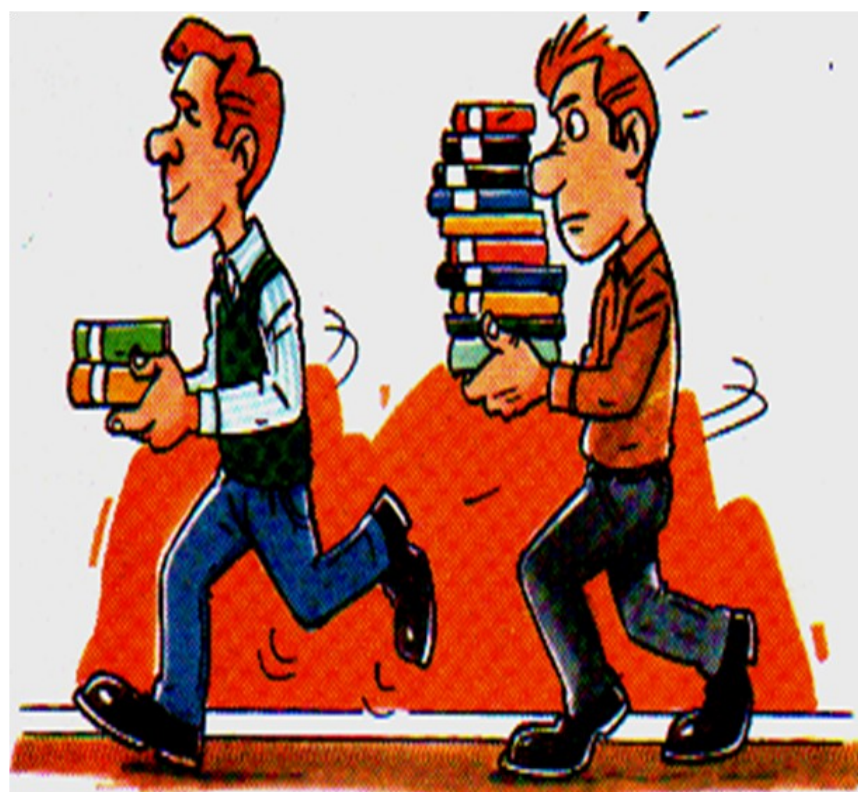
Procure conhecer o outro



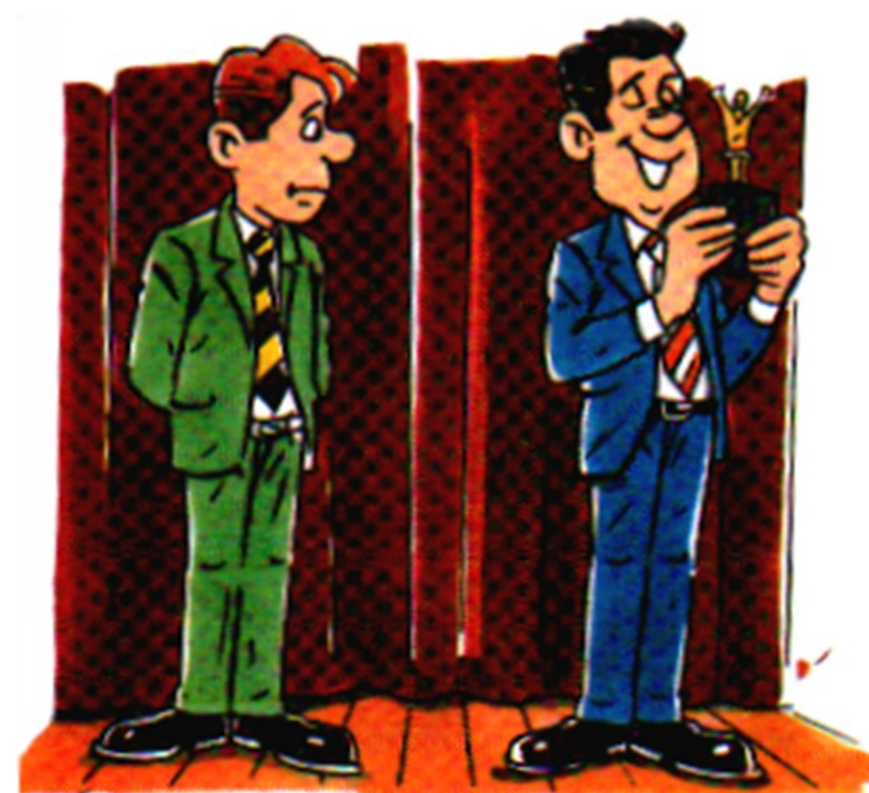
Seja bom ouvinte



Não veja só os seus interesses



Aceite o sucesso dos outros



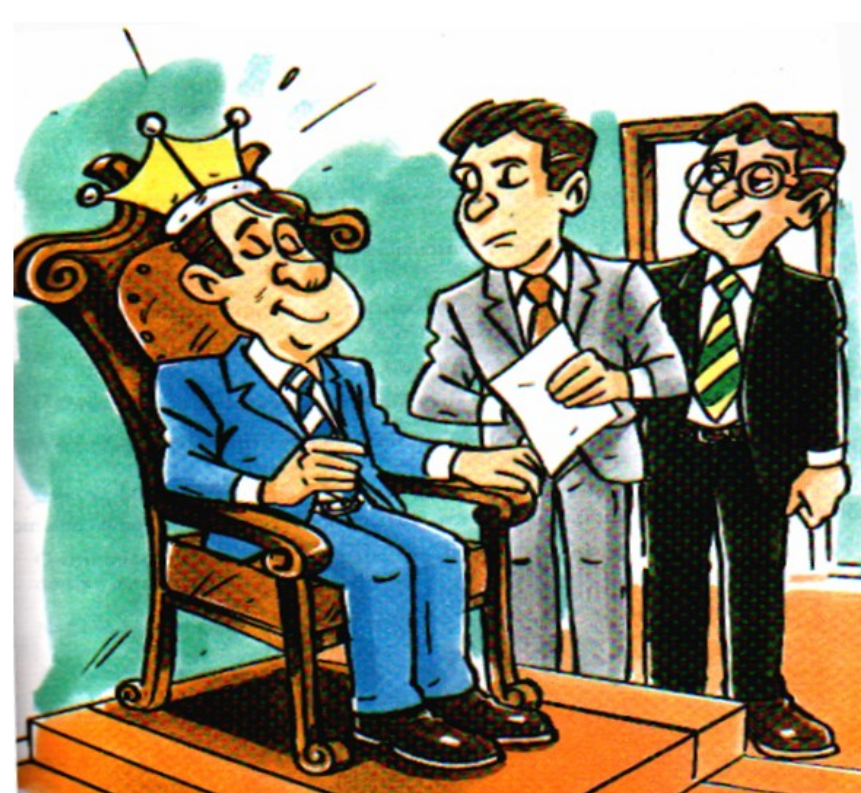
Procure conhecer-se a si mesmo



Não mude repentinamente o seu comportamento



Não pense que é o rei de tudo e de todos



**DÊ O QUE GOSTA DE RECEBER...
FAÇA COMO GOSTA QUE LHE FAÇAM...**

Anexo IV

Cartaz

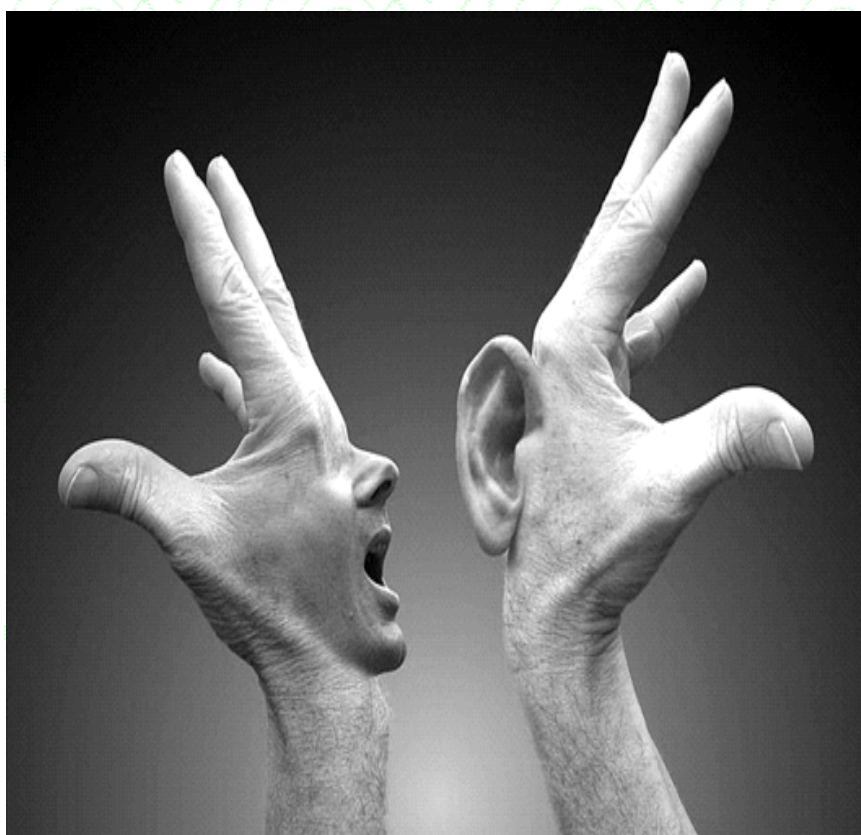
Para um bom dia de trabalho

PARA UM BOM DIA DE TRABALHO

FALE: é uma agradável saudação



OIÇA os outros



SORRIA: faça os outros sorrir



Chame as pessoas pelo NOME



Seja AMIGO, se quiser ter amigos



Interesse-se pelo OUTRO



Considere os SENTIMENTOS



Oiça a OPINIÃO dos outros



Seja cauteloso a CRITICAR



Seja generoso em ELOGIAR



**O QUE REALMENTE VALE NA NOSSA VIDA
É O QUE FAZEMOS PELOS OUTROS**

Anexo V

Plano da sessão de formação sobre

Embolias em Contexto de Hemodiálise (HD)

Sessão de formação

Embolias em Contexto de Hemodiálise (HD)

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: EMBOLIAS EM CONTEXTO DE HEMODIÁLISE (HD)

LOCAL: Serviço Diálise

FORMADORES: Alexandra Santos e Natividade Luís
(Alunas do Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

DATA: 30/11/2010

DESTINATARIOS: Enfermeiros do Serviço de Diálise

DURAÇÃO: 60 minutos

OBJECTIVO GERAL: Rever conceitos e cuidados de enfermagem nas embolias

Formador	Objectivos específicos	Conteúdos	Métodos	Material e Recursos	Tempo	Avaliação
Natividade Luís	Conhecer os formadores Enquadrar a sessão	- Apresentação - Introdução ao tema e objectivos - Tipos de embolias	Expositivo Interrogativo	Apresentação power point Computador Vídeo projector	5 Minutos	Os formandos demonstraram interesse pela formação, participando com questões e partilhando situações ocorridas em contexto de HD que enriqueceram esta formação, Consideraram pertinente rever estes conhecimentos. Os objectivos propostos foram assim atingidos.
Alexandra Santos	Conhecer os factores de risco Reconhecer sinais e sintomas Compreender o tratamento a instituir Identificar os cuidados de enfermagem	Embolia trombótica - Factores de risco - Sinais e sintomas - Cuidados de enfermagem - Tratamento -Cuidados de enfermagem preventivos	Expositivo Interrogativo	Apresentação power point Computador Vídeo projector	30 Minutos	
Natividade Luís	Conhecer os factores de risco Reconhecer sinais e sintomas Compreender o tratamento a instituir Identificar os cuidados de enfermagem	Embolia gasosa - Factores de risco - Sinais e sintomas - Cuidados de enfermagem - Tratamento -Cuidados de enfermagem preventivos	Expositivo Interrogativo	Apresentação power point Computador Vídeo projector	25 Minutos	



EMBOLIAS EM HD

TROMBÓTICA E GASOSA

FORMADORES:

Alexandra Santos
Natividade Luís



EMBOLIAS EM HD

Objectivos:

- ✓ Identificar os tipos de embolia mais comuns em HD
- ✓ Conhecer os factores de risco
- ✓ Reconhecer sinais e sintomas
- ✓ Compreender o tratamento a instituir
- ✓ Identificar os cuidados de enfermagem



EMBOLIA

Obstrução de um vaso sanguíneo por um trombo ou outro material estranho, que tenha sido transportado pela corrente sanguínea, de qualquer local do sistema circulatório.

Dicionário Digital de Termos Médicos 2007





Tipos de embolias

- Trombótica
- Gasosa
- Gordurosa
- Séptica

TROMBÓTICA

GASOSA

Outras:

- Fibrinosa
- Líquido amniótico
- Esquistossomose
- Células cancerígenas
- Tecidos vários

TAPSON, V (2005) in Tratado de Medicina Interna



EMBOLIA TROMBÓTICA





EMBOLIA TROMBÓTICA:

Provocada por um trombo, que na maioria dos casos é um coágulo de sangue.



