



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA / CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

INSTITUTO de CIÊNCIAS da SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O PERCURSO DA ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

RICARDO MIGUEL CASIMIRO SIMÕES ANTUNES

UISEU 2009



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA / CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

INSTITUTO de CIÊNCIAS da SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O PERCURSO DA 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

RICARDO MIGUEL CASIMIRO SIMÕES ANTUNES

Sob orientação do Enfermeiro Especialista Jorge Melo

VISEU 2009

RESUMO

O relatório de estágio, à semelhança do *Portfolio* funciona como um instrumento que potencializa a reflexão das práticas, assegurando a construção do conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. Auxilia o meu crescimento, já que o objectivo da sua redacção é que se leia mais e reflecta sobre o que se leu, bem como amplia a procura de respostas, baseada na reflexão.

A realização deste relatório reuniu trabalhos por mim realizados, o que permite acompanhar o meu próprio desenvolvimento, bem como analisar, avaliar, executar e apresentar o resultado das actividades desenvolvidas num determinado período, onde arqueei e apresentei as evidências das habilidades, atitudes e conhecimentos definidos. Neste sentido, seleccionei conteúdos a serem transcritos para este relatório reflexivo e assumi a responsabilidade da minha aprendizagem, indicando critérios de qualidade e parâmetros para crítica do meu próprio trabalho, bem delineados nos objectivos gerais e específicos.

Procedi a uma avaliação criteriosa do trabalho desenvolvido, em comparação com o trabalho previsto, com base no sentido crítico e na capacidade de auto-avaliação. Foi desenvolvido no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura EEMC e tem como objectivos descrever de forma clara e concisa os objectivos delineados e as actividades realizadas para os atingir nos módulos I, II e III, bem como as competências do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, adquiridas nos mesmos. O módulo II foi creditado, tendo por base a experiência de 5 anos na área de cuidados intensivos, permitindo transpor para os módulos em estágio contributos, conhecimentos, e competências já adquiridas. Os módulos I e III foram realizados nos serviços de Urgência e VMER/SIV/Bloco Operatório, respectivamente, sendo que no módulo I foi dada ênfase à prestação de cuidados, formação e comunicação com doente/família e no módulo III foi dado relevo à prestação de cuidados em contexto pré-hospitalar, pré e pós-cirúrgico, integração na equipa, reflexão na prática e metodologia de trabalho na assistência ao doente. Será feita uma análise crítica dos principais aspectos tratados, considerações sobre a aprendizagem, contributos, dificuldades e limitações.

A aquisição de competências baseou-se nos momentos de aprendizagem, sendo que os contextos clínicos permitiram mobilizar os conhecimentos adquiridos durante o curso, com apoio na pesquisa bibliográfica. Foi imprescindível a reflexão na acção e sobre a acção, o que permitiu construir um novo saber de cariz mais prático. O enfermeiro, enquanto profissional, tem o dever de manter actualizados os seus conhecimentos, revendo de forma sistemática as suas práticas, de forma a manter e optimizar as suas competências.

ABSTRACT

The period of training report, to the similarity of *Portfolio* functions as an instrument that potencializes the reflection of the practical ones, assuring the construction of the knowledge, personal and professional development. It assists my growth, since the objective of its write down is increase reading and reflection habits, as well as extends the search of answers, based in that reflection.

The accomplishment of this report congregated works carried through by myself, which allows to follow my development, as well as analyze, evaluate, execute and present the result of the activities developed in one determined period, where I filed and presented the definite evidences of the abilities, attitudes and knowledge. In this direction, I selected contents to be transcribed for this reflexive report and assumed the responsibility of my learning, indicating criteria of quality and parameters for my work critical, well visible in the general and specific objectives.

I proceeded to a criterious evaluation of the developed work, in comparison with the foreseen work, based in the critical direction and the capacity of auto-evaluation. It was developed in the scope of the Postgraduate Course in Medical-Surgery Nursing and its objectives are to describe in a clear and concise way the delineated objectives and carried through activities to reach them in modules I, II and III, as well as the abilities of the nurse specialist in the area of Medical-Surgery Nursing acquired. Module II was credited, having for base the experience of 5 years in the area of intensive cares, allowing to transpose for other modules those contributes in period of training, knowledge, and abilities already acquired. Modules I and III were carried through in the urgency service and VMER/SIV/Operatory Room, respectively, being that in module I emphasis was given to care, formation and communication with sick people/family, and in module III was given relief to care in pre-hospital context, pre and post-surgical context, integration in equips, reflection in practical and work methodology in the assistance of sick people. A critical analysis of the main aspects will be made, considerations on the learning, contributes, difficulties and limitations.

The acquisition of abilities was based on learning moments, being that the clinical contexts had allowed to mobilize the knowledge acquired during the course, with support in the bibliographical research. The reflection in the action and about the action was essential, what allowed to construct a new knowledge. The nurse, while professional, has the duty to keep actualized its knowledge, reviewing systematically its practices, in order to keep and optimize its abilities.

SIGLAS

ABCDE – Airway/Breathing/Circulation/Disability/Exposure

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG - Electrocardiograma

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

FC – Frequência Cardíaca

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIC – Pressão Intra-Craniana

RN – Recém-Nascido

SatO2 – Saturação de O2

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMO – Saúde Materna e Obstétrica

TA – Tensão Arterial

TAE – Tripulante de Ambulância de Emergência

UCI – Unidade de Cuidados Intermédios

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Quando uma coisa evolui, também evolui tudo à nossa volta. Quando procuramos ser melhores do que somos, tudo à nossa volta se torna melhor também.

Paulo Coelho, 1990

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	9
2 – ENSINO CLÍNICO: DESENVOLVIMENTO ACADÉMICO	13
2.1 – MÓDULO I: SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	13
2.1.1 – Caracterização do Serviço	13
2.1.2 – Actividades desenvolvidas	15
2.2 – MÓDULO III: OPCIONAL.....	32
2.2.1 – Viatura Médica de Emergência e Reanimação	33
2.2.2 - Ambulância de Suporte Imediato de Vida	35
2.2.3 – Bloco Operatório	37
3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	47

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

ANEXO I – Cartazes científicos: “Higienização das Mãos”

ANEXO II – Projecto de Intervenção: “Via Verde Coronária”

ANEXO III – Cartaz científico: “Critérios de Activação da Sala de Emergência”

ANEXO IV – Procedimento de Actuação: “Via Verde Coronária”

ANEXO V – Cartaz científico: Via Verde Coronária”

ANEXO VI – Panfleto: “Triagem de Manchester”

ANEXO VII – Procedimento de actuação: “Via Verde AVC”

ANEXO VIII – Filme: “Gripe”

ANEXO IX – Panfleto: “Activação da Cadeia de Sobrevivência”

ANEXO X – Filme: “Activação da Cadeia de Sobrevivência”

ANEXO XI – Projecto de Intervenção: “Período de Recobro da Cesariada: Prática do Alojamento Conjunto”

ANEXO XII – Projecto de Intervenção: “Visita de Enfermagem Pré-Operatória”

ANEXO XIII – Norma de Actuação “Ventilador PRIMUS: manutenção do sistema respiratório”

1 - INTRODUÇÃO

A médico-cirúrgica é um campo vasto em desenvolvimento e representa hoje um grande campo de pesquisa e assistência.

Segundo o plano de estudo do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, após completada a componente teórica, surgiram os ensinamentos clínicos:

- ▶ Módulo I – Serviço de Urgência, que decorreu no Hospital São Sebastião (Santa Maria da Feira), no período de 6 de Outubro a 22 de Novembro de 2008, tutorado pela Professora Lúcia Rocha e sob orientação do Enfermeiro Luís Sousa;
- ▶ Módulo II – Cuidados Intensivos (concedida creditação);
- ▶ Módulo III – Enfermagem Perioperatória e Assistência Pré-Hospitalar, que decorreu no Hospital São Teotónio (Viseu), no período de 2 de Junho a 18 de Julho de 2008, tutorado pelo Enfermeiro Especialista Jorge Melo e orientado pela Enfermeira Especialista Ana Ladeiras.

A coordenação dos Ensinamentos Clínicos foi da responsabilidade da Professora Doutora Margarida Vieira e Professor Olivério Ribeiro.

Quanto ao módulo I, Serviço de Urgência, foi do meu especial interesse visto que é uma área que exige grande capacidade individual, aliada a um trabalho multidisciplinar permanente e de excelência. O trabalho dos enfermeiros nesta área é sujeito a uma enorme pressão, decorrente da especificidade técnica, bem como do grau de responsabilidade para com o cliente e família. No que se refere à minha opção por este campo de estágio reconhecem-se alguns factores, como a aquisição de conhecimentos e competências numa visão mais alargada da área médico-cirúrgica, bem como o contacto com uma população diferente daquela com a qual trabalho. O Hospital São Sebastião tem um método de gestão e uma estrutura organizacional diferente, permitindo o atendimento personalizado ao utente.

O papel do enfermeiro numa unidade de cuidados intensivos baseia-se na observação contínua da situação do doente, em permanente mudança, encontrando-se numa posição única para identificar problemas e iniciar procedimentos apropriados, controlar os complexos regimes de tratamento, bem como intervir em situações de risco. O enfermeiro proporciona cuidados de enfermagem contínuos, globais e de elevada qualidade, permanecendo alerta às necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais do doente como ser integrado. Pela experiência adquirida em contexto de trabalho e pela formação realizada na área de cuidados intensivos, foi-me concedida a creditação ao módulo II, visto que exerço funções actualmente, desde 2005, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital São Teotónio, em Viseu, e anteriormente cerca de 1 ano na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Garcia de Orta, em Almada.

O módulo III, Assistência Pré-Hospitalar (Viatura Médica de Emergência e Reanimação - VMER e Suporte Imediato de Vida - SIV) é uma área de especial interesse pessoal, proporcionando a aquisição de conhecimentos e competências na área do atendimento pré-hospitalar, incluindo estabilização do doente urgente/emergente, nomeadamente o politraumatizado, sendo que cada activação destes meios constitui uma experiência nova e enriquecedora. A ambulância de SIV é um meio recente pelo que suscita a minha curiosidade e interesse, no que se refere ao papel do enfermeiro. Por outro lado, a complexidade que envolve a realização de uma cirurgia e a estabilização do doente crítico submetido a cirurgia desde o local da ocorrência até ao Bloco Operatório, justifica a minha preferência por este estágio. Outros factores como a facilidade de deslocação e integração em serviços nos quais poderei eventualmente vir a exercer funções também influenciou a minha escolha.

A organização das actividades desenvolvidas respondeu aos objectivos gerais dos ensinamentos clínicos, propostos no Guia de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem: Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, aos meus objectivos pessoais, bem como aos objectivos dos serviços onde decorreram os estágios. Os objectivos gerais que procuraram orientar as competências a desenvolver em cada um dos contextos da prática são os seguintes:

- ▶ Aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares relacionados com a área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica;
- ▶ 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 juízos;
- ▶ Demonstrar ser capaz de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

A carga horária dos Ensinos Clínicos foi de 24-32 horas semanais, de forma a concretizar 180 horas de contacto por ensino clínico, nos períodos anteriormente previstos.

O relatório de estágio é um instrumento que pretende potencializar a reflexão das práticas, assegurando a construção do conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. É um instrumento que auxilia o crescimento, já que tem também o objectivo de ampliar a procura de respostas, baseada na reflexão. Este baseia-se na documentação dos conhecimentos adquiridos, seleccionando e organizando evidências de aprendizagem, bem como na identificação de questões relacionadas com os reais objectivos da aprendizagem, e quais foram cumpridos e os que não foram alcançados (SELDIN, 1997).

Este relatório assemelha-se, em muito, ao *Portfolio* que, segundo ALVARENGA (2001), constitui uma colecção de trabalhos realizados pelo aluno, que permite acompanhar o seu próprio desenvolvimento, bem como analisar, avaliar, executar e apresentar o resultado das actividades desenvolvidas num determinado período, onde o aluno arquiva e apresenta as evidências das habilidades, atitudes e conhecimentos definidos. Por outro lado, evidencia ao mesmo tempo, processos de auto-reflexão, funcionando como um laboratório, onde construí significados a partir da experiência acumulada, ou seja, um resumo da trajectória da minha aprendizagem.

Neste sentido, selecionei conteúdos a serem transcritos para este relatório de estágio e assumi a responsabilidade da minha aprendizagem, indicando critérios de qualidade e parâmetros para crítica do meu próprio trabalho, bem delineados nos objectivos gerais e específicos. Este relatório constitui uma relação harmoniosa de reflexões pessoais, baseadas na observação e crítica construtiva, bem como na pesquisa bibliográfica oportuna.

2 – ENSINO CLÍNICO: DESENVOLVIMENTO ACADÉMICO

Este ponto pretende caracterizar os serviços onde desenvolvi estágio, realizar uma análise crítica das actividades desenvolvidas e das competências adquiridas, de forma sintética e objectiva, e baseando-me no projecto elaborado no início de cada estágio. Durante os estágios empenhei-me, tanto a nível profissional como académico, fundamentando o meu percurso na pesquisa bibliográfica e investigação aplicada.

2.1 – MÓDULO I : SERVIÇO DE URGÊNCIA

A enfermagem de urgência teve início na época de *Florence Nightingale*, contudo, ela evoluiu, como prática especializada, ao longo dos últimos 25 anos (SHEEHY, 2001). Por definição, enfermagem de urgência é a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções. Neste sentido, a enfermagem de urgência caracteriza-se pela diversidade de conhecimentos, de doentes e de processos de doença, pelo que exige um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento, de âmbito geral e especializadas.

2.1.1 – Caracterização do Serviço

Delineei como primeiro e, na minha opinião, o mais importante dos objectivos específicos do meu projecto de estágio, **proceder à integração no Serviço de Urgência do Hospital São Sebastião**. Penso que uma boa integração do profissional num determinado serviço é o primeiro passo para o desempenho exemplar e satisfação do mesmo, bem como para a harmonia da dinâmica da equipa multidisciplinar.

A média de atendimento é de cerca de 400 doentes dia, de acordo com o tratamento estatístico do Hospital.

De acordo com PONCE e TEIXEIRA (2006), um serviço de emergência/urgência organizado pressupõe:

- direcção profissionalizada e totalmente dedicada
- equipa clínica dedicada
- sistema de triagem de prioridades
- gestor de fluxos
- serviço de relações públicas
- sala de reanimação
- sala de observações

Neste sentido, o Serviço encontra-se estratégica e logisticamente dividido em seis sectores: Triagem de Prioridades, Sala de Emergência, Gabinetes Urgentes, Unidade de Decisão Clínica 1 e 2 e Pequena Cirurgia. Tem uma estrutura física inovadora, pois cada um destes sectores é independente dos outros, tendo cada um a sua sala de espera e estando dispostos em círculo, o que permite uma maior acessibilidade.

A Equipa de Enfermagem é composta por 9 elementos nos turnos da Manhã e Tarde, e por 6 elementos no turno da Noite. A Equipa Médica é específica deste serviço, sendo que se for necessária observação por alguma especialidade, o médico é contactado telefonicamente.

Segundo os autores anteriormente referenciados, a direcção do serviço de emergência/urgência deve ter um director de serviço médico assessorado por um enfermeiro chefe e um ou dois médicos do serviço. Por outro lado, o director de serviço deve ter conhecimentos técnico-científicos na área, ter capacidade de liderança, e ter conhecimentos de gestão, sendo que, idealmente, deve ter a competência em medicina de emergência, o que se verifica neste serviço.

O serviço de emergência tem um sistema próprio de triagem de prioridades com monitorização contínua da sua aplicação, sendo que a Equipa de Enfermagem possui formação para desempenhar esta função.

O gestor de fluxos deve ser um enfermeiro, ou outro técnico de saúde, que facilite todo o trabalho, tendo como funções reunir os exames auxiliares de diagnóstico, verificar a execução dos tratamentos e reunir todos os dados

necessários para que o clínico possa decidir a saída do serviço de emergência. Neste serviço o gestor de fluxos é o enfermeiro.

Existe um relações públicas para prestar todas as informações aos familiares dos doentes admitidos no serviço.

A sala de emergência está situada à entrada do serviço de emergência, tem duas unidades de observação de doentes e um regulamento próprio.

A sala de observações, neste hospital designada por Unidade de Decisão Clínica 1 e 2, é equipada com 16 compartimentos de observação. Está preconizado um tempo máximo de permanência, que deve ser de 12 horas, não podendo, em nenhuma circunstância, exceder as 24 horas, obrigando os serviços de internamento a melhorar a sua gestão de camas, de modo a proporcionar as vagas necessárias, o que ocorre com alguma eficácia neste serviço.

Considero que atingi o objectivo de integração na equipa multidisciplinar, sendo que o Enfermeiro Tutor me orientou no sentido de trabalhar neste serviço com competência e autonomia.

2.1.2 – Actividades Desenvolvidas

A enfermagem registou entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respectiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde, bem como no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.

O enfermeiro especialista, segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril – capítulo II, artigo 4º), é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem, ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.

Por outro lado, de acordo com o exposto pela Ordem dos Enfermeiros e nos termos do Decreto-Lei nº 437/91 de 8 Novembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 412/98 e pelo Decreto-Lei nº 411/99 (capítulo II, secção I, artigo 7º), o Governo decreta que “ao enfermeiro especialista (nível 2) compete desempenhar o conteúdo funcional inerente às categorias de nível 1 e ainda o seguinte:

- a) *Prestar os cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente (indivíduo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui;*
- b) *Estabelecer prioridades de intervenção do enfermeiro no atendimento do doente em situação de urgência;*
- c) *Definir e utilizar indicadores que lhe permitam, assim como à equipa de enfermagem, avaliar, de uma forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde do utente (indivíduo, família, grupos e comunidade) e introduzir as medidas correctivas julgadas necessárias;*
- d) *Responsabilizar-se pela área de enfermagem, nas equipas multiprofissionais, no que diz respeito ao diagnóstico de saúde da comunidade e à consecução das intervenções de enfermagem dele decorrentes;*
- e) *Emitir pareceres sobre a localização, instalações e equipamento, pessoal e organização de unidades prestadoras de cuidados, na área da sua especialidade;*
- f) *Colaborar na determinação de custos/benefícios na área de prestação de cuidados;*
- g) *Responsabilizar-se pela formação em serviço do pessoal de enfermagem e outro pessoal da unidade de cuidados, elaborando, em articulação com o enfermeiro-chefe, o respectivo plano anual de actividades;*
- h) *Elaborar o relatório das actividades de formação em serviço;*
- i) *Colaborar nos projectos de formação realizados no estabelecimento ou serviço;*
- j) *Realizar ou colaborar em trabalhos de investigação em enfermagem, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem.”*

No sentido de responder a uma das principais funções do Enfermeiro Especialista, e de forma a desenvolver competências teórico-práticas no ensino clínico, formulei o meu segundo objectivo específico: **demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC**. De um modo geral

consegui, durante o ensino clínico, desempenhar funções inerentes às de um enfermeiro especialista, no entanto, penso que teria beneficiado se o meu enfermeiro tutor fosse especialista nesta área, pois seria mais fácil enquadrar as funções na prática de enfermagem.

No que se refere à prestação de cuidados especializados, actuei em situações de emergência, desenvolvi competências na área da Triagem de Prioridades, conheci a articulação da assistência pré-hospitalar com o serviço de urgência e melhorei o diálogo com o utente e família, realizando alguns ensinamentos oportunos. Neste sentido, utilizei sempre **um discurso pessoal fundamentado tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparei**, apoiando-me no conhecimento científico, prática clínica enquanto profissional e vasta pesquisa bibliográfica.

Por outro lado, no acompanhamento do doente no serviço de urgência mantive uma visão holística do mesmo, estando alerta a toda e qualquer alteração do seu estado clínico, de forma a actuar com rapidez e eficácia, introduzindo medidas correctivas julgadas adequadas.

Quanto à estrutura organizacional do serviço de urgência, em consonância com o enfermeiro tutor, observei a realidade actual e emiti pareceres relativamente à sala de monitorização da Pequena Cirurgia e à Unidade de Decisão Clínica. Na passagem pela Pequena Cirurgia, focalizei a minha atenção numa questão de carácter estrutural. Esta sala de vigilância encontra-se fora do olhar atento do Enfermeiro pela sua má localização, pelo que a monitorização do utente não é a mais desejada. A correcção deste problema passaria pela troca da sala de Enfermagem pela de Ortopedia o que, em conversa com o Enfermeiro Tutor, se demonstra bastante complicado. Por outro lado, a disposição da Unidade de Decisão Clínica, em forma de U, impossibilita a observação atenta do doente, uma vez que existe um balcão alto à frente da bancada de trabalho de Enfermagem bem como um armário de material (*stock*), tornando impossível a visão global dos doentes.

No que concerne à formação em serviço, em virtude do plano anual de actividades estar elaborado, apesar de ter identificado a necessidade de formação na área da Higienização das Mãos e Triagem de Resíduos Hospitalares, não foi possível realizá-las por falta de receptividade do

enfermeiro tutor e falta de motivação por parte da equipa de enfermagem. No sentido de contornar estes obstáculos, elaborei cartazes científicos subordinados ao tema: “Higienização das Mãos” (Anexo I), que foram afixados em locais estratégicos.

Após observar uma lacuna na actuação de enfermagem em suspeita ou diagnóstico de EAM, realizei também um projecto de intervenção subordinado ao tema: “Via Verde Coronária” (Anexo II), com o objectivo de uniformizar a actuação e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Aprofundar conhecimentos e competências na prestação de cuidados ao doente urgente/emergente politraumatizado, na sala de reanimação constitui outro dos meus objectivos, tanto a nível académico, como profissional, visto que a emergência é uma área na qual me sinto realizado, pelo que procuro manter-me actualizado.

A Sala de Emergência, segundo MASSADA e MACIEL (2001), é um espaço físico em linha directa com a entrada do Serviço de Urgência, aberta 24 horas por dia, sempre preparada para receber e tratar qualquer doente crítico e ou em risco de vida, até dois doentes simultaneamente. Idealmente, com capacidade para suporte avançado de vida, ventilação mecânica, monitorização base e invasiva, incluindo a PIC, actos cirúrgicos emergentes como cricotiroidectomias e toracotomias exploradoras, radiologia convencional, ecografia convencional e *doppler* portátil, electrocardiografia, bem como possibilidade durante as 24 horas de tomografia axial computadorizada, angiografia, laboratório de hemodinâmica, imuno-hemoterapia, apoio laboratorial e apoio de todas as especialidades médicas.

Apesar da Sala de Emergência do Hospital de São Sebastião não ter uma equipa própria, ficam três Enfermeiros destacados para as situações de emergência, bem como um médico da Unidade de Cuidados Intermédios (UCI), sendo que esta Equipa é activada através do toque de uma sirene. Tive oportunidade de actuar nesta sala e, talvez devido à especificidade da mesma e ao grau de exigência da situação, apesar de me sentir extremamente à vontade e prestável, não houve um bom desempenho dos elementos, uma vez que estavam muitos enfermeiros na sala e o médico destacado estava ocupado na UCI, o que gerou uma grande desorganização. Nas situações presenciadas

as responsabilidades de actuação atribuídas aos enfermeiros não foram correspondidas. Assim, de acordo com MASSADA e MACIEL (2001), os enfermeiros devem ter as seguintes funções/responsabilidades:

- ▶ Preparação da Sala de Emergência para ressuscitação em trauma;
- ▶ Cooperação na passagem do doente da maca de transporte para a maca da sala;
- ▶ Assistência ao médico no controle da via aérea e na ventilação;
- ▶ Execução de entubação naso ou orogástrica;
- ▶ Cooperação na avaliação primária e secundária do doente;
- ▶ Supervisão do adequado funcionamento da sala de emergência no que se refere a:
 - Rápida admissão do doente, passagem para a maca da sala e saída da equipa de transporte;
 - Recolha de informação relevante do tipo de acidente e história clínica do doente;
 - Controlo do número de pessoas na sala;
 - Comunicação, transporte rápido de exames e pedido de exames, bem como dos seus resultados;
 - Preparação do doente para transferência da Sala de Emergência, bem como o seu transporte;
- ▶ Monitorização do doente (ECG, FC, TA e SatO₂) e oxigenação quando indicada;
- ▶ Cateterização de veia periférica, colheita de sangue e início de ressuscitação hídrica segundo orientação médica.

Na minha opinião, seria pertinente a existência de uma equipa fixa na Sala de Emergência. Por outro lado, se houver uma emergência noutra serviço do Hospital, está disponível a Linha Vida que, ao ser accionada via telefone mobiliza um enfermeiro e um médico da UCI, previamente escalados.

A prestação de cuidados nesta sala foi uma mais valia para a minha experiência profissional, visto que me permitiu actuar de forma rápida e eficaz perante a vítima traumatizada, colocando em prática todo o meu saber.

Segundo os autores referidos anteriormente, uma sala de reanimação deve estar organizada tendo em consideração determinados *itens*:

- *Estar sempre preparada para o início de uma ressuscitação;*
- *O material de emergência deve estar bem visível, rotulado e de fácil acesso;*
- *O material de intervenção deve estar protocolado por área de intervenção ou em “kits” pré-comprados;*
- *Estar aquecida a 24-26 °;*
- *O número de pessoas na sala de emergência deve estar restrito às necessárias;*
- *Toda a equipa de atendimento deve usar meios de protecção pessoal que inclui bata, luvas, protecção de calçado, barrete e óculos;*
- *O trabalho é feito em equipa, num espírito de coesão e linguagem comum, cada qual sabendo o seu papel e as suas responsabilidades sob a coordenação de um elemento previamente conhecido;*
- *A actuação de cada um deve ser precisa e objectiva;*
- *A comunicação entre pessoas deve ser clara, usando o nome próprio a quem se dirige;*
- *Durante a fase de ressuscitação deve-se restringir ao mínimo a comunicação verbal;*
- *Em trauma, o tempo é precioso, portanto, numa sala de emergência o fluxo de actividade não pode ter entraves. É importante olhar para o relógio;*
- *Em situação de vários acidentados, dedique-se apenas a um e peça ajuda para os outros.”*

Como se pode verificar, existem determinados pressupostos que se deve ter em consideração quando se actua na sala de emergência. No decorrer do ensino clínico tive a oportunidade de actuar nesta sala, prestando cuidados directos e específicos a clientes com instabilidade hemodinâmica, falência respiratória e cardíaca, intoxicações e trauma, no entanto tive algumas dificuldades de actuação:

- O material não se encontra visível nem identificado, uma vez que se encontra em armários fechados; neste sentido, propus a organização do material por gavetas, de acordo com a avaliação primária do doente (ABCDE), no entanto, não houve receptividade por parte do serviço;
- Falta de material ou equipamento com bateria descarregada na sala de emergência, apesar de existir um enfermeiro responsável por turno pela preparação da sala;

- Por vezes, o número de elementos na sala é excessivo, levando ao caos no modo de actuação, apesar de estarem destacados para a Sala de Emergência apenas três enfermeiros;
- Não é feita uma avaliação final da actuação, com vista a melhorar o modo de actuação, pelo que propus a realização de uma pequena reunião após situações emergentes para discussão e rastreio de eventuais falhas ou gravação da situação para posterior visionamento e avaliação;
- A triagem de situações emergentes e que requerem activação da sala de emergência nem sempre é a mais criteriosa, motivo pelo qual elaborei um cartaz científico subordinado ao tema: Critérios de Activação da Sala de Emergência (Anexo III).

A liderança é um tema que encanta o mundo há muito tempo e torna-se cada vez mais importante na vida das organizações, pelo que, no meu percurso profissional e académico procuro sempre desenvolver competências no que se refere a **liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área da EEMC**. O mundo organizacional requer líderes para a condução bem sucedida das organizações e a liderança representa a maneira mais eficaz de renovar e revitalizar as mesmas, impulsionando-as rumo ao sucesso e à competitividade. Qualquer organização, nomeadamente um Hospital, requerem um grande número de pessoas a trabalhar juntas, em diferentes actividades, níveis organizacionais e a ocupar posições distintas na hierarquia, o que implica necessariamente a liderança (CHIAVENATO, 2004).