FACTORES DE RISCO:

1. Estase venosa
2. Insuficiência cardíaca
3. Hipercoaguabilidade
4. Tumores
5. Corpos estranhos
6. Cirurgias extensas
7. Diabetes Mellitus
8. HTA
9. Manobras de permeabilização dos CVC



SINAIS E SINTOMAS:

- A. Cefaleias
- B. Agitação
- C. Défices neurológicos focais
- D. Crises convulsivas
- E. Alteração do estado mental



CUIDADOS DE ENFERMAGEM:

- ✓ Administração de O₂
- ✓ Monitorizar o doente com ECG; SPO₂ e TA
- ✓ Monitorizar a dor
- ✓ Administração de terapêutica
- ✓ Posicionar o doente com cabeceira elevada
- ✓ SBV se PCR



OBJECTIVOS DO TRATAMENTO:

- Estabilizar o doente
- Dissolver os êmbolos existentes
- Prevenir a formação de novos

Brunner, 2005



TRATAMENTO:

Administração
de O₂

- Corrige a hipoxémia
- Alivia a vasoconstrição vascular
- Reduz a hipertensão pulmonar

Terapia
farmacológica

- Anticoagulação
- Trombolítica

Tratamento
cirúrgico

- Embolectomia



TRATAMENTO DE ANTICOAGULAÇÃO:

Método primário de tratamento de tromboembolias

- ❖ Anticoagulantes orais
- ❖ Heparinas
- ❖ Heparinas Baixo Peso Molecular (Hbpm)



TRATAMENTO DE ANTICOAGULAÇÃO:

Anticoagulantes orais:

Aspirina

Ticlopidina

Dipiridamol

Clopidogrel



Actuam a nível das
plaquetas

Varfarina



Antagonista
da vitamina K



TRATAMENTO DE ANTICOAGULAÇÃO:

Anticoagulantes novos:

- ✓ Inibidores directos da trombina
- ✓ Inibidores do factor X
- ✓ Proteína C activada
- ✓ Inibidores da Via do factor tecidual



TRATAMENTO DE ANTICOAGULAÇÃO:

Heparina:

Anticoagulação por activação do co-factor plasmático antitrombina e outras enzimas da coagulação

Desvantagens:

Efeito anticoagulante imprevisível

Necessita controle laboratorial



TRATAMENTO DE ANTICOAGULAÇÃO:

Heparinas Baixo Peso Molecular (Hbpm)

São fragmentos produzidos pela dispolimerização química ou enzimática da heparina

- Melhor biodisponibilidade nas ligações
- Resposta mais previsível
- Vida média plasmática mais longa
- Exige menor controle laboratorial
- Facilita o tratamento em contexto extra-hospitalar



TRATAMENTO TROMBOLÍTICO:

Degradam a fibrina em fragmentos solúveis, lisando o trombo

A resolução do trombo é rápida e há um restauro do funcionamento hemodinâmico, melhorando a perfusão, a oxigenação e o débito cardíaco

Fibrinolíticos indirectos	Estreptoquinase Uroquinase
Fibrinolíticos directos	Alteplase Saruplase rtPA tenecteplase (TNK-tPA)



TRATAMENTO CIRÚRGICO:

Embolectomia

- Raramente utilizada
- Indicada em embolias pulmonares maciças, instabilidade hemodinâmica persistente e existência de contra-indicações para terapia trombolítica



CUIDADOS DE ENFERMAGEM PREVENTIVOS:

- A. Vigiar o retorno venoso.
- B. Manobras de permeabilização dos CVC **SÓ** após anticoagulação.
- C. Encorajar o movimento activo das pernas.
- D. Ensino de exercícios musculares das pernas.
- E. Desaconselhar o cruzar das pernas, pés e pernas pendentes e roupas apertadas.
- F. Vigiar a integridade dos acessos venosos.
- G. Registrar e comunicar as alterações identificadas.
- H. Ensino sobre os cuidados a ter no domicílio.



EMBOLIA GASOSA





EMBOLIA GASOSA

Provocada por uma bolha de ar que entra na corrente sanguínea.

A entrada do ar pode ocorrer em qualquer parte do circuito extra-corporal



FACTORES DE RISCO:

1. Procedimentos cirúrgicos invasivos
2. Substituição/colocação Cateter Venoso Central (CVC)
3. Entrada de ar no circuito sanguíneo
4. Falta de funcionamento do dispositivo específico e do clamp



SINAIS E SINTOMAS:

Dispneia

Sibilos

Dor torácica

Tosse

Agitação

Confusão mental

Taquicardia

Hipotensão

Murmúrio em roda de moinho

Hipoxémia

Hipercápnia

RX

Edema pulmonar

Níveis hidroaéreos



SINAIS E SINTOMAS:

Embolia Gasosa

Doente sentado:

Alterações da visão
Perda de consciência
Hemiparesia
Convulsões
Hemiparesia
Convulsões
Morte súbita

Doente deitado:

Tosse
Dispneia
Dispneia
Hipotensão
Dor torácica
PCR
Hipotensão
Hipertensão pulmonar
aguda
PCR

Hipertensão
pulmonar aguda

Doente em

Trendelenburg
Cianose dos membros
inferiores

Outros: Espuma na linha venosa do dialisador
Auscultação cardíaca específica



CUIDADOS DE ENFERMAGEM:

- A. Clampar linha venosa
- B. Parar a bomba
- C. Colocação em posição de decúbito lateral esquerdo e em trendelenburg
- D. Administração de O₂ a 100%
- E. Monitorizar o doente
- F. SBV se PCR
- G. Pedir ajuda diferenciada: #112



TRATAMENTO:

Administração de O₂

Aspirar o ar se cateter colocado próximo da aurícula direita

SBV/SAV

Administrar heparina

Administrar Dexametasona 4mg EV de 6/6h

Câmara hiperbárica? – se possível



CUIDADOS DE ENFERMAGEM PREVENTIVOS:

- ✓ Verificar se todas as conexões do circuito extra-corporal estão hermeticamente fechadas
- ✓ Infusão de soluções em frascos colapsáveis
- ✓ Administração de fármacos sempre na linha venosa
- ✓ Não anular o alarme de detecção de ar
- ✓ Não evitar o clamp
- ✓ Vigilância apertada na fase de reinfusão do sangue no final da HD



BIBLIOGRAFIA

- * Dicionário Digital de Termos Médicos 2007
http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_0001_06461.php
consultado a 24/11/2010.
- * LEAL, Miguel - ***Acidentes hemodialíticos*** in **Manual de hemodiálise Edição da clínica de doenças renais**, 1997 (p.133 a 136)
- * SMELTZER, S.; BARE, B.; Brunner & Suddarth, **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**, Ed Guanabara Koogan, 2005, Volume I
- * THOMAS, Nicola; ***Hemodiálise*** in **Enfermagem em Nefrologia**, Lusociência, 2ª ed.; 2005, p217
- * TAPSON, Victor; ***Embolia Pulmonar*** in **Tratado de Medicina Interna**, Ed Saunders Elsevier, 22ª ed.; 2005; p 646-654

Anexo VI

Plano da sessão de formação sobre

Suporte Básico de Vida em Contexto Intra-Hospitalar

Sessão de formação

Suporte Básico de Vida em Contexto Intra-Hospitalar

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: SUPORTE BÁSICO DE VIDA EM CONTEXTO INTRA-HOSPITALAR

LOCAL: Serviço Diálise

FORMADORES: Alexandra Santos e Natividade Luís
(Alunas do Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

DATA: 07/11/2010

DESTINATARIOS: Equipa multidisciplinar

DURAÇÃO: 150 minutos

OBJECTIVO GERAL: Rever e treinar o algoritmo de Suporte Básico de Vida (SBV) em contexto intra-hospitalar

Formador	Objectivos específicos	Conteúdos	Métodos	Material e Recursos	Tempo	Avaliação
Natividade Luís	Conhecer os formadores Enquadrar a sessão	- Apresentação - Introdução ao tema e Objectivos - Cadeia de sobrevivência - Riscos para o reanimador - Medidas Universais de protecção - Limitações do SBV	Expositivo Interrogativo	Apresentação power point Computador Vídeo projector	5 Minutos	Os formandos demonstraram interesse pela formação, participando nas actividades propostas e tornaram esta actividade muito interactiva e enriquecedora. Consideraram que ajudou a organizar o modo de actuação perante uma situação de paragem cárdio.respiratória. Os objectivos propostos foram assim atingidos.
Alexandra Santos	Rever algoritmo de SBV	- Etapas e procedimentos de SBV: Avaliação inicial; Permeabilização da via aérea; Ventilações com ar enriquecido; Compressões torácicas - Problemas do SBV	Expositivo Interrogativo	Apresentação power point Computador Vídeo projector	15 Minutos	
Natividade Luís	Rever os procedimentos de SBV	-SBV em contexto intra-hospitalar -Sequência de etapas e procedimentos em contexto de HD - Princípios de actuação	Expositivo Interrogativo	Apresentação power point Computador Vídeo projector	10 Minutos	
Natividade Luís	Realizar simulações práticas de SBV	Simulação de casos práticos	Activo	Manequins de SBV/SAV Monitor/desfibrilhador Carro de emergência	120 Minutos	

SUORTE BÁSICO DE VIDA EM CONTEXTO INTRA-HOSPITALAR

FORMADORES:

Alexandra Santos
Natividade Luís

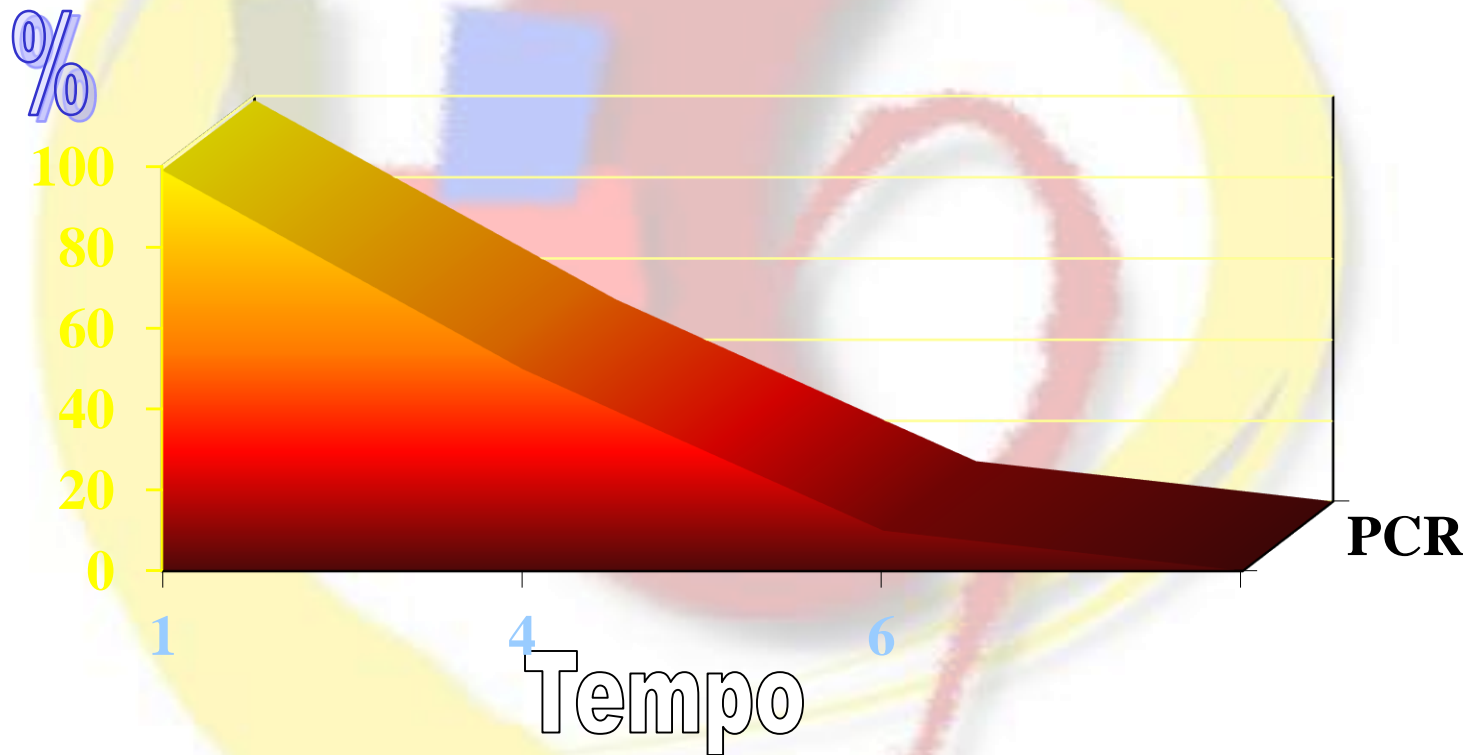


OBJECTIVOS:

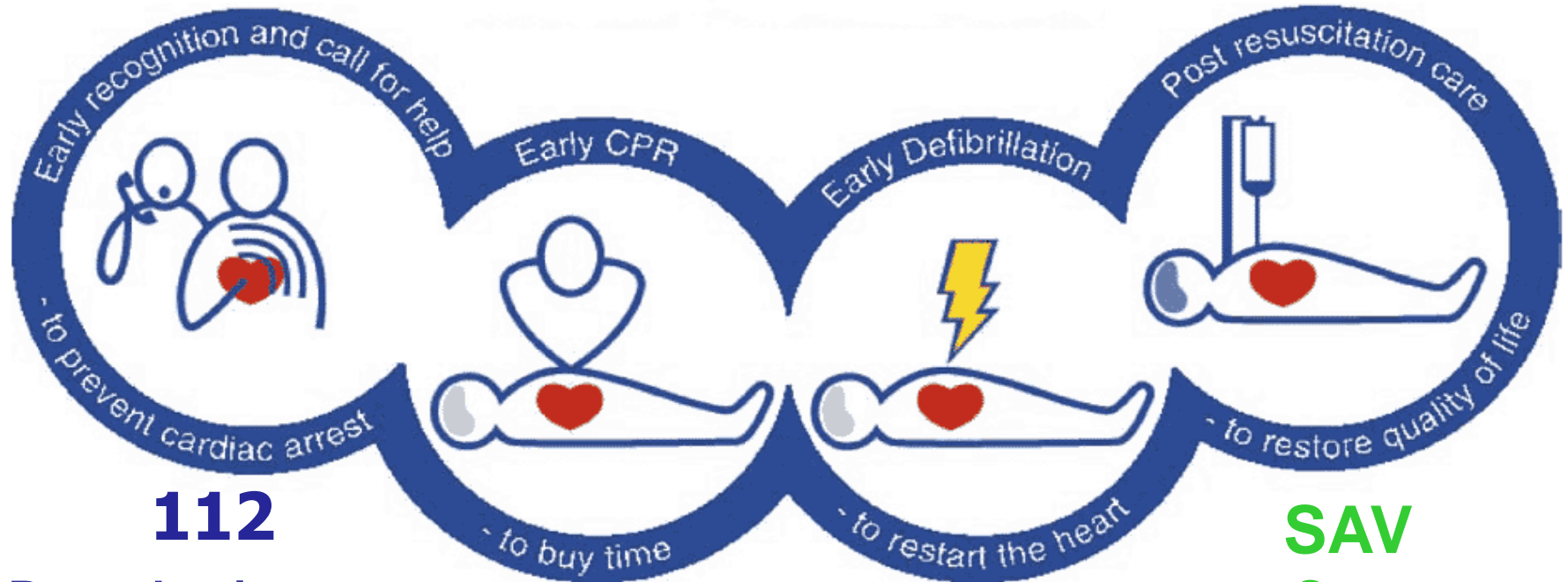
- ✓ Identificar as etapas do Suporte Básico de Vida (SBV)
- ✓ Compreender as etapas do SBV
- ✓ Treinar a sequência de acções numa situação de Paragem Cardiorespiratória



HIPOTETES DE SOBREVIVÊNCIA



CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA



112

Reconhecimento
Precoce
Chamar Ajuda

SBV

Suporte
Básico de
Vida imediato

DAE

Desfibrilhação
precoce

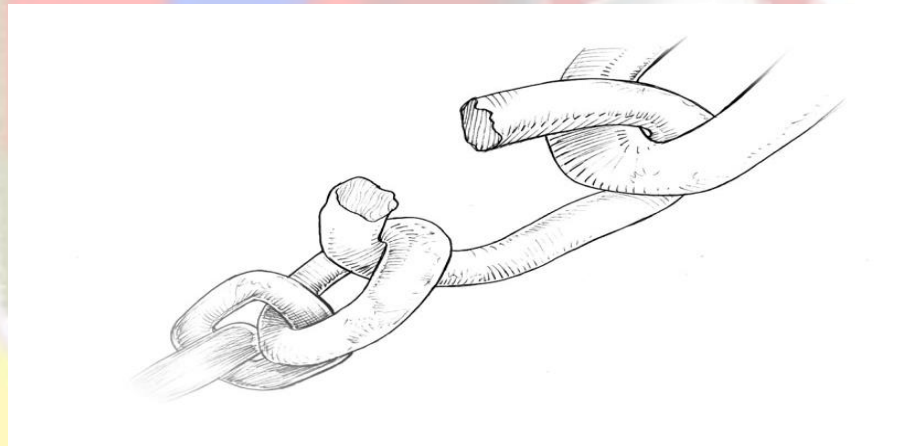
SAV

Suporte
Avançado de
Vida
Cuidados Pós-
Reanimação



Manobras que Salvam Vidas

Acesso Rápido ao Sistema de Emergência
Efectuar correctamente SBV



Todos os elos da cadeia têm a mesma importância!



RISCOS PARA O REANIMADOR

O reanimador não deve expor-se a si ou a terceiros a maior risco do que o que corre a própria vítima

Tipo de riscos:

- ⇒ **Físicos:** choque eléctrico, quedas de material, etc
- ⇒ **Toxicos:** exposição a gás, químicos, etc
- ⇒ **Infecioso:** tuberculose, hepatite, VIH, etc



Medidas Universais de Protecção:

- Luvas
- Máscara
- Bata
- Óculos



Medidas Universais de Protecção:



Insuflador Manual



LIMITAÇÕES DO SBV

Os procedimentos de Suporte Básico de Vida não são por si suficientes para recuperar a maior parte das vítimas de Paragem Cárdio-Respiratória.

Situação de suporte!



ETAPAS

- **Avaliação Inicial**
 - Verificar as condições de segurança
 - Avaliar o estado de consciência da vítima
- **Permeabilização da Via Aérea - A**
- **Ventilação com o ar enriquecido com O_2 - B**
- **Compressões torácicas - C**





Avaliar condições de segurança do local



AVALIAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA

ESTIMULAR A VÍTIMA

- Verbalmente
- Tocar na vítima



RESPONDE

- Não mexer da posição em que está
- Perguntar se tem queixas
- Se necessário, ir pedir ajuda
- Reavaliar periodicamente



NÃO RESPONDE

- Ajuda (gritar por ajuda) - vítima inconsciente
- Iniciar a avaliação da ventilação

Ajuda, está aqui uma
pessoa desmaiada !

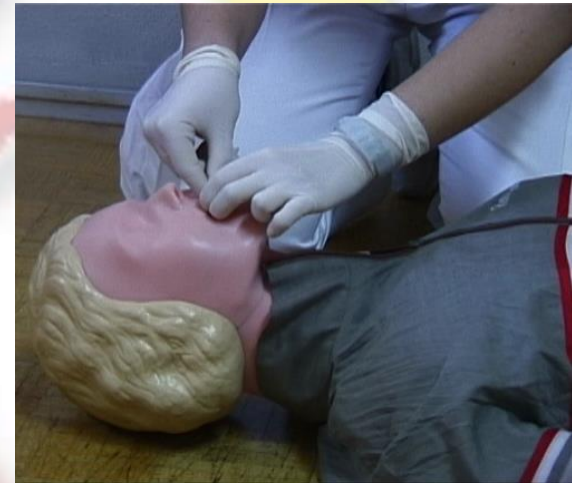


Suporte Básico de Vida



AVALIAÇÃO DA VENTILAÇÃO

- ✓ Observar a cavidade oral



- ✓ Permeabilizar a via aérea



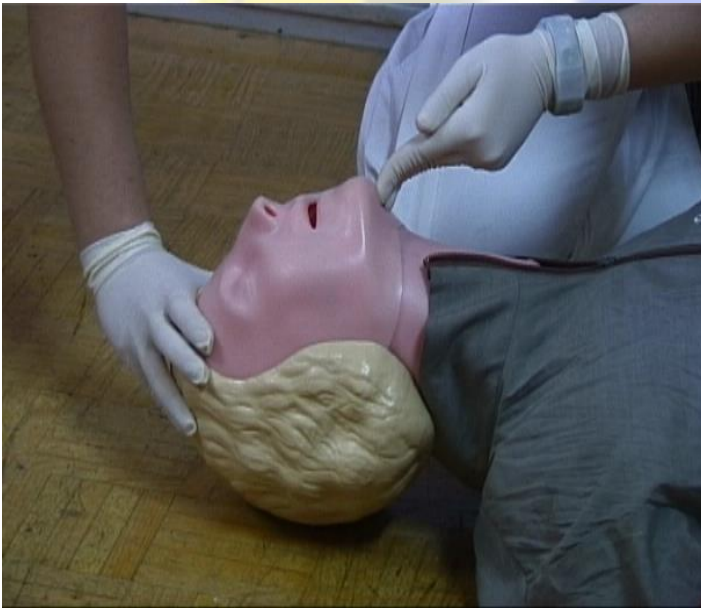
PERMEABILIZAÇÃO DA VIA AÉREA

- Vitima Inconsciente

Queda da Língua



PERMEABILIZAÇÃO DA VIA AÉREA



✓ Extensão da Cabeça



PERMEABILIZAÇÃO DA VIA AÉREA

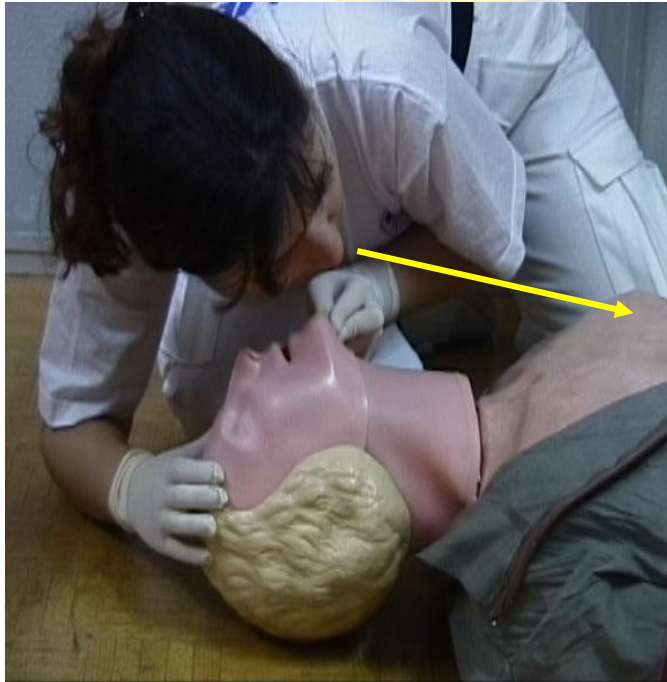
- Vitima de Trauma



✓ Sub-luxação da mandíbula



VERIFICAR SINAIS DE CIRCULAÇÃO

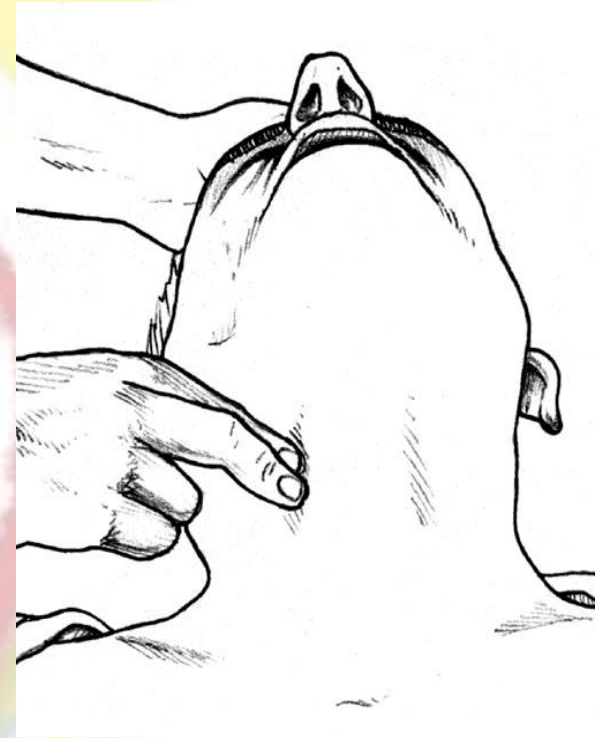


✓ **V**ER

✓ **O**UVIR

✓ **S**ENTIR

✓ **P**ESQUISAR
PULSO



⇒ **10 segundos**



VENTILA

Posição Lateral de Segurança



- Ir pedir ajuda e abandona temporariamente
- Vigiar regularmente



NÃO VENTILA VENTILAÇÃO INEFICAZ

- Ir buscar ajuda - ligar 112



➤ **Abandonando a Vitima se sozinho**



NÃO VENTILA

VENTILAÇÃO INEFICAZ

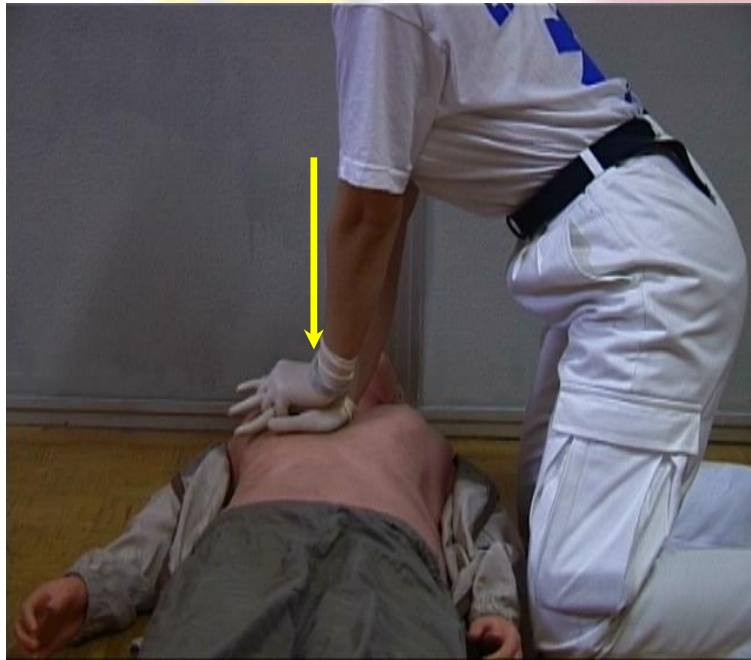


✓ **Compressões Torácicas**

Suporte Básico de Vida



COMPRESSÕES TORÁCICAS



30 CT



COMPRESSÕES TORÁCIAS



- Exercer pressão de modo a que o esterno deprima 5 centímetros
- Compressões regulares, ritmadas e sucessivas

100 CT/min



Ventilação com Insuflador Manual



- Pressione suavemente o insuflador através da máscara facial verificando a selagem da máscara
- Enriquecer o “ar” insuflado com O₂
- Verifique a expansão torácica e a “desinsuflação” torácica
- Se necessário “utilize” ajuda para fixar a máscara facial

✓ 2 insuflações (1 seg./cada)



Relação Compressões Torácicas : Ventilações



30 : 2



NÃO PARAR ATÉ:

- **Chegada de ajuda diferenciada.**
- **Exaustão dos reanimadores (trocam entre si de 2 em 2 min. - 5 ciclos 30:2).**
- **Movimento da vitima – Reavaliação.**



PROBLEMAS

- **Com a ventilação:** insuflação de ar para o estômago
- **Com as compressões:** descompressão incompleta do tórax, fracturas, mau posicionamento



PRINCIPAIS CAUSAS DE PCR:

- ⇒ Obstrução via aérea (comida, aspiração vômito, sangue, corpos estranhos, etc).
- ⇒ Falência respiratória (doente com doença respiratória, com # costelas, com dor, etc).
- ⇒ Patologia cardíaca (isquemia, acidose, etc.).
- ⇒ Causas secundárias (hipoxia, anemia, etc.).

PCR intra-hospitalar, habitualmente, não é imprevista nem súbita



CONTEXTO INTRA HOSPITALAR:

Permite:

- ⇒ Monitorização cardíaca.
- ⇒ Acesso venoso assegurado.
- ⇒ Administração O₂.

- ⇒ Activar sistema emergência interna (na ausência de ventilação e pulso).
- ⇒ Activar avaliação médica urgente (se tem pulso).

Enquanto não chega ajuda diferenciada:

- Iniciar SBV?
- Devolução de sangue?
- Iniciar SAV?



Unidade de Nefrologia e Diálise

Avaliar e garantir condições de segurança

Avaliar estado de consciência

1º pedido de ajuda – gritar por ajuda/pedir para alguém ficar por perto

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir, Sentir e Pulso - durante 10 seg.

Se não respira – Ligar #112

Iniciar SBV

30 compressões : 2 Insuflações



Ao ligar #112

- ✓ **Esperar que atendam**
- ✓ **Dizer localização: serviço/sala/cama**
- ✓ **Dar outras informações solicitadas**



Iniciar SBV

30 compressões : 2 Insuflações

- ✓ **Devolver sangue ao doente (se a realizar HD)**
- ✓ **Horizontalizar cadeirão do doente**
- ✓ **Colocar plano duro debaixo do doente (?)**
- ✓ **Iniciar compressões torácicas**
- ✓ **Mobilizar carro de emergência para o local**
- ✓ **Preparar insuflador manual e conectar à fonte de O₂**
- ✓ **Monitorizar o doente**
- ✓ **Preparar sistema de aspiração**



Unidade de Nefrologia e Diálise

PRINCIPIOS:

- ↳ Se está apenas uma pessoa presente, implica abandonar, temporariamente, a vítima para pedir ajuda (ligar #112 e chamar)
- ↳ Se houver 2 ou mais pessoas, o SBV é iniciado imediatamente, enquanto os outros profissionais asseguram as restantes tarefas.
- ↳ Ventilar ≠ entubar – Ventilação com insuflador manual
- ↳ Muda de reanimador nas compressões a cada 2 minutos (5 ciclos de 30CT:2Ins)



RESUMO:

- ⇒ SBV permite ganhar tempo
- ⇒ Permeabilização da Via Aérea – A
- ⇒ Ventilação com o ar enriquecido – B
- ⇒ Compressões torácicas – C
- ⇒ Accionar ajuda diferenciada - **#112**



Questões ???



Intervalo para café...

Obrigada pela atenção!