No que respeita ao meio hospitalar, nomeadamente no serviço de urgência, pretende-se que os enfermeiros responsáveis de cada turno e os enfermeiros especialistas apresentem traços característicos de um líder, o que no serviço de urgência do Hospital de São Sebastião não acontece em todos os turnos, uma vez que a equipa integra muitos enfermeiros denominados tarefeiros, tornando a equipa pouco coesa. Do meu ponto de vista, a solução para este problema passaria pela restrição das trocas, de forma a que os responsáveis de turno apenas trocassem entre si e que não se encontrassem mais de dois tarefeiros por turno.

Liderança e administração são conceitos que costumam ser confundidos, indevidamente. A administração é feita pela gerência, procurando a ordem e consistência através da elaboração de planos formais, do desenho organizacional e da monitorização dos resultados alcançados, em comparação com os planos estabelecidos. A liderança, por outro lado, relaciona-se com o contexto de mudança, sendo que o líder define direcções pelo desenvolvimento de uma visão do futuro, fala com as pessoas em particular ou com a equipa de trabalho, comunicando-lhes essa visão e inspirando-as a seguir as suas ideias, com o objectivo de superar os obstáculos. Neste sentido, após observação das rotinas do serviço, dos casos clínicos mais frequentes e das normas e protocolos existentes no serviço, elaborei um projecto de intervenção (Anexo II) ao qual dei o nome de “Via Verde Coronária”, que pretende uniformizar a actuação de enfermagem no que se refere à triagem, acompanhamento e tratamento do doente com suspeita ou diagnóstico de EAM. Tive todo o apoio do enfermeiro tutor e da enfermeira chefe, no entanto, o director do serviço de emergência, apesar de se mostrar receptivo à ideia, não esteve disponível para a sua implementação. Para ultrapassar este problema falei, na companhia do enfermeiro tutor, com outro médico do serviço de urgência, na tentativa de criar um grupo de trabalho para validar o meu projecto e, posteriormente, implementá-lo.

De acordo com BENNIS (1989) *cit. In* CHIAVENATO (2004), o verdadeiro líder apresenta uma genuína preocupação com as pessoas, pretende inovar, ser original no seu serviço, perspectivar a longo prazo e inspirar confiança para ser um exemplo a seguir, e uniformizar a actuação da equipa que lidera. A liderança é uma acção e não uma posição, é um estado de espírito e não um lugar no organograma. Um líder não reage ou responde, mas toma a iniciativa e gera uma acção. Um líder não diz que algo poderia ser feito, assegura antes que será feito. Um líder eficaz é uma pessoa que se relaciona, que entra em contacto com os colegas de trabalho e se torna altamente visível para estes e para a organização. Os líderes ajudam os colegas de trabalho a acreditar que o impossível é possível, o que o torna altamente provável (CLEMMER, 2001).

Devo salientar que consegui experienciar um pouco do “sabor” da liderança da equipa de prestação de cuidados especializados na área da EEMC, visto que o meu Enfermeiro Tutor desempenha funções de responsável de turno, o que me possibilitou a observação da sua prática e discussão de situações mais complexas na resolução de problemas.

Por outro lado, os desenvolvimentos recentes e marcantes na área da saúde, tanto a nível mundial como internamente, têm contribuído para que a supervisão clínica se torne um tema pertinente, actual e urgente, em qualquer discussão ou projecto que aponte para a sustentação e desenvolvimento das práticas de enfermagem. Estes desenvolvimentos incluem grandes mudanças organizacionais; políticas directivas; preocupações sobre a responsabilidade; iniciativas de qualidade para melhorar os padrões de cuidados; conceitos de reivindicação social integrados numa nova filosofia de enfermagem; transição educacional para uma prática reflexiva; preocupação sobre a saúde dos profissionais e prevenção do *burnout*. **Exercer supervisão do exercício profissional na área da EEMC** é um dos objectivos específicos que me propus atingir, ainda que seja, na minha opinião, um dos que implica um maior desafio, visto que, nem sempre a equipa de enfermagem aceita como positiva a necessidade de supervisão dos cuidados prestados.

De acordo com SIMÕES e GARRIDO (2007), o conceito de supervisão clínica em enfermagem refere-se a uma relação profissional centrada na exigência, formação, trabalho e desenvolvimento emocional, que envolve uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado. O processo de supervisão em enfermagem inclui as capacidades existenciais, o desenvolvimento de competências clínicas, o suporte e uma reflexão sistemática sobre os saberes. Os supervisores devem ser peritos na prática de enfermagem, capazes de analisar e avaliar as actividades em contexto de trabalho, experientes em orientação clínica e capazes de dar ao enfermeiro a ajuda necessária para adquirirem competência profissional.

A função da supervisão dos enfermeiros é da responsabilidade do enfermeiro-chefe, em parceria com o enfermeiro especialista. No entanto, no serviço de urgência do Hospital São Sebastião não existe nenhum especialista para além da enfermeira-chefe e esta encontra-se bastante ausente da

prestação de cuidados, o que torna difícil realizar a supervisão dos enfermeiros. Neste sentido, é muito complicado rastrear os problemas existentes na equipa de enfermagem, bem como corrigir esses erros ou lacunas de conhecimentos e competências. O papel de supervisor, neste serviço, é desempenhado pelo enfermeiro responsável de turno, no entanto, este não é respeitado.

A formação em serviço é um dos pilares fundamentais para a gestão dos recursos humanos, pela permanente valorização do saber, saber fazer e saber ser, implicando um desenvolvimento pessoal e profissional dos elementos da equipa. É uma obrigação partilhada pelos responsáveis das instituições de saúde e pelos profissionais, centrada no mesmo objectivo: a melhoria do desempenho profissional e conseqüentemente da qualidade dos cuidados de saúde prestados. De acordo com o artigo 64º do Decreto-Lei 437/91, que legisla a carreira de enfermagem, a formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerado como um grupo profissional com um objectivo comum e das necessidades individuais de cada membro do grupo. Está previsto neste mesmo artigo que a concretização da formação em serviço em cada unidade prestadora de cuidados é cometida por um período de três anos, renováveis, a um enfermeiro especialista da referida unidade. Neste sentido, penso ser pertinente, à luz das funções do enfermeiro especialista, o objectivo que delineei no projecto de estágio, no que se refere a **promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros**.

Na minha opinião, a sintomatologia do enfarte agudo do miocárdio é de extrema importância, pois a sua identificação precoce pode permitir uma actuação mais rápida e eficaz. Neste sentido, e por ter constatado que não existe no serviço nenhuma norma de actuação na triagem de um possível EAM, elaborei um projecto de intervenção (Anexo II) que inclui um procedimento de actuação (Anexo IV) para accionar a Via Verde Coronária, bem como um cartaz científico subordinado ao mesmo tema (Anexo V), com vista a ser afixado na sala de Triagem de Prioridades. Após aprovação deste projecto, era minha pretensão que fosse proporcionada uma formação no sentido de otimizar a interpretação do mesmo e facilitar a sua implementação.

Por outro lado, a infecção decorrente da prestação de cuidados constitui hoje um problema muito real e sério no contexto da qualidade da prestação de cuidados. De acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2007), em termos epidemiológicos, não restam quaisquer dúvidas acerca da real transmissão de microorganismos através das mãos dos profissionais de saúde (via contacto directo) para os doentes, dando origem a infecções consideradas consequências indesejáveis na prestação de cuidados. Neste contexto, ninguém põe em causa a importância da higiene das mãos, como sendo uma das medidas integradas no conjunto das precauções básicas mais relevantes na prevenção das infecções adquiridas e no controlo da transmissão cruzada da infecção. Neste serviço observa-se uma grande falha na higienização das mãos, pelo que propus a realização de uma acção de formação neste âmbito. No entanto, o enfermeiro tutor referiu que toda a equipa teve acesso a essa formação no hospital, pelo que elaborei três cartazes científicos (Anexo I) que foram afixados em locais estratégicos (lavatórios e cabeceiras das unidades de vigilância), com o objectivo de alertar a equipa para a importância deste simples procedimento.

Como referi anteriormente, a utilização da sala de emergência não é a mais correcta, pelo que elaborei igualmente um cartaz científico subordinado ao tema: “Critérios de Activação da Sala de Emergência” (Anexo III), com o objectivo de clarificar quais as situações emergentes que justificam accionar a sala de emergência. Este cartaz não foi afixado em virtude de, no final do estágio, ainda não estar aprovado pelo Director do Serviço de Urgência e pela Enfermeira-Chefe.

O grande obstáculo e a maior dificuldade da gestão das mudanças residem no facto de que administradores e gerentes estão mais habituados a trabalhar com a atenção focalizada exclusivamente em aspectos físicos e concretos, com dados previsíveis e de fácil compreensão lógica. Isto é, sabem lidar com facilidade e perícia com coisas reais e palpáveis, como máquinas, equipamentos, materiais, produtos ou serviços, mas ostentam uma enorme dificuldade e imperícia em lidar com pessoas (CHIAVENATO, 2004). A mudança, em qualquer organização, nomeadamente no meio hospitalar,

representa uma modificação nas actividades quotidianas, nas relações de trabalho, nas responsabilidades, nos hábitos e no comportamento das pessoas, neste caso dos enfermeiros. Assim sendo, **realizar a gestão dos cuidados na área da EEMC** é, mais do que um objectivo de estágio, um desafio profissional. A gestão de cuidados de enfermagem implica uma gestão organizada de recursos humanos e materiais, supervisão do desempenho dos enfermeiros e rastreio da necessidade de formação em serviço, bem como de problemas pessoais ou profissionais dos enfermeiros, que afectem o seu desempenho. Deve haver uma abordagem de adequação, ou seja, de compatibilização entre os aspectos internos da organização hospitalar e os aspectos externos do ambiente. Tudo isto requer uma boa dose de empenho, liderança integrada e baseada em valor, orientada para relações colaboradoras, integração estratégica, poder de informação e conhecimento das pessoas. Esta abordagem é da responsabilidade do enfermeiro-chefe do serviço, em colaboração com o enfermeiro especialista, que devem possuir competências como “aprender a aprender”, comunicação e colaboração, raciocínio criativo e resolução de problemas, conhecimento tecnológico, conhecimento de negócios globais, desenvolvimento da liderança e auto-gerenciamento da carreira (CHIAVENATO, 2004).

No serviço de urgência do Hospital de São Sebastião a gestão do mesmo é da responsabilidade da enfermeira-chefe exclusivamente, visto que é a única enfermeira especialista do serviço. Esta desempenha as seguintes tarefas:

- ▶ Gestão de recursos humanos (por exemplo, quando falta um elemento é chamado outro, que realiza turno extraordinário);
- ▶ Gestão de recursos materiais, sendo que não existe *stock* de material (é realizado um levantamento das necessidades duas vezes por semana e, posteriormente, um auxiliar vai à farmácia com o “cartão de crédito” atribuído ao serviço e levanta o material); sempre que há um gasto excessivo, o serviço é submetido a uma auditoria;

- ▶ Elaboração do horário mensal de enfermeiros, auxiliares e maqueiros, através de um programa informático específico (*roulement*: M-T-N-D), sendo que no final de cada mês confirma os turnos realizados por cada profissional;
- ▶ Supervisão dos registos de enfermagem, rúbricas visíveis nos mesmos e nas folhas de medicação, registo de estupefacientes, cumprimento de protocolos instituídos, gasto excessivo de material;
- ▶ Avaliação do desempenho dos enfermeiros, com vista a atribuição de incentivos: 15% para os enfermeiros com contrato individual de trabalho;
- ▶ Realização do plano anual de actividades, para formação em serviço.

No que se refere à gestão de material, na minha opinião, seria pertinente existir um *stock* pré-estabelecido, visto que, quando a enfermeira-chefe está ausente falta muito material.

Por outro lado, penso que, à parte das tarefas anteriormente descritas, a enfermeira-chefe deveria estar mais presente na prestação de cuidados, junto dos enfermeiros, de forma a observar o desempenho dos mesmos, detectar falhas e actuar oportunamente, uma vez que os responsáveis de turno realizam esta tarefa, mas não são respeitados. A atribuição dos incentivos é um pouco injusta, pois o incentivo é atribuído a todos os enfermeiros, independentemente do seu desempenho. Esta atribuição tem um carácter penalizador, visto que, quem faltar em caso de greve ou tiver uma avaliação “Não Satisfaz” não recebe o incentivo mensal. Há três *itens* de avaliação (Não Satisfaz, Satisfaz e Excelente), no entanto, como a enfermeira-chefe não está presente na prestação de cuidados, não tem capacidade para fazer uma avaliação correcta, pelo que atribui “Satisfaz” a todos os enfermeiros, excepto se lhe for comunicado pelo enfermeiro responsável de turno um erro grave, que justifique a classificação “Não Satisfaz”. Contrariando este modelo de avaliação, CHIAVENATO (2004) refere que a avaliação de desempenho é uma apreciação sistemática do desempenho dos trabalhadores nos respectivos cargos e áreas de actuação, bem como do seu potencial de desenvolvimento. Funciona como um instrumento fundamental na promoção de uma cultura de mérito, no desenvolvimento dos funcionários e na melhoria da qualidade dos serviços prestados ao cidadão e à sociedade.

Na opinião de SHEEHY (2001), a triagem é um processo usado para determinar a gravidade de uma doença ou lesão, em todos os doentes que dão entrada no Serviço de Urgência. Colocar o doente no local certo, no momento certo, para receber o nível adequado de cuidados, facilita a afectação dos recursos adequados à satisfação das necessidades do doente em termos médicos. A triagem de prioridades tem como objectivo identificar critérios de gravidade, de forma objectiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido, e o respectivo tempo alvo recomendado até à observação médica. Não se trata de estabelecer diagnósticos.

Assim, a triagem exige do enfermeiro conhecimentos profundos da sintomatologia das diferentes doenças, de forma a decidir a ordem pela qual os doentes são assistidos. Deste modo, o que distingue o enfermeiro de triagem eficiente é a sua experiência e capacidade para fazer uma rápida avaliação e uma definição correcta da situação de urgência do doente. A capacidade para distinguir entre quem está e não está doente é um factor decisivo para o êxito do enfermeiro de triagem (MINISTÉRIO DA SAÚDE: *Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes*, 2001).

Baseando-me em SHEEHY (2001), entre outros autores, penso que atingi, na sua plenitude, o objectivo proposto de **aprofundar conhecimentos teórico-práticos no âmbito do Sistema de “Triagem de Manchester”**. Sendo a triagem de prioridades uma área frequentemente caótica e exigente, foi-me possível colocar em prática todos os meus conhecimentos teórico-práticos, entre outros. Foi-me exigido o estabelecimento de prioridades com rapidez, sob grande tensão, provocada pelos telefonemas constantes, pela chegada dos inúmeros doentes, pelas visitas e por toda uma série de ocorrências e pessoas. Para que o meu desempenho fosse eficiente, mantive uma grande capacidade de organização, de realização de entrevistas, um vasto conhecimento das doenças, bem como alguma experiência em cuidados intensivos, que me permitiu detectar pistas subtis quanto à acuidade do doente. O maior desafio na triagem não foi identificar os doentes em estado crítico, mas sim reconhecer pistas subtis de um problema grave, que pode deteriorar-se rapidamente, se não for tratado de imediato. A possibilidade de participar na triagem de prioridades com o Enfermeiro Tutor permitiu-me atingir o objectivo

específico proposto. Verifiquei que o desempenho do enfermeiro na triagem exige conhecimentos teórico-práticos bastante alargados, uma vez que a triagem também abrange as áreas Pediátrica e Obstétrica, bem como a capacidade de comunicar com o utente, de forma a identificar a queixa principal e enquadrá-la nos fluxogramas. Percebi que, por vezes, é muito difícil identificar a queixa principal, visto que o utente nos relata uma série de acontecimentos e sintomas, que temos de associar a um determinado problema de saúde, nem sempre evidente. Assim sendo, os turnos passados na triagem permitiram-me também aperfeiçoar a técnica de colheita de dados.

Neste Hospital, existe também a “Via Verde AVC” (Anexo VII), que consiste num procedimento de actuação, cujos objectivos principais são a identificação atempada de sinais e sintomas patognomónicos do acidente vascular cerebral, bem como o encaminhamento do utente para a Sala de Emergência, activando a equipa de enfermagem e o médico destacado, que poderá pedir a colaboração do Neurologista, se necessário.

Dando algum relevo ao objectivo de **comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros como ao público em geral**, foi minha intenção desenvolver competências teóricas na área da prevenção de doenças respiratórias, nomeadamente *Influenza*, oportuno na época do ano em que realizei o estágio (Outubro/Novembro), no sentido de alertar, informar e formar a população, como estratégia de gestão e triagem de prioridades no Serviço de Urgência.

Segundo a *European Center for Disease Prevention and Control* (2008), *Influenza* é uma doença infecciosa com sintomas predominantemente respiratórios, causada pelo vírus *Influenza*, de aparecimento sazonal, sendo que afecta a população principalmente nos meses de Outono/Inverno. Esta doença pode variar de leve a severa. Apesar da morte por *Influenza* ser mais comum em pessoas idosas ou em doentes crónicos, também se registam mortes entre jovens aparentemente saudáveis e crianças. De acordo com as recomendações da Direcção Geral de Saúde (2008), além da vacina, todas as pessoas devem estar informadas acerca dos cuidados que devem ter para prevenir o contágio após terem contraído o vírus. Este tema demonstra-se pertinente pois a população aparenta desconhecer quais os cuidados a ter para

evitar a contaminação do outro, pelo que elaborei um vídeo subordinado ao tema: “Gripe” (Anexo VIII), com o objectivo de ser visionado nas Salas de Espera do Serviço de Urgência, o que se verificou.

Por outro lado, como referido anteriormente, a triagem é o primeiro passo para que o utente seja atendido com qualidade e rapidez. No que se refere aos utentes, parecem ainda não perceber o objectivo e funcionamento da Triagem de Prioridades, pelo que elaborei um panfleto informativo (Anexo VII), de forma a colmatar este problema no atendimento aos mesmos.

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional. Assim, distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes), tais como prescrições médicas e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas). Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação. Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada pelo enfermeiro, este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002). A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efectuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes,

religiões e todos os demais previstos no código deontológico enformam a boa prática de enfermagem. Neste contexto, os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.

Quanto ao objectivo que se prende com a **formulação e análise de questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica**, não posso deixar de reflectir que, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, pelo que devemos estar conscientes que cada um de nós é uma peça fundamental do *puzzle* do Sistema Nacional de Saúde. No serviço de urgência deste hospital, a Unidade de Decisão Clínica é o local onde os utentes permanecem sob observação, após a Triagem ser feita. Foi aqui que encontrei uma maior variedade de procedimentos invasivos como colocação de catéter central, realização de punção lombar, toracocentese, bem como a realização de cardioversão, ou seja, funciona com a dinâmica de uma enfermaria de medicina interna. Neste contexto de trabalho, observei que existem algumas falhas nalguns procedimentos como:

- Triagem de resíduos hospitalares;
- Higienização das mãos;
- Monitorização do utente após ser realizado algum procedimento médico ou de enfermagem;
- Registos de enfermagem escassos e imprecisos (no computador e nas folhas de registo de enfermagem).

No seguimento desta observação, mais uma vez conversei com o Enfermeiro Tutor e sugeri a realização de uma acção de formação no âmbito da Triagem de Resíduos Hospitalares e Higienização das mãos, como proposto em Projecto de Estágio. No entanto, o Enfermeiro Tutor explicou-me que a equipa de Enfermagem tem formação nestas áreas e que até já foram alertados para correcção destas falhas, ao que se mostraram pouco receptivos,

pelo que apenas elaborei cartazes no âmbito da higienização da mãos, com vista a serem afixados em locais estratégicos. Na minha opinião, a solução para este tipo de problemas passa por uma atenta supervisão dos cuidados de enfermagem especializados prestados, bem como pela formação no âmbito de temas que possibilitem a correcção de falhas.

Tendo em conta as necessidades do serviço e a minha proposta em atingir o objectivo de **comunicar os resultados da prática clínica e da investigação aplicada para audiências especializadas**, elaborei um projecto de intervenção subordinado ao tema “Via Verde Coronária”. A investigação realizada neste âmbito proporciona aos enfermeiros deste serviço um desenvolvimento de conhecimentos e competências, bem como a uniformização do procedimento de actuação no EAM, melhorando a qualidade dos cuidados prestados. O referido projecto de intervenção cumpriu o objectivo de incentivar a investigação neste serviço, como resposta ao meu objectivo de **participar e promover a investigação em serviço na área da EEMC**, visto que, foi proposta a implementação do mesmo num período de 4 meses (Fase Intermédia), seguida da Fase Final, que constitui o estudo/avaliação, através do levantamento de todos os casos de EAM admitidos no serviço de urgência e correctamente acompanhados após passagem pela triagem.

2.2 – MÓDULO III: OPCIONAL

A intervenção clínica no contexto Pré-Hospitalar tem por objectivo garantir à população a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita e/ou acidente, assegurando por todos os meios disponíveis a mais correcta abordagem e estabilização da vítima no local do acidente, o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à recepção em unidade de saúde adequada. Por outro lado, o Bloco Operatório é outra das valências imprescindíveis, tanto no que se refere a cirurgias programadas como de urgência/emergência.

2.2.1 – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

A VMER consiste num veículo de intervenção pré-hospitalar, concebido para o transporte rápido de uma equipa médico/enfermeiro, directamente do Hospital ao local (domicílio ou via pública) onde se encontra o doente. A viatura dispõe de todo o equipamento necessário ao suporte avançado de vida e de trauma.

A VMER actua na dependência directa do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), situando-se numa base Hospitalar e funcionando como uma extensão do Serviço de Urgência à comunidade. De acordo com VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO DE VISEU (2000), o principal objectivo reside na estabilização pré-hospitalar e acompanhamento médico/enfermeiro durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita.

A equipa da VMER com sede no Hospital São Teotónio foi fundada em 2000 e tem, actualmente, uma equipa constituída por 18 médicos e 23 enfermeiros, sendo que tem uma activação média diária de 5,43, ou seja, aproximadamente 150 activações por mês.

No que se refere à integração na equipa multidisciplinar e na dinâmica de prestação de cuidados na activação da VMER penso que não tive qualquer dificuldade, apesar deste estágio ter uma carga horária diminuta. No entanto, foi-me possível consultar protocolos de actuação que, segundo o INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (2000), têm como objectivo definir um “*standard*” mínimo e uniforme de abordagem nas situações de emergência médica mais frequentes e graves no pré-hospitalar; verificar qual o equipamento e material existente na viatura; confirmar o mesmo com o auxílio da *check-list* no início do turno da manhã; e repôr o material na chegada à base. Por outro lado, o objectivo: **aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área do doente urgente/emergente politraumatizado, na abordagem pré-hospitalar** foi atingido por completo pois prestei cuidados ao doente urgente/emergente, nomeadamente politraumatizado, sempre que possível, em colaboração com o médico e enfermeiro da VMER. Mais uma vez reforço que este estágio é bastante reduzido pelo que, apesar de considerar

que **demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas no âmbito da área de EEMC**, se a carga horária fosse um pouco mais alargada teria oportunidade de pôr em prática um leque mais vasto de conhecimentos já adquiridos.

De acordo com as Orientações da Ordem dos Enfermeiros relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-Hospitalar (2007), o enfermeiro que exerce funções na VMER possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências específicas que lhe permitem actuar de forma autónoma e interdependente, no entanto, nos turnos que realizei na VMER, assisti ao comportamento passivo do enfermeiro face ao médico, ao contrário da prestação de cuidados interdependente preconizada pelas orientações internacionalmente aceites. Não posso deixar de referir que me surpreendeu o facto do enfermeiro, aquando da chegada ao Serviço de Urgência, não passar a informação respeitante ao doente, aos colegas. Apenas o médico informa os seus colegas da situação clínica do doente.

Por vezes, a equipa da VMER é activada para situações urgentes/emergentes com base em informação escassa no que se refere à natureza da ocorrência e sua localização, o que dificulta a rapidez de acessibilidade e eficácia na actuação. Neste sentido, seria importante uma maior consciencialização da população para manter a calma aquando da activação da cadeia de sobrevivência (112) e fornecer o máximo de informação possível ao operador do CODU, facilitando posteriormente a actuação da VMER. Assim sendo, seria pertinente a VMER ter um papel mais activo perante a população, nomeadamente realizando formação nas escolas e exposições com vista a sensibilizar sobre o trabalho da equipa da VMER. De forma a **gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, experiência profissional e de vida e formação pós-graduada**, e dando o primeiro passo na formação da população, elaborei um panfleto informativo (Anexo IX) e um filme (Anexo X) subordinado ao tema “Activação da Cadeia de Sobrevivência”, com vista a ser visionado na entrada principal do Hospital São Teotónio.

A minha passagem pelo CODU de Coimbra foi de extrema importância, uma vez que permitiu conhecer o seu funcionamento e articulação com todos os meios de socorro existentes, seleccionados e activados de acordo com a gravidade da situação clínica das vítimas. O CODU estrutura-se em cinco sectores: seis operadores de chamadas de emergência médica, dois médicos, um enfermeiro, um psicólogo e um operador para a activação de meios, bem como um coordenador do centro. Constatei também que possui equipamento específico na área das telecomunicações e informática para otimizar os seus meios humanos e técnicos.

2.2.2 – Ambulância de Suporte Imediato de Vida

Em algumas zonas do território, nas situações em que o tempo é um factor crucial e a distância a que se encontram os meios diferenciados de emergência médica dificulta o seu envio em tempo útil, o INEM desenvolveu o projecto SIV, com o objectivo de melhorar o nível de cuidados de Emergência Pré-hospitalar, atenuando assim os constrangimentos em termos de disponibilidade de recursos humanos e materiais. Este projecto resulta da necessidade de desenvolver continuamente o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), com vista à melhoria dos cuidados de emergência médica pré-hospitalar prestado à população (INSTITUTO NACIONAL EMERGÊNCIA MÉDICA, 2007). Sendo este projecto inovador e interessante, não podia ficar esquecido no meu percurso do pré-hospitalar.

Realizei um estágio curto, de quatro turnos de 8 horas cada, na ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), no entanto, penso que foi suficiente para perceber a dinâmica de prestação de cuidados. A ambulância de SIV, é um meio operacional do INEM que visa melhorar os cuidados prestados em ambiente pré-hospitalar à população. Tem como objectivo garantir os cuidados de saúde capazes de resultar numa reanimação de sucesso até estar disponível uma equipa médica, de suporte avançado de vida, nas situações em que os factores tempo e distância são cruciais para o envio de uma equipa médica em tempo útil (INSTITUTO NACIONAL EMERGÊNCIA MÉDICA, 2007).

As ambulâncias SIV são tripuladas por um Enfermeiro e um Técnico de Ambulância de Emergência (TAE), sendo o Enfermeiro responsável pela prestação de cuidados de emergência médica, de acordo com os protocolos instituídos pelo INEM e as orientações provenientes do CODU pela equipa médica. Ao nível dos recursos técnicos tem a carga de uma ambulância de suporte básico de vida, acrescida de um monitor-desfibrilhador e diversos fármacos, permitindo a transmissão de electrocardiograma e sinais vitais ao CODU. Cabe também ao Enfermeiro chefiar a ambulância coordenada pelo CODU. A prestação dos cuidados no pré-hospitalar é feita sob um controlo médico rigoroso, que se designa por Direcção Médica e que ocorre em dois níveis: Indirecta (*Offline*) e Directa (*Online*).