BANCAS PRÁTICAS



Unidade de Nefrologia e Diálise



Após chegada equipa emergência interna:

- ✓ Desfibrilhação se indicado
- ✓ Entubação
- ✓ Preparação e administração de medicação e fluidos
- ✓ Preparação e conexão do ventilador
- ✓ Compressões torácicas sem interrupções
- ✓ Outros



Anexo VII

Estudo de Caso



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA / VISEU
Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Estudo de Caso

Alexandra Maria Oliveira Lopes dos Santos

Viseu, Dezembro de 2010



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA/ VISEU
Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Estudo de Caso

Trabalho realizado no Curso de Mestrado em
Enfermagem Médico-Cirúrgica no âmbito
do Estágio de Nefrologia/Diálise

Orientação: Enfermeiro Jorge Melo

Alexandra Maria Oliveira Lopes dos Santos

Viseu, Dezembro de 2010

INDICE

0 - INTRODUÇÃO	3
1- CARACTERIZAÇÃO DO DOENTE.....	4
2 – DISCUSSÃO	6
3- PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	11
4-CONCLUSÃO	14
BIBLIOGRAFIA.....	15

Anexos

Anexo I – Protocolo 9 sobre a Colocação de CVC

Anexo II – Protocolo 10 sobre a Manutenção do CVC

Anexo III – Procedimento nº 2 Protocolo 9 sobre Reacções pós-transfusionais

Anexo IV – Protocolo 15 sobre Colheitas de sangue

0 - INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio opcional, modulo III do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, é requerida a elaboração de um estudo de caso ou de um artigo. Optei por elaborar o estudo de caso de um doente ao qual foi diagnosticada uma doença renal terminal sem que tivesse havido espaço que permitisse uma preparação pré tratamento de substituição renal, despertando a minha curiosidade em relação ao acontecimento. Outro motivo que condicionou a minha escolha foi o facto de, durante o estágio no Serviço de Urgência, ter elaborado um artigo. Deste modo conquisto competências na composição de ambos trabalhos.

Este trabalho tem por objectivos:

- ✦ Aprofundar conhecimentos teórico-práticos em relação ao doente com doença renal terminal, alguns anteriormente adquiridos, no âmbito da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- ✦ Planear cuidados ao doente em tratamento substitutivo da função renal
- ✦ Desenvolver competências na elaboração de trabalhos académicos;
- ✦ Concorrer como elemento de avaliação.

A metodologia utilizada para a elaboração deste estudo de caso foi, principalmente, a pesquisa bibliográfica, complementada pela consulta do processo clínico do doente, entrevistas informais com a equipa multidisciplinar, a observação, avaliação e diálogo com o doente e o recurso a conhecimentos apreendidos previamente durante a fase teórica do curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O trabalho divide-se em três partes capitais, a primeira parte engloba a caracterização do doente, na segunda parte faço uma discussão sobre o caso do doente confrontando-o com a bibliografia consultada e na terceira e última parte, apresento um plano de cuidados com as respectivas intervenções de enfermagem, em concordância com a linguagem CIPE.

I- CARACTERIZAÇÃO DO DOENTE

Nome: Sr. J.P.C.

Idade: 57 anos

Sexo: masculino

Estado civil: Casado

Profissão: Pensionista

Estado de consciência: Escala de Comas de Glasgow = 15.

Estado hemodinâmico: TA- 150/106 mmHg; FC- 115 bat/min;

Antecedentes: Hipertensão arterial (HTA) com cinco anos de evolução, mal vigiada e mal controlada.

Queixa inicial/motivo de recurso ao serviço de urgência: Dispneia e Cansaço

História inicial: Doente que foi enviado ao HSTV EPE pelo Centro de Saúde de Nelas por infecção respiratória. Refere perda de apetite há seis meses, com conseqüente perda de peso. Já em contexto hospitalar, na triagem, o doente diz ter recorrido ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de dispneia com uma semana de evolução, sem tosse ou febre, acompanhado de quadro de astenia e perda ponderal progressiva com cerca de seis meses de evolução. Nega alterações do débito urinário, nictúria ou outras queixas relevantes.

Em relação ao estudo inicial, a radiografia do tórax revelou pequeno derrame pleural bilateral e analiticamente apresenta marcada elevação dos parâmetros de retenção azotada. Desta feita apresentava ureia de 305 mg/dl, sendo que os parâmetros normais se situam entre os 14 e os 42 mg/dl, creatinina de 12,6 mg/dl, cujos valores normais devem variar entre 0,6 e 1,3 mg/dl. Igualmente apresentava hipercaliémia de 6 mEq/L, devendo os valores de potássio (K) variar entre 3,5 e 4,5 meq/l. Uma hemoglobina de 9.6 g/dl anuncia uma anemia já que o normal, no homem, varia entre 14.0 e 18.0 g/dl. A proteína C reactiva (PCR) elevada, 14.91mg/dl, aponta para a existência de um processo infeccioso sendo que o estado ideal se situa abaixo dos 0,5 mg/dl.

Dado este quadro clínico, compatível com síndrome urémica em contexto de provável insuficiência renal crónica (IRC) terminal, o doente tem indicação para início de técnica de substituição renal para tratamento de IRC. Recebe alta do SU para o internamento em Nefrologia Homens.

Como diagnósticos significativos do internamento, o doente manifesta:

- Doença renal crónica de etiologia indeterminada com indicação para início de hemodiálise,

- Hipertensão arterial (HTA),
- Anemia,
- Hérnia inguinal esquerda,
- Infecção respiratória nosocomial

Quanto aos procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos significativos no internamento, o doente foi submetido a:

- Tomografia axial computadorizada (TAC) abdominal,
- Ecografia renal e abdominal,
- Hemodiálise (HD) de alto fluxo,
- Colocação de cateter venoso central (CVC) provisório na veia jugular interna direita,
- Colocação de CVC tunelizado na veia jugular interna direita,
- Broncofibroscopia (BFO),
- Transfusão de 2 unidades de concentrado de eritrócitos (CE),
- Administração de Epoetina B subcutânea,
- Radiografia torácica.

2 – DISCUSSÃO

Para Thomas, N.(2005) a insuficiência renal crónica é o resultado de variados processos patológicos que motivam lesão irreversível do tecido renal. Os nefrónios, unidades funcionais do rim, estão destruídos e os rins ficam incapazes de manter o equilíbrio hidro-electrolítico e eliminar os produtos tóxicos do organismo. Conforme o mesmo autor, a insuficiência renal crónica é desencadeada por uma doença renal progressiva e lenta, que evolui ao longo de anos, podendo haver um início insidioso apresentando, o doente, uma sintomatologia moderada, apesar de se encaminhar para a insuficiência renal terminal, em que a lesão renal é permanente.

A síndrome urémica é definida por Zawanda Jr., E. in Manual de Diálise (2003) como sendo um conjunto de sinais e sintomas que resultam dos efeitos venenosos de níveis elevados de produtos tóxicos no sangue, nomeadamente a ureia e a creatinina, bem como outras toxinas.

Reportando ao motivo que levou este doente a recorrer ao SU, perda de apetite, perda de peso e astenia, o mesmo autor veicula que os doentes com síndrome urémica, apresentam frequentemente náuseas e vômitos, podendo perder o apetite de tal maneira que apenas pensar em comer, os faz sentir mal. Acrescenta ainda que a fadiga é também um sintoma reiterado neste contexto. Esta informação é suportada por Bazari, H. in Tratado de Medicina Interna (2005), ao afirmar que o doente com doença renal apresenta sinais e sintomas específicos dos quais fazem parte a fadiga e a fraqueza. Acrescenta ainda outros sinais e sintomas como o uso de alguns medicamentos, história familiar de doença renal, alterações da função vesical incluindo nictúria, poliúria, hesitação do jacto urinário e dispneia a esforços como uma manifestação de sobrecarga de volume. Destes sintomas, o doente fazia referência ao cansaço para esforços moderados, negando todos os outros.

A síndrome urémica pode também levar a alterações do estado de consciência, manifestando-se inicialmente por alterações súbitas da personalidade, podendo eventualmente tornar-se confusos e finalmente comatosos (Zawanda Jr., E.,2003). O Sr. J.P.C. manteve-se sempre consciente e orientado.

A realização da ecografia renal revela rins de pequenas dimensões com diminuição da diferenciação parênquimato-sinusal, tendo ficado excluída causa obstrutiva para a disfunção renal. Tisher, C. in Tratado de Medicina Interna (2005), diz que a organização do parênquima renal proporciona a base anatómica para a reunião das funções dos rins. Bazari, H. in Tratado de Medicina Interna (2005) refere-se à ecografia renal como o exame de imagem mais utilizado por ser imediato, não invasivo e fornecer informações confiáveis sobre a presença ou não de obstrução, tamanho dos rins, existência de massas e textura renal. A TAC abdominal, segundo o mesmo autor, é o exame de escolha para a detecção de cálculos renais.

Ao exame objectivo o doente mostra palidez das mucosas, o que vai de encontro á anemia detectada analiticamente. A administração de eritropoietina, Epoetina B, subcutânea alcançará a estimulação da produção de sangue. Tisher, C. transmite como sendo funções dos rins a manutenção do volume e da composição iónica dos líquidos corporais, a excreção de creatinina, ureia e ácido úrico e a eliminação de toxinas exógenas. Igualmente se refere ao rim como um importante órgão endócrino, visto que produz renina e eritropoietina. Atribui também ao rim a responsabilidade pela manutenção da homeostasia do potássio (K). Segundo Thomas, N. (2005) a produção da hormona eritropoietina pelo rim é necessária para manter uma contagem de eritrócitos normal e conseqüente prevenção de anemia, estimulando os precursores celulares dos eritrócitos situados na medula óssea. Em relação ao controle do balanço de K o autor afirma que este é importante na manutenção do potencial de membrana das células musculares e nervosas, afectando por isso a sua excitabilidade. As alterações do balanço do K afectam de forma patológica as funções nervosa e muscular e podem ser fatais, nomeadamente se as alterações se verificarem ao nível do músculo cardíaco. Thomas, N. (2005) declara ainda que a renina actua pelo sistema renina-angiotensina provocando a vasoconstrição, local e periférica, para aumentar a tensão arterial. Mas, neste doente, a tensão arterial elevada representa o único antecedente nefro-urológico patológico. A explicação, de acordo com Thomas, N. (2005) surge ao afirmar que os rins são capazes, até certo ponto, de auto-regular a pressão do sangue que entra nos capilares renais, mantendo a pressão hidrostática constante pela via do sistema renina-angiotensina. Se a tensão arterial se mantém persistentemente elevada (HTA), existe um risco aumentado de lesão de todos os vasos sanguíneos, especialmente os cerebrais, as artérias coronárias e os vasos renais.

Estes últimos podem ficar estenosados por arteriosclerose, o que vai impedir, ou pelo menos dificultar, o fluxo de sangue. Por sua vez vai estimular a produção de renina, complicando o ciclo da hipertensão. Assim a HTA tanto pode ser a causa como a consequência da insuficiência renal.

A TAC abdominal sugere presença de insuficiência cardíaca. De acordo com Kokko, J. in Tratado de Medicina Interna (2005) a ocorrência de colapso do Débito cardíaco e conseqüente colapso circulatório, por falência de bomba, ocorre quando não acontece um correcto enchimento do leito arterial nem uma conveniente manutenção do volume sanguíneo arterial efectivo, visto que o coração não alcança fazer uma adequada transferência do sangue dos leitos venosos para os leitos arteriais. Thomas, N. (2005) diz que estados de hipoperfusão, ou seja, situações em que há uma diminuição do aporte de sangue aos rins, estão em relação directa com as causas pré-renais da insuficiência renal. Aclara conjuntamente que quando há uma restrição do fluxo de sangue aos rins, acontece uma hipoperfusão renal. O efeito global é uma diminuição do fluxo de sangue às estruturas renais que por sua vez conduz a uma filtração ineficaz, correspondente ao insuficiente fluxo de sangue. O autor ainda amplia que sem uma taxa de fluxo renal eficaz, os rins não conseguem filtrar devidamente os produtos do metabolismo celular presentes no sangue.

Com vista a permitir o início atempado da técnica de substituição renal para tratamento da insuficiência renal terminal que o doente detém, foi-lhe colocado um acesso percutâneo com cateter venoso central (CVC), inicialmente provisório. Thomas, N. (2005) define acesso percutâneo como a inserção de uma cânula ou cateter numa grande veia e acrescenta que os cateteres centrais podem ser inseridos como uma medida temporária. Sequeira, A. e Silva, J. in Acesso á Diálise (1997) corroboram ao dizer que os cateteres de curta duração são a escolha inicial para o início de hemodiálise de emergência em doentes sem acesso, bem como em doentes com insuficiência renal terminal, entre outras indicações. Thomas, N. (2005) aponta como locais mais prováveis de punção as veias subclávia, femural e jugular interna. Acrescenta que o uso da veia subclávia não é recomendado nos doentes com insuficiência renal terminal, tal fundamenta a colocação de um CVC provisório na veia jugular interna direita no doente em estudo.

Em contexto de insuficiência renal terminal é certo que o doente avança para a necessidade de tratamento hemodialítico por um período superior a três semanas.

Deste modo, o CVC provisório foi substituído por um CVC de longa duração, ou definitivo, tunelizado na veia jugular interna direita. Sequeira, A. e Silva, J. in *Acesso á Diálise (1997)* afirmam que os cateteres de longa duração com trajecto subcutâneo estão indicados quando o doente necessita de um acesso de diálise por um período superior a três semanas. Também Thomas, N. (2005) veicula que os cateteres permanentes são inseridos através de um túnel que é feito, assegurando-se a colocação ideal do cateter e ajudando a reduzir a taxa de infecção. Igualmente Sequeira, A. e Silva, J. in *Acesso á Diálise (1997)* certificam que a taxa de infecção para estes cateteres é baixa e que estão indicados para a insuficiência renal terminal quando ainda não está decidida a criação de outro acesso definitivo para diálise. Os CVCs de longa duração, segundo os autores anteriores, inserem-se essencialmente em três grandes veias centrais que são a femoral, a jugular interna e a subclávia. Adicionam que destas a jugular interna direita é a escolha de eleição, sendo o que foi optado no caso do Sr. J.P.C. A escolha do local de inserção do CVC também se prende com outros condicionalismos bem como outras patologias apresentadas pelo doente. Neste caso o doente apresenta uma hérnia inguinal esquerda e analogamente pela necessidade de ambulação a canalização da veia femoral não é aconselhável como asseguram Sequeira, A. e Silva, J. in *Acesso á Diálise (1997)*. Estes autores confirmam até que a utilização de cateteres de duplo lúmen permitem uma maior eficácia da diálise uma vez que possibilitam um alto débito ou fluxo sanguíneo.

Como estratégia dialítica para este doente foi prescrito sessão de hemodiálise de quatro horas, a cada 3^a, 5^a e sábado, com velocidade de bomba (QB) de 350 ml/min (alto fluxo de sangue), através de CVC tunelizado inserido na veia jugular interna direita. A medicação intra-dialítica instituída tem por objectivo corrigir e prevenir a ocorrência de anemia utilizando ácido fólico, vitaminas, ferro e eritropoietina. Também foi tido em conta o controle da HTA neste doente instituindo-lhe medicação anti-hipertensora acompanhada de um protector gástrico para prevenção de lesões gástricas que eventualmente possam ocorrer atendendo á quantidade de medicamentos que o doente tem que tomar.

Durante o internamento a intercorrência do agravamento da tosse acompanhada de expectoração hemoptóica exigiu a realização de uma radiografia ao tórax que revelou opacidade pulmonar. Iniciou antibioterapia e foi pedida a colaboração de um médico especialista em pneumologia que após a realização de

broncofibroscopia, diagnostica uma infecção respiratória nosocomial e associa outro antibiótico ao anterior, desta feita a azitromicina, fomentando a sua correcção. Perante um agravamento da anemia o doente foi transfundido com duas unidades de CE.

A consulta pré-diálise acontece posteriormente ao início de tratamento de substituição renal (TSR) por hemodiálise, uma vez que neste doente se tratava de uma situação urgente. Idealmente esta consulta deve ocorrer numa fase anterior ao início do TRS, permitindo ao doente, se possível, reduzir ou travar a evolução da doença renal e possibilitando o planeamento da TSR a ser adoptada pelo doente (Thomas, N. 2005). O Sr. J.P.C. optou pela diálise peritoneal que á data deste estudo ainda se encontrava em fase de delineação.

O doente recebe de alta do internamento clinicamente estabilizado e é orientado para a unidade de hemodiálise do HSTV EPE. Analiticamente o doente apresenta valores laboratoriais, dos vários testes, alguns normalizados e outros quase normalizados. Assim a ureia apresenta-se com 62 mg/dl e a creatinina afigura-se em 4.0 mg/dl. Em relação ao potássio este normalizou para 3,4 mEq/L. Quanto ao processo infeccioso encontra-se em fase de resolução com uma PCR de 2.24 mg/dl. Quanto á hemoglobina baixou para 7.3 g/dl o que motivou a transfusão de sangue.

3- PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O plano de cuidados de enfermagem do Sr. J.P.C. refere-se aos problemas relacionados com a hemodiálise e verificados em algumas sessões. Assim tendo em conta o observado surge a organização do seguinte plano de cuidados, tendo em conta a linguagem CIPE:

Data de início	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Objectivo	Resultados obtidos
06.10	Ansiedade em grau elevado	<ul style="list-style-type: none"> -Vigiar sinais de ansiedade (inquietação, sudorese, taquicardia, choro, irritabilidade, isolamento) -Promover uma relação de confiança -Encorajar o doente a expor as suas dúvidas e inquietações. -Explicar de maneira clara todos os procedimentos a efectuar 	<ul style="list-style-type: none"> 1-Diminuir ansiedade 2-Melhorar a adesão ao tratamento 	O doente demonstrou boa adesão ao tratamento, contudo demonstrava alguns sinais de ansiedade, como o isolamento.
06.10	Riscos associados à Colocação de CVC	<ul style="list-style-type: none"> -Executar procedimentos do protocolo 9 existente na unidade (anexo I) -Monitorizar o doente -Vigiar traçado de ECG, TA e SpO2 -Vigiar padrão respiratório -Colaborar com nefrologista na obtenção do acesso 	<ul style="list-style-type: none"> 1-Prevenir Complicações 2-Actuação precoce nas complicações que surjam 	Não se verificaram complicações relacionadas com a colocação do CVC

06.10	Hipertensão arterial	<ul style="list-style-type: none"> -Monitorizar tensão arterial de 30 em 30m -Incentivar a correcta ingestão de terapêutica -Informar médico 	I-Prevenir complicações da hipertensão	O doente apresenta tensão arterial dentro dos parâmetros normais a 30.11
06.10	Manutenção do CVC	<ul style="list-style-type: none"> -Executar tratamento ao local de inserção do CVC segundo protocolo 10 (anexo II) -Vigiar local de inserção do CVC -Monitorizar temperatura axilar 	<ul style="list-style-type: none"> 1-prevenir complicações relacionadas com o CVC 2-Prevenir infecções 	Doente não apresenta sinais de infecção ou outras complicações
14.10	Anemia	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar sinais vitais -Executar transfusão de CE -vigiar sinais de reacção pós-transfusional (anexo III) -Gerir ambiente físico -Executar colheita de sangue pós-transfusão (anexo IV) -Vigiar coloração das mucosas -Administrar terapêutica segundo prescrição 	<ul style="list-style-type: none"> 1-Prevenir complicações 2-Corrigir anemia 	Doente mantém sinais de anemia

11.10	Planeamento de treino para diálise peritoneal	<ul style="list-style-type: none"> -Agendar colocação de cateter peritoneal -Agendar sessões de treino -Envolver o familiar de referência -Planear visita domiciliária 	<p>1-Promover a autonomia do doente no que diz respeito ao tratamento da sua doença</p> <p>2-Averiguar as condições do domicilio para a execução da técnica dialítica</p> <p>-Sugerir eventuais alterações nomeadamente sobre a disposição do mobiliário</p>	
-------	---	--	--	--

4-CONCLUSÃO

Há algumas décadas, os doentes insuficientes renais tinham ou futuro breve pela frente. Nos dias de hoje, a insuficiência renal pode, a maior parte das vezes, ser tratada eficazmente durante muitos anos com recurso às técnicas dialíticas e com o transplante (Thomas, N. 2005).

A evolução das técnicas e das estratégias de diálise, acentua crescentemente a estreita dependência entre a sobrevivência e a qualidade de vida do doente com insuficiência renal. Assim é realçada a importância do seu elo vital, ou seja, da prótese que permite a realização de diálise, quer seja um cateter venoso ou peritoneal, uma fístula artério-venosa ou um rim transplantado (Ponce, P.1997).

O número global de doentes com insuficiência renal tendo necessidade de tratamento substitutivo tem vindo a aumentar de forma significativa em todo mundo. Uma das consequências da insuficiência renal é a crescente susceptibilidade de desenvolver uma falência múltipla de órgãos, e cuidar de doentes com estas necessidades complexas representa um desafio para os enfermeiros que trabalham em Nefrologia. Neste sentido torna-se imprescindível a aquisição e o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados, sabendo que estamos a tratar um número de doentes que cresce constantemente (Thomas, N. 2005).

A elaboração deste trabalho permitiu-me aprofundar os conhecimentos sobre a doença renal, e reflectir na importância que detém o enfermeiro que trabalha nas unidades de diálise antecipando-se, muitas vezes, às complicações e agindo de maneira a corrigi-las.

Thomas, N. (2005) certifica que todos os aspectos da vida são afectados pela insuficiência renal bem como pelo seu tratamento e os seus efeitos estendem-se a todas as pessoas com as quais o doente se relaciona de forma mais próxima. A melhor compreensão das ansiedades e preocupações dos doentes e dos seus prestadores de cuidados no dia-a-dia, possibilita aos enfermeiros, responder com o apoio apropriado.

Finalmente considero que foram atingidos os objectivos traçados na fase inicial sendo que relativamente á estrutura do trabalho, esta se prende com a vontade de o tornar sucinto, claro e de leitura agradável.


BIBLIOGRAFIA

- ◆ Daugirdas, J.; Blake, P.& Ing, T.(2003).*Manual de Diálise*.3ª ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan.
- ◆ Goldman, L. & Ausiello, D. (2004). *Cecil, Tratado de Medicina Interna.*(Vol. 2). Rio de Janeiro: Editora Elsevier.
- ◆ Ponce. P.(1997). *Acesso á Diálise: A perspectiva Nefrológica*.Lisboa:Quadricor, Artes Gráficas Lda.
- ◆ Thomas, N. (2005). *Enfermagem em nefrologia*.2ª ed. Loures: Lusociencia.

Anexos

Anexo I

Protocolo 9 sobre a Colocação de CVC

 <p>Ministério da Saúde</p> <p>Hospital de São Teotónio, S.A. – Viseu</p>	<p>PROCEDIMENTO N.º 9</p> <p>MPH – 2003</p>	Elaborado em 27/03/2003	Folha 1 / 11
		Revisto em 22/06/06	Revisão N.º 1
		Próxima Revisão a 06/2009	

TÓPICO / ÁREA: Normas de serviço. Gestão do risco / Protocolo de actuação na colocação dos cateteres venosos centrais em Hemodiálise

ÂMBITO: Enfermeiros e médicos da Unidade de Nefrologia e Diálise - sector de terapêutica substitutiva

DESIGNAÇÃO: Os enfermeiros e médicos conhecem os cateteres disponíveis na Unidade e adoptam os procedimentos de acordo com protocolos, na colocação de cateteres venosos centrais

FUNDAMENTOS: Sendo o acesso vascular um elo vital para a sobrevivência e qualidade de vida do doente insuficiente renal, a eficácia do mesmo afigura-se como factor determinante para o sucesso da Hemodiálise, enquanto terapêutica substitutiva da função renal.

OBJECTIVO: Conhecer os cateteres venosos centrais disponíveis na Unidade de Nefrologia e Diálise, de modo a uniformizar procedimentos na sua colocação e posteriormente na sua manutenção.


DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: Inicialmente, os cateteres venosos centrais eram concebidos essencialmente como um acesso provisório para hemodiálise de urgência. Hoje, para alguns doentes apresenta-se como o único acesso possível a longo prazo. Existem fundamentalmente dois tipos de cateteres: os temporários e os definitivos. Propõe-se uma abordagem simples e fácil de consultar, acerca dos cateteres existentes na Unidade, seus materiais e características, locais de inserção mais habituais, procedimentos de Enfermagem durante a sua colocação, bem como material necessário.

1 – TIPOS DE CATETERES EXISTENTES:

1.1. Cateteres provisórios ou de curta duração

São cateteres de duplo lúmen, radiopacos (permitem uma melhor visualização ao raio X ou na fluoroscopia), podem ser de poliuretano ou de silicone. Devem ser substituídos aos 21 dias quando colocados nas veias jugular e subclávia e aos 4 dias quando colocados na veia femoral. Contudo, na prática estes “timings” nem sempre se verificam, mercê de vários factores. Fundamentalmente, são as características do doente, o tipo de cateter e os cuidados na sua manipulação que irão influenciar a maior ou menor sobrevida do cateter em condições de funcionamento seguro.

Os cateteres provisórios são, habitualmente, usados em doentes que necessitam de um acesso venoso urgente/emergente para hemodiálise e/ou quando se prevê um curto período de utilização (inferior a 3 semanas). Exemplos: Insuficiência renal aguda, Insuficiência renal crónica agudizada ou falência/repouso de acesso definitivo.

 <p>Ministério da Saúde</p> <p>Hospital de São Teotónio, S.A. – Viseu</p>	<p>PROCEDIMENTO N.º 9</p> <p>MPH – 2003</p>	Elaborado em 27/03/2003	Folha 2 / 11
		Revisto em 22/06/06	Revisão N.º 1
		Próxima Revisão a 06/2009	


1.2. Cateteres definitivos ou de longa duração

Podem ser cateteres de duplo lúmen ou de lúmens independentes, são igualmente fabricados em silicone ou poliuretano, sendo este material radiopaco e nalguns casos, termossensível, o que os torna mais maleáveis após a sua inserção. A inserção deste tipo de cateteres implica a construção de um túnel subcutâneo onde irá ficar localizado o cuff ou punho de feltro que permitirá a sua fixação, constituindo em simultâneo, uma barreira à entrada de microorganismos.

A técnica de inserção dos cateteres de duplo lúmen, realiza-se através da punção da veia, após o que se introduz um fio guia. Constrói-se, de seguida um túnel subcutâneo e por último insere-se o cateter. Em relação aos cateteres de lúmens independentes o túnel é construído após a inserção do cateter.

Estes cateteres distinguem-se dos provisórios não só pelo material (composição mais elaborada) como também pela existência do cuff, onde posteriormente se irá formar uma bainha de fibrina que irá impedir a saída / deslocação do cateter.

Geralmente são usados em doentes que não têm possibilidade de outro tipo de acesso ou em doentes que ainda aguardam realização ou maturação da fístula arterio-venosa e que, por isso, se prevê um período de utilização superior a 3 semanas.

 <p>Ministério da Saúde</p> <p>Hospital de São Teotónio, S.A. – Viseu</p>	<p>PROCEDIMENTO N.º 9</p> <p>MPH – 2003</p>	Elaborado em 27/03/2003	Folha 3 / 11
		Revisto em 22/06/06	Revisão N.º 1
		Próxima Revisão a 06/2009	

2 – CATETERES VENOSOS CENTRAIS DISPONÍVEIS NA UNIDADE

Existem cateteres de diferentes tamanhos e diâmetros. Estes, são geralmente escolhidos de acordo com a experiência profissional do Nefrologista, tendo em conta as características do doente e o local de inserção.

2.1. Poliuretano

2.1.1. Cateteres provisórios:


Designações comerciais:

- Quinton/ Kendall
Mahurkar 11,5 Fr x 16 cm
- Quinton/ Kendall
Mahurkar 11,5 Fr x 19,5 cm
- Gambro
Gamcath 11,5 Fr x 20 cm

2.1.2 Cateteres definitivos:

Designação comercial :

- Medcomp
Split Stream 14 Fr x 24 cm
- Medcomp
Split Stream 14 Fr x 28 cm
- Medcomp
Split Stream 16 Fr x 40cm

 <p>Ministério da Saúde</p> <p>Hospital de São Teotónio, S.A. – Viseu</p>	<p>PROCEDIMENTO N.º 9</p> <p>MPH – 2003</p>	Elaborado em 27/03/2003	Folha 4 / 11
		Revisto em 22/06/06	Revisão N.º 1
		Próxima Revisão a 06/2009	

2.2. Silicone


2.2.1. Cateteres definitivos

Designações comerciais:

Duplo lúmen:

- Quinton / Kendall
Mahurkar 13,5 Fr x 36 cm


Vantagens do poliuretano	Vantagens do silicone
1- Alto grau de biocompatibilidade	1- Biocompatível
2- Boa resistência à tracção / tensão	2- Menor risco de “Kinking” (dobra)
3- Termossensíveis (Medcomp ➤) , o que os torna mais maleáveis após a sua inserção	3- Diminui a probabilidade de lesão da veia, por serem mais maleáveis , diminuindo igualmente o risco de trombose
4- Maior facilidade de inserção , por serem mais rígidos (Quinton ➤)	

 <p>Ministério da Saúde</p> <p>Hospital de São Teotónio, S.A. – Viseu</p>	<p>PROCEDIMENTO N.º 9</p> <p>MPH – 2003</p>	Elaborado em 27/03/2003	Folha 5 / 11
		Revisto em 22/06/06	Revisão N.º 1
		Próxima Revisão a 06/2009	


3 – LOCAIS DE INSERÇÃO DOS CATETERES VENOSOS CENTRAIS EM HEMODIÁLISE

O tipo de acesso venoso, temporário ou definitivo, condiciona a escolha do tipo de cateter, bem como o local de inserção e o respectivo posicionamento do doente. O vaso de eleição é a veia jugular interna, pois a possibilidade de ocorrer estenose é de 0 a 10% , enquanto que a taxa de estenoses ou de obstrução associada à utilização da veia subclávia é de 42 a 50%. A estenose ou obstrução poderá comprometer um acesso venoso futuro e pelo que se deve ter sempre em consideração o local de inserção no sentido de evitar o lado em que se irá realizar uma FAV.