A qualidade da prestação de cuidados é garantida através de um processo contínuo de controlo em três níveis: acções prospectivas (selecção criteriosa dos operacionais, formação e elaboração de protocolos de actuação), concomitantes (observações directas aleatórias da actuação das equipas) e retrospectivas (verificação periódica dos registos escritos, áudio e vídeo). Os protocolos visam apoiar os técnicos de saúde na persecução de três grandes objectivos: preservar a vida, não agravar ou provocar lesões e entregar o doente nas melhores condições no local mais apropriado. Promovem a uniformização de normas de actuação e prevêm a existência de técnicos diferenciados no local, capazes de executar manobras de Suporte Avançado de Vida e Trauma. É igualmente importante referir que os protocolos apenas podem ser considerados como um guia, não substituindo o bom senso clínico.

O serviço da ambulância SIV de Tondela foi iniciado em 2008, sendo que possui actualmente uma equipa composta por cinco Enfermeiros e oito TAE. Integrei-me bem na equipa, sendo que durante este estágio foi-me possível conhecer a estrutura da ambulância, a organização do material no seu interior, bem como os meios de comunicação disponíveis com o CODU (rádio, telemóvel e Internet banda larga).

À semelhança da VMER de Viseu, é realizada a verificação do material com apoio de uma *check-list* no início de cada turno. Relativamente à activação da SIV, sempre que chega ao local da ocorrência está protocolado o contacto com o CODU, após estabilizado o indivíduo, no sentido de informar sobre a

situação. No entanto, se for necessário administrar medicação protocolada, à excepção da utilizada em SAV, tem que ser pedida autorização ao CODU. Neste sentido, a actuação é um pouco dificultada visto que, por vezes, é impossível comunicar com o CODU, por falta de cobertura da rede. Assim sendo, nem sempre a transmissão de informação é que seria desejável.

Por outro lado, uma das situações que penso ser mais flagrante é o facto de situações que são comunicadas como aparentemente graves (por exemplo, indivíduo com desvio da comissura labial, hemiparésia e perda de controlo de esfíncteres) serem encaminhadas para o Hospital de Tondela, que possui um Serviço de Urgência básica, sem meios complementares de diagnóstico adequados (Tomografia Axial Computorizada), o que aumenta drasticamente o tempo de espera por um tratamento, sendo que ainda será transferido para o Hospital São Teotónio. Neste sentido, abordei a enfermeira de serviço sobre este caso, que referiu apenas ter de cumprir as instruções do CODU, mesmo após as informações relatadas. Perante este caso, muitas vezes as situações são exacerbadas para terem um encaminhamento mais adequado.

Os estágios realizados na VMER e SIV permitiram-me perceber todo o circuito de assistência pré-hospitalar até à admissão numa instituição hospitalar.

2.2.3 – Bloco Operatório

Tal como referi para o estágio do Serviço de Urgência, penso que **proceder à integração no Bloco Operatório** é um dos passos decisivos para um bom desempenho, tanto a nível profissional como académico.

Neste sentido, procurei conhecer, o melhor possível, este serviço. No que se refere à estrutura física, é constituído por 2 áreas de transferência de doentes da cama para o tampo cirúrgico, das quais apenas uma se encontra funcionando por questões de pessoal; 11 salas operatórias, das quais apenas 9 estão operacionais; e uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), com capacidade para 10 camas, o que é insuficiente para o número de salas operacionais, visto estar preconizada a existência de 2 camas de recobro por sala operatória.

As salas operatórias estão preferencialmente destinadas a especialidades distintas: salas 1, 2 e 3 para cirurgia geral/ofthalmologia/urologia; sala 4 para pediatria; sala 5 para urgências; salas 6 e 7 para ortopedia; sala 9 para neurocirurgia, em virtude do material necessário estar acondicionado perto das mesmas. Cada sala tem:

- Um circuito unidireccional: uma entrada e uma saída, de forma a diminuir o risco de infecção;
- Uma área destinada à higienização das mãos por técnica cirúrgica, bem como para reposição de material nos armários de apoio às salas operatórias, num corredor existente atrás das mesmas;
- Equipamento próprio: um monitor electrocardiográfico, um ventilador mecânico, focos luminosos fixos no tecto, uma base para o tampo cirúrgico, um sistema de exaustão de gases que deve ser ligado imediatamente antes de iniciar a intervenção cirúrgica e um *stock* de material.

A sala de recobro é constituída por 10 unidades equipadas com um monitor electrocardiográfico, dispostas de forma a proporcionar uma vigilância pós-anestésica e cirúrgica.

O utente é transferido do serviço em que se encontra internado para o Bloco Operatório por um enfermeiro e um auxiliar da acção médica. Entra no Bloco Operatório através do *transfer*, seguindo para a sala operatória no tampo cirúrgico. Após a cirurgia, é transferido para a UCPA, onde permanece cerca de duas horas para vigilância, sendo que, se estabilizado regressa ao serviço de origem acompanhado por enfermeiro e auxiliar da acção médica. Por vezes, este circuito é extremamente atrasado no primeiro tempo da manhã, por uma espera incómoda e angustiante no tampo cirúrgico, que antecede a cirurgia.

Integrei-me perfeitamente na estrutura física e organizacional deste serviço, bem como na equipa multidisciplinar, apesar de constatar algumas limitações no método de trabalho, uma vez que cada enfermeiro tem funções específicas em cada turno.

Como referi anteriormente, exerço funções na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes há mais de cinco anos, pelo que em termos de

conhecimentos na área da EEMC, nomeadamente ventilação mecânica, medicação de emergência e de relaxamento muscular, monitorização de parâmetros vitais e vigilância pós-cirúrgica, são cuidados que domino. Neste sentido, durante o estágio no Bloco Operatório, aprofundi outros conhecimentos como:

- Posicionamento do doente no tampo cirúrgico, conforme a cirurgia a realizar;
- Diferentes tipos de cirurgias laparoscópicas;
- Diferentes *Kits* (caixas) de pinças, conforme a intervenção cirúrgica;
- Funções e desempenho do Enfermeiro Instrumentista;
- Complexidade do material para cirurgia ortopédica.

Assim sendo, nas áreas em que me sentia menos à vontade, durante este estágio **demonstrei um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC.**

O Bloco Operatório é um serviço complexo e aberto, uma vez que tem múltiplos intervenientes de diferentes categorias profissionais. Por si só, a equipa de enfermagem é composta por cerca de 80 enfermeiros, o que torna a **liderança** um pouco problemática, no entanto, não deixei de observar a dinâmica de liderança do serviço e, em alguns casos, participar na mesma.

Noutra linha de pensamento, ao observar a dinâmica do serviço e da equipa multidisciplinar encontrei alguns **problemas no atendimento ao cliente/família**, nos quais me centrei, no sentido de atingir os objectivos propostos em Projecto de Estágio:

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEMC;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo relacionado com o cliente e família, especialmente na área da EEMC;
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- Participar e promover a investigação em serviço na área da EEMC;

- Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros como ao público em geral;

Um dos problemas observados foi a **impossibilidade de proporcionar o contacto mãe/bebé e a amamentação precoce após parto por cesariana no Bloco Operatório**, bem como o afastamento mãe/filho durante cerca de 2 horas, enquanto a puérpera permanece no recobro e o recém-nascido (RN) é transferido para o serviço de Obstetrícia. O nascimento de uma criança é uma experiência emocional e fisiológica intensa, exaustiva para a mãe e RN. O papel do enfermeiro será o de apoiar a mãe e a criança neste processo de nascimento, prevenindo complicações fisiológicas na adaptação do RN à nova vida e promovendo o processo de vinculação precoce.

O sucesso do aleitamento materno pode ser definido por uma amamentação mais prolongada, por consenso, exclusiva até aos 6 meses de vida do bebé. Para que a amamentação tenha sucesso, devem conjugar-se 3 factores:

- a decisão de amamentar
- o estabelecimento da lactação
- o suporte da amamentação

Apesar da maioria dos nascimentos ocorrer através da via vaginal, em alguns casos torna-se necessário recorrer ao parto cirúrgico. Em ambos os casos trata-se de uma experiência intensa e exaustiva, muitas vezes com implicações psicossociais, colocando-se em questão se um parto por cesariana não terá efeitos nocivos no estabelecimento da relação mãe/RN e no desenvolvimento deste. Neste sentido, temos o dever, enquanto enfermeiros, membros de uma equipa multidisciplinar, de proporcionar condições, sempre que possível, para iniciarem a amamentação precoce, segundo preconizado pelas *recomendações da OMS/UNICEF* (LÉVY e BÉRTOLO, 2007), ainda que tenham um parto por cesariana. Ainda que difícil, no Bloco Operatório, sempre que possível, preconiza-se também o contacto visual e táctil mãe/filho, para que se promova a vinculação precoce e se diminua a ansiedade da mãe, que normalmente não quer perder um dos acontecimentos mais importantes da sua

vida. Para o estabelecimento da lactação são decisivas as práticas hospitalares ligadas ao parto e pós-parto imediato, nomeadamente a estrutura física e formação dos enfermeiros do Bloco Operatório. Por este motivo, é urgente reflectir sobre as práticas hospitalares no que se refere à promoção do aleitamento materno, seu estabelecimento e apoio, no sentido de aumentar a satisfação das utentes, qualidade dos cuidados de enfermagem nesta área e a possibilidade de proporcionar ao RN um início de vida único.

Num documento das Nações Unidas (1999) referenciado por PEREIRA (2006) é recomendado, tendo em conta as evidências científicas, a prática do contacto precoce mãe-filho para promover a precocidade do início da amamentação, alertando os profissionais de saúde a implementarem esta prática. Por outro lado, segundo as *recomendações da UNICEF/OMS* (LÉVY e BÉRTOLO, 2007) o bebé deverá ser adaptado à mama na primeira meia hora de vida, cumprindo a 4ª medida da Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés: “Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora de vida após o nascimento”.

Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros e médicos que cuidam de mães e bebés no momento do parto, na sua actuação devem ter presente a importância destes conhecimentos e actuar em conformidade, proporcionando sempre o contacto mãe/RN com a maior precocidade possível, durante a primeira hora de vida, em que o RN deve fazer a sua primeira mamada (PEREIRA, 2006). No sentido de tentar solucionar este problema, elaborei o Projecto de Intervenção denominado “Período de Recobro da Cesariada: prática do alojamento conjunto” (Anexo XI), no qual estabeleci os seguintes objectivos:

- Observar o circuito da mulher submetida a cesariana de urgência/electiva, bem como do RN, após o nascimento;
- Averiguar a importância do alojamento conjunto (mãe/RN) durante o período de recobro, após a cesariana, no Bloco Operatório;
- Identificar necessidades não satisfeitas da puérpera:
 - diminuição da ansiedade pós-parto
 - contacto precoce pele-a-pele com o RN

- amamentação precoce;
- Avaliar a motivação dos enfermeiros na prestação de cuidados à puérpera cesariada e RN;
- Identificar os factores que interferem no período de recobro da puérpera cesariada no Bloco Operatório:
 - motivação dos enfermeiros
 - organização do espaço físico da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos;
- Conhecer a opinião dos enfermeiros relativamente ao atendimento à puérpera cesariada e RN;
- Avaliar o grau de satisfação da mulher relativamente aos cuidados prestados na UCPA;
- Identificar possíveis estratégias para a motivação da Equipa Multidisciplinar;
- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados através da implementação de estratégias:
 - reorganização do espaço físico da UCPA, de forma a possibilitar 2 unidades reservadas a puérperas cesariadas, com a privacidade necessária ao contacto mãe/filho e amamentação precoce
 - motivação dos enfermeiros
 - formação dos enfermeiros da UCPA em cuidados à puérpera no pós-parto imediato e aconselhamento em aleitamento materno, ou possibilidade de um enfermeiro especialista em SMO se deslocar à UCPA e prestar cuidados à díade;

Este projecto teve a aprovação e entusiasmo do Enfermeiro Chefe do Bloco Operatório, no entanto, a equipa de enfermagem não mostrou grande receptividade nesta investigação e nas alterações propostas.

Por outro lado, no período pré-operatório, em que o utente permanece no serviço de internamento, existe também uma falha que considero bastante flagrante: a **inexistência de visita de enfermagem pré-operatória**. O Bloco Operatório oferece ao enfermeiro um vasto campo de intervenção, com actividades muito específicas que exigem uma imensidão de conhecimentos e

competências de natureza diversa, para o desempenho das funções de enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista, bem como no recobro pós-anestésico. Por outro lado, o acompanhamento do doente é muito importante, iniciando-se com a visita pré-operatória até à avaliação final na visita pós-operatória (UNAIBODE, 2001).

A intervenção cirúrgica, aquando da hospitalização de um utente, é uma etapa particularmente importante. A perda de autonomia é um dos efeitos que pode provocar um verdadeiro sentimento de insegurança. No bloco operatório, a relação operado/enfermeiro é tão importante como o trabalho técnico. O utente encontra-se à responsabilidade do enfermeiro do bloco operatório, sendo estabelecido um plano de cuidados que se subdivide em três fases: a primeira tem lugar antes da chegada do utente ao bloco operatório, a fim de identificar as suas necessidades; a segunda desenrola-se durante todo o tempo de permanência na área do bloco operatório; por último, temos a terceira fase, na qual se realiza a avaliação dos cuidados prestados, após algumas horas ou dias da cirurgia.

A visita de Enfermagem Pré-operatória, de acordo com RAMOS, ALMEIDA e PINHEIRO (2003), é uma actividade autónoma do enfermeiro perioperatório que visa a individualização e humanização dos cuidados, prestando ao utente apoio psicológico, ajudando-o a lidar com os seus medos e receios, contribuindo assim para uma experiência cirúrgica mais agradável. A procura da qualidade é uma garantia de uma melhor relação cidadão/estabelecimento de saúde, sendo a resposta adequada às necessidades do utente, que exige segurança de que os profissionais de saúde serão capazes de lhe prestar cuidados adequados e eficazes, tal como ele os deseja e quando ele os deseja, desde o dia do internamento (UNAIBODE, 2001).

É a perda de identidade e privacidade que o utente sente ao ser internado no hospital, bem como todo o processo de aceitação do “papel de doente”, que justificam a pertinência e importância da realização da visita de enfermagem pré-operatória. Neste sentido, elaborei um Projecto de Intervenção denominado “Visita de Enfermagem Pré-Operatória” (Anexo XII), cujos objectivos principais foram explorar e fundamentar teoricamente a

necessidade da visita pré-operatória, a realizar por enfermeiros do Bloco Operatório, bem como iniciar a primeira fase deste projecto: elaboração do formulário, panfleto informativo e plano de implementação em serviços de internamento previamente seleccionados.

Penso que este projecto tem pertinência, à luz da fundamentação teórica pesquisada, pelo que se justifica a tentativa de implementação no Bloco Operatório do Hospital São Teotónio, tendo como objectivos específicos:

- Conhecer o utente no seu todo, situando-o no contexto do seu diagnóstico cirúrgico;
- Identificar e analisar as necessidades do utente, elaborando o diagnóstico de enfermagem no bloco operatório;
- Promover um relacionamento empático entre o utente e a equipa multidisciplinar;
- Garantir um acompanhamento personalizado em todo o percurso cirúrgico, de forma a assegurar um ambiente terapêutico mais seguro e menos hostil;
- Esclarecer dúvidas e minimizar receios do utente, com uma conduta deontológica adequada e respeitando o sigilo profissional;
- Evitar erros e esquecimentos resultantes de transmissões incorrectas;
- Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem pré, intra e pós-operatórios;
- Desenvolver conhecimentos e competências nos enfermeiros do Bloco Operatório;
- Promover a imagem social dos enfermeiros, de modo a que o utente se sinta confiante nos cuidados prestados;

Os Projectos de Intervenção que elaborei, à luz das necessidades do Bloco Operatório, e após investigação aplicada são, do meu ponto de vista, bastante úteis neste serviço se forem implementados. Não me foi possível **comunicar os resultados da prática clínica e da investigação aplicada para audiências especializadas** senão ao Enfermeiro Chefe e Enfermeira Orientadora, no entanto, espero que o meu trabalho seja terminado pois penso

que a qualidade dos cuidados prestados iria melhorar, bem como a satisfação dos utentes.

Em Projecto de Estágio propus **exercer supervisão do exercício profissional na área da EEMC**, sendo que constitui uma das funções do Enfermeiro Especialista. Neste sentido, observei a actuação da equipa de enfermagem e consultei os protocolos e normas existentes no serviço, de forma a detectar eventuais falhas e necessidades. Desta supervisão resultaram os Projectos de Intervenção anteriormente apresentados, bem como a elaboração de uma norma de actuação para integrar o Manual de Procedimentos do Bloco Operatório, subordinada ao tema “Ventilador PRIMUS: manutenção do sistema respiratório” (Anexo XIII).

A inexistência desta norma era, na realidade, uma grande falha. A actividade cirúrgica programada ou urgente/emergente pode implicar a necessidade de assistência ventilatória mecânica, ou seja, o auxílio à ventilação pulmonar, parte integrante do suporte de vida. O ventilador mecânico é um dispositivo destinado a levar um volume de oxigénio/ar comprimido até aos pulmões, sem quaisquer microorganismos patogénicos (JÚNIOR e AMARAL, 1998). Pelo exposto, é indispensável a existência de um procedimento de preparação, manutenção e verificação do aparelho, para minimizar os riscos gerais associados à utilização do mesmo, atribuindo as respectivas funções ao enfermeiro de apoio à anestesia ou enfermeiro responsável de turno.

Com a elaboração dos referidos Projectos de Intervenção e Norma de Actuação alcancei os seguintes objectivos propostos:

- **Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;**
- **Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.**

Neste sentido, demonstrei competências na área da supervisão e formação em serviço, contribuindo para um melhor desempenho da equipa de enfermagem do Bloco Operatório.

Relativamente a **manter de forma contínua e autónoma o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional**, apesar de já considerar este objectivo atingido inicialmente, penso que neste estágio mantive uma postura receptiva a novos desafios, procurando na investigação aplicada um pilar para o meu desempenho pessoal e profissional, numa busca contínua da inatingível perfeição.

No que se refere ao objectivo proposto de **colaborar na integração de novos profissionais**, não me foi possível atingir neste estágio, no entanto, considero-o atingido a nível profissional, visto que no serviço em que exerço funções actualmente participo na integração de novos enfermeiros, conhecendo a metodologia a seguir no processo de integração.

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se vantajoso o assumir de um papel de *pivot* no contexto da equipa. Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem sobre a forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde.

O exercício profissional da enfermagem, centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.

A redacção deste Relatório reflexivo tem um potencial significativo, pois considero-o mais do que um instrumento de avaliação, uma forma de aprendizagem e de acompanhamento do meu desenvolvimento, enquanto enfermeiro e estudante de uma pós-licenciatura de especialização. Tem uma enorme aplicabilidade e utilidade, sendo sem dúvida um forte instrumento, com vantagens como a autocrítica e a liberdade para o desenvolvimento da capacidade reflexiva, ampliação das bases conceptuais, o re-significar da aprendizagem e da avaliação contínua. Simboliza igualmente o término de mais uma etapa da minha vida. Há cerca de 18 meses fiz uma proposta, dotada de um grande desafio, a mim mesmo: iniciar a Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que desde sempre constituiu um dos meus grandes objectivos pessoais e profissionais. É mais do

que um objectivo, um sonho, uma ambição, um passo à frente no meu percurso enquanto enfermeiro.

A área da enfermagem médico-cirúrgica foi sempre a minha área de eleição em termos pessoais e de evolução de conhecimentos e competências. De um modo geral fiquei satisfeito com o meu desempenho nos ensinamentos clínicos realizados e respondi com elevada competência aos desafios propostos pelos referidos serviços e enfermeiros orientadores.

O conceito de competência reflecte conhecimento, habilidade e atitude, englobando não só questões técnicas, mas também, a cognição e atitudes relacionadas ao trabalho. O desenvolvimento das mesmas dá-se por meio da aprendizagem individual e colectiva pela assimilação de conhecimentos, integração de habilidades e adopção de atitudes relevantes para um contexto organizacional específico ou para a obtenção de alto desempenho no trabalho.

Fazendo um balanço do meu desempenho nos ensinamentos clínicos, e tendo em conta o significado de competência:

- ▶ Demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- ▶ Posso conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada;
- ▶ Demonstro conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relaciono-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e cultura;
- ▶ Tomo decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas;
- ▶ Tomo iniciativas e sou criativo na interpretação e resolução de problemas na área de especialização;
- ▶ Desenvolvo uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- ▶ Reflecto na prática, de forma crítica;
- ▶ Incorporo na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- ▶ Identifico necessidades formativas na área de especialização;
- ▶ Zelo pela qualidade dos cuidados prestados na área de especialização;

Os estágios na VMER e SIV possibilitaram oportunidades de testar a minha capacidade de auto-domínio, destreza na prestação de cuidados ao doente urgente e emergente e a intensificação do meu desejo de exercer funções na VMER. Neste sentido, e para complementar o meu curriculum profissional é minha pretensão realizar o *Trauma Nursing Core Course*.

No que se refere ao estágio no Serviço de Urgência, apesar de ser um serviço extremamente diferente daquele no qual exerço funções, e de ter desenvolvido as competências referidas anteriormente, foi também uma oportunidade para demonstrar que possuo perfil e conhecimentos para trabalhar neste tipo de serviço, pois apesar de se prestar cuidados ao doente urgente/emergente, é um ambiente de trabalho mais ou menos controlado, à semelhança da Unidade de Cuidados Intensivos, o que contrasta em muito com o serviço na VMER. Esta etapa permitiu-me crescer na área da comunicação com o cliente e família, em virtude desta relação constituir uma lacuna no meu desenvolvimento profissional, pois sempre exerci funções numa Unidade de Cuidados Intensivos, onde a comunicação com o doente em estado crítico é, na maioria das vezes, unilateral, e as famílias estão em choque, o que dificulta a compreensão dos factos e ocorrências.

Para finalizar, e relativamente ao estágio no Bloco Operatório, apesar dos conhecimentos e competências desenvolvidas, que nunca são demais, e da importância dos Projectos de Intervenção que lá realizei, não me percepciono a exercer funções neste serviço pois é pouca a autonomia do enfermeiro na prestação de cuidados perante o doente cirúrgico e família.

Ao longo deste percurso tornei-me um enfermeiro mais completo e com um *background* mais enriquecido, no entanto, continuo no caminho da aprendizagem, na procura de novos saberes.

BIBLIOGRAFIA

LIVROS:

- ▶ BRAUNWALD, Eugene [et al.]. 2002. **Harrison Medicina Interna**. 15ª Ed. Mcgraw-Hill Interamericana do Brasil, Lda., Rio de Janeiro, vol. I.
- ▶ BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, Joshua D. 2006. **O Método Brazelton: a criança e o sono**. Tradução de Maria de Fátima Morgado. Lisboa: Editorial Presença. 3ª Edição.
- ▶ CARVALHO, Marcus Renato de; TAMEZ, Raquel N. 2002. **Amamentação: base científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora Guanabarra Koogans S.A.
- ▶ CHIAVENATO, Idalberto. 2004. **Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações**. Pioneira Thomson Learning, São Paulo, pp.332-338.
- ▶ CLEMMER, J. 2001. **Pathways to performance: a guide to transforming yourself, your team and your organization**. Rocklin, San Francisco.
- ▶ ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE VISEU. 2000. **Guia de elaboração de trabalhos escritos**. Acessível na Biblioteca da Escola Superior de Enfermagem.
- ▶ FORTIN, Marie-Fabienne. 2000. **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. 2ª edição. Lusociência-edições técnicas e científicas, Lda, Loures. pp. 370-371.
- ▶ HANDYSIDES, G. 1996. **Triage in emergency practise**. Mosby, St. Louis.
- ▶ INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. 2000. **Manual da Viatura Médica de Emergência e Reanimação: Protocolos de Actuação**. 3ª Ed. Lisboa.
- ▶ JÚNIOR, José Octávio Costa Auler; AMARAL, Ruy Vaz Gomide Do. 1998. **Assistência Ventilatória Mecânica**. 1ª Ed. Editora Atheneu. São Paulo.
- ▶ KOHN, M. 1977. **Dynamic managing: principles, process, practise**. Cummings, Menlo Park, pp. 13-15.
- ▶ LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena. 2007. **Manual de Aleitamento Materno**. Edição Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- ▶ ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2002. **Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem**. Lisboa, pp. 6-15.
- ▶ PEREIRA, Maria Adriana. 2006. **Aleitamento Materno: importância da correcção da pega no sucesso da amamentação**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- ▶ PHIPPS, Wilma J. [et. a/]. 1999. **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica**. 2ª Ed. Lusodidacta, Lisboa. Volume 1, pp.725.
- ▶ PONCE, Pedro; TEIXEIRA, Jorge. 2006. **Manual de Urgências e Emergências**. LIDEL –Edições Técnicas, Lda., Lisboa, pp.1-3.
- ▶ SÁ-CHAVES, Idália. 2000. **Pórtfolios reflexivos: estratégia de formação e de supervisão**. Universidade, Aveiro.

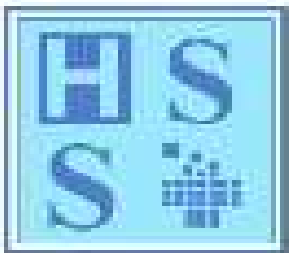
- ▶ SELDIN, Peter. 1997. **The Teaching Portfolio: a practical guide to improved performance and promotion/tenure decisions**. Anker Publishing Company, Boston.
- ▶ SHEEHY, Susan. 2001. **Enfermagem de Urgência: Da teoria à Prática**. 4ª Ed. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, Loures.
- ▶ TEIXEIRA, Sebastião. 1998. **Gestão das Organizações**. Lisboa: Editora Mcgraw- Hill.
- ▶ UNAIBODE. 1996. **L'infirmière de bloc opératoire**. Paris : Masson, p.17.
- ▶ UNAIBODE, 2001. **Práticas e Referências de Enfermagem de Bloco Operatório: Desenvolver uma cultura de qualidade**. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

REVISTAS:

- ▶ ALVARENGA, G.M. 2001. **Portfolio: o que é e a que serve?** Revista Olho Mágico. Vol. 8: nº 1.
- ▶ CASTELLANOS, B.E.P.; JOUGLAS, V.M.G. 1990– **Assistência de Enfermagem Perioperatória: um modelo conceitual**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, vol.24, nº 3, Dezembro. pág. 359-370.
- ▶ FLORES, Maria Isabel Sánchez; VIDAL, Antónia Mª Tomás; TERRASSA, Cármen Alorda, 1994. **Atención en el preoperatorio**. Revista de Enfermería ROL. Barcelona, Año XVII, nº 186, Febrero. pág. 69-72.
- ▶ GONÇALVES, Rui Filipe Lopes, 2003 – **Controlo do Stress no Acolhimento do Doente Cirúrgico no Bloco Operatório**. INFORMAR: Revista de Formação Contínua em Enfermagem. Ano IX – Nº30, Janeiro/Agosto. pág: 14-18.
- ▶ JONES, Alun. 2006. **Clinical Supervision: what do we know and what do we need to know? A review and commentary**. Journal of Nursing Management, vol. 14, pp.577-585.
- ▶ PICCOLI, Marister; GALVÃO, Cristina Maria, 2001– **Enfermagem Perioperatória: Identificação do Diagnóstico de Enfermagem, Risco para Infecção Fundamentada no Modelo Conceitual de Levine**. Ver. Latino-am Enfermagem 2001, Julho; 9, pág. 37-43.
- ▶ PINTO, Adriano; PINTO, Cristina Barroso, 1996 – **Visita Pré-operatória**. Nursing: Revista Técnica de Enfermagem. Ano 9, Nº 104, Outubro. pág. 14-15.
- ▶ PRETO, Alberto; OLIVEIRA, Olinda; PEREIRA, Luís, 2003 – **Acompanhamento ao Bloco Operatório: que significado?** Revista Sinais Vitais: Novembro 2003, nº 51.
- ▶ RAMOS, Emília; ALMEIDA, José Carlos; PINHEIRO, Teresa, 2003 – **Visita de Enfermagem Pré-operatória**. INFORMAR: Revista de Formação Contínua em Enfermagem. Ano IX – Nº30, Janeiro/Agosto. pág. 5-9.
- ▶ SILVA, Maria de Fátima Barbosa Pinto Fontão, *et. al.*, 2006 – **Acolhimento do Doente no Bloco Operatório**. Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem. Lisboa, Ano 16, nº 208, Março. pág. 36-41.
- ▶ SIMÕES, João Filipe Fernandes Lindo; GARRIDO, António Fernando da Silva. 2007. **Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem**. Texto Contexto Enferm, Out.-Dez., 16(4), pp 599-608.

FONTES DA INTERNET

- ▶ ARNTZ, BOSSAERT e FILIPPATOS. 2005. **European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation: Initial Management of Acute Coronary Syndromes**. pp. S87-S96.
Available: <http://www.europeanresuscitationcouncil.com> [25 de Outubro, 2008].
- ▶ BRANDÃO, Hugo Pena; GUIMARÃES, Tomás de Aquino. 1999. **Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto?**
Endereço: <http://www.anpad.org.br> [23 de Novembro 2008].
- ▶ CARREIRA DE ENFERMAGEM. Decreto-Lei nº 437/91 de 8 Novembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 412/98 e pelo Decreto-Lei nº 411/99 (capítulo II, secção I, artigo 7º)
Endereço : <http://www.ordemenfermeiros.pt> [24 de Novembro 2008].
- ▶ CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. 2008. **Preventing Seasonal Flu**.
Endereço: <http://www.cdc.gov/flu/protect/preventing.html> [09 de Novembro 2008].
- ▶ DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. 2007. **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**. Lisboa. Endereço: <http://www.dgs.pt> [18 de Outubro de 2008] .
- ▶ DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. 2008. **Vacinação Contra a Gripe Sazonal em 2008/2009**. Lisboa. Endereço: <http://www.dgs.pt> [18 de Outubro de 2008] .
- ▶ EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. 2008. **Influenza– Seasonal Influenza**. Endereço: <http://www.ecdc.europa.eu/en/Health> [09 de Novembro 2008].
- ▶ MINISTÉRIO DA SAÚDE: HOSPITAIS SA – UNIDADE DE MISSÃO. 2001. **Grupo de Trabalho de Urgências: Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes**.
Endereço: <http://www.crh.saude.sp.gov.br> [23 de Novembro de 2008].
- ▶ ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2007. **Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-Hospitalar**. Lisboa. Endereço: <http://www.ordemenfermeiros.pt> [12 de Julho de 2008].
- ▶ MASSADA, Salvador; MACIEL, Luís. 2001. **Hospital de São João - serviço de urgência, equipa multidisciplinar de trauma: Activação, Responsabilidades e Operacionalidade**. Porto. Endereço: <http://www.grupotrauma.pt> [28 de Outubro 2008].
- ▶ REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS. Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº104/98, de 21 de Abril – capítulo II, artigo 4º).
Endereço: <http://www.ordemenfermeiros.pt> [24 de Novembro 2008].
- ▶ VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO DE VISEU. 2000. Endereço: <http://vmerviseu.angelfire.com> [18 de Maio de 2009].
- ▶ INSTITUTO NACIONAL EMERGÊNCIA MÉDICA. 2007. **Projecto SIV**. Lisboa. Endereço: <http://www.inem.pt> [27 de Fevereiro de 2009]



SERVÍCIO URGÊNCIA

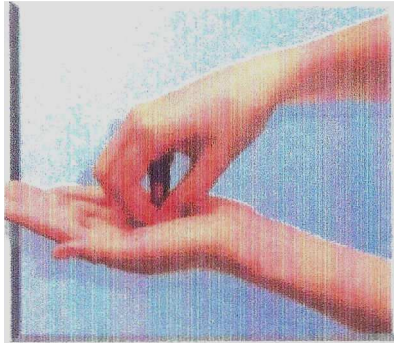
LAVAGEM DAS MÃOS (30 a 60 seg)



1º Passo
Palma com Palma



2º Passo
Palma da mão direita sobre dorso da mão esquerda e palma da esquerda sobre o dorso da mão direita



6º Passo
Fricção rotacional para trás e para a frente com dedos juntos da mão direita sobre a palma esquerda e vice-versa

6 Passos



3º Passo
Palma contra palma com dedos interlaçados

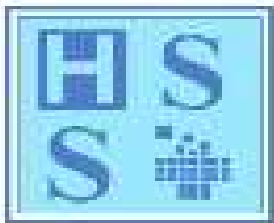


5º Passo
Fricção rotacional do polegar direito encaixado na palma esquerda e vice-versa



4º Passo
Dorso dos dedos contra palma oposta com dedos encaixados

**Solução anti-séptica alcoólica com dermoprotector
(15 a 30 seg)**



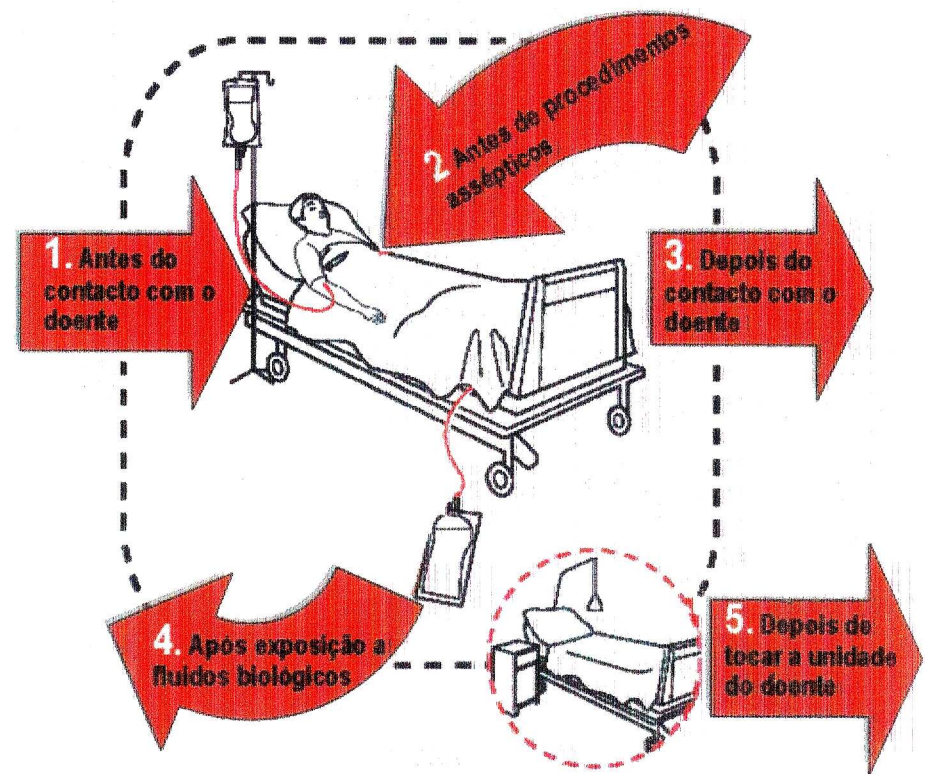
SERVIÇO URGÊNCIA

QUANDO?

5 Momentos Importantes para Higienizar as Mãos

QUANDO	EXEMPLOS:
1 Antes do contacto com o doente	Cumprimentar Exame clínico Ajuda na mobilização...
2 Antes de procedimentos assépticos	Aspiração de secreções Medicação Procedimentos i.v. Alimentação...
3 Depois do contacto com o doente	Cumprimentar Exame clínico Ajuda na mobilização...
4 Após exposição a fluidos biológicos	(Após remover as luvas) Aspiração de secreções Colheitas de sangue Manipulação de urina ou fezes...
5 Depois de tocar a unidade do doente	Tocar na roupa da cama Tocar os monitores Ajustar as perfusoras

5 Momentos Importantes para Higienizar as Mãos

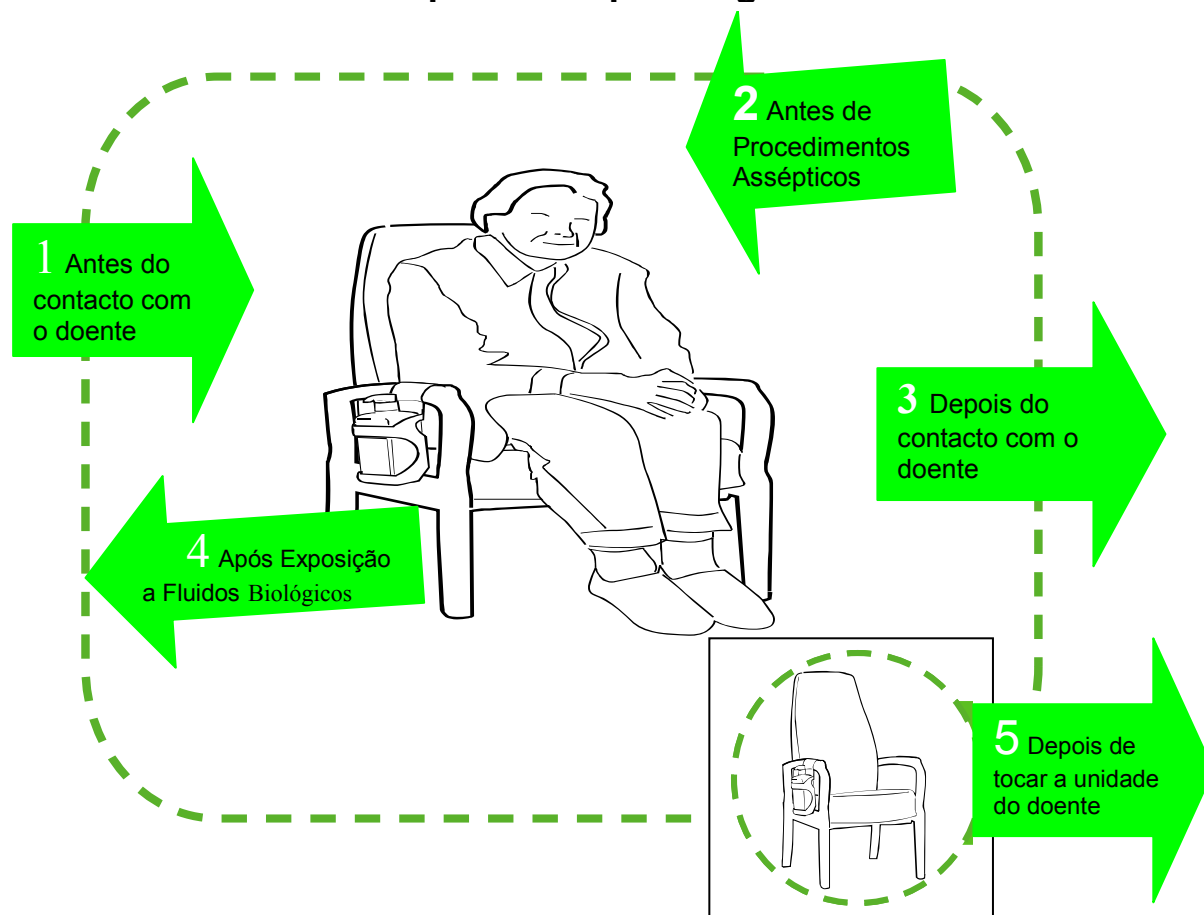




SERVIÇO URGÊNCIA

QUANDO?

5 Momentos importantes para Higienizar as Mãos



5 Momentos Importantes Para Higienizar as Mãos

<i>Quando</i>	<i>Exemplos</i>
1 Antes do contacto com o doente	Cumprimentar Exame Clínico Ajuda na Mobilização
2 Antes de procedimentos assépticos	Aspiração de secreções Medicação Procedimentos i.v
3 Depois do contacto com o doente	Alimentação Cumprimentar Exame Clínico Ajuda na mobilização
4 Após exposição a fluidos biológicos	(Após remover as luvas) Aspiração de secreções Colheitas de sangue Manipulação de urina ou fezes
5 Depois de tocar a unidade do doente	Tocar na roupa da cama Tocar nos monitores Ajustar as perfusoras

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL
CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
RICARDO MIGUEL CASIMIRO SIMÕES ANTUNES

PROJECTO DE INTERVENÇÃO: VIA VERDE CORONÁRIA

SANTA MARIA DA FEIRA, NOVEMBRO DE 2008

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL
CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
RICARDO MIGUEL CASIMIRO SIMÕES ANTUNES

VIA VERDE ***CORONÁRIA***

Elaborado no âmbito do Ensino Clínico:
Módulo I – Serviço Urgência no Hospital
São Sebastião, Santa Maria da Feira.

SANTA MARIA DA FEIRA, NOVEMBRO DE 2008

INDÍCE

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	7
3. OBJECTIVOS.....	16
4. ESTRATÉGIAS.....	18
5. RECURSOS.....	19
6. AVALIAÇÃO.....	20
7. CONCLUSÃO.....	21

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

ANEXO I – Procedimento de actuação

ANEXO II – Cartaz Científico

1 – INTRODUÇÃO

O enfarte agudo do miocárdio (EAM) é causado por um súbito bloqueio de um dos ramos da artéria coronária. Poderá ser suficientemente extenso para interferir nas funções cardíacas, causando morte imediata, ou poderá provocar a necrose de uma parte do miocárdio com a subsequente cura por meio de formação de cicatriz ou fibrose (PHIPPS [et al.], 1999).

As doenças cardiovasculares, nomeadamente o acidente vascular cerebral (AVC) e a doença coronária (DC), com o seu carácter multidimensional e as suas graves consequências, negativas e directas, para o cidadão, para a sociedade e para o sistema de saúde, determinam que sejam encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública, se não o mais importante, que urge minorar. Por este facto, a abordagem destas doenças justifica uma actuação planeada e organizada ao longo de todo o sistema de saúde, através de um Programa Nacional que tente não apenas evitar estas doenças e reduzir as incapacidades por elas causadas, como prolongar a vida.

As doenças cardiovasculares, nomeadamente o AVC e a DC ou doença isquémica do coração (DIC), são a principal causa de mortalidade em Portugal, tal como se verifica em muitos países ocidentais, sendo considerada, no entanto, das mais elevadas da Europa e do Mundo. De acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Doenças Cardiovasculares (2003), estas doenças são responsáveis por cerca de 50% das mortes ocorridas em 1999 (42 998, num total de 100 252 mortes), contando-se também, entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa.

Sabe-se que cerca de um terço dos casos de enfarte do miocárdio têm evolução fatal, sendo que cerca de 50% das mortes ocorrem na primeira hora de evolução do enfarte, antes da chegada ao hospital. Por outro lado, sabe-se também que a revascularização coronária, quer farmacológica (trombólise)

quer mecânica (angioplastia), conseguiu fazer descer a mortalidade para menos de 10% na fase aguda do enfarte do miocárdio, nos casos em que pode ser feita atempadamente. No entanto, a terapêutica de reperfusão coronária, englobando a angioplastia directa, é utilizada em Portugal em apenas 41% dos doentes, o que nos coloca abaixo dos valores obtidos noutros países europeus.

É desconhecida em Portugal a prevalência da DC e a verdadeira incidência da síndrome coronária aguda (SCA), podendo as taxas de mortalidade conhecidas não traduzirem a verdadeira dimensão do problema. A confirmarem-se os dados actualmente existentes, a população portuguesa teria particularidades, de ordem genética ou ambientais, diferentes de outros países europeus, sendo importante, portanto, conhecer a verdadeira situação actual em Portugal. Conhecer a prevalência da insuficiência cardíaca em Portugal e caracterizar os recursos existentes, a nível intra e extra-hospitalar, é imprescindível para o seu diagnóstico e terapêutica bem como para caracterizar as reais necessidades de acompanhamento continuado destes doentes.

A procura da qualidade é uma garantia de uma melhor relação cidadão/estabelecimento de saúde, sendo a resposta adequada às necessidades do utente, que exige segurança de que os profissionais de saúde serão capazes de lhe prestar cuidados adequados e eficazes, tal como ele os deseja e quando ele os deseja, desde o dia do internamento (UNAIBODE, 2001).

O desenvolvimento nacional da Via Verde Coronária irá permitir a melhoria do atendimento dos doentes em situação de doença cardíaca aguda, esperando-se que contribua, de forma decisiva, para a diminuição da mortalidade por doença cardíaca isquémica em Portugal. Pretende-se, através desta estratégia, promover a melhoria do acesso do doente vítima de dor pré-cordial, a rápida confirmação diagnóstica e instituição da melhor terapêutica, mais adequadas à SCA.

Neste sentido, o projecto realizado no âmbito do Ensino Clínico: Módulo I – Serviço de Urgência, integrado no programa do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pretende explorar e fundamentar teoricamente a necessidade de um procedimento de

actuação (Anexo I), de forma a uniformizar a actuação de enfermagem em caso de suspeita ou diagnóstico de EAM, ou seja, a Via Verde Coronária.

2 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A oclusão coronária é uma designação geral para o bloqueio de uma artéria coronária. O bloqueio poderá ser causado por formação de um trombo na artéria coronária, como resultado da progressão das modificações ateroscleróticas ou prolongada constrição das artérias. De acordo com SHEEHY (2001), a patogénese da aterosclerose passa pela acumulação de lípidos no revestimento interno das artérias, esclerose calcificante da camada média das artérias e espessamento das paredes das artérias. A aterosclerose afecta a aorta, bem como as artérias coronárias, cerebrais, femorais e outras artérias de grande e médio calibre. Os factores de risco de aterosclerose incluem tabagismo, hiperlipidémia, hipertensão, diabetes *mellitus*, stress, falta de exercício, envelhecimento e antecedentes familiares. A existência de múltiplos factores de risco aumenta a probabilidade de a pessoa sofrer de EAM.

Segundo o mesmo autor, a principal causa da ocorrência que conduz ao EAM é a formação de um trombo numa artéria coronária estreita, devido a rotura ou fissura da placa ateromatosa. A subsequente oclusão dos vasos e trombose dá origem a hipóxia miocárdica e necrose. O enfarte não é imediatamente total ou completo, a lesão isquémica evolui ao longo de várias horas até uma completa necrose e enfarte. Durante um processo isquémico agudo, a camada subendocárdica do miocárdio é mais susceptível a hipóxia e a isquémia celular manifesta-se geralmente nessa área, antes de envolver toda a espessura do miocárdio ventricular.

Na opinião de PHIPPS [et al.] (1999, p.725), “a isquémia altera quase imediatamente a integridade e a maleabilidade da membrana celular aos electrólitos, produzindo por isso diminuição da contractilidade do miocárdio”. O sistema nervoso autónomo tenta compensar a diminuição da actuação cardíaca, daí resultando um novo desequilíbrio entre a oxigenação do miocárdio e as suas necessidades de oxigénio. Uma isquémia prolongada, que

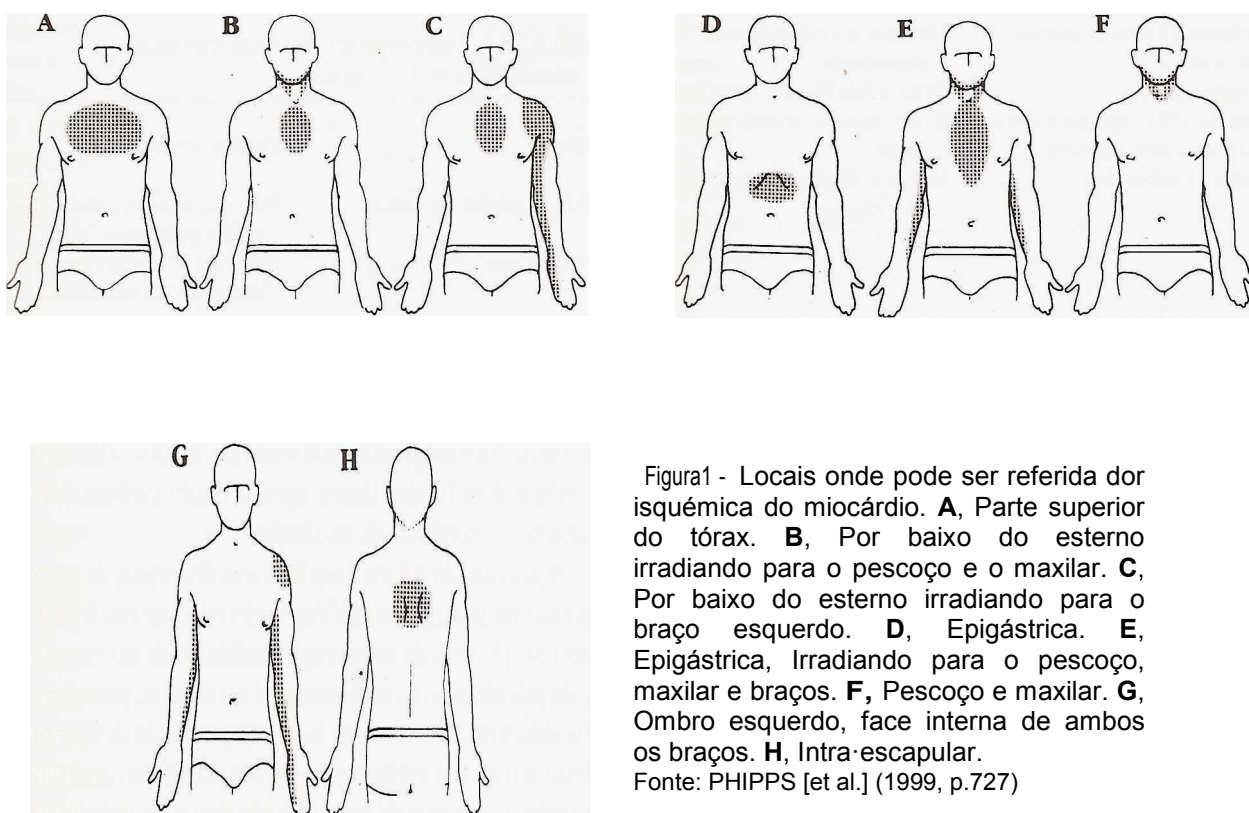
dure mais de 35 a 45 minutos, produz lesões celulares irreversíveis e necrose do músculo cardíaco, levando a função contráctil da área necrosada a parar.

A dimensão final do enfarte depende da área marginal da zona isquémica evoluir, ou não, a isquémia prolongada, ou ser capaz de desenvolver e manter uma circulação colateral. O prognóstico após um EAM reflecte o grau de lesão funcional do coração. A lesão do miocárdio, segundo SHEEHY (2001), predispõe o doente para bombeamento insuficiente e várias disritmias secundárias de defeitos da condução e irritabilidade do tecido miocárdio e insuficiência cardíaca congestiva.

O local e a dimensão do enfarte dependem da artéria coronária afectada e da zona onde ocorreu a oclusão. Um *enfarte da parede anterior* do miocárdio resulta de lesões no ramo descendente anterior esquerdo (LAD) da artéria coronária principal esquerda. Esta artéria abastece a maior parte do ventrículo esquerdo, sendo que um enfarte anterior está frequentemente associado a uma perda substancial da massa muscular do ventrículo esquerdo, provocando graves perturbações hemodinâmicas (PHIPPS [et al.], 1999). Um *enfarte da parede inferior* do miocárdio é mais frequentemente causado por oclusão da artéria coronária direita (RCA), uma vez que é geralmente proximal à origem das artérias do nódulo AV e do nódulo SA, acompanhada de isquémia do nódulo AV, do feixe de His proximal e do nódulo SA igualmente. As anomalias da condução e formação de impulsos causadas pela isquémia são factores primários que contribuem para o desenvolvimento de disritmias graves logo no início do enfarte (SHEEHY, 2001). O *enfarte da parede lateral* é geralmente causado pela oclusão da artéria coronária circunflexa esquerda e pode ser complicado pelas modificações hemodinâmicas semelhantes às de um enfarte anterior, quando existe interrupção de funções numa grande massa do miocárdio.

O tratamento precoce oferece grandes benefícios, visto que a isquémia do miocárdio é um dos principais factores precipitantes da morte por doença cardíaca, portanto, é essencial que a população e os profissionais de saúde estejam conscientes dos sinais e sintomas do EAM. A realidade Portuguesa actual, como evidenciada pelo Estudo Cooperativo Nacional “Trombólise em Portugal”, demonstra que os doentes chegam aos serviços hospitalares

bastante tarde após o início dos sintomas e que mesmo após a chegada ao hospital existe um hiato temporal considerável até ao início do tratamento (INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA, 2000). Neste sentido, qualquer pessoa com risco aumentado, bem como as suas famílias, devem ser capazes de reconhecer os sintomas característicos tais como dor de origem súbita, forte, esmagadora na região subesternal com duração superior a 30 minutos e que não alivia em repouso. Esta dor poderá irradiar para o braço esquerdo e, por vezes, para o direito e partes laterais do pescoço (Figura 1). Os sintomas associados incluem náuseas, vómitos, dores epigástricas e diaforese. O pulso é geralmente rápido, e poderá ser dificilmente perceptível, enquanto que a pressão arterial baixa, visto que a acção de bombeamento insuficiente do coração diminui o débito cardíaco, podendo levar ao choque cardiogénico (ARNTZ, BOSSAERT E FILIPPATOS, 2005).



Embora a dor, na opinião de PHIPPS [et al.] (1999), seja a queixa principal mais comum, aproximadamente 15% a 20% dos enfartes poderão ser indolores. Esta característica atípica aumenta com a idade, em mulheres e diabéticos, sendo a queixa principal a dispneia, entre outros como a confusão, hipotensão e perda de consciência subitamente. Qualquer pessoa deve entender, após ser alertada para tal, a importância da activação precoce dos meios de emergência e, idealmente, estar treinada em suporte básico de vida.

A sensibilidade, especificidade e o impacto das várias estratégias diagnósticas tem proporcionado um grande avanço no atendimento e tratamento de doentes com EAM. A avaliação inicial de um doente com suspeita de EAM deve, idealmente, ser efectuada em 10 minutos e, certamente não exceder os 20 minutos. Estas incluem **sinais e sintomas, electrocardiograma (ECG) de 12 derivações, marcadores bioquímicos de risco cardíaco e indicadores não-específicos de necrose dos tecidos e inflamação**. PONCE e TEIXEIRA (2006) referem que a avaliação rápida do doente com possível EAM é decisiva, uma vez que a fibrilhação ventricular é 15 vezes superior durante a primeira hora após o início dos sintomas, e que em média a pessoa que sofre de EAM leva 3 horas a procurar cuidados médicos. O ECG é a chave para o diagnóstico do EAM, sendo que no caso de enfarte do miocárdio com elevação do segmento ST, o ECG pode indicar a necessidade imediata da reperfusão terapêutica. A avaliação do doente com EAM inclui também radiografia do tórax para excluir outras causas de dor no peito, como pneumonia, pneumotórax e traumatismo. Numa avaliação tardia, poder-se-á recorrer ao ecocardiograma para avaliar a mobilidade da parede do miocárdio, anomalias valvulares, defeito da parede do septo e determinação da extensão da lesão do miocárdio. A presença de história clínica sugestiva, elevada concentração de marcadores bioquímicos e ausência de elevação do segmento ST caracteriza o *Enfarte do Miocárdio Sem Elevação do Segmento ST*, que se distingue do *Enfarte do Miocárdio Com Elevação do Segmento ST e Angina Instável*.

De acordo com BRAUNWALD [et al.] (2002), quando as células do músculo cardíaco morrem, certas **enzimas**, chamadas **marcadores cardíacos séricos**, são libertadas na corrente sanguínea através da drenagem linfática

coronária. Essas enzimas incluem a creatinina fosfoquinase (CPK), a transaminase glutâmico-oxaloacética sérica (SGOT) e a desidrogenase láctica (LDH). Um padrão de elevação das enzimas referidas, após um EAM, constitui um precioso indicador diagnóstico. Contudo, de acordo com PHIPPS [et al.] (1999), a interpretação das enzimas é um pouco limitada, pois as elevações das enzimas não são apenas específicas de lesões do miocárdio. Neste sentido, para aumentar a especificidade destas enzimas fazem-se medições das fracções das enzimas, ou isoenzimas, sendo que o fraccionamento da enzima **CPK** em isoenzimas é a indicação enzimática mais específica do EAM. O valor de CPK total está elevado dentro de 3 a 6 horas após um EAM, com picos dentro de 12 a 18 horas, e regressa à normalidade em 3 a 4 dias (Gráfico 1).

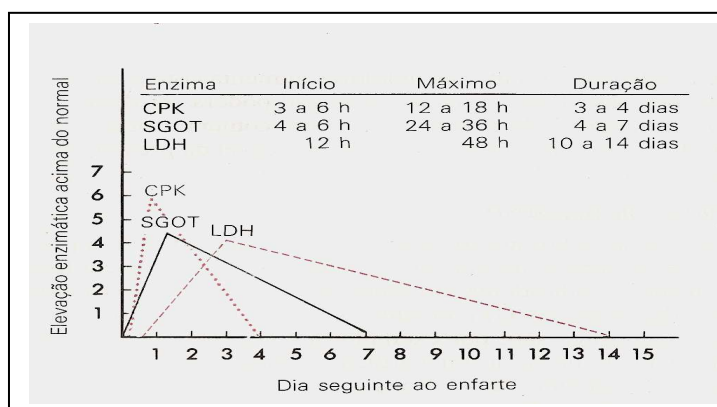


Gráfico 1 – Níveis de enzimas séricas após EAM

Fonte: PHIPPS [et al.] (1999, p.728)

O miocárdio é especialmente rico em LDH₁, de modo que quando ocorre um enfarte, o nível de LDH₁, no soro, torna-se superior ao da LDH₂, e diz-se que o padrão de LDH se “descontrolou”. Segundo BRAUNWALD [et al.] (2002), estão disponíveis actualmente testes rápidos de sangue, à beira do leito, para marcadores séricos, podendo facilitar decisões de conduta, em particular em doentes com ECG não-diagnóstico. A **troponina T cardíaca específica** e a **troponina I cardíaca** não são normalmente detectáveis no sangue de indivíduos saudáveis, mas podem aumentar após o EAM, a níveis 20 vezes superiores ao valor normal, sendo por este motivo os marcadores bioquímicos de eleição para o EAM. Os níveis de troponina I cardíaca podem permanecer

elevadas por 7 a 10 dias após EAM, e os níveis de troponina T cardíaca específica podem permanecer elevados por 10 a 14 dias. A **mioglobina** é libertada na corrente sanguínea apenas algumas horas após EAM, no entanto, visto que não têm especificidade cardíaca, sendo excretada na urina, os níveis sanguíneos retornam ao valor normal dentro de 24 horas após o início do EAM. De forma a confirmar o diagnóstico de EAM, os marcadores cardíacos séricos devem ser avaliados na admissão, 6 a 9 horas após a mesma e 12 a 24 horas após, se diagnóstico permanecer incerto. A reacção inespecífica à lesão miocárdica associa-se à **leucocitose**, a qual aparece dentro de algumas horas após o início da dor, persiste por 3 a 7 dias e frequentemente atinge níveis de 12000 a 15000 leucócitos por microlitro.

De acordo com ARNTZ, BOSSAERT E FILIPPATOS (2005), os princípios do tratamento agudo para a Síndrome Coronária Aguda (SCA) são: oxigénio, morfina, ácido acetilsalicílico (AAS), nitratos e reperfusão terapêutica. Está preconizado pelas *Guidelines* do Conselho Europeu de Ressuscitação (2005) que seja administrado **oxigénio suplementar** (4-8 l/min) a todos os doentes com saturação arterial de oxigénio inferior a 90% e/ou com congestão pulmonar. Por outro lado, a **morfina** é o analgésico de eleição, visto que é um vasodilatador, tendo benefícios adicionais em doentes com congestão pulmonar, sendo administrado em doses iniciais de 3-5 mg Endovenosas (E.V.) e repetido poucos minutos depois, até que o doente se apresente sem dor. Os nitratos são um tratamento eficaz, trazendo benefícios hemodinâmicos tais como a vasodilatação, podendo ser iniciados se a pressão arterial sistólica for superior a 90 mmHg, e desaconselhados em doentes com hipotensão (sistólica \leq 90 mmHg), particularmente se combinada com bradicardia, e em doentes com enfarte inferior ou suspeita de envolvimento ventricular direito, com perigo de agravamento da situação clínica e falência cardíaca. Quanto à terapia com **AAS**, vários estudos indicam o decréscimo da mortalidade em doentes com EAM, sendo que alguns estudos sugerem diminuição da mortalidade se o AAS for administrado precocemente. Portanto, está preconizado administrar AAS assim que possível a todos os doentes com suspeita de EAM, excepto se o doente manifestar alergia conhecida ao AAS, com a dose inicial de 160-325 mg.

A **terapia de reperfusão** é o mais importante avanço no tratamento do EAM nos últimos 20 anos. Vários estudos provaram que a terapia com **fibrinolíticos** em doentes com SCA com EAM com elevação do segmento ST, que apresentem até 12 horas de sintomatologia característica, reduz a mortalidade a curto e longo prazo. O benefício da fibrinólise é profundamente dependente do tempo, sendo que é particularmente eficaz nas primeiras três horas de estabelecimento dos sintomas. Por outro lado, os profissionais que administram fibrinolíticos devem estar a par das suas contra-indicações (Tabela 1) e riscos. Neste sentido, doentes com extensas alterações no ECG tem maior grau de sucesso com a terapêutica fibrinolítica. Contrariamente, esta terapia tem menor expressão em enfartes da parte inferior e enfartes anteriores. Doentes idosos têm um risco absoluto aumentado de morte, mas o benefício da fibrinólise é semelhante aos dos doentes mais novos. Doentes com mais de 75 anos têm um risco aumentado de hemorragia intracraniana derivado desta terapia, sendo que o risco de hemorragia intracraniana aumenta também em doentes com pressão arterial sistólica superior a 180 mmHg. A mortalidade total é inferior com alguns trombolíticos como alteplase, tenecteplase e reteplase, no entanto, o risco de hemorragia intracraniana é inferior com estreptoquinase. O risco de hemorragia intracraniana também é aumentado pelo uso de terapêutica antitrombótica, especialmente heparina.

CONTRA-INDICAÇÕES DA TROMBÓLISE**ABSOLUTAS**

- AVC hemorrágico ou de origem desconhecida, em qualquer altura
- AVC isquémico inferior a 6 meses
- Lesões do sistema nervoso central ou neoplasias
- Trauma major/ cirurgia/ TCE recentes (< 3 semanas)
- Hemorragia gastrointestinal <1 mês
- Alterações hemorrágicas
- Dissecção aórtica

RELATIVAS

- Acidente Isquémico Transitório <6 meses
- Anticoagulação Oral
- Gravidez e 1 semana pós-parto
- Locais de punção não compressíveis
- Ressuscitação traumática
- Hipertensão refractária (Sistólica > 180 mmHg)
- Endocardite Bacteriana
- Úlcera Péptica Activa

Tabela 1- Contra-indicações da Trombólise (Fonte: *Guidelines of the European Society of Cardiology cit In ARNTZ, BOSSAERT, FILIPPATOS, 2005*)

A **angioplastia coronária**, com ou sem colocação de *stent*, tornou-se no tratamento de primeira linha para doentes com enfarte do miocárdio com elevação do segmento ST, visto que tem-se verificado superior à fibrinólise em diversos estudos e meta-análises. Esta técnica está indicada em doentes com sintomatologia superior a três horas, se uma equipa treinada possa realizá-la dentro de 90 minutos após o primeiro contacto com o doente e a todos os doentes em que haja contra-indicações para a terapia com fibrinolíticos. Se a duração dos sintomas for inferior a três horas, é preferível a fibrinólise e ponderar melhor a transferência para um centro de hemodinâmica. Uma das grandes complicações da SCA é o choque cardiogénico, com uma mortalidade superior a 50%. O choque cardiogénico no enfarte do miocárdio com elevação do segmento ST não é contra-indicação para fibrinólise, no entanto, é preferível a angioplastia (ARNTZ, BOSSAERT e FILIPPATOS, 2005).

Na SCA existe também outro tipo de **medicação adjuvante da terapia de reperfusão**, tal como a Heparina, os Inibidores da Glicoproteína IIb/IIIa e o Clopidogrel. A **Heparina** é um inibidor indirecto da trombina, que em combinação com o AAS é usado como um adjuvante da fibrinólise ou angioplastia e como uma parte importante do tratamento na angina instável e do enfarte do miocárdio com elevação do segmento ST. Em comparação com a heparina não-fraccionada, a heparina de baixo peso molecular (Enoxaparina) reduz a mortalidade no EAM e a necessidade de revascularização urgente, se administrada dentro das primeiras 24-36 horas. No que se refere aos **Inibidores da Glicoproteína IIb/IIIa**, verifica-se que a incidência ou isquémia recorrente reduzem quando estes são adicionados à terapia *standard*, incluindo AAS e heparina em doentes de alto risco, com enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST tratados com reperfusão mecânica. Por outro lado, os Inibidores da glicoproteína, em combinação com uma dose reduzida de fibrinolíticos, não reduzem a mortalidade em doentes com enfarte do miocárdio com elevação do segmento ST e aumentam o risco de hemorragia em doentes com mais de 75 anos. O **Clopidogrel** reduz a agregação plaquetária em adição à aquela produzida pelo AAS. Comparado com AAS, não há aumento do risco de hemorragia com o clopidogrel. Se for administrado juntamente com heparina e AAS dentro das primeiras quatro horas de sintomatologia, o clopidogrel melhora a situação clínica em doentes com alto risco de SCA. A dose inicial é de 300mg oral para doentes com SCA, e se há um aumento dos marcadores bioquímicos no sangue e/ou novas alterações no ECG consistentes com isquémia. Por outro lado, o clopidogrel deve ser administrado a doentes com enfarte do miocárdio com elevação do segmento ST, até aos 75 anos, e que estejam a receber terapia com AAS, heparina e fibrinolíticos.

Por fim, deve-se ter em conta as intervenções de prevenção primária e secundária: B-bloqueadores, Anti-arrítmicos, IECA's e estatinas. Se estiver confirmado o diagnóstico de SCA, devem ser iniciadas as intervenções preventivas: administrar **B-bloqueadores** assim que possível, tratar todos os doentes com **estatina** e iniciar **IECA's** a todos os doentes com enfarte do miocárdio com elevação do segmento ST. Vários estudos indicam um decréscimo da mortalidade e a incidência de um novo enfarte, bem como de

rotura cardíaca e baixa incidência de fibrilhação ventricular e arritmia supraventricular em doentes tratados precocemente com **B-bloqueadores**. Em doentes hemodinamicamente estáveis devem ser administrados B-bloqueadores E.V., seguido de terapêutica oral. As contra-indicações dos B-bloqueadores incluem hipotensão, bradicardia, bloqueio auriculo-ventricular de 2º ou 3º grau, falência cardíaca e dificuldade respiratória severa. À parte do uso de B-bloqueadores, como recomendado anteriormente, não há evidência que suporte o uso de anti-arrítmicos profiláticos na SCA. Os **IECA's** reduzem a mortalidade quando administrados a doentes com EAM, com ou sem terapia de reperfusão prévia, sendo que não se deve administrar IECA's se a pressão arterial sistólica for inferior a 100 mmHg. Os IECA's devem ser iniciados nas primeiras 24 horas após o início dos sintomas (ARNTZ, BOSSAERT E FILIPPATOS, 2005). As **estatinas** reduzem a incidência de doenças cardiovasculares graves quando administradas nos dias seguintes ao início da SCA, sendo que devem ser iniciadas nas primeiras 24 horas após o início da sintomatologia.

Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros e médicos que cuidam de doentes com suspeita ou o diagnóstico estabelecido de EAM, na sua actuação, devem ter presente a importância destes conhecimentos e actuar em conformidade, proporcionando um atendimento eficaz e rápido, de forma a que o utente tenha a possibilidade de recuperar o seu estado de saúde. Neste sentido, penso que este projecto tem pertinência, à luz da fundamentação teórica pesquisada, pelo que se justifica a tentativa de implementação da Via Verde Coronária no Serviço de Urgência do Hospital de S. Sebastião.

3 - OBJECTIVOS

Segundo FORTIN (1999, p. 100), objectivo de “um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação.”

Neste projecto foram estabelecidos os seguintes objectivos:

- ▶ Conhecer o utente no seu todo, situando-o no contexto do seu diagnóstico de urgência;
- ▶ Identificar e analisar as necessidades do utente, elaborando o diagnóstico de enfermagem no Serviço de Urgência;
- ▶ Garantir um acompanhamento personalizado em todo o percurso no Serviço de Urgência, de forma a assegurar uma triagem correcta, um encaminhamento atempado e um tratamento eficaz;
- ▶ Desenvolver um procedimento, de forma a uniformizar a actuação do enfermeiro perante um doente com a suspeita ou diagnóstico de EAM;
- ▶ Desenvolver conhecimentos e competências nos enfermeiros do Serviço de Urgência;
- ▶ Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem na triagem, acompanhamento, tratamento e transferência de doentes com EAM;
- ▶ Promover um relacionamento empático entre o utente e a equipa multidisciplinar;

- ▶ Esclarecer dúvidas e minimizar receios do utente, com uma conduta deontológica adequada e respeitando o sigilo profissional;

- ▶ Promover a imagem social dos enfermeiros, de modo a que o utente se sinta confiante nos cuidados prestados;

4 - ESTRATÉGIAS

PARTE I

- ▶ Elaborar procedimento de actuação (Anexo I) e cartaz científico (Anexo II)

- ▶ Divulgar a informação científica à Equipa de Enfermagem

- ▶ Realizar formação à Equipa de Enfermagem no âmbito da Triagem de Prioridades, especialmente no que se refere ao EAM

PARTE II

- ▶ Realizar um estudo centrado no Serviço Urgência, de forma a quantificar os casos de EAM correctamente rastreados na Triagem de Prioridades, com o devido encaminhamento;

5 - RECURSOS

Tendo em conta a alargada área de influência deste projecto, os recursos necessários serão do domínio humano, material, financeiro e temporal.

RECURSOS HUMANOS

- ▶ Director do Serviço de Urgência
- ▶ Enfermeiro Director
- ▶ Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência
- ▶ Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência

RECURSOS MATERIAIS

- ▶ Bibliografia
- ▶ Fotocópias (fundamentação teórica, cartaz científico)

RECURSOS DE TEMPO

De acordo com cronograma previamente planeado, de Novembro de 2008 a Abril de 2009:

- ▶ **Fase Inicial** (levantamento de necessidades através da observação, realização de procedimento de actuação e cartaz científico – 1 mês)
- ▶ **Fase Intermédia** (aplicação de estratégias: procedimento de actuação – 4 meses)
- ▶ **Fase Final** (estudo/avaliação: – 1 mês)

6 – AVALIAÇÃO

Realização de estudo centrado no Serviço Urgência, de forma a quantificar os casos de EAM correctamente rastreados na Triagem de Prioridades, com o devido encaminhamento, no mês de Abril de 2009, no sentido de verificar se os objectivos inicialmente propostos foram atingidos, através de:

- ▶ Importância da Via Verde Coronária

- ▶ Pertinência da informação científica pesquisada

- ▶ Erros técnicos detectados no procedimento de actuação no EAM

- ▶ Influência da Via Verde Coronária na melhoria do atendimento ao doente com EAM

- ▶ Rastreio adequado de sinais e sintomas do EAM

- ▶ Tempo de espera do utente com suspeita de EAM

- ▶ Necessidade de formação no âmbito do EAM

7 - CONCLUSÃO

A enfermagem de emergência/urgência descreve uma vasta área de influência dos enfermeiros, associada à experiência da triagem de prioridades, bem como complexidade de procedimentos de urgência e emergência. A sequência dos eventos desta experiência inclui um largo espectro de comportamentos e actividades de enfermagem realizados pelo enfermeiro, utilizando o processo de enfermagem e os padrões da prática.

O EAM é um diagnóstico bastante presente no Serviço de Urgência, sendo que é imprescindível saber identificar e avaliar as necessidades individuais destes doentes. A implementação da Via Verde Coronária viabiliza o planeamento duma prestação assistencial individualizada, documentada e contínua em todo o período emergente/urgente desta patologia, contribuindo para a diminuição dos riscos aos quais o utente está exposto e, conseqüentemente, para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem nesta área. Para além dos benefícios para o utente, a Via Verde Coronária proporciona ao enfermeiro uma actuação padronizada e uniformizada.

Avaliar, diagnosticar problemas e alterações, bem como prestar cuidados, proporciona à enfermagem um reconhecimento social da profissão, motivando ainda mais o trabalho do enfermeiro.

Penso que a implementação deste projecto na valência hospitalar seleccionada será uma mais valia no desenvolvimento de competências nas áreas da gestão e qualidade deste Hospital, bem como na satisfação, tratamento e reabilitação dos utentes.

BIBLIOGRAFIA

▶ ARNTZ, BOSSAERT e FILIPPATOS – **European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation: Initial Management of Acute Coronary Syndromes**, 2005.

▶ BRAUNWALD, Eugene [et al.] – **Harrison Medicina Interna**. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill Interamericana do Brasil, Lda. 15ª Ed., vol. I, 2002

▶ FORTIN, Marie-Fabienne – **Processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures: Edições Lusociência, 1999, p.100.

▶ INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA - **Manual da Viatura Médica de Emergência e Reanimação: Protocolos de Actuação**. Lisboa. 3ª Ed., 2000.

▶ PHIPPS, Wilma J. [et.al] – **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica**. Lisboa: Lusodidacta. 2ª Ed. Volume 1, 1999, p.725.

▶ PONCE, Pedro; TEIXEIRA, Jorge – **Manual de Urgências e Emergências**. Lisboa: LIDEL –Edições Técnicas, Lda. 2006.

▶ SHEEHY, Susan – **Enfermagem de Urgência: Da teoria à Prática**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 4ª Ed., 2001.

SALA DE EMERGÊNCIA

CRITÉRIOS DE ACTIVAÇÃO



- Compromisso ABC
- Convulsão Actual
- Via Verde AVC
- Respiração Agónica e Apneia
- Paragem Cardiorespiratória
- Pré-Afogamento
- Intoxicação com agro-tóxicos
- Intoxicação medicamentosa com compromisso ABCD
- Score de Escala Coma Glasgow ≤ 8 de \neq etiologias

DOENTE CONSISTENTE COM TRAUMA PROVOCADO POR GRANDE CARGA CINÉTICA:

- Atropelamento
- Acidentado projectado do local do acidente
- Acidentado encarcerado mais de 15 minutos
- Acidentado em acidente de que resultou alguma morte
- Queda superior a 5 metros

DOENTE CRÍTICO COM LESÕES MAJOR:

- Lesão em duas ou mais regiões do corpo
- Fractura de dois ou mais ossos longos
- Fracturas expostas
- Lesão medular
- Lesões vasculares com hemorragia importante e/ou sinais de isquémia
- Lesão por esmagamento ou amputação
- Lesão penetrante na cabeça, pescoço, tórax, abdómen, pélvis, costas, virilhas
- Queimadura de 2º ou 3º grau > 30% área corporal, queimaduras acima do andar superior do tórax, suspeita de inalação de gases tóxicos
- Queimaduras eléctricas, incluindo as de relâmpago
- Trauma com score < 10 (Catástrofe/Avaliação secundária)

DOENTE CRÍTICO CONSISTENTE COM TRAUMA MAJOR COM SINAIS VITAIS:

- Obstrução da via aérea, respiração ruidosa ou esforçada
- Cianose
- Pressão arterial sistólica < 90 mmHg
- Pulso > 130/min
- Palidez da pele ou preenchimento capilar lento > 2 s
- Pupilas dilatadas, anisocóricas ou não rectivas
- Score da Escala de Coma de Glasgow < 13
- Deterioração no Serviço de Urgência

VIA VERDE CORONÁRIA

A – TRIAGEM

- ▶ Avaliar o risco de Vida (ABC) – accionar a Sala de Emergência
- ▶ História Clínica
- ▶ Identificar e reconhecer sinais de alarme:
 - Dor torácica muito intensa
 - Opressiva ou constrictiva
 - Retro-esternal ou pré-cordeal
 - Duração > 30 minutos
 - Irradiação para membro superior esquerdo, pescoço ou região inter-escapular
 - Por vezes dor epigástrica
 - Náuseas e vómitos
 - Palpitações ou tonturas
 - Dispneia
 - Síncope
- ▶ Registo do pulso e tensão arterial
- ▶ Contactar chefe de equipa médica e/ou responsável de turno (1129)

B - ENCAMINHAMENTO

⇒ Para Gabinetes Emergentes

- Contactar: - Chefe da equipa médica (caso ainda não tenha sido informado)
- Técnico ECG (14h às 24h - DECT 1303)

⇒ Procedimento

- Realização ECG num período inferior a 10 minutos após admissão
- Se ECG com elevação persistente do segmento ST:
 - transferir o doente em maca para a Unidade de Decisão Clínica (UDC)
 - Pedir colaboração do Cardiologista
- Se ECG sem elevação do segmento ST:
 - vigilância do doente na Unidade de Observação e Diagnóstico (Gabinetes Emergentes)
- Explicar procedimentos e tranquilizar o doente
- Repouso absoluto
- Se o doente estiver agitado e não colaborante, recorrer a sedação
- Monitorização contínua: FC, T.A., FR, S_PO₂, Temperatura, ritmo cardíaco e glicémia capilar
- Cateterizar dois acessos venosos de grande calibre
- Realizar colheita de sangue para hemograma, bioquímica (enzimas cardíacas), coagulação e BNP
- Contactar o técnico do laboratório de urgência (DECT (s)1060 e 4230)
- Oxigenoterapia a 4l/m por cânula nasal
- Administrar:
 - Morfina 2-4 mg E.V. em bólus
 - 160-350mg de aspirina, preferencialmente comprimidos mastigáveis
 - Clopidogrel 300mg (dose de carga) e, posteriormente, 75 mg
 - Estatinas
 - Beta-bloqueadores
 - Nitratos 1mg/ml – confirmar antes da administração se não existe contra-indicação (sinais de baixo débito ou PAS <90 mmHg)
 - IECA's
- Se náuseas e/ou vómitos, administrar 10 mg metoclopramida E.V.
- Em caso de hipotensão, administrar cristalóides ou iniciar perfusão de aminas

- Manter glicémia entre 80 e 150mg/dl: administrar Insulina Actrapid S.C. segundo o seguinte esquema, com controlo horário:

GLICÉMIA CAPILAR mg/dl	INSULINA ACTRAPID S.C. PARA DIABÉTICOS (após 6h)	NÃO DIABÉTICOS
0-80	0 U	0 U
80-120	6 U	0 U
120-180	8 U	6 U
180-240	10 U	8 U
240-300	12 U	10 U
» 300	Insulina ev*	Insulina ev*

*(valor actual – 60) x 0,03= nº unidades /h

- Se indicação médica para fibrinólise, o doente é transferido para a Unidade de Cuidados Intermédios
- Se indicação médica para angioplastia, é providenciada a transferência do doente para o Centro Hospitalar de Gaia

C - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS

⇒ Procedimento

- Monitorização cardiorespiratória contínua
- Verificar permeabilidade dos acessos venosos
- Avaliar dor
- Administrar Heparina 5000U em bólus EV antes da fibrinólise seguida de perfusão de 1000 U/h.
- Fibrinólise
- Vigilância de complicações no EAM

⇒ Fibrinólise com METALYSE (Tenecteplase)

Forma farmacêutica e apresentação

- Pó liofilizado injectável + solução diluente
- Frasco-ampola contendo 6.000 U (30 mg) de tenecteplase, acompanhado de seringa pré-carregada com 6 ml de água para injeção
- Frasco-ampola contendo 8.000 U (40 mg) de tenecteplase, acompanhado de seringa pré-carregada com 8 ml de água para injeção
- Frasco-ampola contendo 10.000 U (50 mg) de tenecteplase, acompanhado de seringa pré-carregada com 10 ml de água para injeção
- Administrado via endovenosa
- A potência de tenecteplase é expressa em unidades (U), baseando-se num padrão de referência específico para tenecteplase, e não pode ser comparada com as unidades utilizadas para outros agentes trombolíticos

Contra-indicações

O tratamento trombolítico está associado ao risco de hemorragia. Portanto, METALYSE é contra-indicado nas seguintes situações:

Contra-indicações Absolutas:

- Perturbação hemorrágica significativa, quer presente quer nos últimos 6 meses (excepto menstruação)
- Patologia intra-craniana conhecida (tumor, aneurisma, malformações arterio-venosas)
- Suspeita de dissecção da aorta (dor com intensidade máxima logo desde o início, com assimetria dos pulsos)
- Grandes cirurgias, biópsia de um órgão parenquimatoso, ou traumatismo significativo durante os últimos dois meses
- Ressuscitação cardiopulmonar traumática ou prolongada (> 2 minutos) durante as últimas 2 semanas
- Pericardite aguda e/ou endocardite bacteriana subaguda
- Pancreatite aguda

- AVC hemorrágico prévio (em qualquer altura) ou AVC isquémico < 3 meses
- TCE < 3 meses
- Hipersensibilidade à substância activa tenecteplase ou a qualquer um dos excipientes

Contra-indicações Relativas:

- Hemorragia interna < 1 mês
- Cirurgia major < 3 semanas
- Punção de locais não acessível à compressão
- Terapia anticoagulante oral concomitante (INR>1,3)
- Diátese Hemorrágica conhecida
- Hipertensão severa não controlada
- Traumatismo craneano recente
- Úlcera péptica activa
- Gravidez

Posologia

O metalise deve ser administrado com base no peso corporal, com uma dose máxima na ordem de 10000 unidades (50mg tenecteplase).

O volume correcto da dose a administrar pode ser calculado através do seguinte esquema:

CATEGORIA DE PESO CORPORAL (KG)	VOLUME CORRESPONDENTE DE SOLUÇÃO RECONSTITUÍDA (ml)	TENECTEPLASE (U)	TENECTEPLASE (mg)
<60	6	6000	30
≥60 a <70	7	7000	35
≥70 a <80	8	8000	40
≥80 a <90	9	9000	45
≥90	10	10000	50

Preparação

- METALYSE deve ser reconstituído adicionando-se o conteúdo completo da seringa pré-carregada ao frasco contendo o pó para injeção;
- Verificar se a dose foi escolhida correctamente, de acordo com o peso corporal do doente;
- Verificar se a cápsula do frasco se encontra intacta;
- Remover a cápsula tipo “flip-off” do frasco;
- Remover a protecção da seringa e a seguir enroscar imediatamente a seringa pré-cheia no adaptador do frasco. Perfurar o centro da tampa do frasco com o espigão do adaptador do frasco;
- Adicionar a água para injectáveis ao frasco, premindo lentamente o êmbolo da seringa de modo a evitar que se forme espuma;
- Reconstituir, agitando suavemente;
- A preparação reconstituída transforma-se numa solução transparente, de incolor a amarelo pálido. Apenas uma solução límpida sem partículas deve ser utilizada;
- Inverter o frasco com a seringa ainda acoplada, de modo a que a seringa fique por baixo do frasco;
- Transferir o volume adequado de solução reconstituída de Metalyse para a seringa, com base no peso corporal do doente;
- Retirar a seringa do adaptador do frasco;
- Deve ser administrado por via intravenosa durante cerca de 10 segundos;
- É incompatível com soluções de dextrose;
- Não deve ser adicionado qualquer outro medicamento à solução injectável;
- Qualquer solução não utilizada deve ser inutilizada.

Conservação

A estabilidade química e física da solução reconstituída foi demonstrada até 24 horas a 30°C.

Do ponto de vista microbiológico, o produto deve ser usado imediatamente após reconstituição. Caso contrário, o período e as condições de armazenamento da solução reconstituída antes do uso são da responsabilidade do enfermeiro e,

normalmente, não se deve prolongar por mais de 24 horas, sob temperaturas entre 2 e 8° C.

Complicações

A hemorragia é um efeito indesejável muito frequentemente associado ao uso do tenecteplase. O tipo de hemorragia é predominantemente superficial, no local da injeção. Observa-se equimose com frequência mas esta não exige, habitualmente, qualquer acção específica.

• Doenças do sistema imunitário

Pouco frequentes: reacções do tipo anafiláctico (incluindo *rash*, urticária, broncospasma e edema da laringe).

• Doenças do sistema nervoso

Pouco frequentes: hemorragia intracraniana (tal como hemorragia cerebral, hematoma cerebral, acidente vascular cerebral hemorrágico, transformação hemorrágica do acidente vascular cerebral, hematoma intracraniano, hemorragia subaracnoidea), incluindo sintomas associados, como sonolência, afasia, hemiparésia ou convulsões.

• Afecções oculares

Muito raras: hemorragia ocular

• Cardiopatias

Muito frequentes: arritmias de reperfusão (tal como assístole, ritmo idioventricular acelerado, arritmia, extrassístoles, fibrilhação auricular, bloqueio aurículo-ventricular de 1º grau a completo, bradicardia, taquicardia, arritmia ventricular, fibrilhação ventricular, taquicardia ventricular) ocorreram numa relação temporal estreita com o tratamento com tenecteplase.

Raras: hemopericárdio

- **Vasculopatias**

Muito frequentes: hemorragia

Pouco frequentes: Embolismo (trombótico)

- **Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino**

Frequentes: epistaxis

Pouco frequentes: hemorragia pulmonar

- **Doenças gastrointestinais**

Frequentes: hemorragia gastrointestinal (tal como hemorragia gástrica, úlcera gástrica hemorrágica, hemorragia rectal, hematemese, melenas, hemorragia oral), náuseas, vômitos.

Pouco frequentes: Hemorragia retroperitoneal (hematoma retroperitoneal)

- **Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos**

Frequentes: equimoses

- **Doenças renais e urinárias**

Frequentes: Hemorragia urogenital (tal como hematúria, hemorragia do tracto urinário)

- **Perturbações gerais e alterações no local de administração**

Muito frequentes: hemorragia superficial, normalmente por ruptura ou lesão de vasos sanguíneos.

- **Exames complementares de diagnóstico**

Muito frequente: hipotensão

Frequente: hipertermia

- **Complicações de intervenções relacionadas com lesões e intoxicações**

Muito raras: embolia de gordura (de cristais de colesterol), que pode conduzir às correspondentes consequências nos órgãos afectados

⇒ Vigilância de complicações no EAM

- Isquemia recorrente
- Arritmias
 - Bloqueio auriculo-ventricular
 - Taquicardia e fibrilação ventricular
- Insuficiência cardíaca
- Choque cardiogénico
- Edema Pulmonar Agudo
- Paragem Cardiorespiratória
- Ruptura da parede livre do ventrículo esquerdo
- Ruptura do septo inter-ventricular
- Ruptura dos músculos papilares

VIA VERDE CORONÁRIA

**O ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO
É UMA EMERGÊNCIA**

FACTORES DE RISCO

- ♥ Idade
- ♥ História Familiar
- ♥ Hipertensão arterial
- ♥ Hipercolesterolemia
- ♥ Obesidade
- ♥ Diabetes Mellitus
- ♥ Stress intenso
- ♥ Tabaco

SINAIS DE ALARME

- ♥ Dor torácica muito intensa
- ♥ Opressiva ou constrictiva
- ♥ Retro-esternal ou pré-cordeal
- ♥ Duração > 30 minutos
- ♥ Irradiação para membro superior esquerdo, pescoço ou região inter-escapular
- ♥ Por vezes, dor epigástrica
- ♥ Náuseas e vômitos
- ♥ Palpitações ou tonturas
- ♥ Dispneia
- ♥ Síncope

**A dor não varia com a
respiração
ou mudança de decúbito**

ENCAMINHAR PARA:

➡ REALIZAÇÃO DE ECG NUM **PERÍODO < 10 MINUTOS**

CONTACTAR:

CHEFE DE EQUIPA MÉDICA

TÉCNICO DE ECG (14H ÀS 24H) DEC 1303

OU

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL DE TURNO DEC 1129

O QUE ACONTECE DE SEGUIDA?

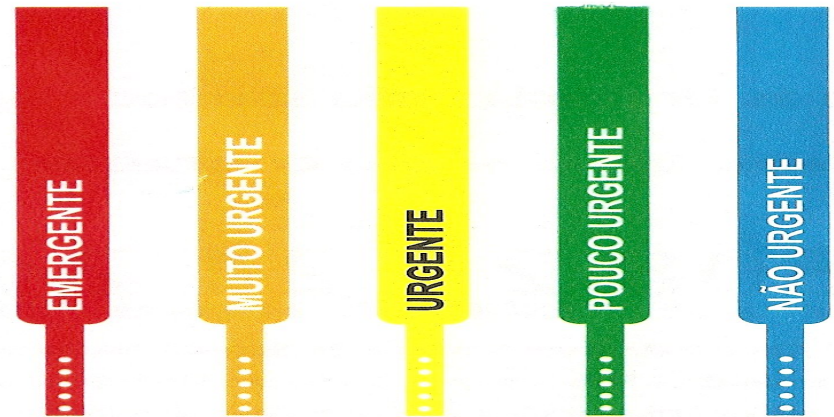
- ▶ Se for considerado emergente (**vermelho**), entrará de imediato para a Sala de Emergência
- ▶ Se for considerado muito urgente (**laranja**) ou urgente (**amarelo**) entrará para uma sala de espera interna onde o Médico o chamará para ser observado e tratado
- ▶ Se for considerado pouco urgente (**verde**) ou não urgente (**azul**) aguardará na sala de espera pela sua vez, que será quando não houver doentes mais graves

SE VIER DE UM SAP, OUTRO MÉDICO OU DE AMBULÂNCIA

- ▶ Terá de ser igualmente avaliado na triagem de prioridades, atribuindo uma cor correspondente à sua gravidade.



Trabalho realizado por:
Ricardo Miguel Antunes
UCP- Instituto de Ciências da Saúde
Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.



TRIAGEM DE MANCHESTER

Serviço de
URGÊNCIA
Hospital de São Sebastião

Linha de EMERGÊNCIA 24 horas/dia
808 24 24 24

Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde



PORQUÊ UM SISTEMA DE TRIAGEM?

▶ Para o atendimento rápido das situações de risco para a saúde, pelo que é claro que quanto mais grave a situação clínica, mais rapidamente devem ser atendidos

TRIAGEM DE PRIORIDADES

▶ Em vigor em vários Hospitais do país
▶ Acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros
▶ Este sistema utiliza um protocolo clínico que permite classificar a gravidade da situação de cada doente que recorre ao Serviço de Urgência

▶ **O Serviço de Urgência do Hospital de São Sebastião utiliza o Sistema de Triagem de Prioridades na Urgência - “Triagem de Manchester”**

COMO SE FAZ A TRIAGEM DE PRIORIDADES

▶ Antes de efectuar a inscrição na Admissão de Utentes será encaminhado para um gabinete, onde será atendido por um Enfermeiro, que lhe fará algumas perguntas sobre o motivo da sua vinda, e após uma observação rápida e objectiva, lhe atribuirá uma “cor”

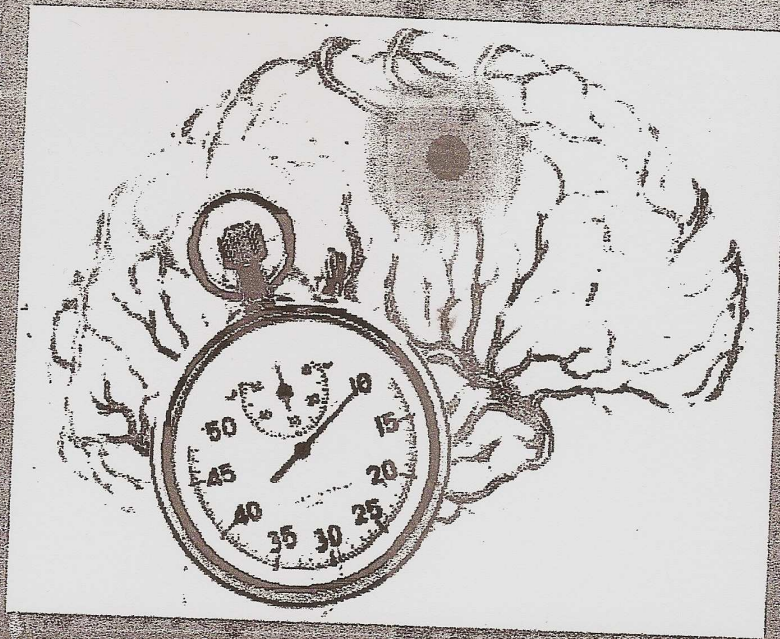
O QUE SIGNIFICAM AS CORES?

▶ Existem 5 cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, cada uma representando um grau de gravidade e o tempo ideal em que o doente deverá ser atendido dentro do seu nível de prioridade de urgência

COR	SITUAÇÃO
Red	Emergente
Orange	Muito urgente
Yellow	Urgente
Green	Pouco Urgente
Blue	Não Urgente



TROMBÓLISE NO AVC



A. Défice neurológico focal agudo:

Afasia: não falar, não nomear bem objectos, não repetir frase, não cumprir ordens simples

Perda de força unilateral (face e/ou membros)

Outro: diplopia, hemianópsia, perda do equilíbrio, etc.

B. < 3h de evolução

C. Idade entre 18 e 80 anos

D. Previamente autónomo



**Activar sala de reanimação
Chamar Neurologista**

Trombólise IV no AVC agudo

Admissão na Sala de Emergência:

- Défice neurológico focal com menos de 3h
- Idade > 18 e < 80 anos
- Em indivíduo previamente independente, sem demência

Sala de Emergência

Contactar:

- Neurologista: 1211; 1067; 1171; 1139
- Técnico de Urgência TAC: 1108; 1160
- Técnico de Urgência Laboratório: 1060; 4230

Procedimentos:

- Medir TA, FC, FR, SpO₂, T°C, glicemia capilar; monitorizar ritmo cardíaco.
- Colher para hemograma, bioquímica (ionograma, função hepática, renal) e coagulação; deixar acesso com SF a 1000ml/24h.
- Cabeceira a 0° se não houver deterioração da consciência.
- Cabeceira a 30° se deterioração da consciência.
- Colocar O₂ a 2l/min por cânula nasal se SpO₂ < 95%.
- Administrar paracetamol 1g ev se T°C > 37,5°C.
- Corrigir hipotensão arterial (TAS < 120mmHg ou TAD < 70mmHg) com SF sem glicose ou solução colóide (500ml em 30'); se risco de edema pulmonar agudo utilizar aminas vasopressoras.
- Manter glicemia entre 80 e 150 mg/dl. Insulina actrapid sc segundo o esquema com controlo horário.

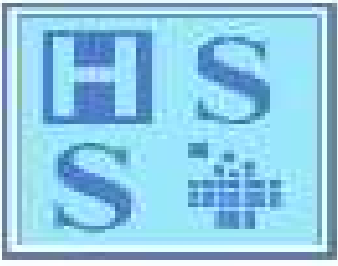
Glicemia capilar	Insulina actrapid sc c/ 6h	Não diabéticos
0 - 80 mg	0 U	0 U
80 - 120 mg	6 U	0 U
120 - 180 mg	8 U	6 U
180 - 240 mg	10 U	8 U
240 - 300 mg	12 U	10 U
> 300 mg	Insulina ev*	Insulina ev*

* (valor actual - 60) x 0,03 = n.º unidades/h

TAC cerebral o mais rápido possível

Unidade de cuidados intermédios

- Realizar ECG.
- Corrigir HTA se TAS > 185mmHg ou TAD > 110mmHg em 2 medições (5' de intervalo) com labetalol 10-20 mg ev cada 10-20'. Se fácil de controlar prosseguir.
- Confirmar critérios clínicos, imagiológicos e laboratoriais para tratamento com rtPA.
- Administrar rtPA.



GRIPPE



O QUE É A GRIPE?



- ▶ É uma doença infecciosa aguda das vias respiratórias, causada pelo vírus da gripe (Vírus Influenza)

EM QUE ALTURA DO ANO É QUE SURGE A GRIPE?

- ▶ **Ocorre geralmente entre Novembro e Março**
- ▶ **Durante a Primavera e Verão podem surgir doenças que, eventualmente se confundem com gripe, mas que são provocadas por outros vírus**

COMO SE TRANSMITE?

▶ **Através de partículas de saliva de uma pessoa infectada, expelidas através de:**

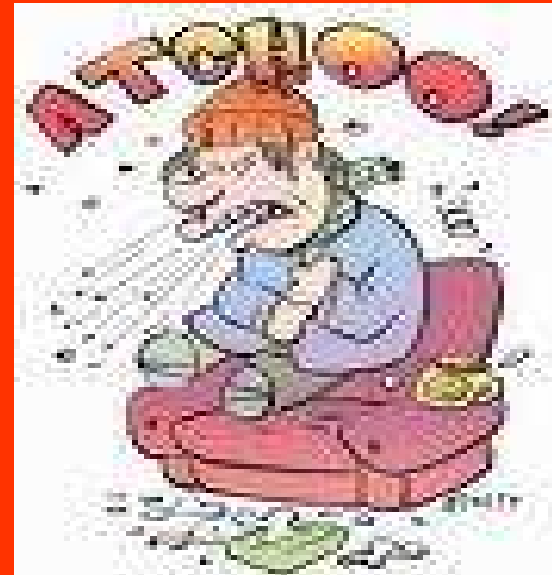
- **Tosse**
- **Espirros**
- **Contacto directo (mãos)**



QUAL É O PERÍODO DE INCUBAÇÃO?

▶ Ou seja, o período que decorre entre o momento em que uma pessoa é infectada e o aparecimento dos primeiros sintomas

▶ Geralmente é 2 dias, mas pode variar entre 1 a 5 dias



QUAL É O PERÍODO DE CONTÁGIO?

- ▶ Ou seja, o período em que uma pessoa infectada pode contagiar outras
- ▶ Começa 1 a 2 dias antes do início dos sintomas e vai até 7 dias depois
- ▶ Nas crianças o período de contágio pode ser maior



QUAIS SÃO OS SINAIS E SINTOMAS?

- ▶ **Início súbito de febre alta**
- ▶ **Calafrios**
- ▶ **Dores de cabeça**
- ▶ **Dor de garganta**
- ▶ **Dores musculares e articulares**
- ▶ **Congestão nasal**
- ▶ **Mal-estar geral**



QUAIS SÃO OS SINAIS E SINTOMAS?

▶ Nas crianças, para além da febre alta, são frequentes:

- náuseas
- vômitos
- diarreia
- dor abdominal
- prostração



VACINAÇÃO

▶ Preferencialmente no Outono

▶ RECOMENDADA A GRUPOS DE ALTO RISCO:

- Pessoas com mais de 65 anos, particularmente residentes em lares ou outras instituições
- Pessoas sem-abrigo



VACINAÇÃO



▶ RECOMENDADA A GRUPOS DE ALTO RISCO:

- **todas as pessoas com idade superior a 6 meses, incluindo grávidas e mulheres a amamentar, que sofram das seguintes patologias:**

- **doenças crónicas cardíacas, renais, hepáticas ou pulmonares**
- **diabetes mellitus**
- **outras situações que provoquem depressão do sistema imunitário, incluindo medicação (ex: corticoterapia) ou infecção pelo vírus HIV e cancro**

CONSELHOS PRÁTICOS

▶ CUIDE-SE:

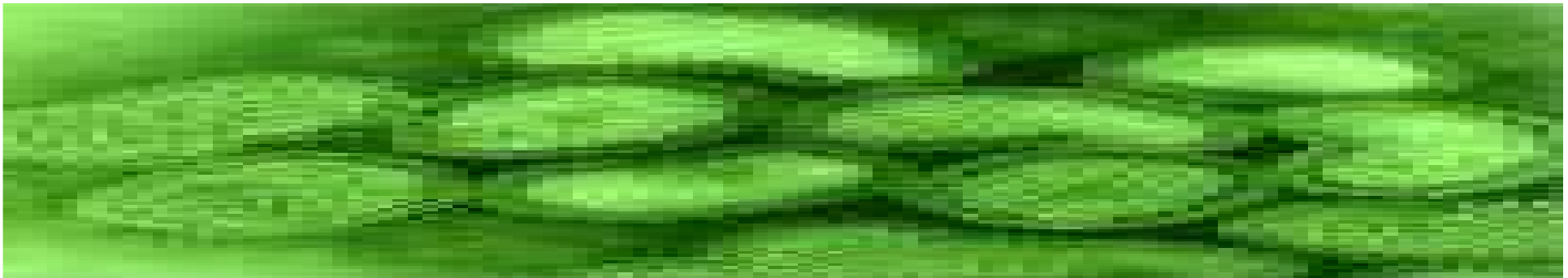
- Descanse
- Beba muitos líquidos (água e sumos, de preferência sem açúcar)
- Não se agasalhe demasiado
- Evite mudanças de temperatura
- Tome medicamentos para a febre e dores, prescritos pelo médico assistente



NÃO TOME ANTIBIÓTICOS, POIS NÃO ACTUAM NAS DOENÇAS VIRAIS

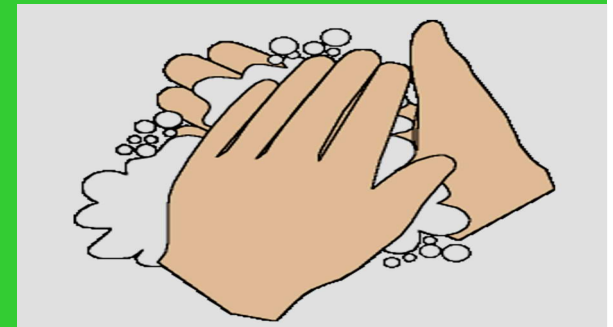
CONSELHOS PRÁTICOS

- Se viver sozinho, especialmente se for idoso, deve pedir a alguém que lhe telefone regularmente para saber como está



EVITE TRANSMITIR A GRIPE

- ▶ **Reduza os contactos com outras pessoas**
- ▶ **Lave frequentemente as mãos com água e sabão**
- ▶ **Se tossir ou espirrar proteja a boca e nariz com um lenço de papel, ou use o antebraço e não as mãos e, posteriormente, lave as mãos**
- ▶ **Para se assoar use lenços de papel de utilização única e, posteriormente, lave as mãos**



SE TIVER DÚVIDAS TELEFONE PARA A LINHA



Trabalho elaborado por:

Ricardo Antunes

Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem

Médico-Cirúrgica

A SUA COLABORAÇÃO É FUNDAMENTAL

▶ FACULTE TODA A INFORMAÇÃO QUE LHE FOR SOLICITADA

DE FORMA A PERMITIR UM RÁPIDO E EFICAZ SOCORRO À VÍTIMA

DEVE RESPONDER ÀS SEGUINTE PERGUNTAS:

O QUE ACONTECEU?

TIPO DE SITUAÇÃO (ACIDENTE, DOENÇA, PARTO...)

DE ONDE ESTÁ A FALAR?

LOCALIZAÇÃO EXACTA E, SEMPRE QUE POSSÍVEL, COM INDICAÇÃO DE PONTOS DE REFERÊNCIA

NÚMERO DE TELEFONE DO QUAL ESTÁ A LIGAR

GRAVIDADE APARENTE DA SITUAÇÃO

CONSCIENTE?
RESPIRA?
ADULTO OU CRIANÇA?

NÚMERO
SEXO
IDADE APARENTE

DAS PESSOAS A NECESSITAR DE SOCORRO

DEPOIS DE FEITA A TRIAGEM:

▶ OS OPERADORES DA CENTRAL DE EMERGÊNCIA INDICAM-LHE A MELHOR FORMA DE PROCEDER

▶ ENVIAM, SE NECESSÁRIO, OS MEIOS DE SOCORRO ADEQUADOS



▶ DESLIGUE O TELEFONE APENAS QUANDO O OPERADOR INDICAR

▶ LEMBRE-SE QUE AS AMBULÂNCIAS DO INEM DEVERÃO SER UTILIZADAS APENAS EM SITUAÇÕES DE RISCO DE VIDA EMINENTE

O ACESSO PRECOCE AOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA PODE SALVAR MUITAS VIDAS
LIGUE O 112



ACTIVAÇÃO

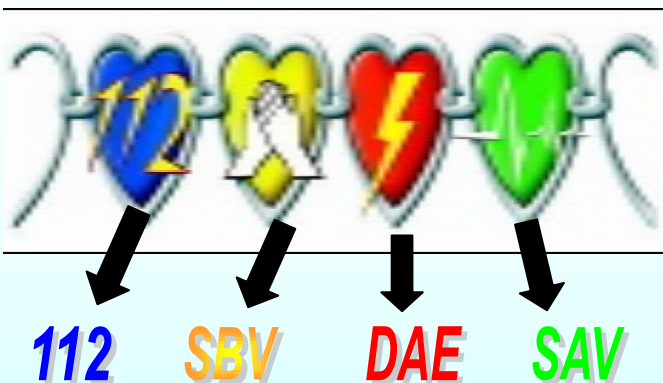


CADEIA



SOBREVIVÊNCIA

CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA



A CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA É UM CONJUNTO DE 4 ELOS QUE MODIFICAM OS RESULTADOS NO SOCORRO À VÍTIMA:

- ▶ PEDIR AJUDA, ACCIONANDO DE IMEDIATO O SISTEMA DE EMERGÊNCIA (112)
- ▶ INICIAR DE IMEDIATO MANOBRAS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)
- ▶ DESFIBRILHAÇÃO PRECOCE (DAE)
- ▶ SUPORTE AVANÇADO DE VIDA (SAV)

QUAL A ATITUDE QUE DEVE TOMAR QUANDO ENCONTRA ALGUÉM EM PERIGO DE VIDA?

- ▶ RECONHECER A GRAVIDADE DA SITUAÇÃO
- ▶ ACTIVAR O SISTEMA DE EMERGÊNCIA

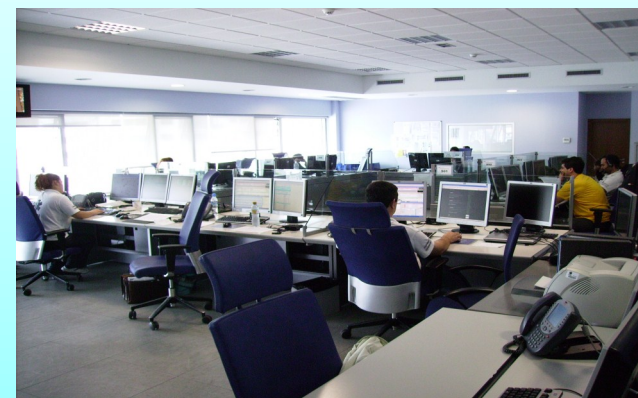


- ▶ LIGAR O 112

A CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA TEM APENAS A FORÇA QUE TIVER O SEU ELO MAIS FRACO!!!

▶ O 112 É O NÚMERO NACIONAL DE EMERGÊNCIA, SENDO COMUM, PARA ALÉM DA SAÚDE, A OUTRAS SITUAÇÕES, TAIS COMO ASSALTOS, INCÊNDIOS...

▶ A SUA CHAMADA SERÁ ATENDIDA POR UM OPERADOR DA CENTRAL DE EMERGÊNCIA, QUE A ENCAMINHARÁ, NAS SITUAÇÕES DE SAÚDE, PARA O CENTRO DE ORIENTAÇÃO DE DOENTES URGENTES (CODU) DO INEM




▶ O FUNCIONAMENTO DO CODU É ASSEGURADO EM PERMANÊNCIA POR 2 MÉDICOS, 1 ENFERMEIRO, 6 OPERADORES DE CENTRAL E 1 PSICÓLOGA COM FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA EFECTUAR O ATENDIMENTO, TRIAGEM, ACONSELHAMENTO E PRÉ-SOCORRO, SELECÇÃO E ACCIONAMENTO DE MEIOS MAIS ADEQUADOS A CADA OCORRÊNCIA



NÚMERO NACIONAL DE EMERGÊNCIA

112



**A CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA É UM CONJUNTO DE 4 ELOS
QUE MODIFICAM OS RESULTADOS NO SOCORRO À VÍTIMA:**

- ▶ **PEDIR AJUDA, ACCIONANDO DE IMEDIATO O SISTEMA DE EMERGÊNCIA (112)**
- ▶ **INICIAR DE IMEDIATO MANOBRAS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)**
- ▶ **DEFIBRILHAÇÃO PRECOCE (DAE)**
- ▶ **SUPORTE AVANÇADO DE VIDA (SAV)**

CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA



↓ ↓ ↓ ↓

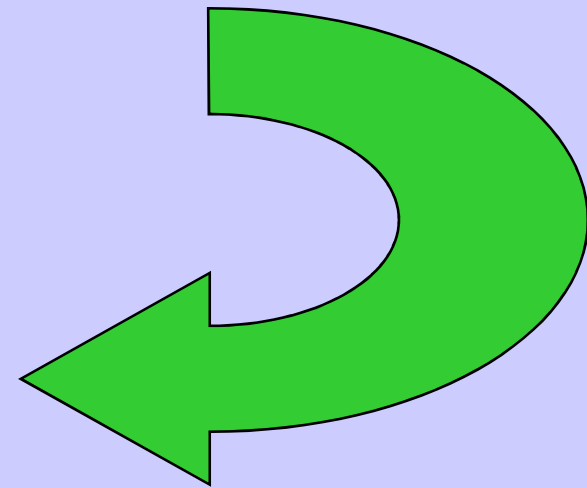
112 **SBV** **DAE** **SAV**


QUAL A ATITUDE QUE DEVE TOMAR QUANDO ENCONTRA ALGUÉM EM PERIGO DE VIDA?

▶ RECONHECER A GRAVIDADE DA SITUAÇÃO

▶ ACTIVAR O SISTEMA DE EMERGÊNCIA

▶ LIGAR O 112





**A CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA
TEM APENAS A FORÇA QUE
TIVER O SEU ELO
MAIS FRACO!!!**

▶ O 112 É O NÚMERO NACIONAL DE EMERGÊNCIA, SENDO COMUM, PARA ALÉM DA SAÚDE, A OUTRAS SITUAÇÕES, TAIS COMO ASSALTOS, INCÊNDIOS...

▶ A SUA CHAMADA SERÁ ATENDIDA POR UM OPERADOR DA CENTRAL DE EMERGÊNCIA, QUE A ENCAMINHARÁ , NAS SITUAÇÕES DE SAÚDE, PARA O CENTRO DE ORIENTAÇÃO DE DOENTES URGENTES (CODU) DO INEM





**O FUNCIONAMENTO DO CODU É
ASSEGURADO EM PERMANÊNCIA
POR 2 MÉDICOS, 1 ENFERMEIRO
6 OPERADORES DE CENTRAL
E 1 PSICÓLOGA COM
FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA
EFECTUAR O ATENDIMENTO,
TRIAGEM, ACONSELHAMENTO
DE PRÉ-SOCORRO E SELECÇÃO
E ACCIONAMENTO DE MEIOS
MAIS ADEQUADOS A CADA
OCORRÊNCIA**

A SUA COLABORAÇÃO É FUNDAMENTAL

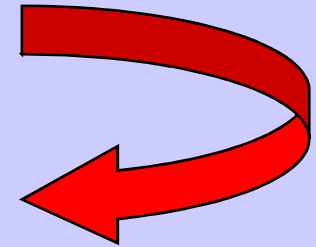
- ▶ FACULTE TODA A INFORMAÇÃO QUE LHE FOR SOLICITADA
- ▶ MANTENHA A CALMA

DE FORMA A PERMITIR UM RÁPIDO E EFICAZ SOCORRO À VÍTIMA

DEVE RESPONDER ÀS SEGUINTE PERGUNTAS:

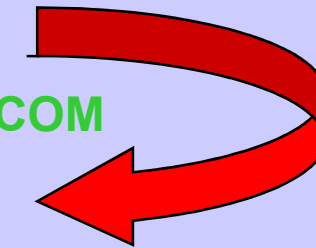
O QUE ACONTECEU?

TIPO DE SITUAÇÃO (ACIDENTE, DOENÇA, PARTO...)



DE ONDE ESTÁ A FALAR?

LOCALIZAÇÃO EXACTA E, SEMPRE QUE POSSÍVEL, COM
INDICAÇÃO DE PONTOS DE REFERÊNCIA



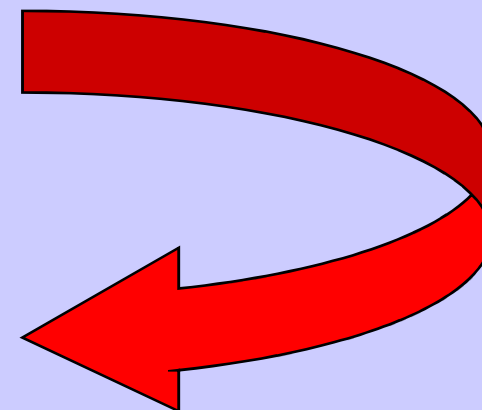
NÚMERO DE TELEFONE DO QUAL ESTÁ A LIGAR

GRAVIDADE APARENTE DA SITUAÇÃO

CONSCIENTE?

RESPIRA?

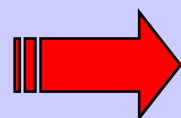
ADULTO OU CRIANÇA?



NÚMERO

SEXO

IDADE APARENTE



DAS PESSOAS A NECESSITAR DE SOCORRO

DEPOIS DE FEITA A TRIAGEM:

▶ OS OPERADORES DA CENTRAL DE EMERGÊNCIA INDICAM-LHE A MELHOR FORMA DE PROCEDER

▶ ENVIAM, SE NECESSÁRIO, OS MEIOS DE SOCORRO ADEQUADOS



▶ DESLIGUE O TELEFONE APENAS QUANDO O OPERADOR INDICAR

▶ LEMBRE-SE QUE AS AMBULÂNCIAS DO INEM DEVERÃO SER UTILIZADAS APENAS EM SITUAÇÕES DE RISCO DE VIDA EMINENTE



**O ACESSO PRECOCE AOS SERVIÇOS DE
EMERGÊNCIA**

PODE SALVAR MUITAS VIDAS

LIGUE O 112

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL
CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
RICARDO MIGUEL ANTUNES

PROJECTO DE INTERVENÇÃO: **PERÍODO DE RECÓBRO DA CESARIADA**

UISEU, JUNHO DE 2008

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL
CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
RICARDO MIGUEL ANTUNES

PERÍODO DE RECOBRO DA CESARIANA: PRÁTICA DO ALOJAMENTO CONJUNTO

Elaborado no âmbito do Ensino Clínico: Módulo III – Enfermagem Perioperatória, realizado no Bloco Operatório do Hospital S. Teotónio EPE – Viseu.

VISEU, JUNHO DE 2008

INDÍCE

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	6
3. OBJECTIVOS.....	9
4. ESTRATÉGIAS.....	11
5. RECURSOS.....	13
6. AVALIAÇÃO.....	14
7. CONCLUSÃO.....	15
BIBLIOGRAFIA	

1 – INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança é uma experiência emocional e fisiológica intensa, exaustiva para a mãe e RN. Mesmo quando esse processo progride normalmente, é necessário que o neonato suporte modificações extremas, enquanto sai de um ambiente aquático, termoestável, que sustenta completamente a vida e entra numa atmosfera de diferente pressão, que demanda profundas alterações fisiológicas para a sobrevivência.

O papel do enfermeiro será o de apoiar a mãe e a criança neste processo de nascimento, prevenindo complicações fisiológicas na adaptação do RN à nova vida e promovendo o processo de vinculação precoce.

Alguns autores portugueses apontam para uma alta incidência do aleitamento materno, significando que mais de 90% das mães portuguesas iniciam o aleitamento materno. No entanto, esses mesmos estudos mostram que quase metade das mães desiste de amamentar durante o primeiro mês de vida do bebé (LEVY e BÉRTOLO, 2007).

O sucesso do aleitamento materno pode ser definido por uma amamentação mais prolongada, por consenso, exclusiva até aos 6 meses de vida do bebé. Para que a amamentação tenha sucesso, devem conjugar-se 3 factores:

- a decisão de amamentar
- o estabelecimento da lactação
- o suporte da amamentação

A decisão de amamentar é uma decisão pessoal, sujeita a muitas influências, resultantes da socialização de cada mulher. Não se pode culpabilizar uma mãe que não quer ou não pode amamentar.

Apesar da maioria dos nascimentos ocorrer através da via vaginal, em alguns casos torna-se necessário recorrer ao parto cirúrgico. Em ambos os casos trata-se de uma experiência intensa e exaustiva, muitas vezes com implicações psicossociais, colocando-se em questão se um parto por cesariana

não terá efeitos nocivos no estabelecimento da relação mãe/RN e no desenvolvimento deste.

Neste sentido, temos o dever, enquanto enfermeiros, membros de uma equipa multidisciplinar, de proporcionar informação acerca do aleitamento artificial, àquelas mães que não pretendam amamentar, e condições, sempre que possível, para iniciarem a amamentação precoce, segundo preconizado pela OMS/UNICEF (2007), ainda que tenham um parto por cesariana. Ainda que difícil, no Bloco Operatório, sempre que possível, preconiza-se também o contacto visual e táctil mãe/filho, para que se promova a vinculação precoce e se diminua a ansiedade da mãe, que normalmente não quer perder um dos acontecimentos mais importantes da sua vida.

Para o estabelecimento da lactação são decisivas as práticas hospitalares ligadas ao parto e pós-parto imediato, nomeadamente a estrutura física e formação dos enfermeiros do Bloco Operatório.

Por este motivo, é urgente reflectir sobre as práticas hospitalares no que se refere à promoção do aleitamento materno, seu estabelecimento e apoio, no sentido de aumentar a satisfação das utentes, qualidade dos cuidados de enfermagem nesta área e a possibilidade de proporcionar ao RN um início de vida único.

2 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Segundo CARNEIRO, CABRITA E MENAIA (2003) *Cit in* PEREIRA (2006), antigamente pensava-se que a relação mãe-filho começava no momento do nascimento. Hoje é consensual que a vinculação começa a estabelecer-se durante a gravidez falando-se agora em vinculação pré-natal. A interacção pode ser definida como o processo pelo qual dois indivíduos adquirem um compromisso emocional e afectivo.

A mãe, que passou toda a gestação a idealizar o seu filho, quando nasce é dela, sendo que esta tem necessidade urgente de o ver, de o observar, de o tocar, de confirmar ou não os seus sonhos, de tirar as suas dúvidas. Paralelamente, o RN, após ter passado por um momento tão agressivo e desconfortável que é o parto, é no contacto pele-a-pele com a mãe que se sente mais seguro. O corpo da mãe emana energia que regula a temperatura do bebé, diminuindo o risco de hipotermia, sendo só necessário um pano estéril por cima do mesmo.

De acordo com BRAZELTON e SPARROW (2003) podem identificar-se seis estados de sono e vigília no recém-nascido (RN): sono profundo, sono leve (ou REM), estado de sonolência entre sono e vigília, estado de alerta, agitação e choro. Logo após o nascimento, o bebé aprende a transitar de um estado de vigília para o sono, e de novo para a vigília, para se proteger da estimulação excessiva.

Os estudos de PECHIVIS (1981) e TOUSSAINT et.al (1988) *Cit. In* PEREIRA (2006), concluíram que o contacto precoce aumenta a segurança entre mãe e filho, bem como o número de mamadas nas primeiras 24 horas, interacção mãe/filho e cuidados por ela prestados.

MAZUREK et. al (1999) realizou uma investigação numa maternidade que praticava alojamento conjunto, com o objectivo de avaliar o impacto do contacto precoce entre mãe e filho na primeira hora de vida e a estabilização e duração do aleitamento, sendo que a amostra foi constituída por 60 mães: 30

fizeram contacto precoce na primeira hora de vida e as restantes não. Os autores concluíram que o contacto precoce tem um efeito positivo no estabelecimento da produção de leite no primeiro dia, o que sugere a estimulação precoce da mama.

Um estudo realizado por MIKIEL-KOSTYRA et. al (2001), referenciado por PEREIRA (2006), indica que o contacto pele-a-pele superior a 20 minutos após o nascimento aumenta a duração do aleitamento materno exclusivo.

Num documento das Nações Unidas (1999) é recomendado, tendo em conta as evidências científicas, a prática do contacto precoce mãe-filho para promover a precocidade do início da amamentação, alertando os profissionais de saúde a implementarem esta prática. Por outro lado, segundo as recomendações da UNICEF/OMS o bebé deverá ser adaptado à mama na primeira meia hora de vida, cumprindo a 4ª medida da Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés: “Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora de vida após o nascimento”.

Neste sentido, o bebé deve estar em contacto pele-a-pele na primeira hora de vida e neste período fará a primeira mamada, sendo que o enfermeiro avaliará a mamada através da observação da mãe e RN.

Na opinião de BRAZELTON (1992), o momento da amamentação é um momento favorecedor do intercâmbio mãe/filho, essencial nos primeiros momentos da vida, sendo que para obter sucesso no aleitamento é importante que esta prática seja iniciada o mais precocemente possível. A primeira mamada após o parto é muitas vezes o primeiro contacto do bebé com a mãe, e o contacto visual entre a mãe e o filho favorece a vinculação.

Segundo vários autores como CURRY (1982), CHATEAU e WIBERG (1984), INCH e GARFORTH (1989) *Cit In* PEREIRA (2006), o tipo de parto vai influenciar a *performance* do bebé na primeira mamada. Deste modo, erroneamente, continua-se a atrasar o início do aleitamento nos bebés nascidos por cesariana, dificultando o seu sucesso.

Assim, independentemente do tipo de parto, relativamente à prática do alojamento conjunto, de acordo com a sétima medida da Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (2007) deve-se:

- Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia

As vantagens são evidentes:

- Prestação de todos os cuidados assistenciais
- Orientação à mãe sobre a saúde da díade
- Estímulo e promoção do aleitamento, de acordo com as necessidades do RN, tornando a amamentação mais fisiológica e natural
- Favorecimento da precocidade, intensidade, assiduidade da amamentação e a sua manutenção durante mais tempo
- Fortalecimento de laços afectivos entre mãe e filho

O ideal é que o recém-nascido esteja em contacto pele a pele com a sua mãe na primeira meia hora pós-parto, independentemente de amamentar ou não. A amamentação não deve obedecer a horário rígido, mas deve ser em regime de livre demanda. De acordo com CARVALHO e TAMEZ (2002), para facilitar a amamentação, o alojamento conjunto deve ser instalado o mais cedo possível no pós-parto e deve ser imperativo que o recém-nascido não receba água, solução glicosada ou leite artificial, pois, além de desnecessários do ponto de vista nutricional, diminuem a capacidade de sucção do bebé e comprometem a produção de leite.

Um estudo aleatório de BYSTROVA et al. (2003) avaliou as práticas neonatais tradicionais em várias Maternidades. Demonstraram que o contacto pele-a-pele com a mãe, com duração alargada, é o meio mais efectivo de manter a temperatura corporal do bebé e de diminuir o “*stress of being born*”.

Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros e médicos que cuidam de mães e bebés no momento do parto, na sua actuação devem ter presente a importância destes conhecimentos e actuar em conformidade, proporcionando sempre o contacto mãe/RN com a maior precocidade possível, durante a primeira hora de vida, em que o RN deve fazer a sua primeira mamada (PEREIRA, 2006). A OMS/UNICEF (2007) recomenda o contacto precoce entre mãe e filho na primeira meia hora de vida, por este favorecer a vinculação e amamentação.

3 - OBJECTIVOS

Segundo FORTIN (1999, p. 100), objectivo de “um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação.”

Neste projecto foram estabelecidos os seguintes objectivos:

- ▶ Observar circuito da mulher submetida a cesariana de urgência/electiva, bem como do RN, após o nascimento

- ▶ Averiguar a importância do alojamento conjunto (mãe/RN) durante o período de recobro, após a cesariana, no Bloco Operatório

- ▶ Identificar necessidades não satisfeitas da puérpera:
 - diminuição da ansiedade pós-parto
 - contacto precoce pele-a-pele com o RN
 - amamentação precoce

- ▶ Avaliar a motivação dos enfermeiros na prestação de cuidados à puérpera cesariada e RN

- ▶ Identificar os factores que interferem no período de recobro da puérpera cesariada no Bloco Operatório:
 - motivação dos enfermeiros
 - organização do espaço físico da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

- ▶ Conhecer a opinião dos enfermeiros relativamente ao atendimento à puérpera cesariada e RN

- ▶ Avaliar o grau de satisfação da mulher relativamente aos cuidados prestados na UCPA

- ▶ Identificar possíveis estratégias para a motivação da Equipa Multidisciplinar

- ▶ Melhorar a qualidade dos cuidados prestados através da implementação de estratégias:
 - reorganização do espaço físico da UCPA, de forma a possibilitar 2 unidades reservadas a puérperas cesariadas, com a privacidade necessária ao contacto mãe/filho e amamentação precoce
 - motivação dos enfermeiros
 - formação dos enfermeiros da UCPA em cuidados à puérpera no pós-parto imediato e aconselhamento em aleitamento materno, ou possibilidade de um enfermeiro especialista em SMO se deslocar à UCPA e prestar cuidados à díade

4 - ESTRATÉGIAS

São várias as filosofias sobre a natureza humana bem como as teorias sobre a motivação das pessoas, baseadas nas necessidades e sua satisfação (TEIXEIRA, 1998).

A **Teoria do Reforço**, primeiramente desenvolvida por Harvard B. F. Skinner (TEIXEIRA, 1998), baseia-se na ideia de que o comportamento que é recompensado tende a repetir-se, enquanto o comportamento que é punido tende a ser eliminado.

Provavelmente, nenhum gestor seguirá exclusivamente uma única das várias Teorias. O mais certo será que a maior parte dos gestores, mesmo privilegiando uma ou outra que lhe pareça mais consentânea com as suas convicções, acabará, na prática, por utilizar várias técnicas desenvolvidas nas Teorias.

PARTE I

► Observação não-participante e dirigida no Bloco Operatório do Hospital S. Teotónio, EPE (concentrada nas manifestações de motivação dos enfermeiros na prestação de cuidados a puérperas cesariadas e RN's, relativamente ao contacto precoce entre os mesmos e amamentação)

► Entrevista semi-dirigida aos enfermeiros (objectivos: conhecer necessidades individuais, metas organizacionais e necessidades não satisfeitas)

PARTE II

Aplicação de estratégias para proporcionar o alojamento conjunto e amamentação precoce:

- ▶ Reorganização da estrutura física da UCPA, de forma a proporcionar privacidade à puérpera/RN
- ▶ Definição de funções (especificação de tarefas no exercício de uma determinada função)
- ▶ Formação em serviço no que se refere ao Aconselhamento em Aleitamento Materno e cuidados à puérpera cesariada
- ▶ Participação na análise dos problemas e procura de soluções (através de reuniões periódicas, pois a possibilidade de contribuir com conhecimentos e experiências aumenta a auto-estima e motivação do trabalhador)

5 - RECURSOS

Tendo em conta que a implementação deste projecto se divide em duas partes, já descritas anteriormente, os recursos necessários serão do domínio humano, material, financeiro e temporal.

RECURSOS HUMANOS

- ▶ Director do Bloco Operatório
- ▶ Enfermeiro Director
- ▶ Enfermeiro Chefe do Bloco Operatório
- ▶ Equipa de Enfermagem
- ▶ Observador/Entrevistador com formação/treino

RECURSOS MATERIAIS E FINANCEIROS

- ▶ Bibliografia.....100 €
- ▶ Fotocópias.....50 €
- ▶ Gravador.....50 €

RECURSOS DE TEMPO

De acordo com cronograma adequadamente planeado:

- ▶ **Fase Inicial** (levantamento de necessidades através da observação – 2 meses e entrevistas – 2 meses)
- ▶ **Fase Intermédia** (aplicação de estratégias – 3 meses)
- ▶ **Fase Final** (avaliação – 2 meses)

6 - AVALIAÇÃO

Repetição de entrevistas semi-dirigidas a todos os enfermeiros do referido Bloco Operatório, bem como às puérperas cesariadas, no sentido de verificar se os objectivos inicialmente propostos foram atingidos:

- ▶ Conhecer as necessidades não-satisfeitas dos enfermeiros e puérperas

- ▶ Identificar factores relacionados com a desmotivação

- ▶ Conhecer expectativas dos enfermeiros relativamente à prestação de cuidados de enfermagem a puérperas submetidas a cesariana

- ▶ Verificar se as estratégias implementadas tiveram sucesso na satisfação das puérperas e contacto precoce mãe/RN, bem como na amamentação precoce

- ▶ Verificar se as técnicas de gestão implementadas melhoraram a qualidade dos cuidados de enfermagem

7 - CONCLUSÃO

O parto é uma das experiências mais importantes e únicas da vida de uma mulher. Se apoiado pela informação e pelo alívio da dor, tornar-se-á inesquecível (CARVALHO e TAMEZ, 2002)

Proporcionar condições deve ser o principal objectivo da equipa multidisciplinar. Assim sendo, é de extrema importância proporcionar o contacto precoce pele-a-pele do RN com a mãe, bem como a tentativa de amamentação na primeira meia hora de vida, se possível, senão na primeira hora.

O parto por cesariana, programado ou de emergência, não deve constituir obstáculo ao contacto precoce mãe/RN, desde que a vida da mãe e RN não esteja em risco.

Este tema é hoje, para a Enfermagem um assunto actual no qual importa reflectir. A motivação, quer pela força, quer pelo consenso, é vital para o funcionamento suave e integrado das organizações hospitalares, conduzindo-as a elevadas *performances*, pois o “motor” de qualquer serviço hospitalar são os seus funcionários. Assim, a sua manutenção contribui para que as mesmas encontrem formas inovadoras de trabalho, maior empenho, qualidade, criatividade, contribuindo para o bem-estar e satisfação de toda a equipa multidisciplinar, bem como dos utentes, neste caso, da díade mãe/RN.

BIBLIOGRAFIA

- ▶ BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, Joshua D. – **O Método Brazelton: a criança e o sono**. Tradução de Maria de Fátima Morgado. Lisboa: Editorial Presença. 3ª Edição, 2006 (1ª Edição, 2003).

- ▶ CARVALHO, Marcus Renato de; TAMEZ, Raquel N. - **Amamentação: base científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora Guanabarra Koogans S.A. 2002.

- ▶ LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena – **Manual de Aleitamento Materno**. Edição Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 2007

- ▶ PEREIRA, Maria Adriana – **Aleitamento Materno: importância da correcção da pega no sucesso da amamentação**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2006.

- ▶ PRETO, Alberto; OLIVEIRA, Olinda; PEREIRA, Luís – **Acompanhamento ao Bloco Operatório: que significado?** Revista Sinais Vitais: Novembro 2003, nº 51.

- ▶ RODRIGUES, Anabela; AZEVEDO, Maria do Céu – **O recém-nascido no Bloco Operatório**. Enfermagem em Foco (Revista do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses): Ano IX, Fevereiro/Abril 99, nº34.

- ▶ TEIXEIRA, Sebastião – **Gestão das Organizações**. Lisboa: Editora Mcgraw- Hill, 1998.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL
CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
RICARDO MIGUEL ANTUNES

***PROJECTO DE INTERVENÇÃO:
VISITA DE ENFERMAGEM
PRÉ-OPERATÓRIA***

UISEU, JULHO DE 2008

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL
CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
RICARDO MIGUEL ANTUNES

VISITA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Elaborado no âmbito do Ensino Clínico:
Módulo III – Enfermagem Perioperatória
realizado no Bloco Operatório do
Hospital S. Teotónio EPE, Viseu.

UISEU, JULHO DE 2008

INDÍCE

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	6
3. OBJECTIVOS.....	11
4. ESTRATÉGIAS.....	13
5. RECURSOS.....	14
6. AVALIAÇÃO.....	16
7. CONCLUSÃO.....	17

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

ANEXO I – Formulário

ANEXO II – Panfleto Informativo

1 - INTRODUÇÃO

O Bloco Operatório oferece ao enfermeiro um vasto campo de intervenção, com actividades muito específicas que exigirem uma imensidão de conhecimentos e competências de natureza diversa, para o desempenho das funções de enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista, bem como no recobro pós-anestésico. Por outro lado, o acompanhamento do doente é muito importante, iniciando-se com a visita pré-operatória até à avaliação final na visita pós-operatória (UNAIBODE, 2001).

A intervenção cirúrgica, aquando da hospitalização de um utente, é uma etapa particularmente importante. A perda de autonomia é um dos efeitos que pode provocar um verdadeiro sentimento de insegurança. No bloco operatório, a relação operado/enfermeiro é tão importante como o trabalho técnico. O utente encontra-se à responsabilidade do enfermeiro do bloco operatório, sendo estabelecido um plano de cuidados que se subdivide em três fases: a primeira tem lugar antes da chegada do utente ao bloco operatório, a fim de identificar as suas necessidades; a segunda desenrola-se durante todo o tempo de permanência na área do bloco operatório; por último, temos a terceira fase, na qual se realiza a avaliação dos cuidados prestados, após algumas horas ou dias da cirurgia.

A visita de Enfermagem Pré-operatória, de acordo com RAMOS, ALMEIDA e PINHEIRO (2003), é uma actividade autónoma do enfermeiro perioperatório que visa a individualização e humanização dos cuidados, prestando ao utente apoio psicológico, ajudando-o a lidar com os seus medos e receios, contribuindo assim para uma experiência cirúrgica mais agradável.

A procura da qualidade é uma garantia de uma melhor relação cidadão/estabelecimento de saúde, sendo a resposta adequada às necessidades do utente, que exige segurança de que os profissionais de saúde serão capazes de lhe prestar cuidados adequados e eficazes, tal como ele os

deseja e quando ele os deseja, desde o dia do internamento (UNAIBODE, 2001).

É a perda de identidade e privacidade que o utente sente ao ser internado no hospital, bem como todo o processo de aceitação do “papel de doente”, que justificam a pertinência e importância da realização da visita de enfermagem pré-operatória.

Neste sentido, o projecto realizado no âmbito do Ensino Clínico: Módulo III – Enfermagem Perioperatória, integrada no programa do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pretende explorar e fundamentar teoricamente a necessidade da visita pré-operatória, a realizar por enfermeiros do Bloco Operatório, bem como iniciar a primeira fase deste projecto: elaboração do formulário, panfleto informativo e plano de implementação em serviços de internamento previamente seleccionados.

2 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A entrevista pré-operatória é o momento privilegiado para a colheita de dados pelo enfermeiro do bloco operatório. É estabelecida, essencialmente, uma relação de ajuda, através da deslocação ao serviço onde o utente está internado.

A entrevista pré-operatória deve responder a determinados objectivos:

► **Os futuros operados têm direitos**

De acordo com a carta do utente hospitalizado, anexa à circular ministerial nº 95-92 de 6 de Maio de 1995, a alínea 3 estipula que o paciente tem direito à informação: *“A fim de que o paciente possa participar plenamente, particularmente nas escolhas terapêuticas que lhe dizem respeito, na sua actuação quotidiana, os médicos e o pessoal paramédico participam na informação ao doente, cada um no seu domínio de competências”.*

► **Os enfermeiros do bloco operatório têm o dever de responder às necessidades dos futuros operados**

Segundo o Decreto nº 93-345 de 15 de Março 1993, no artigo 2, que precisa: *“a enfermeira identifica as necessidades do paciente, faz o diagnóstico de enfermagem, formula os objectos dos cuidados, executa as acções adequadas e avalia-as, etc. É responsável pela elaboração, utilização e gestão do processo de cuidados de enfermagem”.*

► **A entrevista pré-operatória é um elemento indispensável para que a enfermeira do bloco preste cuidados personalizados**

UNAIBODE (1996, p. 17) refere que a *“enfermeira do bloco operatório cria uma relação essencial com a pessoa operada: o seu saber específico enraíza-se no conhecimento do indivíduo são e/ou com reacção à doença. Apoia-se nos valores profissionais que são a*

equidade e o respeito pelas pessoas em conformidade de cuidados. Este precisa o papel específico da enfermeira e a sua contribuição para o bem-estar da pessoa cuidada”.

Segundo SILVA *et al.* (2006), a cirurgia constitui uma experiência particular para cada indivíduo que a vive, de acordo com os seus valores e crenças. Assim, o período perioperatório surge em três fases: a fase pré-operatória, fase intra-operatória e pós-operatória. Na **fase pré-operatória** inicia-se a tomada de decisão da intervenção cirúrgica, em que o doente é informado do seu problema de saúde. Nesta fase, é de primordial importância prepará-lo tanto física, como psicologicamente, para enfrentar a cirurgia nas melhores condições, prevenindo possíveis complicações. Neste período cabe ao enfermeiro do bloco operatório realizar a visita pré-operatória, na qual realiza uma entrevista com duração de 20 minutos, onde preenche um formulário que funcionará como instrumento de recolha de dados. De acordo com o mesmo autor (p.39), esta visita é muito importante pois verifica-se *“uma diminuição da dor, do grau de ansiedade do doente e de eventuais complicações pós-operatórias”*.

A **fase intra-operatória** prolonga-se desde que o doente é admitido na Sala de Operações até à sua transferência para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. Este período tem como objectivo a preparação de um ambiente calmo e seguro durante a anestesia e cirurgia. Segundo SILVA *et al.* (2006), na ausência de visita pré-operatória, a chegada do doente ao bloco operatório deve ser um momento de primordial importância no acolhimento do mesmo. O primeiro contacto, a primeira visão, deve proporcionar ao utente a empatia, segurança e descontração de que este necessita.

A **fase pós-operatória** inicia-se assim que o procedimento cirúrgico esteja concluído e o utente seja transferido para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, onde o enfermeiro tem como objectivo prevenir e tratar precocemente o aparecimento de complicações, eliminar ou diminuir a dor e promover o conforto do doente.

A visita pré-operatória assenta principalmente em três aspectos:

► **A pessoa cuidada:**

- recebe informações que lhe permitem adoptar um comportamento pertinente face a esta situação de excepção;
- estabelece uma relação privilegiada com a enfermeira do bloco operatório;
- pode exprimir os seus receios;
- pode comportar-se como actor, numa situação que é aceite porque é compreendida;

► **O enfermeiro do bloco operatório:**

- avalia a ansiedade do paciente e em consequência fornece uma informação adequada;
- fornece explicações claras e concisas;
- no caso de ansiedade severa, deve-se seleccionar o tipo de informações a transmitir porque o paciente nem sempre as assimila todas;
- faz uma abordagem global da pessoa cuidada;
- os dados colhidos junto dos diferentes elementos da equipa, bem como dos familiares do paciente, permite elaborar um processo de cuidados tendo em conta os recursos e as fraquezas do paciente;
- reúne as informações necessárias para a organização técnica da intervenção cirúrgica.

► **As relações do enfermeiro do bloco operatório com o do internamento:**

- estabelecem e mantêm relações entre si;
- favorecem a circulação da informação graças a instrumentos apropriados;
- responsabilizam todos os intervenientes da equipa de cuidados desde a consulta até ao fim da sua hospitalização;

Na opinião de RAMOS, ALMEIDA e PINHEIRO (2003), a visita de enfermagem pré-operatória tem várias etapas na sua realização que constam dos seguintes itens:

1ª etapa (bloco operatório):

– consulta do plano de trabalho de enfermagem (semanal) e do plano cirúrgico.

2ª etapa (serviço de internamento):

- consulta do processo clínico em conjunto com o enfermeiro do serviço;
- visita junto do doente, identificação e explicação do objectivo da visita, estabelecendo diálogo enquadrado no tipo de situação e respostas do próprio;
- integração do doente no serviço em relação às normas e procedimentos, assim como outras informações que caracterizam fisicamente o serviço e a sala de operações;
- altura ideal para o doente expressar os seus medos e receios assim como as suas dúvidas;
- estabelecimento de uma relação de ajuda

3ª etapa (bloco operatório – sala de operações):

- registos na folha de registos perioperatórios;
- exercício da “relação de ajuda”, ajudando o doente a ultrapassar os seus problemas pelos seus próprios meios, mantendo a sua dignidade e integridade pessoal.

Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros e médicos que cuidam de doentes submetidos a uma cirurgia, na sua actuação devem ter presente a importância destes conhecimentos e actuar em conformidade, proporcionando sempre informação clara e objectiva, de forma a que o utente tenha um período pré-operatório tranquilo, e possibilitando um período pós-operatório sem complicações.

Neste sentido, penso que este projecto tem pertinência, à luz da fundamentação teórica pesquisada, pelo que se justifica a tentativa de implementação no Bloco Operatório do Hospital S. Teotónio.

3 - OBJECTIVOS

Segundo FORTIN (1999, p. 100), objectivo de “um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação.”

Neste projecto foram estabelecidos os seguintes objectivos:

- ▶ Conhecer o utente no seu todo, situando-o no contexto do seu diagnóstico cirúrgico;
- ▶ Identificar e analisar as necessidades do utente, elaborando o diagnóstico de enfermagem no bloco operatório;
- ▶ Promover um relacionamento empático entre o utente e a equipa multidisciplinar;
- ▶ Garantir um acompanhamento personalizado em todo o percurso cirúrgico, de forma a assegurar um ambiente terapêutico mais seguro e menos hostil;
- ▶ Esclarecer dúvidas e minimizar receios do utente, com uma conduta deontológica adequada e respeitando o sigilo profissional;
- ▶ Evitar erros e esquecimentos resultantes de transmissões incorrectas;
- ▶ Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem pré, intra e pós-operatórios;
- ▶ Desenvolver conhecimentos e competências nos enfermeiros do Bloco Operatório;

- ▶ Promover a imagem social dos enfermeiros, de modo a que o utente se sinta confiante nos cuidados prestados;

4 - ESTRATÉGIAS

PARTE I

- ▶ Elaborar formulário de colheita de dados (Anexo I) e panfleto informativo (Anexo II)

- ▶ Seleccionar serviços de internamentos onde realizar a visita pré-operatória

PARTE II

- ▶ Entrevista semi-dirigida aos utentes com cirurgia planeada (objectivos: conhecer necessidades e receios individuais, proporcionar informação acerca do período intra e pós-operatório e esclarecimento de dúvidas)

- ▶ Entrega do panfleto informativo

PARTE III

- ▶ Contacto telefónico aos utentes que tiveram visita pré-operatória, para realizar a avaliação da mesma

5 - RECURSOS

Tendo em conta a alargada área de influência deste projecto, os recursos necessários serão do domínio humano, material, financeiro e temporal.

RECURSOS HUMANOS

- ▶ Director do Bloco Operatório
- ▶ Director da Ortopedia A, Ortopedia B, Ortopedia C, Ginecologia e Oftalmologia
- ▶ Enfermeiro Director
- ▶ Enfermeiro Chefe do Bloco Operatório
- ▶ Enfermeiro Chefe da Ortopedia A, Ortopedia B, Ortopedia C, Ginecologia e Oftalmologia
- ▶ Equipa de Enfermagem do Bloco Operatório
- ▶ Equipa de Enfermagem da Ortopedia A, Ortopedia B, Ortopedia C, Ginecologia e Oftalmologia

RECURSOS MATERIAIS

- ▶ Bibliografia
- ▶ Fotocópias (fundamentação teórica, panfleto informativo e formulário)

RECURSOS DE TEMPO

De acordo com cronograma previamente planeado, de Junho de 2008 a Janeiro de 2009:

- ▶ **Fase Inicial** (levantamento de necessidades através da observação, realização de formulário e panfleto informativo, e planeamento da visita pré-operatória - 3 meses)

- ▶ **Fase Intermédia** (aplicação de estratégias: visita pré-operatória – 3 meses)

- ▶ **Fase Final** (avaliação: contacto telefónico – 2 meses)

6 – AVALIAÇÃO

Realização de contacto telefónico após 3 meses da cirurgia, aos utentes internados nos serviços de Ortopedia A, Ortopedia B, Ortopedia C, Ginecologia e Oftalmologia, nos meses de Setembro, Outubro e Novembro de 2008, aos quais foi feita visita pré-operatória, no sentido de verificar se os objectivos inicialmente propostos foram atingidos, através da opinião do utente:

- ▶ Importância da visita pré-operatória

- ▶ Pertinência dos temas abordados na visita pré-operatória

- ▶ Temas que gostaria de ver esclarecidos na visita pré-operatória

- ▶ Influência da visita pré-operatória na diminuição da ansiedade relativamente à cirurgia

- ▶ Opinião do utente no que se refere à manutenção da visita pré-operatória

- ▶ Opinião relativamente à qualidade dos cuidados pós-operatórios prestados no Bloco Operatório

- ▶ Necessidade de uma visita pós-operatória

7 - CONCLUSÃO

A enfermagem perioperatória descreve uma vasta área influência de enfermagem, associada à experiência cirúrgica, sendo que o período perioperatório incorpora três fases cirúrgicas: pré-operatória, intra-operatória e pós-operatória. A sequência dos eventos da experiência cirúrgica inclui um largo espectro de comportamentos e actividades de enfermagem realizados pelo enfermeiro, utilizando o processo de enfermagem e os padrões da prática.

A visita pré-operatória é um método utilizado para identificar e avaliar as necessidades individuais do utente cirúrgico. Viabiliza o planeamento de uma prestação assistencial individualizada, documentada e contínua em todo o período perioperatório, contribuindo para a diminuição dos riscos aos quais o utente está exposto e, conseqüentemente, para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem nesta área. Para além dos benefícios para o utente, a visita pré-operatória proporciona ao enfermeiro uma actuação mais directa com o mesmo.

Avaliar, diagnosticar problemas e alterações, bem como prestar cuidados, proporciona à enfermagem um reconhecimento social da profissão, motivando ainda mais o trabalho do enfermeiro.

Penso que a implementação deste projecto nas valências hospitalares seleccionadas nesta primeira fase será uma mais valia no desenvolvimento de competências nas áreas da gestão e qualidade deste Hospital, bem como na satisfação e reabilitação dos utentes.

BIBLIOGRAFIA

- ▶ CASTELLANOS, B.E.P.; JOUGLAS, V.M.G. – Assistência de Enfermagem Perioperatória: um modelo conceitual. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, vol.24, nº 3, Dezembro 1990. pág. 359-370.

- ▶ FLORES, Maria Isabel Sánchez; VIDAL, Antónia M^a Tomás; TERRASSA, Cármen Alorda. Atención en el preoperatorio. Revista de Enfermería ROL. Barcelona, Año XVII, nº 186, Febrero 1994. pág. 69-72

- ▶ GONÇALVES, Rui Filipe Lopes – Controlo do Stress no Acolhimento do Doente Cirúrgico no Bloco Operatório. INFORMAR: Revista de Formação Contínua em Enfermagem. Ano IX – Nº30, Janeiro/Agosto 2003. pág: 14-18.

- ▶ PICCOLI, Marister; GALVÃO, Cristina Maria – Enfermagem Perioperatória: Identificação do Diagnóstico de Enfermagem, Risco para Infecção Fundamentada no Modelo Conceitual de Levine. Ver. Latino-am Enfermagem 2001, Julho; 9, pág. 37-43.

- ▶ PINTO, Adriano; PINTO, Cristina Barroso – Visita Pré-operatória. Nursing: Revista Técnica de Enfermagem. Ano 9, Nº 104, Outubro 1996. pág. 14-15.

- ▶ RAMOS, Emília; ALMEIDA, José Carlos; PINHEIRO, Teresa – Visita de Enfermagem Pré-operatória. INFORMAR: Revista de Formação Contínua em Enfermagem. Ano IX – Nº30, Janeiro/Agosto 2003. pág. 5-9

- ▶ SILVA, Maria de Fátima Barbosa Pinto Fontão, *et. al.* – Acolhimento do Doente no Bloco Operatório. Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem. Lisboa, Ano 16, nº 208, Março 2006. pág. 36-41.

- ▶ UNAIBODE – *L'infirmière de bloc opératoire*. Paris : Masson, 1996. p.17.

- ▶ UNAIBODE - Práticas e Referências de Enfermagem de Bloco Operatório: Desenvolver uma cultura de qualidade. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2001

Quando terminar a cirurgia vai ser transferido para a sua cama, permanecendo na **UNIDADE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS** (Recobro), no Bloco Operatório, onde ficará até que esteja **BEM ACORDADO**, sem dores, passando depois para o serviço



No recobro irão perguntar-lhe se tem **DOR**, segundo a escala da Dor:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ausência da dor	Dor leve Não atrapalha as atividades		Dor moderada Atrapalha, mas não impede as atividades			Dor forte ou incapacitante Impede as atividades			Dor insuportável Impede as atividades e Causa descontrole	

Durante a sua permanência no Bloco Operatório/Recobro vai estar sempre acompanhado por Enfermeiros, que vão zelar pela sua privacidade, a qual será respeitada durante a cirurgia e em todos os cuidados prestados.

PODE ESCLARECER DÚVIDAS OU RECEIOS JUNTO DE NÓS, POIS VAMOS ESTAR SEMPRE AO SEU LADO!

Trabalho realizado pelo:
Enf. Ricardo Miguel Antunes
Curso de Pós Licenciatura de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



HOSPITAL DE S. TEOTÓNIO



Panfleto Informativo

Sr.(a) utente, vamos dar-lhe algumas informações do nosso serviço que lhe serão úteis!

NO DIA DA OPERAÇÃO:

- Deve estar em jejum (alimentos sólidos e líquidos) durante 6 horas
- Não pode levar objectos pessoais, roupa própria, adornos e próteses (excepto previamente autorizadas)
- Deve limpar maquilhagem e ter unhas curtas e sem verniz
- Ser-lhe-á colocado um soro em curso
- Se desejar, um familiar ou amigo pode acompanhá-lo até ao Bloco Operatório (Piso 3) e ficar a aguardar na Sala de Espera até terminar a sua operação, bem como obter informações junto dos Enfermeiros do Recrobro (UCPA).

QUANDO CHEGAR AO BLOCO OPERATÓRIO:

- Vai ser recebido por um Enfermeiro e um Auxiliar da Acção Médica, equipados com farda verde escura, e será transferido (através do transfer), da sua cama para o tampo cirúrgico



Transfer

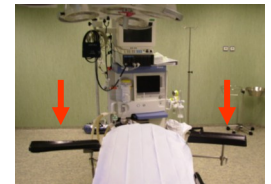


Tampo Cirúrgico



NA SALA DE OPERAÇÕES serão efectuados alguns procedimentos antes de ser anestesiado:

- Colocação dos braços nos apoios laterais



- Colocação de eléctrodos no peito (tipo adesivos) para avaliar a frequência cardíaca

- Colocação de uma braçadeira para avaliação da tensão arterial no braço ou na perna



- Colocação de um sensor de oxigénio num dedo (tipo mola) para avaliar a saturação de oxigénio



Data - ____ / ____ / 2008

Realizada por _____ ()

1 - Identificação do cliente

Vinheta de identificação do cliente

Telemóvel _____

(Sublinhar o nome pelo qual gosta ser tratado)

Serviço _____ Cama _____ Idade _____

Religião _____ Profissão _____

2 – Diagnóstico

Interv. Proposta _____ Data cirurgia ____ / ____ / 2008

Posicionamento: DD DV DL dto DL esq Litot. GIN Renal _____

3 – Avaliação Estado Mental / Emocional

Consciente Inconsciente Orientado Confuso Ansioso Calmo

Experiência / impressão de cirurgia prévia: Negativa Aceitável Boa

4 – Cateterismos: CVP CVC SNG / SOG Vesical Outro _____

5 – Exame Físico

Peso ____ Kg

Alt. Integ. cutânea: Não Sim _____

Escala Braden: Score < 12 – Alto risco
 Score > 13 e < 15 - Médio risco
 Score > 16 – Baixo risco

Deficiências / Limitações:

Audição _____
 Visão _____
 Mobilidade _____
 Próteses _____
 Ortóteses _____

6 - Antecedentes Patológicos Pessoais:

Háb. Tabágicos: Não Sim ____ ciga./dia

Háb. Toxicodep. Não Sim

HTA AVC ____ meses EAM ____ meses

Insuf. Card. Angina Pect. Pace - maker

HBs HcV HIV TP ____ meses

Asma DPOC Diabetes (I / II)

Miastenia Gravis Convulsões Psiquiátricos

Insuf. Renal Não Sim » **diálise:** véspera / dia cir.

Cir. anteriores _____

Alt. Coluna _____

Alergias _____

Medicação habitual:

7 – Ensino Pré – Operatório (itens a abordar para “familiarizar o cliente” aos procedimentos):

- () Eventual alteração estado emocional
- () Jejum necessário (aconselhar o mínimo de 6 horas)
- () Higiene pessoal (idealmente com cloro-hexidina até 2h antes da intervenção)
- () Tricotomia
- () Enfaixamento Membros Inferiores
- () Chegada / recepção BO
- () Passagem do cliente para dentro do BO (uso do “transfer”)
- () Tempo operatório – condicionantes (desconforto e dimensões)
- () Tempo de espera (“turn-off”)
- () Monitorização
- () Acessos venosos / arteriais
- () Eventual utilização de garrote (membros sup. / inf.)
- () Posicionamento cirúrgico (eventuais efeitos secundários)
- () Acordar pós-cirúrgico
- () Estadia na UCPA
- () Analgesia (escala de dor)
- () Esclarecimento(no âmbito de Enfermagem) de dúvidas que o cliente manifeste

9 – Consentimento Informado

Assinado: Sim

Não

10 – Plano Geral de Actuação no BO

Observações

 <p>Ministério da Saúde Hospital de São Teotónio, E.P.E.</p>	MANUAL DE PROCEDIMENTOS [BLOCO OPERATÓRIO]	Elaborado em 18/06/2008	Folha 1
		Revisto em	Revisão N.º00
		CÓDIGO DOC. MPBO N.º	

TÍTULO: Ventilador PRIMUS: manutenção do sistema respiratório

ÂMBITO: Serviço de Enfermagem

FUNDAMENTOS:

A actividade cirúrgica programada ou urgente/emergente pode implicar a necessidade de assistência ventilatória mecânica, ou seja, o auxílio à ventilação pulmonar, parte integrante do suporte de vida.

O ventilador mecânico é um dispositivo destinado a levar um volume de oxigénio/ar comprimido até aos pulmões, sem quaisquer microorganismos patogénicos.

Pelo exposto, é indispensável a existência de um procedimento de preparação, manutenção e verificação do aparelho, para minimizar os riscos gerais associados à utilização do mesmo, atribuindo as respectivas funções ao enfermeiro de apoio à anestesia ou enfermeiro responsável de turno.

OBJECTIVOS:

- Salvar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao utente no período intra-operatório
- Prevenir a infecção nosocomial do trato respiratório inferior
- Definir as responsabilidades da equipa de enfermagem

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Preparação higiénica e esterilização do sistema respiratório

- O módulo do ventilador deve ser esterilizado semanalmente (Sábado – salas 1, 3, 5, 7, 9 e 11 e Domingo - salas 2, 4, 6, 8 e 10)
- Antes de remover o sistema de Ventilação, deixar arrefecer 5 minutos caso o ventilador tenha acabado de ser utilizado
- Pressionar o botão para abrir o suporte da cal sodada retirando a mesma. (Anexo I - Fig:12)
- Se a cal sodada no observador estiver totalmente violeta deve ser substituída ou quando a concentração inspiratória de CO₂ é 5 mmHg.
- Quando se retira o sistema de ventilação, este deve ser lavado com solução de clorhexidina permanecendo cerca de 30 minutos submerso, passando de seguida em água corrente.
- Os sensores de fluxo (Spirolog), **não podem ser esterilizados**, então realiza-se uma desinfeção durante 1 hora em álcool 70°. (a parte eléctrica não pode ser submersa em álcool). Deverá proceder-se à sua substituição **anualmente**.

 <p>Ministério da Saúde Hospital de São Teotónio, E.P.E.</p>	MANUAL DE PROCEDIMENTOS [BLOCO OPERATÓRIO]	Elaborado em 18/06/2008	Folha 2
		Revisto em	Revisão N.º00
		CÓDIGO DOC. MPBO N.º	

I – Preparação do Ventilador

a) Montagem do sistema respiratório

- Executar correcta lavagem social das mãos
- Colocar a placa da válvula metálica sobre uma superfície plana
- Encaixar a placa da válvula metálica na secção inferior (Anexo I-Fig:1)
- Colocar a tampa e ajustar
- Apertar os 5 parafusos de vedação, um quarto de volta para a direita (Anexo I-Fig:2)

b) Inserção dos sensores de fluxo

- Inserir os sensores de fluxo (Spirolog) com a ligação eléctrica na ranhura (Anexo I-Fig:3 e 4).
- Empurrar os bocais de inspiração e expiração com a ponta do bocal na ranhura
- Apertar a porca dentada com a mão (Anexo I-Fig:5)
- Inserir o diafragma do ventilador de modo a que o logotipo se mantenha visível de cima (Anexo I-Fig:6)
- Pendurar o sistema de respiração no módulo do ventilador (Anexo I-Fig:7)
- Apertar os parafusos de vedação (3), um quarto de volta para a direita, na tampa do ventilador (Anexo I-Fig:8)

d) Inserção do módulo do ventilador

- Empurrar lentamente o módulo do ventilador até encaixar (Anexo I-Fig:9 e 10)
- Retirar a tábua de registo (opcional)

c) Verificação da cal sodada

- Antes de aplicar o absorvedor descartável, agite-o, virando várias vezes, de modo a soltar a cal sodada.
- Faça deslizar o absorvedor descartável para o suporte e empurre o absorvedor contra o equipamento até encaixar. (Anexo I-Fig:11)

e) Conexão dos tubos de ventilação

- Ligar o balão respiratório com um conector (traqueia) ao tubo de ventilação mais pequeno e verificar o estado do balão
- Ligar o tubo de ventilação ao conector angular e pendurar o balão respiratório no suporte
- Ligar as traqueias aos bocais de inspiração e expiração e ligá-los ao filtro (peça em y) (Anexo I-Fig: 14)
- Verificar o nível de enchimento no separador de água. Se atingiu a marca, deve-se substituir o separador. **Se não, deve ser mudado mensalmente, registando a data da próxima mudança.** (Anexo I-Fig: 15)
- Apertar o tubo de amostra (linha de expiometria, **substituir sempre que mudar traqueias**) com os conectores Luer Lock na peça em y e no separador da água (Anexo I-Fig:16)

NOTA: - O filtro deve ser mudado de doente para doente

- As traqueias devem ser mudadas no final de cada tempo operatório e nas salas de urgência de doente para doente.

 <p>Ministério da Saúde Hospital de São Teotónio, E.P.E.</p>	MANUAL DE PROCEDIMENTOS [BLOCO OPERATÓRIO]	Elaborado em 18/06/2008	Folha 3
		Revisto em	Revisão N.º00
		CÓDIGO DOC. MPBO N.º	

II – Auto-Teste

- Deve ser realizado após preparação do ventilador e **diariamente, antes do primeiro tempo cirúrgico**
- Nas salas de urgência deverá ser realizado todos os dias, no início do turno da manhã, e deve permanecer em “**Stand by**”

a) Ligação

- Carregar no interruptor principal (Anexo II-Fig:1)
- Esperar cerca de 35 segundos até a janela de lista de verificação aparecer

b) Lista de Verificações (Anexo II-Fig:2)

- Alimentação do gás
- Vaporizadores
- Circuito respiratório
- Vários

c) Preparação para auto-teste

- Verificar nível do líquido do vaporizador (Sevoflurano) (Anexo II-Fig:3)
- Verificar se o comando do vaporizador está na posição 0 e engatado
- Fechar a peça em y (ligar firmemente no cone) (Anexo II-Fig:4)
- Assegurar que o tubo de amostra está ligado na peça em y e no separador da água
- Ajustar a válvula APL na posição “Man” e para 30mbar (Anexo II-Fig:5)
- Pressionar o botão rotativo para confirmar o início do auto-teste ou cancelar, em caso de emergência
- O auto-teste tem uma duração de 5 minutos
- O auto-teste fica concluído com êxito quando todos os parâmetros estiverem diferenciados com a cor verde (Anexo II-Fig:6)

DEFINIÇÕES:

A preparação, manutenção e verificação do ventilador é da responsabilidade do enfermeiro de apoio à anestesia ou do enfermeiro responsável de turno.

MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO:

- Entrevistas de orientação individual
- Reuniões de serviço
- Verificação e análise de registos

 <p>Ministério da Saúde Hospital de São Teotónio, E.P.E.</p>	MANUAL DE PROCEDIMENTOS [BLOCO OPERATÓRIO]	Elaborado em 18/06/2008	Folha 4
		Revisto em	Revisão N.º00
		CÓDIGO DOC. MPBO N.º	

LEGISLAÇÃO, ORDENS DE SERVIÇO, BIBLIOGRAFIA DE SUPORTE:

- AESOP: Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses – **Práticas recomendadas para o Bloco Operatório**. Lisboa: 1998.
- JÚNIOR, Costa Auler; AMARAL, Gomide do – **Assistência Ventilatória Mecânica**. São Paulo: 1ª reimpressão da 1ª edição. Editora Atheneu, 1998
- Manual de Instruções do Ventilador PRIMUS

Critérios do Manual Organizacional Observados: 41.38

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por:
Enf. Ricardo Antunes.....
Enf. Ana Ladeiras:.....
.....
.....

NOTA: Os procedimentos devem ser, regularmente, objecto de avaliação/ revisão de 3 em 3 anos (Vide B.I. N.º 60/2004)

TÍTULO: Realização do Auto-teste (Sequência)

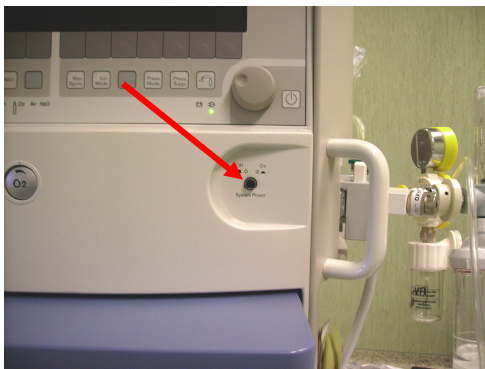


Figura: 17

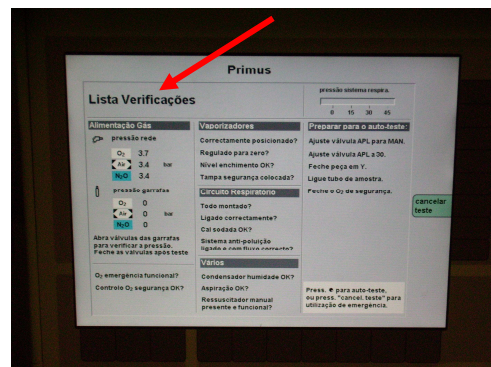


Figura: 18

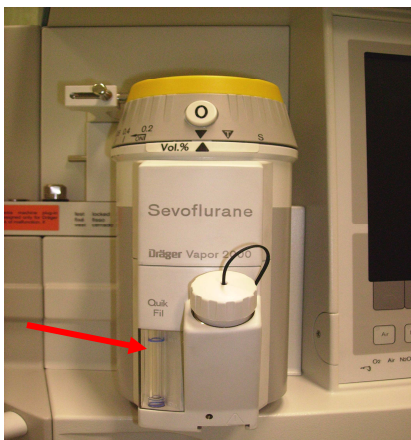


Figura: 19



Figura: 20



Figura: 21

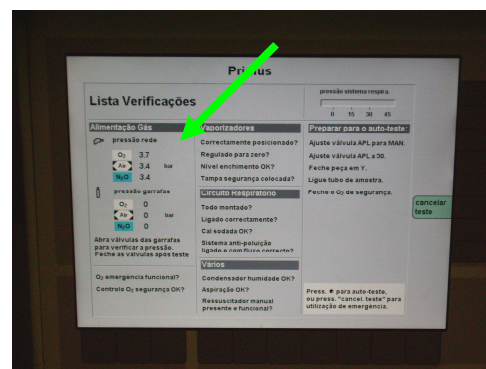
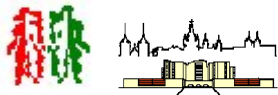


Figura: 22



Ministério da Saúde
Hospital de São Teotónio, E.P.E.

MANUAL
DE
PROCEDIMENTOS
[*BLOCO OPERATÓRIO-ANEXO I*]

Elaborado em

Folha
1

Revisto em

Revisão
N.º

CÓDIGO DOC. MPBO N.º

TÍTULO: Montagem do Sistema Respiratório

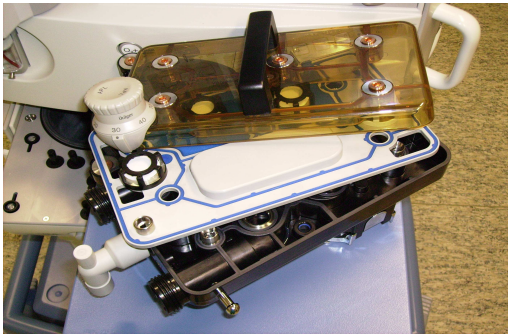


Figura: 1



Figura: 2



Figura: 3



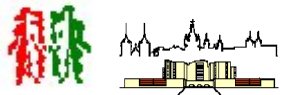
Figura: 4



Figura: 5



Figura: 6



Ministério da Saúde
Hospital de São Teotónio, E.P.E.

MANUAL
DE
PROCEDIMENTOS
[*BLOCO OPERATÓRIO-ANEXO I*]

Elaborado em

Folha
2

Revisto em

Revisão
N.º

CÓDIGO DOC. MPBO N.º



Figura: 7



Figura: 8



Figura: 9



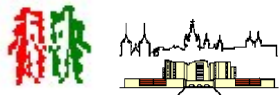
Figura: 10



Figura: 11



Figura: 12



Ministério da Saúde
Hospital de São Teotónio, E.P.E.

MANUAL
DE
PROCEDIMENTOS
[*BLOCO OPERATÓRIO-ANEXO I*]

Elaborado em

Folha
3

Revisto em

Revisão
N.º

CÓDIGO DOC. MPBO N.º



Figura: 13



Figura: 14



Figura: 15



Figura: 16



Hospital S. Teotónio EPE - Viseu

CHECK-LIST DO VENTILADOR PRIMUS

	Sala _____	Nº Série _____		Mês _____		Ano _____	
DIAS DA SEMANA	1	2	3	4	5	6	7
VENTILAÇÃO							
a) Esterilização							
b) Auto-teste							
c) Insuflador Manual							
d) Estetoscópio							
e) Sistema de Aspiração							
f) Humidificador							
g) Laringoscópio							
h) Sistema de Exaustão							
SUBSTITUIÇÃO DE COMPONENTES							
i) Traqueias							
j) Sensor de Fluxo (Spirolog)							
k) Separador de Água (Condensador)							
l) Linha de espirometria							
Rubrica do Enfermeiro (nº mecanográfico)							
OBSERVAÇÕES							