LOCAIS DE INSERÇÃO	VANTAGENS	DESVANTAGENS	POSICIONAMENTO DO DOENTE
VEIA JUGULAR INTERNA <ul style="list-style-type: none"> ◆ <u>Direita</u> <ul style="list-style-type: none"> - Anterior - Posterior - Mediana <ul style="list-style-type: none"> - alta - baixa ◆ <u>Esquerda</u> <ul style="list-style-type: none"> - Idem 	<ul style="list-style-type: none"> - Fácil acesso e punção - Bom calibre - Fácil colocação da ponta do cateter na aurícula direita, se inserção na jugular direita - Menor índice de complicações 	<ul style="list-style-type: none"> - Risco de punção da carótida - Desconfortável para o doente, principalmente na inserção alta - Dificuldade de manter a integridade do penso - Na veia jugular esquerda existe maior risco de punção acidental da pleura (vértice do pulmão esquerdo é mais alto) - Na inserção baixa existe risco acrescido de pneumotórax (menor que na subclávia) 	<ul style="list-style-type: none"> - Decúbito dorsal - Trendleburg - Rotação da cabeça de forma contrária ao local de inserção - Hiperextensão do pescoço
VEIA SUBCLÁVIA infra ou supra clavicular <ul style="list-style-type: none"> ◆ Direita ◆ Esquerda 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom calibre e consequente bom débito - Fácil execução e manutenção do penso - Melhora a mobilidade do doente 	<ul style="list-style-type: none"> - Maior probabilidade de formação de trombos, principalmente nos provisórios de poliuretano (nos mais rígidos ; ex.: <i>Quinton</i>) - Maior risco de estenose/trombose da veia o que poderá comprometer um futuro acesso vascular - A colocação percutânea é tecnicamente mais difícil e o risco de complicações é maior - Proximidade à artéria subclávia - Maior dificuldade em controlar a hemorragia se houver punção acidental da artéria - Risco aumentado de pneumotórax 	<ul style="list-style-type: none"> - Decúbito dorsal - Trendleburg - Abdução, extensão e supinação do braço contrário ao local de inserção - Adução e extensão do braço ao longo do corpo, do lado de inserção do cateter - Hiperextensão clavicular (colocar um rolo ao longo da coluna dorsal)

 <p>Ministério da Saúde</p> <p>Hospital de São Teotónio, S.A. – Viseu</p>	<p>PROCEDIMENTO N.º 9</p> <p>MPH – 2003</p>	Elaborado em 27/03/2003	Folha 6 / 11
		Revisto em 22/06/06	Revisão N.º 1
		Próxima Revisão a 06/2009	

<p>VEIA FEMURAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ♣ Direita ♣ Esquerda 	<ul style="list-style-type: none"> - Fácil punção - Bom calibre - Cateterização fácil e rápida - Ideal em manobras de RCR ou em situações urgentes/emergentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Risco aumentado de infecções e trombozes - Risco de punção da artéria femoral - Diminui a mobilidade do doente - Dificuldade em manter a integridade do penso - A mobilização do doente aumenta a probabilidade de “Kinking” (com a utilização de cateteres de silicone o risco é menor) 	<ul style="list-style-type: none"> - Decúbito dorsal - Abdução, afastamento e rotação externa do membro inferior (do mesmo lado do local de inserção)
--	---	--	---

 <p>Ministério da Saúde</p> <p>Hospital de São Teotónio, S.A. – Viseu</p>	<p>PROCEDIMENTO N.º 9</p> <p>MPH – 2003</p>	Elaborado em 27/03/2003	Folha 7 / 11
		Revisto em 22/06/06	Revisão N.º 1
		Próxima Revisão a 06/2009	

4 – COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À COLOCAÇÃO DE CATETERES VENOSOS CENTRAIS


Como a qualquer outro procedimento cirúrgico estão sempre inerentes algumas complicações, que na grande maioria poderão ser previsíveis se forem respeitados os critérios de escolha do local de inserção, do tipo de cateter e respectivas técnicas de inserção, bem como a assépsia associada a qualquer procedimento. Assim podemos distinguir dois tipos de complicações:

4.1. IMEDIATAS (durante a inserção)

- Punção da artéria
- Laceração e perfuração da veia
- Arritmias cardíacas (Ex: na veia jugular a estimulação do seio carotídeo pode causar bradiarritmia e hipotensão)
- Lesão pleural (na punção da veia jugular ou subclávia)
 - Pneumotórax
 - Hemotórax
- Hemopericárdio
- Lesão do plexo braquial (veia subclávia)
- Embolia gasosa
- Tamponamento cardíaco
- Hematoma local
- Hemorragia local
- Hemorragia retroperitoneal (veia femural)

4.2. TARDIAS (Após a inserção):


- Ruptura do cateter
- Trombose ou estenose venosa central
- Obstrução do cateter intra ou extra luminal , com conseqüente débito inadequado
- Infecção local e sistémica

 <p>Ministério da Saúde</p> <p>Hospital de São Teotónio, S.A. – Visou</p>	<p>PROCEDIMENTO N.º 9</p> <p>MPH – 2003</p>	Elaborado em 27/03/2003	Folha 8 / 11
		Revisto em 22/06/06	Revisão N.º 1
		Próxima Revisão a 06/2009	

5 – LISTA DO MATERIAL NECESSÁRIO PARA O CATETERISMO


Antes de iniciar o procedimento torna-se necessário a preparação do material que se irá utilizar. O material necessário para a colocação de um cateter venoso central é:

- ◆ Monitor cardíaco
- ◆ Carro de RCR
- ◆ Ecógrafo e respectiva manga esterilizada
- ◆ Mesa para colocação do material esterilizado
- ◆ Máscara cirúrgica
- ◆ Barrete/Touca
- ◆ Luvas esterilizadas
- ◆ Troupa anestésica composta por:
 - ✓ Bata esterilizada
 - ✓ 2 campos cirúrgicos esterilizados pequenos
 - ✓ 2 campos cirúrgicos esterilizados grandes
- ◆ 1 Kit de cateterismo composto por:
 - ✓ 2 taças pequenas
 - ✓ 1 pinça de Kocker
 - ✓ 1 pinça de dissecação
 - ✓ 1 tesoura
 - ✓ 1 cabo de bisturi
 - ✓ 1 pinça de roupa
 - ✓ 1 pinça mosquito
 - ✓ 1 porta agulhas
- ◆ Cateter venoso central (Previamente escolhido pelo médico, de acordo com a situação clínica do doente)
- ◆ 1 rolo para posicionamento (se for caso disso)
- ◆ Lidocaína a 2%
- ◆ Iodopovidona a 10% // Clorhexidina a 2 %
- ◆ 1 frasco de 100ml de cloreto de sódio a 0,9 %
- ◆ Compressas de 10x10cm
- ◆ 1 seringas de 20ml
- ◆ 2 seringas de 10ml
- ◆ 1 agulha subcutânea
- ◆ 1 agulha endovenosa
- ◆ 1 agulha intramuscular
- ◆ 1 lâmina de bisturi nº11
- ◆ 1 seda 2.0
- ◆ 1 frasco de heparina (para os ramos do cateter)
- ◆ Penso estéril
- ◆ Adesivo


 <p>Ministério da Saúde</p> <p>Hospital de São Teotónio, S.A. – Viseu</p>	<p>PROCEDIMENTO N.º 9</p> <p>MPH – 2003</p>	Elaborado em 27/03/2003	Folha 9 / 11
		Revisto em 22/06/06	Revisão N.º 1
		Próxima Revisão a 06/2009	

6 – PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM DURANTE A COLOCAÇÃO DE CATETERES

N.º	PROCEDIMENTOS	JUSTIFICAÇÃO
1	Providenciar privacidade ao doente	Promover o conforto
2	Verificar se tem o consentimento informado assinado e explicar ao doente os procedimentos que se irão realizar	Diminuir a ansiedade / medo e obter a colaboração do doente
3	Lavagem higiénica das mãos	Prevenir infecções cruzadas
4	Preparar todo o material necessário e colocá-lo junto ao doente	Economizar tempo e facilitar o procedimento
5	Realizar tricotomia e higiene do local, se necessário	Prevenir infecções, facilitar a visualização do local e melhorar a fixação do penso
6	Colocar resguardo impermeável sob o doente	Evitar gastos desnecessários com a roupa
7	Monitorizar o doente, vigiar e registar os parâmetros vitais, antes de iniciar a técnica	Avaliar o estado hemodinâmico do doente e obtenção de valores de referência
8	Colocar máscara cirúrgica e barrete ou touca ao doente e a si próprio	Prevenir infecções
9	Lavagem higiénica das mãos	Prevenir infecções
10	Colaborar com o Nefrologista na execução da técnica	Facilitar a execução da cateterização e prevenir complicações
11	Durante a colocação do cateter, acompanhar o traçado do ECG, vigiar tensão arterial e saturação de O ₂ e estar atento a manifestações por parte do doente	Despistar de sinais de progressão incorrecta do cateter: <ul style="list-style-type: none"> - arritmias cardíacas → progressão em excesso para o interior do coração - bradiarritmia e hipotensão → estimulação do seio carotídeo por palpação da carótida - manifestações álgicas no ouvido (na veia subclávia) - entre outras;
12	Proporcionar apoio psicológico ao doente	Diminuir ansiedade / medo e manter a colaboração por parte do doente
13	Despiste de complicações relacionadas com a inserção do cateter	Resolver precocemente as mesmas
14	Depois da inserção do cateter, colaborar com o Nefrologista na heparinização dos ramos do cateter	Manter a permeabilidade do cateter até á confirmação radiológica e até á realização da sessão dialítica
15	Colaborar com o Nefrologista na limpeza	Prevenir infecções

 <p>Ministério da Saúde</p> <p>Hospital de São Teotónio, S.A. – Visou</p>	<p>PROCEDIMENTO N.º 9</p> <p>MPH – 2003</p>	Elaborado em 27/03/2003	Folha 10 / 11
		Revisto em 22/06/06	Revisão N.º 1
		Próxima Revisão a 06/2009	

	de resíduos de sangue do local de inserção e proceder á colocação de penso estéril	
16	Reposicionar o doente	Proporcionar conforto ao doente
17	Estar atento a possíveis sinais de pneumotórax e/ou hemotórax	Prevenir de complicações (risco acrescido na punção da subclávia)
18	Reavaliação dos parâmetros vitais	Prevenção de complicações
19	Providenciar controlo radiológico	Verificar a correcta posição do cateter e despistar possíveis complicações
20	Dar destino adequado ao material utilizado	Evitar contaminação ambiental
21	Lavagem higiénica das mãos	Prevenir infecções

 <p>Ministério da Saúde</p> <p>Hospital de São Teotónio, S.A. – Viseu</p>	<p>PROCEDIMENTO N.º 9</p> <p>MPH – 2003</p>	Elaborado em 27/03/2003	Folha 11 / 11
		Revisto em 22/06/06	Revisão N.º 1
		Próxima Revisão a 06/2009	

7 – REGISTOS

Efectuar registos adequados, na folha de procedimentos extra-dialíticos:

- ✓ Colocar vinheta de identificação do doente
- ✓ Data
- ✓ Hora de início e fim do procedimento
- ✓ Local de cateterização
- ✓ Tipo de cateter utilizado
- ✓ Registo dos sinais vitais – antes, durante e após – a colocação do cateter
- ✓ Registo de ocorrências relevantes durante o procedimento
- ✓ Identificação do enfermeiro e nefrologista

CRITÉRIOS / MECANISMOS DE MONITORIZAÇÃO – AVALIAÇÃO:

DOCUMENTAÇÃO DE SUPORTE:


- Folha de registo de procedimentos extra - dialíticos

- Critérios do Manual A. Organizacional K.F.H.Q.S. observados: 17.1.3; 17.10; 17.11; 21.14; 21.15; 23.6.1; 23.9; 23.10; 23.11

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por:
Jesus Garrido (Assistente Nefrologia)	Jesus Garrido (Assistente Nefrologia)
Carla Carvalho (Enfermeira Graduada)	Carla Carvalho (Enfermeira Graduada)
Paula Ferreira (Enfermeira Graduada)	Paula Ferreira (Enfermeira Graduada)

Anexo II

Protocolo 10 sobre a Manutenção do CVC

 <p>Ministério da Saúde</p> <p>Hospital de São Teotónio, S.A. – Visou</p>	<p>PROCEDIMENTO N.º 10</p> <p>MPH / 2003</p>	Elaborado em 11/04/2003	Folha 1 / 9
		Revisto em	Revisão N.º 0
		Próxima Revisão a	

TÓPICO / ÁREA: Normas de serviço. Gestão do risco/Protocolo de actuação na manutenção dos CVC(s).

ÂMBITO: Médicos e Enfermeiros

DESIGNAÇÃO: A equipe de enfermagem sabe e adopta as regras de procedimentos na manutenção dos CVC(s).

FUNDAMENTOS: O aparecimento dos CVC(s) permitiu um grande avanço na medicina, surgindo assim novas técnicas de diagnóstico e tratamento.

Em diálise são um recurso quer na IRA, quer na IRC. São muitas vezes a única via para efectuar tratamentos dialíticos em doentes, onde as FAV e Próteses são inviáveis.

O implante destes, implica a utilização de técnicas invasivas agressivas, muitas vezes em doentes já por si imunodeprimidos, potenciando ainda mais a sua susceptibilidade a processos infecciosos.


A colocação destes artefactos é a principal causa para bacteriémia nestes doentes, representando 5,0% de doentes/mês em CVC(s) com cuff e 8,5% para CVC(s) sem cuff.

A infecção associada à inserção e manutenção dos CVC(s), é a complicação mais grave, prolongando a hospitalização, aumentando assim os custos da assistência. Este tipo de infecção surge a partir da flora cutânea, durante a inserção, migração ao longo do CVC e por ultimo, pela manipulação em que o canhão do CVC é contaminado.

Os enfermeiros em parceria com os médicos, partilham a responsabilidade na aplicação e cumprimento de técnica asséptica na colocação dos CVC(s) e assumem a total responsabilidade no uso da mesma técnica asséptica quer na sua manipulação como manutenção. Por último, é também responsável pela valorização dos sinais de infecção no local de inserção.

Uma formação contínua dos profissionais, Normas de Actuação e técnica asséptica rigorosa na manipulação como na sua manutenção, são medidas importantes para prevenir infecções relacionadas com os CVC(s).

Quer os custos associados a estas infecções, quer a mortalidade verificadas nestas situações, justificam de forma plena, a necessidade de uma actuação sistematizada e sustentada, da equipe de

 <p>Ministério da Saúde</p> <p>Hospital de São Teotónio, S.A. – Viseu</p>	<p>PROCEDIMENTO N.º 10</p> <p>MPH / 2003</p>	Elaborado em 11/04/2003	Folha 2 / 9
		Revisto em	Revisão N.º 0
		Próxima Revisão a	

enfermagem, daí a razão para a elaboração de um Protocolo de Actuação para a manutenção dos CVC(s).

OBJECTIVO: - Uniformizar os procedimentos na execução do penso nos CVC(s)

- Definir critérios para a execução do penso
- Dotar a Unidade de Hemodiálise de um Protocolo de Actuação para a manutenção dos CVC(s).

DEFINIÇÕES: Um protocolo não é mais que uma uniformização de actuações, perante determinada situação, levadas a cabo por um grupo ou vários grupos de profissionais com a finalidade de resolver essa mesma situação.

Em particular e neste âmbito, uma sistematização de procedimentos na manutenção dos CVC(s), revela-se como uma mais-valia, porque permite-nos uma avaliação mais objectiva das intervenções levadas a cabo e ao mesmo tempo uma vigilância/prevenção das infecções.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: A necessidade de uma uniformização/sistematização - Protocolo de Actuação - para a manutenção dos CVC(s) é justificada pelo que foi exposto nos *Fundamentos*. Pretende-se simples, prática e eficaz.

Deseja-se que com este Protocolo, fique definido como, quando e com que critérios os enfermeiros se orientam para intervir nos vários pontos englobados na manutenção dos CVC(s), que são os seguintes:


1 – Local de inserção

- execução do penso e critérios para a sua execução
- desinfectantes a utilizar de acordo com os materiais que constituem os cateteres

2 – Manipulação

- dos ramos do cateter
- das conexões do cateter

3 – Heparinização do CVC

 <p>Ministério da Saúde</p> <p>Hospital de São Teotónio, S.A. – Viseu</p>	<p>PROCEDIMENTO N.º 10</p> <p>MPH / 2003</p>	Elaborado em 11/04/2003	Folha 3 / 9
		Revisto em	Revisão N.º 0
		Próxima Revisão a	

1 – Local de inserção

É a fonte de infecção mais frequente em cateteres colocados à menos de 10 dias e em CVC(s) de curta duração, provocada pelos microorganismos existentes na pele, que colonizam e migram pelas paredes externas do CVC, provocando Sepsis.

Estudos efectuados apontam como sendo benéfico a utilização de pensos transparentes permeáveis, não sendo no entanto conclusivo, de que a utilização destes pensos esteja directamente associada a uma diminuição das infecções nos CVC(s).

O uso de máscara por parte do doente, enquanto se faz o penso, revela-se de extrema importância. Estudos efectuados demonstram que cerca de 60% das infecções dos CVC(s) têm origem no próprio doente, sendo o portador nasal a principal fonte.

A aplicação de antibiótico no local de inserção, também foi estudada, chegando-se à conclusão que de facto havia uma diminuição das infecções por CVC.

A eficácia da Iodopovidona a 10% , no mesmo estudo, ficou aquém dos resultados obtidos pelo primeiro.


No que concerne à utilização de desinfectantes, deve-se ter sempre presente a compatibilidade do CVC, com o objectivo de evitar danos do mesmo.

2 – Manipulação

A manipulação dos ramos do CVC e respectivas conexões, principalmente em CVC(s) de longa duração, são indiciantes de um aumento de infecções por contaminação intra-luminal do CVC.

A frequente contaminação destes dispositivos revela má prática na sua manipulação propriamente dita, bem como da não substituição dos obturadores de CVC.

Convém referir, que esta contaminação também é influenciada pelo material com o qual é feito o cateter e pela virulência intrínseca do microorganismo infectante. Cateteres feitos de PVC e Poliuretano são menos resistentes à aderência microbiana em relação aos que são construídos com *Teflon*[®], silicone ou poliuretano.

 <p>Ministério da Saúde</p> <p>Ministério da Saúde</p> <p>Hospital de São Teotónio, S.A. – Viseu</p>	<p>PROCEDIMENTO N.º 10</p> <p>MPH / 2003</p>	Elaborado em 11/04/2003	Folha 4 / 9
		Revisto em	Revisão N.º 0
		Próxima Revisão a	

3 – Heparinização

A formação de depósitos de fibrina na ponta do CVC, que por sua vez poderá levar à trombose do mesmo, favorecem a colonização microbiana e constitui dos mais importantes factores associados a infecção dos cateteres de longa duração.


A instilação periódica de heparina com antibiótico revelou-se eficaz na redução dessas infecções.

Outros estudos, ainda não validados, referem que a aplicação de heparina diluída em Soro Fisiológico a 0.9%, previne a trombose e aderência microbiana, prolongando a duração do CVC.


Feita uma síntese breve dos pontos que irão ser abordados no Protocolo de Actuação - Manutenção dos CVC(s)-, tentando de alguma forma enquadrá-los e justificar a sua abordagem, segue-se uma esquematização de procedimentos e respectiva justificação.

Protocolo de Actuação Manutenção dos Cateteres Venosos Centrais para Hemodiálise


PROCEDIMENTO	JUSTIFICAÇÃO
<p>- No manuseio dos ramos do CVC, ter em atenção:</p> <p style="padding-left: 20px;">⇒ uso de barreiras de protecção (mascara cirúrgica no enfermeiro)</p> <p style="padding-left: 20px;">⇒ lavagem das mãos com solução alcoólica (clorhexidina)</p> <p style="padding-left: 20px;">⇒ colocação de campo esterilizado</p> <p style="padding-left: 20px;">⇒ desinfeção das extremidades dos ramos do CVC e das linhas que vão ser conectadas, com solução alcoólica .</p> <p style="padding-left: 20px;">⇒ substituir obturadores em cada tratamento</p>	<p>- Prevenção de infecções do CVC</p>

 <p>Ministério da Saúde</p> <p>Hospital de São Teotónio, S.A. – Viseu</p>	<p>PROCEDIMENTO N.º 10</p> <p>MPH / 2003</p>	Elaborado em 11/04/2003	Folha 5 / 9
		Revisto em	Revisão N.º 0
		Próxima Revisão a	


PROCEDIMENTO	JUSTIFICAÇÃO
<p>⇒evitar colar adesivo directamente nos ramos do CVC</p> <p>⇒evitar a rotação e/ou exteriorização do CVC</p> <p>- Fazer penso ao local de inserção, no mínimo, uma vez por semana, ultima diálise da semana</p> <p>- Fazer penso ao local de inserção do CVC, se:</p> <p> ⇒penso actual estiver sujo, descolado, molhado ou com exsudado</p> <p> ⇒doente com hipertermia</p> <p> ⇒dor à palpação</p> <p>- Com o local de inserção e/ou trajecto tunelizado exposto, observar existência ou não de:</p> <p> ⇒Inflamação,</p> <p> ⇒Eritema,</p> <p> ⇒Exsudados,</p>	<p>- Incompatibilidade dos produtos de limpeza da cola com o material de que é feito o CVC</p> <p>- Prevenção de laceração da pele no local de inserção, nos CVC provisórios</p> <p>- Prevenção de traumatismos provocados pelo CVC</p> <p>- Perigo de exteriorização do cuff nos CVC(s) de LD</p> <p>- Aumento do risco de infecção</p> <p>- Destruição de epitelização existente no túnel, em CVC de LD</p> <p>- Observar local de inserção do CVC</p> <p>- Prevenir infecção do local de inserção</p> <p>- Prevenir e/ou tratar possíveis infecções do local de inserção</p> <p>- Visualizar local de inserção para despiste de sinais de infecção</p> <p>- Despiste e/ou tratamento de possível infecção</p>

 <p>Ministério da Saúde</p> <p>Hospital de São Teotónio, S.A. – Visou</p>	<p>PROCEDIMENTO N.º 10</p> <p>MPH / 2003</p>	Elaborado em 11/04/2003	Folha 6 / 9
		Revisto em	Revisão N.º 0
		Próxima Revisão a	


PROCEDIMENTO	JUSTIFICAÇÃO
<p>⇒Ponto de fixação nos CVC provisórios</p> <p>- Nos CVC de longa duração:</p> <p>⇒retirar pontos de fixação dos ramos após 15 dias da sua colocação</p> <p>⇒retirar pontos da sutura, no local de inserção, 10 dias após</p> <p>- Na execução do penso ter em atenção:</p> <p>⇒uso de barreiras de protecção (mascara cirúrgica no doente e enfermeiro)</p> <p>⇒lavagem das mãos com sabão iodado ou clorhexidina</p> <p>⇒calçar luvas</p> <p>⇒retirar penso, tendo o cuidado de não tocar no local de inserção</p> <p>⇒retirar luvas e lavar mãos com sabão iodado ou clorhexidina</p> <p>⇒efectuar desinfeção do local de inserção e por debaixo do cateter.</p> <p>⇒não palpar o local de inserção após desinfeção</p> <p>⇒uso de pensos transparentes semi-permeáveis, com ou sem compressa.</p>	<p>- Prevenir deslocação e/ou exteriorização do mesmo</p> <p>- Permitir epitelização do trajecto tunelizado e conseqüente formação da bainha de fibrina em redor do cuff</p> <p>- Evitar traumatismo da pele</p> <p>- Permitir cicatrização da sutura e conseqüente protecção do local de inserção do CVC</p> <p>- Prevenção de infecções cruzadas</p> <p>- Permitem uma visibilidade do local de inserção e zona circundante</p> <p>- Permeáveis ao vapor de água</p> <p>- Actua como barreira bacteriana na zona de</p>

 <p>Ministério da Saúde</p> <p>Hospital de São Teotónio, S.A. – Viseu</p>	<p>PROCEDIMENTO N.º 10</p> <p>MPH / 2003</p>	Elaborado em 11/04/2003	Folha 7 / 9
		Revisto em	Revisão N.º 0
		Próxima Revisão a	

PROCEDIMENTO				JUSTIFICAÇÃO	
<p>⇒ uso de técnica asséptica cirúrgica</p> <p>- Uso de desinfetantes, de acordo com o material de que é feito o CVC:</p>				<p>punção</p> <p>- Prevenir infecção do local de inserção do CVC</p> <p>- Evitar danos no CVC e consequente inoperacionalidade do mesmo</p>	
MARCA	CATETER	TIPO	MATERIAL	SOL. ALCOÓLICA	SOL. IODADA 10%
Medcomp →	BIOFLEX TESIO →	LD	POLIURETANO	NÃO USAR	BETADINE →
	SILICONE TESIO →	LD	SILICONE	CUTASEPT →, HIBISOL →	NÃO USAR
	DUO-FLOW SOFTLINE →	CD	POLIURETANO	NÃO USAR	BETADINE →
	DUO-FLOW SOFTLINE IJ →	CD	POLIURETANO	NÃO USAR	BETADINE →
Quinton →	MAHURKAR → 11,5FrX19,5CM	CD	POLIURETANO	NÃO USAR	BETADINE →
	MAHURKAR → 13,5FrX36CM	LD	SILICONE	NÃO USAR	BETADINE →
	MAHURKAR → 13,5FrX40CM	LD	SILICONE	NÃO USAR	BETADINE →
	MAHURKAR → 13,5FrX45CM	LD	SILICONE	NÃO USAR	BETADINE →
Gambro →	GAMCATH → 11,5FrX20CM	CD	POLIURETANO	NÃO USAR	BETADINE →
<p>Legenda: CD – Curta Duração</p> <p>LD – Longa Duração</p>					
<p>- Ensino ao doente sobre os cuidados a ter com o CVC no seu dia a dia.</p>				<p>- Prevenir infecções do CVC</p> <p>- Prevenir complicações (exteriorização) do CVC</p> <p>- Diminuir a ansiedade do doente</p>	

 Ministério da Saúde Hospital de São Teotónio, S.A. – Viseu	PROCEDIMENTO N.º 10 MPH / 2003	Elaborado em 11/04/2003	Folha 8 / 9
		Revisto em	Revisão N.º 0
		Próxima Revisão a	

PROCEDIMENTO				JUSTIFICAÇÃO							
<p>- Lavagem de ambos os ramos do CVC com NaCl 0,9% após tratamento dialítico, com seringa esterilizada.</p> <p>- Preencher ambos os ramos do CVC com as quantidades de heparina indicadas pelos fabricantes</p>				<p>- Prevenir infecções por contaminação dos lumens do CVC</p> <p>- Prevenir hemorragias</p>							
MARCA	CATETER	19,5CM	20CM	36CM	40CM	45CM	50CM				
Medcomp →	BIOFLEX TESIO →					1,9cc	1,9cc	2,1cc	2,1cc	2,3cc	2,3cc
	SILICONE TESIO →							2,0cc	2,0cc		
	DUO-FLOW SOFTLINE →		1,4cc	1,5cc							
	DUO-FLOW SOFTLINE IJ →		1,3cc	1,6cc							
Quinton →	MAHURKAR → 11,5FrX19,5CM	1,3cc	1,4cc								
	MAHURKAR → 13,5FrX36CM			1,4cc	1,5cc						
	MAHURKAR → 13,5FrX40CM				1,5cc	1,6cc					
	MAHURKAR → 13,5FrX45CM						1,7cc	1,8cc			
Gambro →	GAMCATH → 11,5X20CM		1,4cc	1,5cc							
Legenda: • - Ramo Arterial • - Ramo Venoso											

 <p>Ministério da Saúde</p> <p>Hospital de São Teotónio, S.A. – Viseu</p>	<p>PROCEDIMENTO N.º 10</p> <p>MPH / 2003</p>	Elaborado em 11/04/2003	Folha 9 / 9
		Revisto em	Revisão N.º 0
		Próxima Revisão a	

CRITÉRIOS / MECANISMOS DE MONITORIZAÇÃO – AVALIAÇÃO:

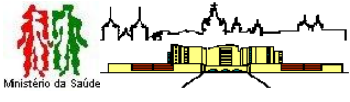
DOCUMENTAÇÃO DE SUPORTE:

- Critérios do Manual A. Organizacional K.F.H.Q.S. observados:

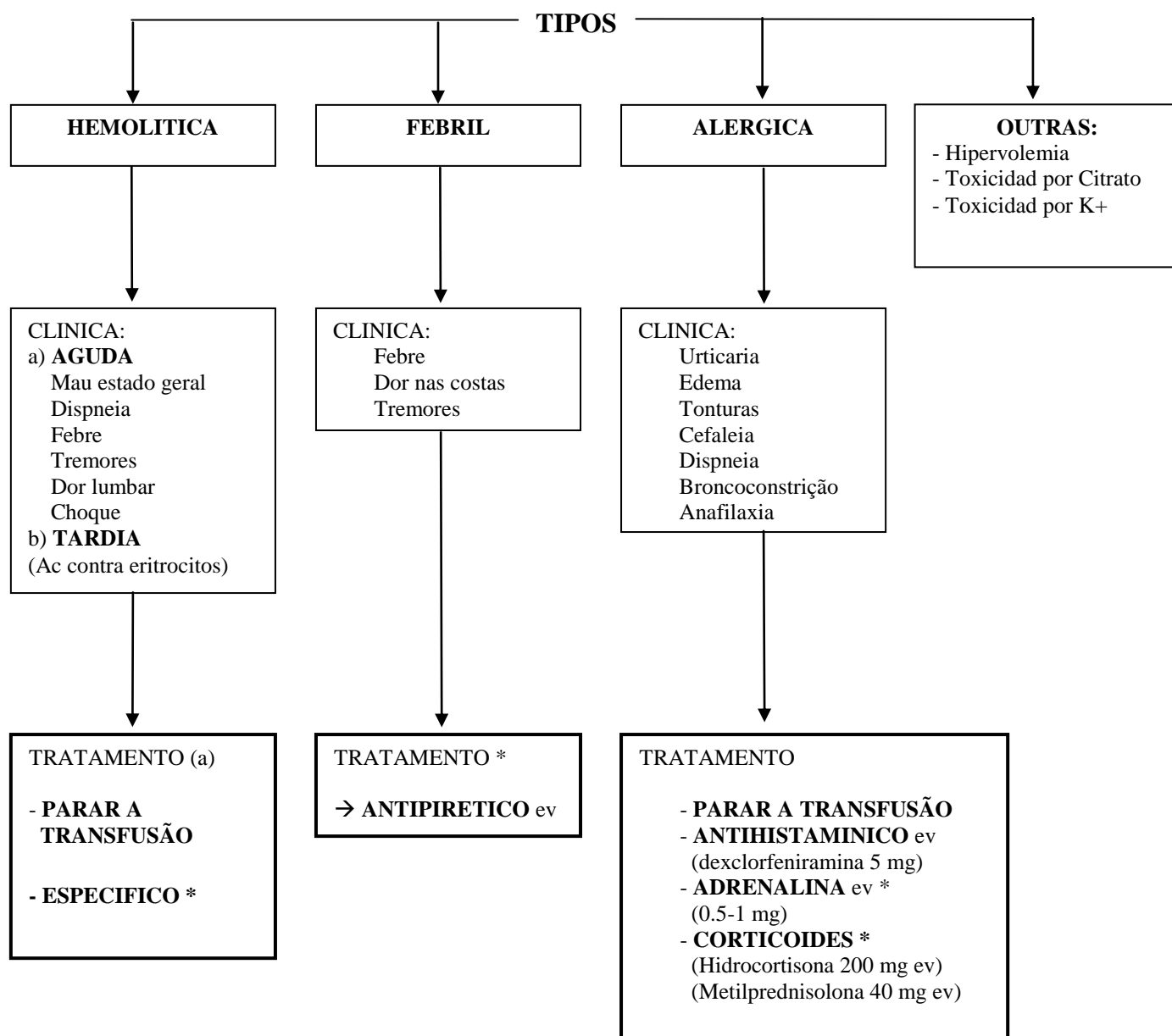
Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por:
Carlos Gonçalves (Enf. Graduado)

Anexo III

Procedimento 2 Protocolo 9 sobre Reacções pós-transfusionais


 <p>Ministério da Saúde Hospital de São Teotónio S.A. – Viseu</p>	<p>PROCEDIMENTO N.º 2 MPH – 2003</p>	<p>Elaborado em Janeiro / 2003</p>	<p>Folha 14 / 22</p>
		<p>Revisto em</p>	<p>Revisão N.º 0</p>
		<p>Próxima Revisão a:</p>	

9.- PROTOCOLO DA REACÇÃO POS-TRANSFUSIONAL.



Anexo IV

Protocolo 15 sobre Colheitas de sangue

 <p>Ministério da Saúde</p> <p>Hospital de São Teotónio, S.A. – Viseu</p>	<p>PROCEDIMENTO N.º 9</p> <p>MPH – 2003</p>	Elaborado em 21/08/2003	Folha 1 / 3
		Revisto em	Revisão N.º 0
		Próxima Revisão a	

TÓPICO / ÁREA: Normas de serviço. Organização da prestação de cuidados. Protocolo de colheitas de sangue pré e pós diálise

ÂMBITO: Enfermeiros da Unidade de Nefrologia e Diálise do HSTV.

FUNDAMENTOS: Os doentes em programa regular de hemodiálise, são controlados analiticamente, com uma periodicidade no mínimo mensal, pelo que importa uniformizar os critérios de colheita com o objectivo de diminuir o risco de desvios nos resultados, provocados por factores externos ao doente.

OBJECTIVO:


- ◆ Uniformizar critérios de colheita de sangue aos doentes em programa regular de hemodiálise na UND.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. COLHEITAS PERIÓDICAS DE ROTINA

As recomendações actuais estão de acordo com o guia prático para hemodiálise (DOQI) da *National Kidney Foundation*:

- 1.1. Colher sangue na sessão a meio da semana, evitando as 2ª e 3ª feira;
- 1.2. Colher sangue pelo menos uma vez por mês;
- 1.3. As colheitas de sangue pré e pós diálise devem-se fazer na mesma sessão;
- 1.4. A nível laboratorial, devem ser analisadas pela mesma máquina e ao mesmo tempo (pré e pós);
- 1.5. A amostra de pré diálise deve-se colher imediatamente antes do início da sessão de hemodiálise, evitando a diluição da mesma com soro fisiológico e heparina;
- 1.6. A amostra pós diálise deve-se colher depois do final da sessão da seguinte forma:
 - 1.6.1. Desligar o fluxo do banho e a ultrafiltração;

 <p>Ministério da Saúde Hospital de São Teotónio, S.A. – Viseu</p>	<p>PROCEDIMENTO N.º 9</p> <p>MPH – 2003</p>	Elaborado em 21/08/2003	Folha 2 / 3
		Revisto em	Revisão N.º 0
		Próxima Revisão a	

1.6.2. Baixar a velocidade da bomba de sangue para 50-100 ml/min., durante 20 segundos, evitando a recirculação de sangue (em caso de FAV);

1.6.3. Pode-se colher o sangue por duas maneiras válidas em função da preferência da unidade:

1.6.3.1. Método de baixo fluxo: com a bomba de sangue a uma velocidade de 50-100 ml/min., colhe-se o sangue da linha arterial e se desliga o doente segundo o protocolo habitual;

1.6.3.2. Método de bomba de sangue parada: para-se a bomba de sangue, clampa-se a linha arterial e o segmento da agulha de punção arterial. Desconectam-se as duas e colhe-se o sangue a partir do segmento da agulha arterial. Depois desliga-se o doente de forma habitual.

2. COLHEITA DE SANGUE PARA DETERMINAÇÃO DO ALUMÍNIO NO SORO


2.1. A colheita deve ser efectuada para tubos previamente tratados, fornecidos pelo Laboratório de Patologia Clínica;

2.2. No acto de colheita, deve-se desperdiçar os 3 ml de sangue iniciais, que poderão ser colhidos para outros tubos, se o doente tiver mais análises, ou devolvidos na ampola venosa;

2.3. Tirar a rolha apenas no momento da colheita e evitar tocar com o sistema no interior dos tubos, a fim de evitar contaminações;

2.4. Rolhar os tubos imediatamente após a colheita;

2.5. Enviar de imediato ao laboratório.

 <p>Ministério da Saúde</p> <p>Hospital de São Teotónio, S.A. – Viseu</p>	<p>PROCEDIMENTO N.º 9</p> <p>MPH – 2003</p>	Elaborado em 21/08/2003	Folha 3 / 3
		Revisto em	Revisão N.º 0
		Próxima Revisão a	

CRITÉRIOS / MECANISMOS DE MONITORIZAÇÃO – AVALIAÇÃO:

DOCUMENTAÇÃO DE SUPORTE:

- ✓ Ofício de *Medicina Laboratorial*
- ✓ Normas gerais para colheitas de sangue, Serviço de Patologia Clínica, HSTV

- Critérios do Manual A. Organizacional K.F.H.Q.S. observados:

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por:
Jorge Melo (Enf.º Especialista)

Anexo VIII

Guião do Questionário sobre

Consulta Pré-Diálise

Unidade de Nefrologia e Diálise



QUESTIONÁRIO

SOBRE A CONSULTA PRÉ-DIÁLISE

Este questionário tem como objectivo recolher informação que permita melhorar a consulta pré-diálise.

Na consulta pré-dialise é fornecida informação ao utente com doença renal, para que este possa fazer uma escolha esclarecida e adequada às suas necessidades, sobre as modalidades de tratamento de substituição da função renal.

Pretende-se com este instrumento, avaliar a pertinência da informação dada e qual desta foi retida pelo utente.

Caracterização sócio-demográfica:

Idade ____

Sexo:

▼ Masculino

▼ Feminino

Escolaridade:

▼ 1º ciclo (4ª classe)

▼ 2º ciclo (6º ano)

▼ 3º ciclo (9º ano)

▼ Secundário (12º ano)

▼ Ensino Superior

De acordo com as informações que já tinha, qual era a forma de Diálise que tinha pensado realizar?

Hemodiálise

Diálise Peritoneal

Nenhuma

Veio acompanhado à consulta?

▼ SIM

▼ NÃO

Se sim, por quem? _____

Na consulta pré-diálise são fornecidas várias informações. Em relação a cada uma das seguintes afirmações, assinale com um **X** o que se recorda ter sido falado:

Destas quais lhe foram indicadas como funções dos rins?

- ▼ Remover tóxicos
- ▼ Eliminar água e equilibrar os sais minerais
- ▼ Controlar a Tensão Arterial e a anemia
- ▼ Produzir vitamina D

A perda de função dos rins é lenta, progressiva, crónica, e silenciosa. Quais dos seguintes não lhe foram indicados como sintomas da doença?

- ▼ Cansaço
- ▼ Inchaços
- ▼ Perda de apetite
- ▼ Mau hálito
- ▼ Dor nos rins
- ▼ Náuseas/vómitos
- ▼ Perda de peso
- ▼ Falta de ar

Em relação à Doença renal, disseram-lhe que:

- ▼ Quando os rins funcionam abaixo de 10-15% da sua capacidade, é necessário iniciar diálise.
- ▼ O tratamento de substituição da função dos rins é para toda a vida.
- ▼ Há três tipos de tratamento possíveis: Transplante Renal; Hemodiálise Diálise Peritoneal

Em relação ao transplante renal, disseram-lhe que:

- ▼ É a colocação cirúrgica de um rim saudável na pessoa doente.
- ▼ O Rim pode ser de dador cadáver ou dador vivo (familiar).
- ▼ É necessário avaliar compatibilidade.
- ▼ Está sujeito a lista de espera.
- ▼ Tem riscos inerentes à possibilidade de rejeição e diminuição das defesas.
- ▼ A duração média de um transplante é de 10-12 anos.

Em relação à Hemodiálise, disseram-lhe que:

Questionário sobre a consulta pré-diálise

- ▼ É utilizada uma máquina (monitor) e um rim artificial (filtro).
- ▼ O sangue circula por tubos, é purificado no filtro e regressa ao corpo.
- ▼ É feito através de uma Fistula ou cateter.
- ▼ A Fistula é construída através de uma pequena cirurgia para unir uma artéria a uma veia.
- ▼ A Fístula é construída através de uma pequena cirurgia para unir uma artéria a uma veia e necessita de 1 a 3 meses de desenvolvimento para ser usada.
- ▼ Há necessidade da fístula ser picada, com 2 agulhas, em cada tratamento.
- ▼ O Cateter fica colocado numa veia e tem sempre um penso de protecção.
- ▼ Os riscos associados são a infecção do cateter, a paragem da fístula, Câibras e tensão baixa.
- ▼ É necessária a deslocação ao hospital ou clínica de diálise, 3 x por semana, durante cerca de 4h.
- ▼ A vida é condicionada aos dias e horário dos tratamentos.
- ▼ A ingestão de líquidos é limitada a cerca de 500ml/dia a mais do que urina
- ▼ Na alimentação é necessário reduzir o sal e alimentos ricos em potássio e fósforo.
- ▼ A técnica é realizada por um enfermeiro.
- ▼ O doente é responsável pela disciplina alimentar e cumprimento da medicação.
- ▼ Os custos dos tratamentos e transportes são suportados pelo estado e a maioria dos medicamentos são fornecidos gratuitamente.

Em relação à Diálise Peritoneal, disseram-lhe que:

- ▼ Utiliza o peritoneu (membrana existente no abdómen) como filtro,
- ▼ Através da introdução de um líquido no abdómen, remove-se a água e tóxicos em excesso.
- ▼ É colocado um Cateter Peritoneal permanente, no mínimo 1 mês antes do início, mas pode ficar enterrado na pele mais tempo.
- ▼ Pode ser manual, com 3 a 4 trocas/dia com a duração de cerca 30min/cada.
- ▼ Pode ser automática através de uma máquina durante cerca de 8h, todas as noites.
- ▼ Só deve ser feita num local que tenha condições de higiene
- ▼ A vida é condicionada ao horário das trocas
- ▼ Há um período de aprendizagem obrigatório (ensino e treino), habitualmente 3 a 5 dias, no hospital.
- ▼ Após o ensino o doente é totalmente responsável pela execução da técnica.
- ▼ Tem acompanhamento permanente de um enfermeiro da empresa para esclarecimento de dúvidas, via telefone e através de visitas em casa.
- ▼ O maior risco é de Infecção do peritoneu (este risco é baixo se forem cumpridas as 3 regras básicas)
- ▼ A ingestão de líquidos é mais “livre” enquanto urinar
- ▼ Na alimentação é necessário reduzir sal, açúcar e gorduras
- ▼ Todo o material necessário é colocado em casa pela empresa
- ▼ Os Custos do material são suportados pelo estado e a maioria dos medicamentos são fornecidos gratuitamente.

Foi-lhe dada informação escrita?

- ▼ SIM
- ▼ NÃO

A informação escrita que lhe foi dada, foi:

- a. Útil. Pouco útil.
- b. Esclarecedora. Pouco esclarecedora.
- c. Informação a mais. Complementar à informação oral.

Em relação à linguagem escrita:

- ▼ Compreendi tudo.
- ▼ Não compreendi nada.
- ▼ Há algumas palavras que não conheço.

Em relação à linguagem oral utilizada, foi:

- a. Linguagem acessível. Linguagem não acessível.
- b. Útil. Pouco útil.
- c. Esclarecedora. Pouco esclarecedora.
- d. Informação necessária. Informação a mais.

Considera que deveria ser feita mais que uma consulta Pré- Diálise?

- ▼ SIM
- ▼ NÃO

OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO