



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Centro Regional das Beiras

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Carlos Filipe Coimbra de Azevedo

Viseu, Setembro de 2010



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Centro Regional das Beiras

MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências de Saúde para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, sob a orientação do Mestre Jorge Melo

Viseu, Setembro de 2010

RESUMO

O Enfermeiro especialista apresenta um conhecimento aprofundado num determinado domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando desta forma um conjunto de competências relativas a um campo de intervenção especializado. (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

No sentido de concretizar o Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica realizamos 3 módulos de estágio, Serviço de Urgências (HSTV), Cirurgia Cardio-Torácica e Instituto Nacional de Emergência Médica.

A Urgência do HSTV E.P.E segundo a DGS é uma urgência polivalente (SUP), sendo este o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência. Neste estágio realizou-se actividades em todas as áreas de cuidados, contudo, deu-se maior primazia à triagem, sala de emergência/reanimação, sala de pequena cirurgia e UDC, nas quais se concretizaram algumas técnicas, nomeadamente, estabilização da vítima, monitorização dos parâmetros vitais e colheita de espécimes para análise.

O INEM é o órgão coordenador de uma valência de saúde que é uma nova concepção de cuidados de saúde, caracterizado por um conjunto de acções extra-hospitalares, hospitalares e inter-hospitalares. Para uma melhor compreensão deste instituto houve necessidade de conhecer os diferentes meios à disposição desde a ambulância à VMER. Nestes meios tivemos diversas experiências positivas desde o encaminhamento de doentes urgentes até à prestação de cuidados emergentes nomeadamente em paragem cardio-respiratória.

O INCCI é um instituto que apresenta como objectivo primordial, o tratamento cirúrgico das doenças do coração e dos grandes vasos intra-cardíacos. Neste contexto as cirurgias mais comuns são as valvuloplastias e a cirurgia de bypass cardíaco. O doente internado numa unidade desta natureza, é um doente cuja patologia poderá levar a complicações diversas, envolvendo a falência de um ou de vários órgãos. Tivemos a possibilidade de cuidar de doentes que tinham sido submetidos a triplo bypass cardíaco, a aneurisma da aorta, bem como, a colocação de próteses valvulares. Foi-nos dada a oportunidade de assistir a algumas cirurgias onde pudemos contactar e aprender “*in loco*”, bem como de observar determinadas técnicas como a *circulação extra corporal*.

A redacção deste relatório permitiu-nos a reflexão sobre o trabalho e actividades desenvolvidas no decorrer dos estágios, bem como a revisão global dos objectivos gerais programáticos, permitiu-nos ainda, desenvolver determinadas competências: técnicas científicas na área do doente crítico, de auto – conhecimento, relacionais, bem como investigativas.

ABSTRACT

The Specialist Nurse presents an in-depth knowledge in a specific nursing domain, taking in account human responses to life processes and health problems, demonstrating a range of expertise covering a field of specialized intervention (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

In order to achieve the Master's and Specialization in Medical Surgical Nursing we performed three traineeship modules: General Emergency Department (HSTV), Cardiothoracic Surgery and National Institute for Medical Emergencies (INEM).

The HSTV's General Emergency Department, according to DGS, is a polyvalent emergency, being the more diverse level of response to the situation of urgency/ emergency. In this traineeship we carried out activities in all areas of care, however, we gave primacy to Triage, Emergency/ Resuscitation Room, Minor Surgery Room and Clinical Decision Unit, in which some techniques were performed, namely, stabilization of the victim, monitoring of vital parameters and take some specimens for analysis.

The INEM is the coordinating organ of a valence of health which is a new concept of health care, characterized by a set of outside hospital, hospital and inter-hospital actions. For a better understanding of this institute was necessary to know the different means available, from the ambulance to the medical car of emergency and resuscitation (VMER). In these areas we had several positive experiences, from the referral of urgent patients until the provision of emergency care, particularly in cardiac arrest.

The INCCI is an institute that has as its primary goal the surgical treatment of heart and great vessels intra-cardiac diseases. In this context the most common surgeries are valve repair and heart bypass surgery. The patient admitted to this unit it's a patient whose condition may lead to several complications, involving the failure of one or more organs. We were able to care for patients who had undergone triple cardiac bypass, aortic aneurysm and the placement of prosthetic valves. We were given the opportunity to watch some surgeries where we could contact and learn "in loco", as well as observing certain techniques, as extracorporeal circulation.

The completion of this report allowed us to reflect at the work and activities during the traineeships, as well as a global review of general programmatic objectives, still has enabled us develop certain skills: technical scientific in the area of critical patients, self knowledge, relational and investigative ones.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
I – SERVIÇO DE URGÊNCIA	15
1.2 – PANORÂMICA DA ENFERMAGEM EM URGÊNCIA.....	19
1.3 – ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	20
2 – INSTITUTO NACIONAL EMERGENCIA MÉDICA	29
2.1 – SISTEMA INTEGRADO DE EMERGÊNCIA MÉDICA (SIEM)	31
2.2 – ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	32
3 – INSTITUT NATIONAL DE CHIRURGIE CARDIAQUE ET DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE	39
3.1 – ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDA	39
4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
BIBLIOGRAFIA	51
ANEXOS	55
ANEXO 1: ARQUITECTURA DO SERVIÇO DE URGENCIA	
ANEXO 2: GUIA DE ACOLHIMENTO A ALUNOS DE ENFERMAGEM	
ANEXO 3: PERTINENCIA DA PUNÇÃO VENOSA COM CATETER	
ANEXO 4: GESTÃO DE STOCKS / PROGRAMA INFORMÁTICO	
ANEXO 5: INFORMAÇÃO QUE SE DEVE FORNECER AO I I 2	
ANEXO 6: SINAIS DE ALERTA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	

SIGLAS E ABREVIATURAS

CIAV - Centro de Informação Anti-Venenos;

CODU – Centro de orientação de Doentes Urgentes;

CTAPRU – Comissão técnica de apoio ao processo de requalificação das urgências;

CVP – Cateter Venoso Periférico;

DGS– Direcção geral de saúde;

HOPE – Standing Committee of the Hospitals of the European Union;

HSTV.E.P.E. – Hospital de São Teotónio entidade pública empresarial;

INCCI – Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle ;

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica;

PCR – Paragem cardio-respiratória;

REPE – Regulamento do Exercício profissional dos enfermeiros;

SBV – Suporte básico de vida;

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica;

SIV- Suporte imediato de Vida;

SNS – Sistema Nacional de Saúde;

SU – Serviço de urgência;

SUP – Serviço de Urgência Polivalente;

TAE – Técnicos de Ambulância de Emergência;

TM – Triagem de Manchester;

UDC – Unidade de Decisão Clínica;

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como objectivo descrever as actividades realizadas nos módulos I, II e III, do plano de estudos do Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde de Viseu. Neste relatório, pretendemos fazer uma abordagem crítica das actividades desenvolvidas nos estágios, de forma a dar cumprimento aos objectivos e competências definidos no projecto de estágio. Os módulos tiveram a orientação do Enfermeiro Especialista Jorge Melo e tutorados por diferentes Enfermeiros Especialistas com experiência relevante na Enfermagem Médico-Cirúrgica.

De acordo com o plano de estudos do Curso ao Estágio corresponderam 30 ECTS, representando um total de 750 horas, das quais 540 foram de contacto com as diversas realidades, as restantes (210 horas) foram para trabalho individual. A cada um dos Módulos corresponderam 10 ECTS, ou seja, 180 horas de contacto, que se distribuíram pelas 7 a 8 semanas do período em causa, tendo realizado 3 a 4 turnos por semana. O horário praticado foi de acordo com o estabelecido pelo tutor de cada Módulo, de forma a acompanhá-lo.

O módulo I foi realizado no serviço de urgência (SU) do HST, EPE e decorreu de 15 de Setembro a 30 de Novembro. Este período foi, contudo, alterado, com a respectiva autorização do Enf.º Chefe, de forma a facilitar a organização dos turnos permitindo desta maneira, um maior espaço temporal para a realização dos mesmos. Neste estágio tivemos como tutor a Enf.ª Especialista Anabela Antunes e Enf.ª Especialista Maria Goreti. A opção pela realização do módulo I no Serviço de urgência do HSTV está associada ao facto deste serviço ser considerado pela Direcção Geral de Saúde (DGS) uma urgência polivalente (SUP), sendo este o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência localizando-se, em regra, num hospital geral central/centro hospitalar. O facto de sermos funcionário da instituição foi igualmente um aspecto importante na escolha deste serviço, no sentido de tentar compreender melhor a dinâmica de encaminhamento dos doentes para os diversos serviços do Hospital.

O Módulo II foi realizado na Unidade de Cirurgia cardio-toracica do *Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle* do Luxemburgo e decorreu no período compreendido entre 1 de Janeiro de 2010 e 31 de Janeiro de 2010, tendo sido tutorado pelo Enf.º Especialista José Lopes. Este estágio embora seja um estágio de 180 h foi realizado em apenas um mês, para o que usufruímos de licença sem vencimento durante esse período. A

opção por este tipo de unidade e pelo INCCI deveu-se à necessidade que sentimos em adquirir competências na área do doente crítico em cuidados intensivos coronários, mas acima de tudo para adquirir conhecimentos acerca da profissão de Enfermagem num país diferente. A opção pelo Luxemburgo justifica-se, essencialmente, pelas facilidades de natureza logística.

O último módulo, módulo opcional, foi efectuado no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) tendo decorrido no período compreendido entre 1 de Dezembro de 2009 e 28 de Fevereiro de 2010, com tutoria da Sra. Enfermeira Adriana Machado. Este estágio, previamente programado para decorrer em Junho e Julho, só pode ser realizado no período atrás referido, devido a dificuldades na aprovação do mesmo, por parte do INEM. Tal facto, obrigou à realização de dois estágios no mesmo período temporal. Neste período de estágio houve a oportunidade de conhecer todos os meios à disposição para o apoio à vítima, sendo realizado o estágio nas ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV), nas ambulâncias Suporte Imediato de Vida (SIV), Veículo de Emergência Médica (VMER) e no Centro Operacional de Doentes Emergentes (CODU). A escolha deste campo de Estágio deveu-se ao facto de esta ser uma área onde tem de existir uma grande capacidade de adaptação ao meio envolvente e é o primeiro meio a ser accionado em caso de acidente. Esta área é algo completamente novo, pois todo o percurso enquanto profissionais decorreu em ambiente hospitalar e a realização deste módulo permite-nos compreender a dinâmica das equipas e acima de tudo, observar o contexto social em que as vítimas se encontram inseridas.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril, a Enfermagem registou entre nós no decorrer 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. Desta maneira, importa reconhecer o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde. Ainda de acordo com o mesmo decreto a profissão de Enfermagem tem como objectivo, na área da saúde, a prestação de cuidados de enfermagem ao ser humano, quer este esteja doente ou são, bem como aos grupos sociais em que este se encontra inserido, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto o possível. Neste sentido,

“O Enfermeiro especialista 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 lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.” (ORDEM dos ENFERMEIROS, ponto 3 do art.º 4 do REPE).

Suportado pela definição presente no REPE, este é o profissional que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente. O saber especializado em Enfermagem implica um conhecimento aprofundado sobre a pessoa já que, os Cuidados de Enfermagem apresentam como foco principal de atenção a promoção de projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue.

Neste sentido, a ordem dos Enfermeiros propõe o seguinte conceito para definir um Enfermeiro especialista:

“O Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.” (ORDEM dos ENFERMEIROS, 2007, p.15)

Ao frequentar o Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica adquirimos novos conhecimentos que, ao aplicá-los na prática, permitem a aquisição de novas competências e o desenvolvimento da perícia. Sendo assim, consideramos importante aproveitar todas as oportunidades de desenvolvimento que possam surgir durante o estágio.

A realização deste relatório final de curso tem como objectivos:

- Dar a conhecer todas as actividades desenvolvidas ao longo dos estágios efectuados, relacionando-as com os objectivos propostos no início do curso e ao longo de cada campo de estágio;
- Descrever o percurso de aprendizagem ao longo dos estágios de forma sistemática, organizada e de carácter reflexivo;
- Servir como instrumento facilitador no processo de avaliação das competências adquiridas.

A sua concepção baseou-se na consulta do guia de estágio, no projecto de estágio anteriormente elaborado, na revisão de conteúdos teóricos leccionados e na reflexão crítica das experiências vivenciadas.

O projecto inicialmente elaborado sofreu grandes alterações no decurso do estágio, uma vez que, sentimos a necessidade de ajustar os objectivos definidos no início de cada módulo de estágio, em conjunto com os respectivos tutores, aproveitando desta forma, as oportunidades de aprendizagem. Neste sentido, para uma melhor compreensão e análise, este relatório encontra-se dividido em três partes. A cada parte corresponde respectivamente um

módulo de estágio, serviço de urgência, cuidados intensivos de cirurgia cardio-torácica e Emergência pré-hospitalar. Em todas as partes é realizada uma análise crítica das actividades desenvolvidas onde se insere de forma sucinta e objectiva, a descrição de cada serviço, a apresentação das actividades efectuadas em cada campo de estágio e uma pequena análise reflexiva. Por último, é apresentada a conclusão onde se encontra uma síntese e algumas considerações finais sobre a aprendizagem neste percurso académico e profissional.

O estágio é, sem dúvida, uma componente fundamental do curso, pois permite aos discentes colocar em prática um manancial de conhecimentos adquiridos de uma forma teórica, por um lado, e conhecer outra realidade profissional, por outro. Como tal, procuramos tirar o máximo partido desta oportunidade, e de alguma forma, conseguir transmiti-lo neste relatório.

I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

Segundo a DGS (2001), o funcionamento dos Serviços de Urgência tem sido, ao longo dos anos, uma preocupação constante do Serviço Nacional de Saúde. Por múltiplas razões, os Serviços de Urgência transformaram-se progressivamente na porta de entrada no SNS e em grandes consumidores de recursos humanos e financeiros, condicionando, em muitos hospitais, o funcionamento regular de todos os outros Serviços de Acção Médica, do Ambulatório e dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica. É sabido que, em Portugal, os Serviços de Urgência são deveras procurados pelos cidadãos/ utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), colocando muitas vezes em causa a missão daqueles Serviços, isto é, a prestação de cuidados de saúde aos cidadãos/utentes em situação de doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente. Ainda para a DGS (2001) é fundamental, para a compreensão da lógica de funcionamento dos Serviços de Urgência, a definição clara dos conceitos de situações Urgentes e Emergentes: **Urgências** são todas as manifestações de sintomatologia clínica que apresentam instalação súbita, desde as graves até às não graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais. Por sua vez as **Emergências** são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que realmente existe, eminente ou estabelecido, o compromisso de uma ou mais funções vitais. Todas as situações clínicas enquadráveis nestas definições necessitam de referência hospitalar para Unidades com a diferenciação suficiente para um atendimento correcto sob o ponto de vista técnico e científico.

Segundo a [Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências (CTAPRU), 2007], existem muitas outras situações agudas que, não sendo consideradas emergentes nem urgentes, carecem de resolução rápida, no mesmo dia ou em horas, em consulta aberta a situações não programadas. Estas últimas não são consideradas verdadeiras urgências, mas, na realidade portuguesa, têm sido incorrectamente encaminhadas e resolvidas nos SU. Tal facto confere prejuízo evidente para os cidadãos/ utentes que realmente carecem dos cuidados diferenciado dos SU, nomeadamente, aqueles que experimentam situações de doença e/ ou lesão emergentes e urgentes. Estes cidadãos/ utentes vêm o seu atendimento comprometido, entenda-se atrasado e complicado, pelo recurso indevido dos cidadãos/ utentes em situações não urgentes aos SU. Com isto, verifica-se uma sobrecarga do funcionamento dos SU para além dos limites aceitáveis.

Para Sheehys (2001) existem variadíssimas causas para a afluência das pessoas ao SU, nomeadamente, não existe a necessidade de marcação, é um serviço útil para quem tem poucos recursos económicos/ financeiros, possibilita tratamento independentemente da possibilidade de remuneração e encontra-se aberto 24/24 h inclusive feriados e fins-de-semana.

I.1- DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

De acordo com Neto *et al.*, (2003), o SU tem de ser entendido e analisado sob vários prismas, nomeadamente, tendo em conta a sua estrutura, a sua funcionalidade bem como a sua organização. Relativamente á sua estrutura, traduz-se no sentido da sua construção e forma, isto é, tanto os espaços, como os elementos que servem de suporte para a execução dos cuidados, sendo hoje em dia, um factor de grande preocupação, quer para aqueles que os idealizam, quer para aqueles que vão ser alvo dos cuidados. Se a estrutura for geradora de conflitos, esta vai restringir o aspecto organizativo da instituição, consentindo o abandono das práticas de uma política de gestão fundamentada na ordem e no respeito de normas pré-estabelecidas. Estas normas pré-estabelecidas, essenciais para a operacionalização do SU, devem abranger uma série de protocolos de actuação, nos quais deve ser dado ênfase á interacção/ coordenação de todos os profissionais de saúde, o que por vezes na realidade não se verifica. Paralelamente a estas considerações de ordem estrutural e organizacional, a comunicação e a informação estão muitas vezes votadas ao esquecimento, o que de certa forma impede o investimento no aperfeiçoamento dos cuidados que são prestados aos utentes.

De acordo com a DGS a Urgência do HSTV E.P.E é uma urgência polivalente (SUP), sendo este o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência localizando-se, em regra, num hospital geral central/centro hospitalar. A missão deste serviço de acordo com o plano funcional do SU do HSTV. E.P.E (2006) é em tudo semelhante à de outros Serviços de urgência do país: prestar cuidados de saúde de qualidade e em tempo útil, a todos os cidadãos que ali ocorram em situação de urgência ou emergência, garantindo o respeito, a segurança e a dignidade da pessoa humana. Em suma, a Missão do Serviço é o tratamento e encaminhamento, nas 24h, de doentes urgentes, na área de influência do HSTV. E.P.E. Ainda e de acordo com o plano funcional do Serviço de Urgência Geral (2006), este Hospital, serve uma população estimada em cerca de 500.000 habitantes, relativos a 18 concelhos do distrito de Viseu, além disso é a unidade de Saúde de referência de grande parte dos utentes do distrito da Guarda. É um serviço multidisciplinar e multiprofissional, dotado de autonomia técnica e organizado de acordo com o seu regulamento interno. Este serviço apresenta um número elevado de admissões, cerca de 260 doentes por dia, perfazendo um volume anual de cerca de 95000 admissões.

O SU, estende-se por uma área que envolve uma série de sete áreas funcionais, que são:

Triagem (I) – A admissão diária de um número elevado de doentes que apresentam uma grande variedade de sinais e sintomas, levou à necessidade de implementação de um sistema de triagem (Triagem de Manchester) visando assegurar uma metodologia de trabalho que seja coerente, fiável, uniforme e objectiva, que permita que o atendimento ao doente seja feito através de uma prioridade clínica e não através da ordem de chegada. Segundo Sheehys(2001) uma triagem eficaz tem como objectivo principal a identificação rápida de doentes que se encontrem com situações clínicas urgentes e em risco de vida.

A triagem de Manchester está implementada no SU desde 2003, sendo realizado por Enfermeiros, logo após a admissão dos doentes. Para *Morais et al., cit in Nunes (2003)* este sistema de triagem foi criado pelo grupo de triagem de Manchester, em Novembro de 1994, embora só tenha sido implementado pela primeira vez em 1997, visava um consenso entre Médicos e Enfermeiros dos SU, com vista à criação de normas de triagem. Em Portugal, este sistema foi implementado pela primeira vez em 2000 no Hospital geral de Santo António e no Hospital Fernando da Fonseca.

A Triagem de Prioridades de Manchester permite a identificação da prioridade clínica e definição do tempo alvo recomendado até à observação médica caso a caso, quer em situações de funcionamento normal do Serviço de Urgência, quer em situações de catástrofe. Para *Teixeira (2006)* este Sistema, não tem a pretensão de definir um diagnóstico, mas sim uma prioridade clínica, segundo a metodologia de Manchester, fazer triagem de prioridades é identificar critérios de gravidade, de uma forma objectiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido (baseada nos problemas identificados) e o respectivo tempo alvo recomendado até ao início da primeira observação médica.

Este método de triagem requer que os profissionais de saúde seleccionem uma das 53 sintomatologias pré definidas e procurem um número delimitado de sinais e sintomas que discrimine a prioridade clínica a atribuir ao doente. Cada conjunto de sinais e sintomas descritos pelo doente vai permitir a inclusão da sintomatologia manifestada numa das cinco prioridades clínicas. A utilização deste sistema classifica o utente numa de 5 categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo para a observação médica inicial:

- 1 = Emergente = Vermelho = 0 minutos;
- 2 = Muito urgente = Laranja = 10 minutos;
- 3 = Urgente = Amarelo = 60 minutos;
- 4 = Pouco Urgente = Verde = 120 minutos;
- 5 = Não urgente = Azul = 240 minutos.

Esta é uma área de fundamental importância, onde são atendidos, orientados e encaminhados os utentes de forma rápida e eficiente, de acordo com as prioridades.

Sala de Emergência/Reanimação (2) – Destina-se à prestação de cuidados mais diferenciados, emergentes e de curta duração, aos utentes que dão entrada neste serviço em estado crítico, com ou na eminência de compromisso de uma ou mais funções vitais – Corresponde à pulseira **laranja ou vermelha** da classificação de prioridades segundo a Triagem de Manchester.

Sala de Cuidados de Enfermagem menos Urgente (3) – É a área para onde são encaminhados os utentes que deambulam a pé ou em cadeira de rodas, e que necessitam de cuidados com menor complexidade - Corresponde à pulseira **azul, verde, ou amarela** da classificação de prioridades segundo a Triagem de Manchester.

Sala de Pequena Cirurgia (4) – Onde são observados/cuidados os utentes vítimas de acidentes que apresentam ferimentos (sem compromisso das funções vitais), com outras feridas ou abscessos. As funções do Enfermeiro passam pela lavagem, desinfeção, drenagem de abscessos, realização de pensos e colaboração com o médico.

Sala de Cuidados de Enfermagem Mais Urgentes (Sala aberta, sala de inalolimunohemoterapia, Sala de gessos e Especialidades) (5) - Destina-se à prestação de cuidados aos utentes em maca, cadeira de rodas ou a pé. Envolve cuidados técnicos como colheita de sangue para análise, colocação de sondas vesicais, entubações oro/nasogásticas, enemas de limpeza, terapêutica em perfusão intravenosa, inaloterapia, apoio às especialidades cirúrgicas e médicas... bem como a prestação de cuidados de higiene e conforto.

Unidade de Decisão Clínica (UDC) (6) – É a área para onde são encaminhados os utentes que necessitam de monitorização e vigilância permanente, até que haja uma decisão clínica, trata-se de uma unidade polivalente e nela podem permanecer doentes do foro médico e do foro cirúrgico, o tempo máximo de permanência nesta unidade é de 6 a 8h atingido este tempo máximo de permanência, terá que ser tomada uma decisão clínica, seguindo o doente para o internamento num serviço, no SO, ou então tendo alta. Aos doentes nesta área pode corresponder **qualquer cor** da classificação de prioridades segundo a Triagem de Manchester.

Sala de Observação (SO) (7) – Dispõe de 9 camas, e destina-se ao internamento de utentes que requerem uma vigilância atenta e continuada, para se definir a sua situação clínica, sendo posteriormente, transferidos para o respectivo serviço de internamento, ou tendo alta clínica - Pode corresponder a **qualquer cor** da classificação de prioridades segundo a Triagem de Manchester (Anexo I).

1.2 – PANORÂMICA DA ENFERMAGEM EM URGÊNCIA

A enfermagem de Urgência teve início na época de Florence Nightingale, sofrendo evolução como prática especializada ao longo dos últimos 25 anos. Deixou de ter aquela imagem tradicional onde o Enfermeiro era visto como auxiliar do médico, executor de tarefas e prestador de cuidados de menor complexidade e exigência. A enfermagem é vista, actualmente, como uma profissão mais autónoma, mais autocrítica e mais interventiva nas decisões respeitantes ao cuidar do doente o que, de certa maneira, proporciona aos enfermeiros criar e assumir novos papéis no seio da equipa de saúde, bem como, adquirir novos saberes e como tal serem aceites e respeitados pelas outras profissões da área da saúde. (Sheehys, 2001).

A Enfermagem moderna segundo Potter e Perry (2004) é uma arte e uma ciência, que engloba, para além do conhecimento inerente á profissão, o conhecimento das ciências físicas, comportamentais e sociais, bem como as questões contemporâneas, essenciais para satisfazer as necessidades individuais dos utentes e das famílias.

Por definição, e para Sheehy,s (2001) pode-se entender a Enfermagem no contexto de Urgência como 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. De facto o âmbito da Enfermagem em Urgência compreende um conjunto de acções sequenciadas, nomeadamente a avaliação inicial, o diagnóstico, o planeamento, a implementação e a avaliação dos cuidados prestados ao doente. Estas acções caracterizam o denominado processo de Enfermagem, que quando utilizado correctamente, é vital para garantir a continuidade de cuidados de qualidade junto do doente, num curto espaço de tempo. No âmbito da urgência o Enfermeiro tem de recorrer a uma abordagem de resolução de problemas para que possa tomar decisões de vida ou de morte, em muitos casos esta abordagem tem de ser iniciada e terminada em questão de minutos.

Ainda para o mesmo autor, os cuidados de Enfermagem no contexto de urgência são episódicos, primários e normalmente agudos. A sua resolução pode implicar cuidados mínimos ou medidas de reanimação, ensino ao doente e família, encaminhamento adequado e conhecimento das implicações legais.

1.3 – ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste ponto pretendemos descrever e analisar criticamente o trabalho desempenhado aquando da passagem pelo SU, tendo em conta as actividades desenvolvidas e as competências adquiridas. De forma a facilitar a descrição e compreensão das actividades realizadas seguiu-se a ordem pela qual estão enumeradas no projecto de estágio.

O horário realizado durante este período de estágio correspondeu aos turnos realizados pelas respectivas tutoras. Efectuamos um esforço no sentido de realizar o máximo de turnos com a sua supervisão, contudo, nem sempre foi possível pelo facto de termos que conciliar a carga horária semanal - 40h - realizadas, com a distribuição dos turnos que estas tinham no SU. Outro aspecto que dificultou o maior acompanhamento por parte das orientadoras, foram as constantes trocas por estas realizadas o que, de certa forma, foi impeditivo de realizar um maior número de turnos sobre a sua supervisão.

Durante estas semanas de estágio houve oportunidade de conhecer e de realizar actividades em todas as áreas de cuidados do SU, contudo, demos preferência a umas em detrimento de outras. As áreas às quais demos maior primazia, foram essencialmente, triagem, sala de emergência/reanimação, sala de pequena cirurgia e UDC, pois, é nestas áreas que existe uma maior necessidade pessoal de desenvolvimento de competências.

O primeiro objectivo proposto no início do presente estágio foi o de **Conhecer a estrutura física e organizacional do Serviço de Urgência Geral, assim como promover a integração na equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência Geral.** Após visita guiada ao serviço, iniciamos a integração nos métodos de trabalho e dinâmica do Serviço de Urgência, que decorreu num processo contínuo, embora exista a noção de que 180h de estágio são demasiado curtas para conseguir adquirir uma dinâmica de trabalho equiparável a colegas que desempenham funções neste serviço. Esta situação foi perfeitamente compreendida pelos colegas, que tentaram facilitar ao máximo a devida integração bem como o esclarecimento de dúvidas que iam surgindo de acordo com o desenrolar do estágio.

O serviço de Urgência Geral, foi um dos serviços, onde já tivemos inúmeras oportunidades de conhecer as suas diferentes áreas de cuidados, pelo que, à partida, deixa de ser um serviço desconhecido, contudo, foi fundamental a visita guiada realizada pelas orientadoras, tendo desta forma, a possibilidade de relembrar as distintas áreas. Acresce aos aspectos referidos anteriormente, como facilitadores da integração, a oportunidade de realizar/ complementar o guia de acolhimento para os alunos do curso de Licenciatura em Enfermagem que realizem estágio no Serviço de Urgência. A realização deste trabalho veio consolidar ainda mais a percepção acerca das características das diferentes áreas de cuidados

bem como a função para a qual foram criadas, facilitando, desta forma, o início do percurso de estágio bem como a movimentação para a realização do mesmo (Anexo 2).

Desta forma, o percurso de estágio começou pelo sector da triagem. Neste sector, atendem-se doentes com um conjunto variado de patologias que carecem de tratamento urgente/emergente e que provêm de diversos lugares, como sejam: centros de saúde e outras instituições hospitalares, do domicílio, da via pública ou local de trabalho chegando também de diferentes formas, seja por meios próprios, transportados por bombeiros, ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e Suporte Básico de Vida (SBV), assim como pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). Neste sector, permanece sempre um Enfermeiro triador e, em algumas circunstâncias podem permanecer dois, dependendo da afluência de doentes ao serviço. O Enfermeiro que se encontra nesta posição tem de ter determinadas características, nomeadamente tem de ser portador do curso de Triagem de Manchester, pois, somente desta forma, poderá desempenhar as funções de uma forma correcta.

De acordo com Teixeira (2006) os Enfermeiros são considerados os profissionais que reúnem um conjunto de condições que os capacitam para a realização da triagem, uma vez que utilizam uma linguagem clínica orientada para os sintomas que os doentes apresentam e não para a elaboração de diagnósticos. Para além desta vantagem, o mesmo autor refere ainda que a triagem realizada por Enfermeiros permite aumentar a humanização do acolhimento do doente e seu acompanhante, permitindo estabelecer uma boa relação Enfermeiro – doente podendo, deste modo, atenuar diversos sentimentos como sendo a ansiedade e medo que a situação possa acarretar. Apesar dos conhecimentos adquiridos na realização do curso de triagem, este local, ao contrário do que inicialmente se previa, é um lugar de muita responsabilidade, em que o Enfermeiro, tem que ter um conhecimento científico muito vasto, de maneira a conseguir desenvolver uma avaliação eficaz do doente. Mas acima de tudo tem de ter um “olho treinado”, pois segundo Teixeira (2006) o maior desafio para o Enfermeiro triador não são os doentes cujo estado crítico é deveras visível, ou seja, observável. O verdadeiro desafio está em reconhecer sinais e sintomas subtis de um determinado problema que poderá deteriorar-se rapidamente e pôr em causa o comprometimento de um ou de mais órgãos vitais do doente pondo em causa a sobrevivência deste. Ao permanecermos no Sector de Triagem, e tendo-nos sido dada a oportunidade de triar doentes pudemos desenvolver determinadas características como a capacidade de observação e de actuação dependendo da situação em causa, funcionando muitas das vezes como um segundo Enfermeiro triador. Aquando da abordagem das primeiras situações sentimos alguma insegurança, pois, embora já fossemos titulares do curso de triagem, até esta data, ainda não tinha havido, contacto com situações reais. Com a evolução do estágio e as diversas oportunidades que foram surgindo

para a realização da triagem, conseguimos adquirir gradualmente a capacidade de despistar, precocemente, situações que pusessem em risco a vida do doente. Conseguimos desenvolver um raciocínio mais dedutivo, possibilitando, desta forma, fazer uma selecção rápida da informação relevante no sentido de chegar a concluir um raciocínio estruturado.

Constatamos também, o porquê dos serviços de urgência estarem permanentemente sobrelotadas e com um tempo de espera demasiado longo para o primeiro atendimento, por parte dos médicos. Isto deve-se ao facto de as pessoas optarem por este serviço em detrimento de outros que seriam mais adequados ao seu problema. Tal facto confere um prejuízo evidente para os utentes que realmente carecem dos cuidados diferenciados dos SU, nomeadamente aqueles que experimentam situações de doença ou lesão urgentes/emergentes. Estes, por seu lado, vêem o seu tempo de espera aumentado, resultando de uma sobrecarga do funcionamento dos SU para além dos limites aceitáveis. Este tipo de comportamento da população não é fácil de alterar, contudo, é importante continuar a incentivar as pessoas a recorrer ao SU somente, quando estritamente necessário. Para isso há que continuar a desenvolver campanhas de sensibilização acerca da problemática de sobrelotação das urgências. Na passagem por este sector desenvolvemos e aperfeiçoamos um conjunto de competências que são deveras importantes para o nosso desenvolvimento enquanto profissionais de saúde, como sendo, a capacidade de comunicação, não fazer juízos de Valor acerca das situações com as quais nos vamos deparando, tentar escutar e interpretar os sinais da linguagem verbal e não verbal demonstrado pelo doente e pelo acompanhante. Isto nem sempre é fácil pois o doente encontra-se, por vezes, agitado e agressivo e nós temos que ter a capacidade de saber gerir a situação no sentido de diminuir a ansiedade do doente e de explicar como se irá desenrolar todo o processo clínico enquanto este estiver no SU.

A área em relação à qual tínhamos maior expectativa e onde pretendíamos permanecer durante grande parte do estágio era na sala dos doentes urgentes/ emergentes. Este facto, prende-se com a vontade de prosseguir o desenvolvimento a nível profissional na área do intensivismo. Deste modo, esta oportunidade era vista, como uma possibilidade para aperfeiçoar grande parte dos conhecimentos na prestação de cuidados ao doente crítico, para tal, houve a necessidade de fazermos uma revisão bibliográfica para adquirirmos/aprofundarmos determinados conhecimentos teóricos/práticos, relacionados com a prestação de cuidados aos doentes que são transferidos para esta área.

Inicialmente existia a ideia que a afluência de doentes em estado grave, com compromisso de uma ou de mais funções vitais para esta área fosse maior do que realmente se veio a verificar. Esta diminuição do fluxo de doentes politraumatizados relacionados com acidentes de viação deve-se essencialmente, ao melhoramento das acessibilidades no Distrito, nomeadamente a construção das auto-estradas em detrimento dos itinerários principais

nomeadamente do itinerário principal 5.

Os doentes encaminhados para esta sala provêm da área de triagem ou são encaminhados directamente para este local pela equipa do pré-hospitalar nomeadamente pela VMER. Contudo, durante a nossa permanência na sala reanimação pudemos observar que uma grande percentagem de doentes, encaminhados para esta sala eram doentes com uma idade já avançada e com muitos antecedentes pessoais ao contrário do que inicialmente se podia prever.

Durante a passagem pela sala de Emergência, prestamos cuidados directos e específicos a doentes com instabilidade hemodinâmica, falência respiratória e cardíaca, intoxicações e trauma. Desses casos destacamos algumas situações vistas como mais enriquecedores em termos de aprendizagem, nomeadamente, um acidente de viação onde existiu a oportunidade de juntamente com o respectivo tutor, aplicar a metodologia do ABCDE na abordagem ao doente. Houve ainda, a possibilidade de pôr em prática os conhecimentos adquiridos durante o curso bem como, os que estão associados à experiência profissional. Neste caso surgiu a oportunidade de colaborar ou de executar determinadas atitudes como a estabilização da vítima, monitorização dos parâmetros vitais, colheita de espécimes para análise, administração de terapêutica prescrita, colaboração na colocação de drenagem torácica e administração de fluidos prescritos. Não sendo, de todo, atitudes técnicas, que não tínhamos já executado, a celeridade que o contexto de urgência impõe, essa sim, constitui uma experiência nova que levou ao desenvolvimento de competências para a organização de prioridades. Além disto, surgiu a ocasião de actuarmos em diversas situações em que os doentes se encontravam com sinais e sintomas de dispneia aguda, procedendo á administração de fármacos e estabilização hemodinâmica dos doentes. Em todas as situações encontradas, tentámos manter um raciocínio lógico e coerente na definição das prioridades, nunca deixando de lado o aspecto relacional, tentando desta maneira minimizar ao máximo as situações de stresse a que os doentes eram sujeitos. Nesse sentido, eram explicados todos os procedimentos que iriam ser realizados no sentido de diminuir a ansiedade perante a situação. Saliámos também, os cuidados prestados a uma doente que foi trazida para a urgência devido a uma intoxicação por benzodiazepinas, sendo esta a única situação, em que se lidou com uma ocorrência destas. Além da medicação fornecida á doente para reverter a situação clínica, tentamos estabelecer uma relação empática com a doente no sentido de tentar perceber o que a levou a tomar tal atitude, concluindo que esta doente já tinha historial de situações semelhantes. Desta forma, mostramos toda a disponibilidade para responder as suas dúvidas e anseios no sentido de ser ajudada, contudo, mesmo com toda atenção dispensada, a doente não quis abordar o porquê que a levou a tomar tal atitude. Abordamos o tutor bem como o médico no sentido desta doente ter acompanhamento psiquiátrico pois a situação

assim o necessitava, contudo após esta experiência e após reflectirmos sobre a situação e o porquê da não abertura da doente para falar sobre o assunto, podemos depreender que a nossa abordagem não foi oportuna, o momento e o local não era o mais adequado para ela conversar acerca da atitude que tinha tomado.

Tivemos ainda a oportunidade de acompanhar a equipa de Emergência Interna numa situação de reanimação cardio-respiratória de um doente que se encontrava no Serviço de Medicina, momento em que nos foi possível pôr em prática os algoritmos de suporte básico de vida e suporte avançado, nomeadamente na massagem cardíaca e na administração da medicação necessária para estas situações. Contudo, depois de realizarmos diversos ciclos foi declarado o óbito do doente não conseguindo reverter a situação em causa.

Consideramos que com a passagem pela área de triagem e pela área de reanimação conseguimos pôr em prática um conjunto de atitudes que permitiram atingir o segundo objectivo, **desenvolver competências científicas, técnicas e humana para prestar cuidados de enfermagem ao doente crítico /família, que requeiram conhecimentos especializados na área da Enfermagem Médico-cirúrgica.**

A permanência durante alguns turnos na área de cuidados aos doentes menos urgentes, onde pudemos prestar cuidados a doentes que apresentavam essencialmente dor ou que necessitavam de administração de diversos tipos de terapêutica, permitiu-nos reflectir acerca de alguns cuidados realizados pelos colegas. Para Silva (2004) e de acordo com a International Association for the Study of Pain, a dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão. Concluímos assim, que a dor não é apenas uma sensação mas sim um fenómeno complexo que envolve emoções e outros componentes que lhe estão associados, devendo ser encarada segundo um modelo biopsicossocial. É um fenómeno subjectivo e individual (da minha dor só eu sei), logo a mesma lesão pode causar dores diferentes em indivíduos diferentes ou no mesmo indivíduo em momentos diferentes, dependendo do contexto de cada momento.

Segundo Davide (2009) a dor abdominal é um sintoma comum no universo médico e representa um espectro de diversas patologias que oscilam entre entidades benignas e emergências cirúrgicas, constituindo um desafio para o diagnóstico. A compreensão da anatomia, da fisiologia e da patologia abdominal é vital para a formulação de diagnósticos diferenciais para a dor abdominal, sendo crucial perceber como esta é gerada e sentida pelo doente. Trata-se de uma manifestação comum, presente em cerca de 6,5% dos doentes que são admitidos em urgências hospitalares. Embora frequentemente benignas, até 10% destes

doentes podem apresentar patologias graves.

Após permanecermos alguns turnos a prestar cuidados nesta área pudemo-nos aperceber que não existia uma uniformização na colocação de cateter venoso periférico nestes doentes, dependendo da opção individual do Enfermeiro responsável por esta sala. Quando confrontados com o critério subjacente à opção de colocação deste cateter as respostas obtidas não tinha muito fundamento, referiam essencialmente, sensação que o doente poderia vir a necessitar de cateter, poderia ter a necessidade de ir para o bloco operatório ou necessitar de mais medicação neste sentido, achamos importante a realização de um estudo, acerca da pertinência da colocação de CVP em doentes com dor abdominal. A colocação de cateter a todos os doentes que apresentem este tipo de patologia tem diversos inconvenientes, nomeadamente, maior dor para o doente, maior gasto de dinheiro para a instituição, maior gasto de tempo e esquecimento de retirar cateter aquando da alta. Este estudo tinha como principal objectivo perceber se era ou não pertinente a colocação de cateter a todos os doentes com esta sintomatologia. Para a realização deste trabalho houve a necessidade de fazer uma consulta na plataforma ALERT e pesquisar quais os doentes que apresentavam como fluxograma, dor abdominal. Este estudo teve uma amostra de 93 doentes e, para poder perceber se estes doentes necessitariam de punção com cateter, destacámos alguns procedimentos como a realização de determinados exames de administração de determinada terapêutica, entre outros. A principal conclusão que pudemos retirar é que dos doentes puncionados, apenas 29.5% necessitariam de colocação de cateter. Sabendo a necessidade de melhorar as práticas de actuação perante determinados cenários pensamos que com a realização deste trabalho conseguimos alertar os colegas para a problemática em causa esperando, desta maneira, ter conseguido mudar determinados comportamentos (anexo 3). Tendo presente que uma das funções importantes do Enf.º Especialista é promover a reflexão sobre as práticas; tentando desta maneira alertar os colegas para a necessidade de prestar cuidados baseados nas evidências e não na realização destas de uma maneira automática e de forma empírica, é importante, aquando da realização de determinadas acções reflectirmos antes de as realizarmos e sabermos o porquê de as realizarmos. Com a realização deste trabalho conseguimos atingir o terceiro objectivo **Reflectir sobre a actuação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na Urgência.**

O objectivo de **Desenvolver competências na área de gestão compreendendo os princípios de organização e gestão de um serviço de urgência**, não foi, de todo, o mais difícil de alcançar, pois, a gestão faz parte do nosso dia-a-dia enquanto Enfermeiros. Dado que exercemos frequentemente as funções de responsável de turno durante as ausências e outros impedimentos do enfermeiro chefe, muitas das acções/actividades programadas para atingir

este objectivo não são novas, contudo, no serviço de urgência tentamos ter uma visão mais crítica sobre todo este processo. Começámos por efectuar uma pesquisa em torno da definição para o termo Gestão e pudemos constatar que não existe uma definição universal. Contudo, existe algum consenso relativamente à ideia de que esta deve incluir obrigatoriamente um conjunto de tarefas que procuram garantir a afectação eficaz de todos os recursos disponibilizados pela organização, a fim de serem atingidos os objectivos pré-determinados. Para Miguel (2006), à gestão cabe a optimização do funcionamento das organizações através da tomada de decisões racionais e fundamentadas na recolha e tratamento de dados e informação relevante, contribuindo dessa forma para o seu desenvolvimento e para a satisfação dos interesses de todos os seus intervenientes para a satisfação de necessidades da sociedade em geral ou de um grupo em particular.

No sentido de operacionalizar alguns aspectos deste conceito, colaborámos com o tutor no procedimento de requisição e armazenamento de consumo clínico. Depois de observar o processo de requisição por parte dos Enfermeiros Especialistas, com delegação dessas funções, verificamos que não existia uma uniformidade ao nível da metodologia utilizada, ficando a definição das quantidades a repor, dependente do critério pessoal. Face a esta constatação, pensamos ser importante criar um método transversal a todos os Enfermeiros que têm alguma acção nesta área, criando um programa em Excel, onde se teria em conta a criação de um stock máximo e um stock mínimo. Segundo Hanssman (1968), um bem em stock é um recurso em descanso (parado ou armazenado) de qualquer espécie desde que tenha valor económico. Todas as decisões relacionadas com stocks dependem da resposta a duas questões fundamentais: quanto e quando se deve aprovisionar, isto é, qual a quantidade óptima de produto que deve ser armazenada e quando é que se deve proceder a uma nova requisição. Este processo é feito muitas vezes em clima de risco e/ou incerteza, o que torna as decisões difíceis. Para Francischini (2002) a área Gestão de stocks é uma área crucial para uma boa administração de qualquer organização e passa essencialmente por três decisões principais: quanto encomendar, quando encomendar; quantidade de stock de segurança que se deve manter para que cada artigo assegure um nível de serviço satisfatório. Na opinião de Reis (2005) a existência de stock pode-se justificar apenas pela legítima preocupação em fazer face às variações de consumo, aumentando a segurança, visto que cria defesas contra as variações da utilização, evita o incómodo de se fazerem pedidos mais frequentes e cria seguranças contra atrasos nas entregas por parte dos fornecedores.

Para a criação dos stocks máximos e mínimos houve necessidade de escolher um local de armazenamento de material, recaindo a escolha sobre o armazenamento da via aérea. Este local é a área onde é armazenado todo o tipo de material clínico utilizado na via aérea, nomeadamente, mascaras de oxigénio, tubos orotraqueais, tubos de guedel entre outro

material. Para tal houve a necessidade de efectuar um levantamento de todo o material existente nesta sala bem como a sua contabilização. Construimos tabelas que foram expostas no local em causa e, em paralelo, informámos a equipa de Enfermagem e a Equipa dos auxiliares da necessidade de registar a quantidade de material retirado, sempre que tal se verificasse. Após quinze dias de experiência podemos observar que a motivação/ vontade para colaborar neste projecto que aumentaria a eficácia e eficiência da gestão de stocks simplesmente não existia, inviabilizando a implementação deste projecto, isto deveu-se a vários factores, nomeadamente, sobrecarga de trabalho levando os colegas a não disponibilizarem de tempo para referir o que foi retirado e outras vezes por esquecimento. Contudo cumprimos a nossa parte deixando uma ferramenta informática válida que poderá ser utilizada posteriormente, caso o desejem (Anexo 4).

No decorrer deste estágio, gerimos a prestação de cuidados ao doente, de forma autónoma, utilizando a metodologia científica instituída para colher dados, planear, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem de forma contínua. Como forma de contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem e considerando que tal iria contribuir para o desenvolvimento de competências quer na área de gestão, quer em liderança, acompanhámos e colaborámos com a Enfermeira Anabela Antunes em diversas áreas pelas quais ela era responsável. Assim, participamos na gestão de enfermeiros e técnicos operacionais pelas diversas áreas de trabalho, dando apoio às áreas mais complicadas e contactando elementos para reforçar as equipas em situação de maior afluência de doentes à urgência, para que os recursos humanos fossem os adequados face à necessidade de cuidados do momento. Tivemos ainda a oportunidade de, com o Enfermeiro Especialista Paulo Silva, elemento dinamizador do grupo coordenador da qualidade para a área da Urgência /emergência, realizar auditorias internas à triagem e aos registos de Enfermagem, uma vez que estes são essenciais para avaliar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes, constituindo uma salvaguarda da boa prática. No desempenho desta actividade, tivemos a oportunidade de debater diversos assuntos relacionados com os cuidados de Enfermagem em contexto de Urgência, como por exemplo o facto de a tomada de decisão em triagem reflectir o estágio de perícia em que o Enfermeiro se encontra, uma vez que a aquisição desta competência está directamente relacionada com a experiência. À medida que o profissional se vai desenvolvendo, vai adquirindo competências e aprendendo com as suas experiências em contexto de trabalho, melhorando e até alterando a sua capacidade de decisão.

Para finalizar esta análise crítica das actividades na área da Urgência devemos ainda realçar que os objectivos que delineámos não são estanques, ou seja, todos eles são dinâmicos e interligados. Neste sentido a critica que fizemos em determinados objectivos pode ser facilmente integrada noutro objectivo. Por tudo o que referimos anteriormente sobre os

trabalhos realizados e sobre o desenvolvimento das actividades temos a convicção que conseguimos atingir na plenitude o objectivo de **Participar na formação em serviço na área da Médico cirúrgica.**

2 – INSTITUTO NACIONAL EMERGENCIA MÉDICA

O INEM é o órgão coordenador de uma valência de saúde que é uma nova concepção de cuidados de saúde, caracterizado por um conjunto de acções extra-hospitalares, hospitalares e inter-hospitalares. Este Instituto é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correcta prestação de cuidados de saúde. As principais tarefas do INEM são, a prestação de socorros no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do Sistema e pode ser accionado através do Número Europeu de Emergência - 112, dispondo de vários meios para responder com eficácia, a qualquer hora, a situações de emergência médica. (INEM,2010)

Para prestar um serviço eficaz de socorro às vítimas de doença súbita ou acidente, o INEM disponibiliza vários tipos de serviços para diferentes tipos de situações de emergência médica. Assim sendo, tem em funcionamento o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), o Centro de Orientação de Doentes Urgentes para situações ocorridas no mar (CODU-Mar), o Centro de Informação Antivenenos (CIAV) e o Sub-sistema de Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco

O CODU Centros de Orientação de Doentes Urgentes são Centrais de Emergência Médica responsáveis pela medicalização do Número Europeu de Emergência - 112. Na prática são transferidos para os CODU os pedidos de socorro efectuados por aquela via, referentes a situações de urgência ou emergência na área da saúde. O seu funcionamento é assegurado ao longo das 24 horas do dia por uma equipa de profissionais qualificados (médicos e operadores) com formação específica para efectuar o atendimento, triagem, aconselhamento, selecção e envio de meios de socorro. Compete aos CODU atender e avaliar, no mais curto espaço de tempo, os pedidos de socorro recebidos, com o objectivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso. Para o efeito dispõem de um conjunto de equipamentos na área das telecomunicações e informática que permitem coordenar e rentabilizar os meios humanos e recursos técnicos existentes. Neste contexto, os CODU coordenam e gerem um conjunto de meios de socorro (ambulâncias de socorro, viaturas médicas e helicópteros) seleccionados com base na situação clínica das vítimas, com o objectivo de prestar o socorro mais adequado no mais curto espaço de tempo. Em suma, seleccionam e mobilizam de forma criteriosa os recursos necessários a cada caso. Asseguram ainda o acompanhamento das

equipas de socorro aquando da sua actuação no terreno e, de acordo com as informações clínicas recebidas, é ainda possível seleccionar e preparar a recepção hospitalar dos doentes, com base em critérios clínicos, geográficos e de recursos da Unidade de Saúde de destino. (INEM, 2010).

O INEM dispõe de quatro CODU em funcionamento, em Lisboa, Porto, Coimbra e Algarve.

AS AMBULÂNCIAS INEM, são ambulâncias de socorro, destinadas à estabilização e transporte de doentes que necessitem de assistência durante o transporte, cuja tripulação e equipamento permitem a aplicação de medidas de Suporte Básico de Vida. Encontram-se sediadas no próprio Instituto e em corpos de bombeiros. Estão igualmente inseridos no Sistema Integrado de Emergência Médica, Postos Reserva, sediados também em corpos de bombeiros e núcleos da Cruz Vermelha Portuguesa. (INEM, 2010)

AS AMBULÂNCIAS SIV, a denominada ambulância de Suporte Imediato de Vida é uma ambulância destinada a garantir cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa de suporte avançado de vida. Este conceito é extensível às situações que poderão evoluir para Paragem Cárdio-Respiratória, caso não sejam imediatamente tomadas as medidas necessárias. A sua tripulação é constituída por um enfermeiro e por um técnico de ambulância de emergência. Este meio operacional do INEM visa melhorar os cuidados prestados em ambiente pré-hospitalar à população, o que vai ao encontro da missão do INEM de acordo com a sua lei orgânica enquanto coordenador do Sistema Integrado de Emergência Médica. Estas ambulâncias significam uma melhoria, relativamente aos cuidados prestados pelas ambulâncias de socorro. (INEM, 2010)

A VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO (VMER) é um veículo de intervenção pré-hospitalar, concebido para o transporte rápido de uma equipa médica directamente ao local onde se encontra o doente. Com uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro ou tripulante de ambulância de socorro, dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida. Actuando na dependência directa dos CODU, as VMER têm base hospitalar, tendo como objectivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência. (INEM, 2010).

2.1 – SISTEMA INTEGRADO DE EMERGÊNCIA MÉDICA (SIEM)

O SIEM constitui um conjunto de meios e acções extra-hospitalares, hospitalares e inter-hospitalares, com a intervenção activa dos vários componentes de uma comunidade - portanto pluridisciplinar - programados de modo a possibilitar uma acção rápida, eficaz e com economia de meios, em situações de doença súbita, acidentes e catástrofes, nas quais a demora de medidas adequadas, diagnóstico e terapêutica, podem acarretar graves riscos ou prejuízo ao doente. (SIEM, 2010).

O SIEM para operar nos moldes desejáveis é necessário ter em linha de conta conceitos como os de multidisciplinaridade, coordenação, articulação funcional, acompanhamento, avaliação, reajustamento, reunião de esforços, meios e acções, assentando necessariamente num modelo organizacional baseado na responsabilidade partilhada por todos os seus intervenientes, tais como os que se passam a citar: hospitais, centros de saúde, médicos, enfermeiros, técnicos de emergência médica, bombeiros, PSP, Cruz Vermelha Portuguesa, Protecção Civil e os próprios cidadãos.

O SIEM tem igualmente quatro componentes fundamentais que lhes estão associadas: o alerta (baseado nas redes de telecomunicações), o socorro (operado por profissionais de saúde ao serviço da emergência médica), o transporte (efectuado por terra, ar e mar) e por fim os hospitais de evacuação (localizados estrategicamente e possuindo as terapêuticas necessárias a serem aplicadas). Não obstante, a Emergência Médica, por si só, deve poder conseguir consolidar alguns princípios necessários ao seu bom funcionamento, como sejam o facto de praticar uma actividade da esfera da saúde que depende de um bom alerta, com informações precisas sobre a situação em causa, de modo a proceder a uma rápida intervenção no local, praticando práticas hospitalares que devem ter presentes quem as lidera e coordena (como por exemplo o Médico Regulador) assinalando uma medicação administrada por profissionais adequados para tal, em que tal só é possível se existir, em pano de fundo, uma boa rede de comunicações que permita o diálogo entre todos os seus intervenientes, podendo desta forma praticar o devido socorro e o bom transporte para o hospital mais apropriado. (GUERRA, 2002).

O conceito de emergência médica pré-hospitalar é pluridisciplinar e reúne a actuação de diversos meios, humanos e materiais, que exigem uma adequada coordenação de modo a que todo o sistema seja eficaz e eficiente. Este conceito, concretiza-se como uma actividade de saúde, pois todos os recursos de que dispõe, desde o local da ocorrência do sinistro ou mesmo doença súbita grave, até à recuperação da vítima em causa, confluem para uma única meta a alcançar: preservar a vida e minimizar as consequências nefastas para a vítima e para a comunidade que a rodeia.

Como se pode verificar, a emergência médica é um sector de prestação de cuidados de saúde com características muito especiais. No caso de Portugal, o Sistema Integrado de Emergência Médica é, segundo o relatório de Julho de 1999 do Standing Committee of the Hospitals of the European Union (HOPE), um conjunto de meios e acções pré-hospitalares, hospitalares e inter-hospitalares, com intervenção das várias componentes da comunidade (...) que tem como objectivo promover a maior rapidez e eficiência nas acções de emergência, com maior economia de meios, em situações de doença, acidente ou catástrofe, onde a demora das medidas adequadas de diagnóstico e tratamento pode produzir graves danos para o doente. (GUERRA, 2002).

A emergência médica contempla diversos procedimentos e acções ao nível da saúde, que inclui todos os actos praticados desde o local da sua ocorrência, até ao momento em que se inicia a sua terapêutica na unidade de saúde mais apropriada à situação em causa, contando por isso com o trabalho efectuado por todos os profissionais que constituem assim o Sistema Integrado de Emergência Médica: o transporte da vítima de forma rápida e eficaz para o serviço de urgência de um sistema hospitalar, correspondendo, assim ao conceito de First Responder. (GUERRA, 2002).

2.2 – ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

É importante começar por realçar que este módulo tem determinadas características que, em nossa opinião, o tornam singular, pois é o único que não se realiza em ambiente hospitalar, o que permite uma experiência totalmente nova, levando certamente a uma maior necessidade de adaptação a situações potencialmente complexas, tendo em conta o meio envolvente. No decorrer deste campo de estágio, tentamos desenvolver diversas actividades com vista ao desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de qualidade ao doente Urgente /Emergente no âmbito do Pré - Hospitalar, de acordo com o conteúdo funcional da categoria de Enfermeiro Especialista. Estas actividades visaram, essencialmente, a prestação de cuidados, a formação e a educação para a aquisição de comportamentos de vida saudáveis, actuando desta maneira, a nível da prevenção de comportamentos de risco.

Quando falamos em emergência médica, é importante tentar perceber como se planeia a emergência, quem são os seus actores e o papel que desempenham em cada acção ou situação. Tentar salvar vidas até ao limite dos recursos disponíveis, prestar auxílio com os meios e a diligência profissional adequados, transportar pessoas que se encontram entre a vida e a morte para a unidade de saúde mais próxima e de forma ajustada à resolução dos problemas, são os objectivos dos profissionais de saúde que se dispõem a trabalhar com o

INEM. A realidade da emergência médica pré-hospitalar reflecte a imagem de uma sociedade em todas as suas vertentes: a do corpo e a dos profissionais. Na rua, o pensamento tem que ser rápido e automático pois são vidas que estão em causa. O INEM, como organismo dotado de autonomia, deve adaptar-se às novas emergências, não só aos acidentes de viação, mas também a novas situações de crise provocadas pela natureza e pelo homem, como exemplo, os acontecimentos recentes da Madeira. De uma forma breve, e talvez simplista pudemos dizer que a presença do INEM na sociedade portuguesa resume-se à assistência no local da ocorrência do sinistro, promovendo o transporte adequado em situações consideradas urgentes ou emergentes, em parceria com outras instituições definidas no Sistema Integrado de Emergência Médica.

Pretendemos com a execução deste estágio complementar uma lacuna da formação enquanto pessoa e profissional, pois o nosso trajecto profissional foi desenvolvido em ambiente controlado, ou parcialmente controlado, como é o meio Hospitalar.

Neste sentido o percurso no INEM teve várias áreas de intervenção de acordo com os meios onde estávamos envolvidos (CODU, Ambulância SBV e SIV bem como VMER).

No CODU tivemos a oportunidade de ouvir as chamadas recebidas, a aflição de quem liga e a força para ajudar de quem atende, a importância do tom que se utiliza, as palavras de apoio que se podem transmitir, os ensinamentos que podem ser dados telefonicamente. Os operadores são, na maior parte das chamadas, agredidos verbalmente, ameaçados e muitas vezes postos em causa por quem está a ligar e nem sempre é fácil manter o tom de voz havendo por vezes a necessidade de o aumentar para que quem está do outro lado da linha mantenha um discurso orientado para o problema em causa e não para a agressão do operador. A importância de ouvir é, nesta sala onde as vozes se atropelam, onde o tempo passa sem que disso se tenha consciência, a palavra de ordem. É preciso saber ouvir quem liga, mas também estar atento ao que se passa em redor. Por exemplo, quando ocorre um acidente de viação são efectuados inúmeros telefonemas, é necessário que estes técnicos saibam ouvir as indicações fornecidas, pois podem trazer dados novos, como também o que se passa em seu redor para não ocorrerem saídas desnecessárias dos meios de socorro. Nesta sala ouvir é muito mais do que prestar atenção, é perceber pelo sentido da audição o que diz quem liga, o que se passa na sala, as conversas que estão presentes. Para quem liga é necessário ser o mais claro possível e transmitir o máximo de informação possível para se enviar o meio mais adequado. Um bom contactante é aquele que define de imediato o sexo e a idade da vítima (aparente, quando não se tem a certeza), a situação em si, os sintomas, as diferenças percebidas em relação a um estado normal e, por fim, a localização (esta informação é, geralmente a primeira a ser dada por quem liga, esquecendo que o importante é a saúde da vítima!), bem como o telefone de onde ligam (Anexo 5). Na sala de operações do CODU

Porto as emoções são fortes e o stress constante. Encontram-se presentes vários operadores, nomeadamente, um Enfermeiro e dois médicos reguladores. Dentro destas quatro paredes o ambiente é frenético, alucinante, stressante, a comunicação realizada entre os presentes é efectuada, na maior parte das vezes, pelo telefone, nomeadamente entre operadores e o médico regulador, para efectuar o melhor socorro e, por vezes, dar conselhos para adiantar um tratamento até à chegada de auxílio. Deste centro operacional, são encaminhados todos os meios à disposição desta instituição para o socorro mais adequado e exigido pelas determinadas situações que vão despoletando.

Durante o tempo que permanece-mos no INEM, tivemos a oportunidade de realizar apenas dois turnos no CODU, um no início e outro sensivelmente a meio do estágio. O primeiro foi no início do estágio e nessa altura tínhamos como principal intenção perceber a dinâmica de activação e de envio dos meios, ter uma ideia holística do funcionamento. Foi o primeiro contacto com o pré – hospitalar, e conseguimos perceber a dinâmica sem grande dificuldade. O segundo foi efectuada após termos feito alguns turnos nos meios de socorro, nomeadamente, VMER, SIV e SBV. Neste segundo dia a abordagem foi completamente diferente pois, nesta fase, tínhamos a experiência de ter estado no “campo” o que permitiu ter uma ideia completamente diferente dos cenários que são colocados pelo telefone, pudemos entender as dificuldades que os profissionais têm para tentar compreender e retirar a informação pertinente face às diferentes situações. Muitas vezes, do outro lado da linha está uma pessoa sem as habilitações mínimas para conseguir transmitir dados e explicar a situação o mais correctamente possível. Tivemos ainda a oportunidade de receber dados e de transmitir alguns actos que achava serem pertinentes para as situações em causa, nomeadamente avaliação de glicemia, controlo do diâmetro pupilar, administração de oxigénio entre outros; pudemos encaminhar um doente para o hospital de Vila Real, para a via verde de AVC, realizando todas as diligências necessárias para a resolução deste caso.

Após a passagem para o terreno, verificámos que grande parte da informação fornecida para o CODU, não corresponde á realidade. A população Portuguesa aprendeu a contornar o sistema levando ao accionamento de meios para determinadas situações que não se justificam, tentando desta forma ter uma assistência mais rápida e mais especializada. Pensamos que seria de uma importância fundamental/ fulcral, uma “verdadeira” acção de sensibilização da população Portuguesa de como e quando se deve telefonar para o CODU, para que não exista uma utilização inadequada destes meios por situações que não são de característica emergentes e muito menos urgentes.

A activação dos diversos meios INEM (SBV, SIV, VMER) dá-se através da recepção de uma chamada e, por vezes, de uma mensagem que nem sempre chega em tempo útil. A partir deste momento, iniciam-se todos os procedimentos necessários de socorro á vitima, em que

todos os minutos contam para se salvar uma vida. Quando chegamos ao local por vezes deparamo-nos com um cenário totalmente diferente daquele que nos foi relatado, exigindo da nossa parte uma constante capacidade de adaptação às circunstâncias. O que mais impressionou durante o estágio foi a capacidade de reacção, por parte dos profissionais, perante as situações mais complexas e adversas, entramos pelas casas das pessoas com um único objectivo de ajudar, contudo por vezes a recepção torna-se intimidatória, mas, continuamos na busca do nosso objectivo que é salvar vidas. Tentamos resolver os casos que são possíveis de resolver de acordo com as circunstâncias, e tivemos alguns nomeadamente, convulsões em crianças, trauma, e PCR (em nenhuma das PCR foi possível reverter a situação sendo declarado a ausência de sinais vitais) outros casos estabilizamos a vítima e em seguida prosseguimos com o transporte para a unidade de saúde mais adequada.

Todos os procedimentos efectuados às vítimas ou doentes têm por base a utilização de determinados protocolos previamente estabelecidos na instituição. A nossa abordagem respeitava sempre uma avaliação o mais correcta possível para a situação em causa, seguindo o ABCDE.

A passagem pela ambulância SBV, embora tenha sido somente um turno, não foi muito proveitosa, pois as situações para as quais são solicitados são de pouca ou nenhuma gravidade, no sentido de pôr em risco a vida do doente, isto deve-se ao facto desta ambulância ser constituída por dois Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE). Aproveitámos a passagem por esta ambulância para incidir a acção ao nível da educação para a saúde no sentido de tentar alterar/ modificar determinados comportamentos de risco, tentando salientar a aquisição de comportamentos de vida saudáveis. (Anexo 6)

A passagem pela SIV de Lamego foi bastante motivadora, verificámos a importância da existência destas ambulâncias, constituídas por enfermeiro e Tripulante de Ambulância de Emergência (TAE), visto serem estas a dar assistência a inúmeros casos em zonas do território nacional, muitas vezes em situações em que o tempo é um factor crucial e a distância a que se encontram os meios diferenciados de emergência médica dificulta o transporte do doente em tempo útil. Contudo é importante salientar que estas ambulâncias são utilizadas muitas vezes como “táxi”, ou seja, são encaminhadas, ludibriadas, por chamadas que são realizadas para o CODU, por determinadas pessoas que já sabem, ou perceberam a forma de contornar o sistema e uma vez no local somos obrigados a fazer o transporte destas situações sem que para tal exista justificação. Nestas ambulâncias, o enfermeiro tem a função de prestar cuidados de emergência médica de acordo com os protocolos instituídos pelo INEM e compete-lhe chefiar a ambulância, o que permite ao Enfermeiro ter alguma autonomia perante as situações, nomeadamente, em situações da PCR.

A realização do estágio de VMER foi todo realizado no Hospital de S. João, esta

escolha deveu-se ao facto desta VMER ser a que apresenta o maior índice de saídas durante o ano. De todos os meios do pré hospitalar este é sem dúvidas o que mais motivou e para o qual tínhamos grande expectativa.

Durante o período de permanência nesta unidade tivemos várias oportunidades para desenvolver conhecimentos na área do pré hospitalar, tivemos a oportunidade de inteirar acerca dos protocolos existentes, de rever as check list, algo que também já tínhamos feito nos outros meios INEM, mas acima de tudo tivemos a oportunidade de actuar no “campo” desenvolvendo desta maneira as nossas capacidades para lidar com as situações apresentadas e melhorar a capacidade de adaptação a situações e ambientes diferentes do habitual em ambiente hospitalar. Sendo este meio activado quando existe uma situação de emergência, é importante existir uma complementaridade entra a equipa constituída por Enfermeiro e Médico, pois ambos trabalham para um objectivo comum que é salvar a vida da vítima e em que todos os minutos são importantes para alcançar esse feito. De acordo com essa premissa se o Enfermeiro não consegue a colocação de uma via endovenosa o Médico tenta e se o Médico não consegue uma entubação orotraqueal correcta o Enfermeiro tenta.

A situação mais usual para a activação de este meio é sem sombra de dúvidas a PCR em 31 saídas, 24 foram para situações de PCR sendo a maioria delas em vítimas com uma idade superior a 70 anos em nenhuma destas situações houve a possibilidade de reverter a situação. A actuação nestas saídas permite-nos encarar com maior facilidade a actuação perante estes casos bem como a compreensão dos algoritmos de suporte básico de vida e de suporte avançado, adquirindo desta maneira uma maior experiência, levando ao melhoramento das praticas quando confrontados com situações semelhantes. Durante este período tivemos ainda a oportunidade de actuar perante um doente com a patologia de edema agudo do pulmão tendo a possibilidade de colocar uma via endovenosa bem como a de administrar a respectiva medicação e de promover o seu acompanhamento para o Hospital mais adequado. Uma das situações que envolve mais stresse quando somos activados é quando a vítima é uma criança, independentemente da causa de activação. A abordagem tem de ser diferente pois não estamos na presença de um adulto em miniatura, temos de lidar com a criança e com os pais o que nem sempre é fácil. Para agravar ainda mais a situação, grande maioria dos Médicos e dos Enfermeiros não tem muita experiência em crianças, levando a que muitas das vezes durante a viagem vai-se pesquisando sobre o que se pode fazer para a situação para a qual fomos activados, bem como as doses de medicação que se devem dar para a situação em causa. O principal motivo de activação para crianças durante a nossa presença foi a convulsão febril (2 casos) e dois casos completamente diferentes, pois neste caso é importante a actuação dos pais nomeadamente na administração de antipiréticos e alívio da roupa, num dos casos isso foi feito noutro não, no caso em que foi feito é importante de realçar que esta situação era

recorrente. Em ambos os casos foi necessário a administração de oxigénio e somente num dos casos foi necessário a administração de diazepam endovenoso tendo a oportunidade de colocar uma via na criança bem como a administração da medicação necessária. Com a actuação perante os casos descritos conseguimos atingir o objectivo **Desenvolver competências científicas, técnicas e humana para prestar cuidados de enfermagem ao doente crítico, que requeiram conhecimentos especializados na área da Enfermagem Médico-cirúrgica bem como Desenvolver competências de melhoria contínua de cuidados prestados na área de enfermagem médico-cirúrgica no INEM.** Devemos ainda referir que muitas das vezes ainda não tínhamos resolvido a situação para a qual tínhamos sido accionados e já estava mais uma chamada a chegar ao telemóvel, daí a importância destes meios só serem activados para as situações para as quais foram criados. Nestas acções / activações pudemos constatar que nem sempre é possível salvar as vidas, e nestas situações o que fazer? Contra isto nada se pode fazer, senão dar a mão, acarinhar, abraçar, porque nem as palavras servem de consolo. Sendo Enfermeiro com uma vertente profissional virada para o intra-hospitalar pudemos também, com a realização deste estágio, perceber um pouco o contexto social em que muitas famílias se encontram (situações degradantes) em que não existe qualquer apoio quer por parte de familiares, quer por parte das instituições, levando desta maneira e conseqüentemente, aos denominados casos sociais que permanecem internados nos Hospitais a ocupar as vagas necessárias para as situações que realmente necessitam de internamento hospitalar, contudo a resolução destes casos não se prevê fácil, havendo a necessidade de actuar principalmente a nível da prevenção (algo que durante o estágio, sempre que possível tentei fazer, nomeadamente através de ensinamentos sobre alguns cuidados a tomar perante problemas como hipertensão arterial e diabetes) e tentar uma interligação com unidades de solidariedade social. Consegui desta maneira atingir o objectivo de **Reflectir sobre a actuação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica no INEM**

Findo este período de estágio nos meios INEM alcançamos os objectivos inicialmente elaborados para este campo, devendo realçar que este estágio era um estágio de observação, contudo, dado a abertura dos profissionais no terreno conseguimos passar da observação á prática. Conseguímos dar uma perspectiva geral do funcionamento do INEM, com o que foi descrito e demonstrado anteriormente, atingindo desta forma o objectivo de **Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do INEM.**

3 – INSTITUT NATIONAL DE CHIRURGIE CARDIAQUE ET DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE.

O Instituto de Cirurgia Cardíaca e Cardiologia Intervencionista (INCCI) é uma fundação criada a 12 de Março de 1997 pela associação "Clínicas da Congregação das Irmãs de Santa Isabel do Luxemburgo" e pelo "Centro Hospitalar do Luxemburgo". A inauguração das instalações INCCI foi realizada a 4 de Julho de 2001 na presença do Ministro da Saúde Sr. Carlo Wagner, o prefeito da Cidade de Luxemburgo Paul Helminge entre outros. O INCCI tem como objectivo o tratamento cirúrgico das doenças do coração e dos grandes vasos intra-cardíacos.

Este serviço é composto por dois blocos operatórios e por 15 camas, repartidas pelas enfermarias e pela unidade de reanimação sendo respectivamente, 4 camas na sala de reanimação, todas equipadas com o mais variado equipamento necessário para a prestação de cuidados e de suporte de vida ao doente crítico, nomeadamente, ventilação invasiva, monitorização cardíaca e sistemas de infusão de fluidos, 4 camas na sala de intermédios sem suporte ventilatório e 6 quartos tendo um deles dois leitos. Este instituto dispõe ainda de duas salas preparadas para a coronariografia e uma sala de vigilância composta com 7 camas. Tem como principal actividade/ acção a cirurgia ao coração e aos grandes vasos intra – torácicos.

A equipa é constituída essencialmente por enfermeiros anestesistas, médicos anestesistas e cirurgiões cardíacos. O método de trabalho utilizado na Unidade é o Método Individual de Cuidados, em que cada enfermeiro é responsável por dois doentes, no máximo, embora haja sempre a colaboração dos outros colegas em situações de necessidade. O enfermeiro responsável coordena a prestação de cuidados e serviços inerentes aos doentes que lhe estão atribuídos.

Os doentes internados neste serviço têm todos uma proveniência comum, o bloco operatório, pois só são internados neste serviço doentes que foram submetidos a cirurgia cardíaca. As cirurgias mais comuns são as valvuloplastias e a cirurgia de bypass cardíaco.

3.1 – ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDA

Antes de iniciar a análise crítica propriamente dita gostaríamos de salientar que um dos grandes objectivos para este estágio era o desenvolvimento de competências técnico científicas

na prestação de cuidados ao doente de alto risco, principalmente na área da cardiologia, uma vez que nunca tivemos a oportunidade de privar de perto com patologias relacionadas com esta área de actuação.

O doente internado numa unidade desta natureza, é um doente cuja patologia poderá levar a complicações diversas, envolvendo a falência de um ou de vários órgãos. Esta tipologia de doentes, para além de necessitar de cuidados médicos imediatos necessita igualmente de uma vigilância apertada, de maneira a poder prevenir e ou detectar precocemente qualquer tipo de complicação associada à cirurgia, ou outra. As complicações associadas a este género de cirurgias são diversas, passando por reacções alérgicas a um conjunto de fármacos, embolia gasosa (sendo este um evento extremamente raro), a trombo embolia, problemas do ritmo cardíaco, tamponamento cardíaco, pneumotorax entre outras. Como referimos anteriormente, os doentes que são transferidos para esta unidade provêm dos blocos operatórios e a maioria dos casos são relacionados com cirurgias às válvulas cardíacas ou então cirurgias relacionadas com bypass cardíaco ou dos grandes vasos.

Para este estágio tínhamos uma motivação extra, pois, de certa maneira, estávamos a representar a Enfermagem Portuguesa, demonstrando ou tentando demonstrar o nosso saber e o saber fazer. Para isso, tivemos o importante apoio do tutor, que nos ajudou a desenvolver uma observação intensiva do doente, colhendo de forma contínua, minuciosa e sistematizada determinados dados, com a finalidade de conhecer e compreender a evolução do doente e de prever/detectar precocemente as complicações, permitindo desta maneira uma actuação atempada e eficiente. Como a nossa experiência não é nesta área dos cuidados, foi necessário investir muito em termos da actualização dos conhecimentos, havendo a necessidade, muitas vezes, de recorrer ao suporte científico fornecido durante a componente teórica, à pesquisa bibliográfica, bem como ao apoio do tutor que sempre se mostrou disponível para transmitir o seu largo conhecimento nesta área.

Enquanto desenvolvemos o estágio tivemos a oportunidade de prestar cuidados a 15 doentes, 6 do sexo feminino e 9 do sexo masculino. Tivemos a possibilidade de cuidar de doentes que tinham sido submetidos a triplo bypass cardíaco, a aneurisma da aorta bem como a colocação de próteses valvulares. Foi-nos dada a oportunidade de assistir a algumas cirurgias onde pudemos contactar e aprender “*in loco*”, bem como de observar determinadas técnicas como a circulação extra corporal, que tem como princípio o desvio do sangue do coração direito para um sistema mecânico que o filtra, promovendo a sua oxigenação e regulando a sua temperatura substituindo as funções dos pulmões. Quando transformado em sangue arterial, regressa à circulação sistémica com o auxílio de uma bomba, que substitui a função do coração. A circulação extra- corporal não apenas substitui as funções cardio-pulmonares, mas ao mesmo tempo, preserva a integridade celular, a estrutura, a função e o metabolismo dos

órgãos e sistemas do indivíduo durante operações complexas e demoradas. Tivemos ainda a oportunidade de ver em utilização o *cell saver*, um dispositivo que tem como função a recuperação do sangue do doente durante o procedimento operatório em que exista uma grande perda hemática, devolvendo ao doente o seu próprio sangue durante a cirurgia, evitando ou diminuindo assim, a necessidade de transfusões.

O primeiro objectivo a que nos propusemos no início do presente estágio era o de **Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do INCCI** e penso que foi totalmente atingido, tendo para isso contribuído a forma calorosa que toda a equipa nos recebeu, em particular o tutor Enf.º José Lopes. Apercebemo-nos da dinâmica do serviço, procurámos enquadrarmo-nos na equipa multidisciplinar e proporcionar um bom ambiente de trabalho. A integração acabou por se tornar mais fácil do que inicialmente poderíamos prever pois existia, à partida, a barreira da linguagem tendo em conta que não dominamos o francês na perfeição, sobretudo a terminologia técnica. Contudo, conseguimos fazer entender e entender o que era pedido em termos de colaboração. O facto do tutor ser Português e falar quase na perfeição esta língua, contribuiu para que a integração fosse facilitada.

Para auxiliar a integração e conhecer a dinâmica do serviço houve a necessidade de consultar diversas normas de actuação, procedimentos, protocolos e regulamentos existentes na Unidade que colocámos em prática aquando da prestação dos cuidados. Contudo, tivemos alguma dificuldade na interpretação de alguns procedimentos devido à linguagem utilizada, limitação que foi sendo ultrapassada com a pronta ajuda do tutor que se mostrou disponível para qualquer tipo de esclarecimento/tradução levando desta maneira a uma fácil interiorização dos conhecimentos necessários para desenvolver determinadas procedimentos.

O método de trabalho da Unidade é o método individual como já referi anteriormente. Os enfermeiros são distribuídos por utentes e são responsáveis por prestar todos os cuidados de enfermagem que esses utentes necessitem. A passagem de turno é feita junto ao utente na presença de todos os elementos de enfermagem em todos os turnos.

Nesta unidade o espaço è amplo permitindo, deste modo, a fácil circulação sem atropelamentos e o rápido acesso ao utente e todas as unidades possuem luz natural, sendo esta essencial para que não exista um isolamento temporal do doente permitindo desta maneira que este não perca a noção do dia e da noite durante o período em que se encontra internado nesta unidade.

Quanto ao circuito do doente, é iniciado com o internamento no piso geral onde são realizados os últimos exames e efectuada a preparação necessária para a cirurgia. Quando estão reunidas as condições necessárias para se realizar a cirurgia o doente é transportado na própria cama para uma sala onde se processa o transfer para a maca do bloco operatório, posteriormente, é encaminhado para o mesmo a fim de ser submetido á cirurgia. Finda a

cirurgia este é transportado para a unidade de cirurgia cardiotorácica sendo acompanhado pelo Médico anestesista e pelo Enfermeiro anestesista, permanecendo nesta sala até se encontrar hemodinamicamente estável. Após a suspensão da ventilação mecânica e a remoção dos diversos drenos é transferido novamente para o piso geral onde acaba o seu recobro e posteriormente onde é procedido á alta clínica.

Para segundo e terceiro objectivo tínhamos como intenção **Desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem ao doente crítico, que requeiram conhecimentos especializados na área da Enfermagem Médico-cirúrgica e reflectir sobre a actuação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica no INCCI.**

Segundo Barão (2010) com o novo enquadramento legal para o ensino de enfermagem, uma formação especializada contribuirá para que o profissional de enfermagem seja “perito” em áreas específicas no âmbito das suas competências profissionais, de forma a prestar cuidados de elevado nível, na produção e desenvolvimento de saberes, concretamente na área da formação e investigação, e nas áreas de decisão relativas à saúde. Penso que nesta fase da vida, quer profissional quer académica, nunca poderíamos considerar que somos peritos, contudo é uma meta que queremos atingir, e este é um dos caminhos que estamos a percorrer. Para Benner (2005) um perito é aquele que tem um longo percurso de experiencia, que compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis. Não é de todo fácil desempenhar o papel de perito num campo de estágio de 180 horas, onde passamos na condição de alunos e “estranhos” ao serviço. Contudo, a nossa conduta face ao doente e à equipa, teve por base a eficácia e eficiência dos cuidados, revestida de algum saber diferenciado que, em algumas vezes, serviu de referência. Perito não é sinónimo de saber tudo e, como tal, muitos foram os momentos de troca de saberes e experiências com os restantes enfermeiros da equipa, tentando minimizar as barreiras que nos separavam, quer em termos culturais quer em termos do conhecimento e do saber.

A equipa de enfermagem que constitui esta unidade prima pelo diálogo entre todos os seus elementos, quer sejam médicos ou Enfermeiros. Este diálogo está associado a uma dinâmica de trabalho eficaz, que permitiu uma melhor integração, proporcionando-nos um clima de confiança que, a nosso ver, é essencial para uma melhor aprendizagem tirando deste modo o máximo proveito das experiências vividas. Contudo devemos salientar que devido à variedade de idiomas falados neste serviço, muitas vezes tivemos que recorrer ao orientador para tentar entender o que se discutia. Todavia, sentimo-nos integrados no seio desta equipa, que se caracteriza essencialmente por ser científica, personalizada e Humana.

Dada a especificidade desta unidade, e por se tratar de doentes com patologia cardíaca, para além da prestação de cuidados pormenorizados e permanentes, é de extrema importância desenvolver um poder de observação atenta, minuciosa e cuidadosa. A observação dos cuidados prestados pelos profissionais, a manipulação de equipamento técnico e a realização de técnicas invasivas constituem a base para o aperfeiçoamento de conhecimentos teórico-práticos. Nesse sentido, foi algo que tentámos fazer, observávamos como faziam e o porquê de o fazerem recorrendo a pesquisas bibliográficas e interpelando os prestadores dos cuidados, e desta maneira fomos desenvolvendo a capacidade de identificar em tempo útil as necessidades dos doentes, contando sempre com a preciosa disponibilidade dos profissionais de saúde. Conseguimos, deste modo, desenvolver a capacidade de observação, essencial para a correcta identificação das necessidades em cuidados de enfermagem apresentadas pelo doente crítico, observação constante de estado de consciência, nível de sedação, parâmetros hemodinâmicos, traçado electrocardiográfico, próteses e modalidades ventilatórias, equilíbrio hidroelectrolítico e muitos outros aspectos, incluindo registos pormenorizados.

Após termos conhecimento das actividades desenvolvidas, prestámos cuidados de enfermagem, com a supervisão dos orientadores, tendo em conta os conhecimentos teóricos adquiridos, a qualidade dos mesmos, a especificidade da cada situação e a individualidade do utente. Recorremos as diferentes fases do processo de enfermagem, para identificar as necessidades afectadas e assim planear, implementar e avaliar os cuidados adequados à situação, reformulando-os sempre que necessário. Na prestação de cuidados de enfermagem tivemos o cuidado na observação minuciosa, na direcção cefalo-caudal, tendo em conta o nível de consciência, secreções, parâmetros ventilatórios, parâmetros respiratórios, monitorização cardíaca, abdómen, eliminação e membros.

Sendo este um serviço em que tudo “funciona” em torno do coração e todos os doentes provenientes do bloco operatório tem suporte de ventilação mecânica, e como esta área é totalmente nova, tivemos a necessidade de aprofundar os conhecimentos teórico práticos sobre estas duas áreas. E foi na área da ventilação onde surgiram as maiores dificuldades e onde tivemos que efectuar um maior investimento de pesquisa. Durante este período tivemos a oportunidade de lidar com o ventilador, de proceder aos cuidados inerentes ao doente como a aspiração de secreções brônquicas e da orofaringe vigiando as suas características, tentando desta forma prevenir possíveis complicações respiratórias, colaboramos com o tutor na aplicação dos diversos modos ventilatórios e no desmame do suporte ventilatório. Colaboramos nos ensinamentos ministrados aos doentes aquando da decisão de retirar a ventilação mecânica, tentando reduzir a sua ansiedade e incentivar o doente a colaborar em todo o processo.

É filosofia deste serviço proceder ao desmame ventilatório o mais precocemente possível. O desmame ventilatório é o processo gradual de transição da ventilação artificial para a espontânea sendo considerado um sucesso quando a ventilação espontânea é mantida por, pelo menos 48 horas após a interrupção da ventilação mecânica, este processo só é iniciado se o doente apresentar estabilidade hemodinâmica e valores gasimétricos estáveis (Teixeira, 2009). Todos os doentes provenientes do bloco operatório vêm todos conectados a prótese ventilatório em módulo de volume controlado, nesta situação existe o fornecimento de oxigénio a um volume minuto e frequência respiratória pré- estabelecidos, ignorando o esforço ventilatório do doente, a utilização deste modo ventilatório deve-se ao facto do doente se encontrar sob sedação, totalmente dependente do ventilador para manter esta função vital. Progressivamente vamos diminuindo a sedação e passamos para o módulo ventilatório de ventilação mandatória intermitente sincronizada, este modo ventilatório permite a ocorrência de ciclos controlados, assistidos e também espontâneos, a grande vantagem deste módulo é que permite ao doente respirar espontaneamente dentro do circuito, nunca deixando que entre em apneia. (Teixeira, 2009). Ainda para o mesmo autor, a principal desvantagem é a adaptação desconfortável do doente, que por norma estava mais desperto e pode ser forçado a respirar mesmo contra a sua vontade. Caso os valores gasimétricos e respiratórios se encontrassem estáveis passávamos para o teste de respiração espontânea, nesta situação o doente era conectado a uma fonte de oxigénio por intermédio de um dispositivo em forma de “T” (nariz humidificador) que permite a saída de ar exalado para o ambiente, este teste, por norma, tinha a duração máxima de 2 horas. Durante este teste tivemos atenção aos parâmetros respiratórios como a frequência respiratória, e a saturação periférica de oxigénio. Caso estes passos decorressem dentro da normalidade retirávamos o tubo orotraqueal ficando o doente com aporte de oxigénio através de cateter nasal, ou máscara facial simples. Todas as tentativas de desmame dos doentes no período em que tivemos presentes foram de sucesso, ou seja, decorreram sem intercorrências ficando o doente a respirar de forma autónoma.

Estes doentes necessitam de um nível de vigilância muito apertado, pois a qualquer momento podem surgir complicações. Por isso, para além da vigilância circulatória é fundamental a observação de outros sistemas. Nesse sentido, tivemos a oportunidade de fazer uma vigilância rigorosa do balanço hidroelectrolítico de forma a reduzir as complicações renais, cardíacas e respiratórias, gerindo o aporte hídrico e os diuréticos em função do balanço que se pretendia atingir. Neste contexto, tivemos ainda a oportunidade de observar a utilização de uma técnica de substituição renal, mais concretamente a hemodiafiltração venovenosa continua através do monitor de técnicas de substituição da função renal, designado *prismaflex*®. Não tivemos, no entanto, a oportunidade de lidar directamente com a

situação, pois o doente acabaria por ter sido transferido para a Bélgica, área de residência.

Para aproveitar as diversas experiências deste estágio foi-nos dada a oportunidade de, para além de cuidar dos utentes distribuídos ao tutor, poder colaborar com os colegas na prestação de cuidados aos seus doentes. Nesse sentido, tivemos diversas oportunidades para realizar gasimetrias em linha arterial e interpretar os resultados, bem como a adaptação das velocidades de perfusão de diversos medicamentos como é o caso do cloreto de potássio, adaptando a perfusão aos valores obtidos na gasimetria que eram feitas a todas as horas.

Além das actividades descritas anteriormente tivemos ainda a possibilidade de colaborar com a equipa na realização de diversas técnicas na unidade e no bloco operatório, como são exemplo, a entubação endotraqueal, colocação de cateter central, cateter arterial, prestar cuidados de enfermagem aos doentes com diversos drenos, nomeadamente a drenos torácicos e prestação de cuidados ao doente cardíaco de alto risco. Assim e apesar das barreiras que se foram deparando conseguimos atingir o objectivo a que nos tínhamos proposto.

De forma a dar cumprimento ao quarto objectivo **Desenvolver competências de melhoria contínua de cuidados prestados na área de enfermagem médico-cirúrgica no INCCI**, pudemos observar o quanto a presença de familiares e amigos é fundamental para a recuperação dos doentes e de que modo estes podem beneficiar com a sua presença. No INCCI a informação fornecida aos familiares sobre a evolução clínica do doente é da responsabilidade médica, contudo, estando os Enfermeiros presentes 24 /24 horas junto do doente o seu papel é fundamental, para o que deverão possuir uma componente relacional desenvolvida no sentido de tentar promover a relação empática quer com o doente quer com a família, pois estes são dois factores indissociáveis cuja harmonia se deve estimular, optimizando todo o processo terapêutico. É pois importante ajudar os familiares a decifrar a mensagem que lhes foi transmitida e comprovar se eles a conseguiram apreender, é aí que temos um papel fundamental, explicando aos familiares toda aquela panóplia de material, todos aqueles tubos, todos aqueles alarmes. É relevante tentar pôr os familiares o mais à vontade possível no sentido de tocar e falar com o doente. É importante mostrarmo-nos disponíveis para qualquer esclarecimento ou dúvida por eles apresentada. Nesta área, dizemos com muita satisfação, que trouxemos uma lição profissional e de vida, pudemos partilhar e participar no apoio incondicional que era dado não só ao doente, mas também à família.

Numa cirurgia de grande risco, em que as dores podem ser muito acentuadas este apoio dos familiares é importante e serve muitas vezes como analgésico, acalmando os doentes. Pudemos observar como um simples pegar na mão ou palavras de conforto, tranquilizavam o doente. Contudo, por vezes isso não é suficiente, até porque as condições clínicas do doente não o permitem e, nesses casos, devemos recorrer à ajuda de terapêutica

analgésica, e nunca permitir que o doente estivesse a sofrer. Um doente sem dor é um doente que ficará mais equilibrado hemodinamicamente.

Como salienta o Ministério da Saúde (2001), o controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de Saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde. Por este motivo foi considerado a *Dor como o 5º sinal vital*, pelo Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Devido aos avanços da fisiopatologia, da farmacologia dos analgésicos e das ciências da saúde em geral, passou a ser possível aliviar, na grande maioria dos casos, a dor no período peri-operatório. Reconhece-se, assim, ser umas prioridades que, durante o período peri-operatório e principalmente no pós-operatório, os doentes tenham acesso a um maior alívio da dor. De facto, considera-se, do ponto de vista ético, que quando a actuação médica provoca dor ou sofrimento superiores aos necessários, para alcançar um benefício terapêutico, se está a “lesar”o doente. É, portanto, eticamente inaceitável não propiciar ao doente todos os meios disponíveis para lhe aliviar a dor e o sofrimento inútil. Neste contexto é importante referir que a dor peri – operatória é uma dor presente num doente do foro cirúrgico, de qualquer idade, e em regime de internamento ou ambulatorio, causada por doença preexistente, devido á intervenção cirúrgica ou à conjugação de ambas. Desta forma este tipo de dor insere-se no conceito de dor aguda que, de acordo com a International Associations for the Study of Pain é uma dor de inicio recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e ou causal. Como referi anteriormente o alívio da dor é fundamental para uma evolução favorável do estado clínico do doente. Nesse sentido, penso que tivemos um papel fundamental tentando dar ao doente o maior conforto possível, através de correctos posicionamentos, respeitando o alinhamento corporal, através de massagens para alívio de zonas de pressão, promovendo, dentro do possível, para uma precocidade da alta e acima de tudo tentando prevenir potenciais complicações. Todas estas medidas não farmacológicas tiveram que ser coadjuvadas com algumas medidas farmacológicas no sentido de tentar potenciar ao máximo a sensação de alívio por parte do doente.

Neste sentido de tentar controlar os estímulos ao doente, pudemos também colaborar na colocação e vigilância do *Bis quatro*® que é um dispositivo para medição da profundidade anestésica, monitorização do índice bispectral do electroencefalograma. A tecnologia da monitorização do *BIS* funciona pela colocação de um sensor na zona frontal do doente, obtendo-se então informação através da actividade eléctrica cerebral (EEG), ao qual é atribuído um valor de 0 (ausência de actividade eléctrica cerebral) a 100 (doente acordado), que indica de forma contínua o nível de consciência do doente monitorizado. Ao ser uma medida directa e imediata do que realmente está a acontecer no cérebro do doente, em resposta aos fármacos administrados, permite garantir que o paciente está a receber dose

anestésica / sedativa adequada, bem como ajustá-la a cada momento da intervenção e, assim, evitar o despertar intra-operatório. Valores de BIS a rondar os 40 correspondem à profundidade anestésica adequada, permitindo adequar a dose de manutenção anestésica ao paciente e à intervenção. (Regêncio, 2010).

Este tempo de estágio levou-nos igualmente a reflectir sobre determinadas atitudes técnicas e de segurança, aquando da administração dos derivados do sangue. No serviço onde exercíamos funções quando é recepcionada uma unidade de sangue para ser administrada a um doente, o enfermeiro confirma os números de codificação, o tipo de sangue e o doente para quem deve ser administrado. Contudo, não é garantida a ausência de erro nos serviços de sangue. Desta forma e como a segurança do doente está acima de tudo, na unidade e nos outros serviços do instituto, antes de ser administrado qualquer componente do sangue ao doente, é feito um teste rápido ao sangue do doente e ao sangue que se encontra na unidade para transfundir, por forma a comprovar da compatibilidade do sangue a transfundir com o tipo de sangue do doente. Este teste é o *Medtrokarte*® consiste em colocar uma amostra do sangue da transfusão e uma do sangue do doente em dois compartimentos, respectivamente um anti A e um anti B seguindo-se a observação do tipo de reacção, isto é, se existe uma aglutinação do sangue ou não; se a resposta das duas amostras for igual significa que existe uma compatibilidade dos sangues podendo este ser administrado ao doente. Este último teste antes da administração fornece uma maior segurança ao Enfermeiro que o vai administrar, sabendo que o sangue é compatível com o sangue do doente dando-lhe, de certa forma, uma maior certeza na administração correcta destes componentes.

Em relação ao objectivo de ***Desenvolver competências na área de gestão compreendendo os princípios de organização e gestão de uma Unidade de Cuidados Intensivos.***

É de salientar que cada instituição e cada profissional de saúde pode, através das suas próprias políticas, atitudes e comportamentos promover a qualidade ou prestar um mau serviço. A Qualidade emerge, pois, como requisito indissociável do sistema de saúde num crescendo de complexidade e multiplicidade de medidas.

Antes de tudo, é importante que seja criado um sistema de qualidade dentro das instituições, que estas estejam sensibilizadas para a questão e que percebam como é importante trabalhar com regras, seja ao nível das instalações, dos cuidados ao doente, ou ao nível dos resultados. A existência de instrumentos é fundamental para operacionalizar tudo isto. Neste sentido colaborámos com o Enfermeiro sub-Chefe e tutor nas auditorias dos registos de Enfermagem no sentido de tentar melhorar e alterar alguns comportamentos que não estavam dentro dos padrões de qualidade da instituição. Nestas auditorias encontramos

uma situação em que não tinham sido avaliados os parâmetros vitais a um doente durante dois turnos seguidos e em que os dois enfermeiros responsáveis por esse doente nesses períodos referiam que ele se encontrava agitado e agressivo impossibilitando a avaliação de determinados parâmetros vitais. Neste contexto, foram abordados os colegas para a situação em causa de forma a existir uma reflexão sobre a situação. Uma das questões levantadas era se o facto de o doente estar agitado era devido a alguma alteração num parâmetro vital e como poderíamos provar que não, se não existia registos... esta situação leva a reflectir sobre a importância que os registos de enfermagem desempenham hoje em dia, sendo fundamental uma boa documentação das nossas actividades desenvolvidas durante o turno de forma a nos proteger e de justificar o porquê das nossas acções.

Tivemos ainda a oportunidade de colaborar com as chefias no sentido da organização das férias dos elementos da equipa e no planeamento do horário.

Colaborámos no pedido de material, neste serviço existe a reposição de material dependendo dos stocks mínimos, ou seja, quando determinado medicamento ou material chega a um determinado nível é gerado um alerta, que é dado pelo Enfermeiro, que retirou esse material existindo a reposição do mesmo, não havendo dias específicos para pedir material ou para receber material. Segundo Accioly (2008), uma boa gestão passa por satisfazer a exigência de consumo, satisfazendo também a componente económica.

Para finalizar este objectivo gostaria de salientar que actos de gestão estão presentes em todas as nossas actividades do dia-a-dia, que vão desde a racionalização e optimização do material existente até à planificação dos cuidados ao doente. Desta forma conseguimos atingir este último objectivo.

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *ensino clínico* é um momento de excelência de formação, onde o saber teórico é posto em prática. Permite a aquisição de conhecimentos e competências necessárias às intervenções autónomas e interdependentes para o exercício de enfermagem de excelência. Ao reflectir sobre a experiência vivida e interligando-a com o crescimento pessoal e profissional, concluímos que ambos os estágios, pela sua especificidade e complementaridade, contribuíram de forma clara e objectiva, para a consolidação da aprendizagem efectuada ao longo da prática profissional. O conhecimento de novas realidades é fundamental, não só para identificar as vicissitudes por que passa uma equipa, mas também para projectar no futuro aquilo que deve ser ou não o caminho a seguir, à luz das experiências, êxitos e fracassos verificados.

A reflexão leva a considerar que, à medida que avançámos no estágio, fomos desenvolvendo o poder de observação e a intuição, aprendendo com a experiência na prática e melhorando a capacidade de tomada de decisão. Desenvolvemos a capacidade de separar a informação importante da irrelevante (raciocínio dedutivo), de utilizar informação limitada e compará-la com situações anteriores, de forma a reconhecer padrões (reconhecimento de padrões) e de concentrar a informação importante, utilizando-a e analisando-a quando deparada com problemas mais complexos (representação mental). Consideramos que foi a fazer triagem no SU que mais desenvolvemos estas capacidades, uma vez que tínhamos que decidir rapidamente e com informação limitada, sabendo que a decisão iria condicionar não só o tempo de espera e o percurso do doente, como também a gestão de doentes no serviço. A passagem pela sala de reanimação foi igualmente importante, no sentido de estarmos perante situações clínicas delicadas, tendo a necessidade de agir com assertividade perante os problemas que nos eram deparados.

A passagem pelo INCCI permitiu-nos desenvolver determinadas competências para lidar com o doente do foro cardíaco, pois existe uma necessidade de monitorização rigorosa dos parâmetros vitais, da ventilação mecânica, da gestão de terapêutica específica e agir de acordo com protocolos, normas e algoritmos de actuação. Desenvolvemos também o processo de tomada de decisão considerando a pessoa como um todo, numa visão holística. Durante este estágio houve necessidade de uma pesquisa mais exaustiva acerca de diversos assuntos como sendo a ventilação mecânica, equilíbrio hidroelectrolítico, bem como as patologias mais comuns nas cirurgias cardíacas.

A passagem pelo INEM foi de extrema importância, uma vez que, este módulo tem determinadas características que, em nossa opinião, o tornam singular, pois é o único que não se realiza em ambiente hospitalar, o que permite uma experiência totalmente nova, levando a uma maior necessidade de adaptação a situações potencialmente complexas, tendo em conta o meio envolvente. Com a passagem por este campo de estágio pudemo-nos aperceber das diferentes realidades sociais e de como influência determinados comportamentos, foi importante entender como se processa o atendimento ao doente urgente/emergente, a actuação e o posterior encaminhamento para as diversas entidades de saúde.

A redacção deste relatório permitiu a reflexão sobre o trabalho e actividades desenvolvidas no decorrer dos estágios, bem como a revisão global dos objectivos gerais programáticos, permitiu ainda, desenvolver determinadas competências: técnico científicas na área do doente crítico, de auto – conhecimento, relacionais, bem como investigativas. Acreditamos ter aproveitado todas as oportunidades para concretizar os objectivos a que inicialmente propusemos. Pretendemos estabelecer uma verdadeira relação de ajuda com os utentes, mostrando disponibilidade e intenção em ajudar, respeitando a personalidade, individualidade e cultura da outra pessoa. Procurámos envolver-nos nas actividades da equipa de enfermagem nomeadamente actividades de formação, tendo vivido experiências muito positivas que contribuíram para o crescimento pessoal e profissional.

Gostaríamos de destacar o acolhimento que foi dispensado pelas equipas, onde estagiámos, profissionais estes que demonstraram estar à altura, não só das tarefas que lhes são adstritas, que por si só são imensas, como também dar resposta às muitas questões colocadas e necessidades por sentidas. A sua disponibilidade foi sempre total, indo muito para além daquilo que seria de esperar, podendo sempre contar com o seu apoio. Contudo, nem tudo foi fácil, o cansaço acumulado, a sobrecarga de trabalho os prazos a cumprir e a incerteza da realização de estágio em determinada área, foram factores stressantes, de desgaste físico e acima de tudo de desgaste psicológico, todavia, a realização destes estágios torna-se, sem dúvida, numa mais valia para a formação do discente, com vista à prestação de cuidados com qualidade e de excelência.

Com empenho, motivação e ambição em desempenhar o melhor possível as funções que foram atribuídas, o balanço do estágio é deveras positivo, indo muito para além das nossas expectativas.

BIBLIOGRAFIA

ACCIOLY, Felipe, [et al.] (2008). **Gestão de Estoques**. 1ª ed. Rio de Janeiro: FGV Editora;

BARÃO, Margarida – **A formação em cuidados intensivos** - [consultado em 15 de Junho de 2010] <www.spci.org >;

BENNER, Patrícia (2005) - **De Iniciado a Perito**. 2ª Ed., Quarteto, Coimbra;

DAVIDE. J (2009) - **Dor Abdominal** - [consultado em 7 de Março de 2010], <www.alert.pt>;

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril de 2006 - **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)** - [consultado em 14 de Março de 2010], <<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>>;

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2001). **Plano Nacional de Luta Contra a Dor**, aprovado por Despacho Ministerial. [consultado 28 de Março de 2010], <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005651.pdf>>;

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2001) - **Rede de referência Hospital de Urgência e Emergência**. [consultado a 26 de Outubro de 2009]. <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005661.pdf>>;

FRANCISCHINI ,P. GURGEL, F (2002). **Administração de materiais e do património**. São Paulo: Thomson Pioneira;

GUERRA, Nelson (Setembro 2002), **Da Rua ao Hospital – As Descontinuidades do Sistema Integrado de Emergência Médica**. Lisboa, Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa / INDEG, Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde;

HANSSMAN, F. (1968). **Operation Research Techniques for Capital Invest**. Nova Iorque: John Wiley;

HOSPITAL DE SÃO TEOTÓNIO E.P.E. - **Plano Funcional do Serviço de Urgência Geral** - Viseu, Abril de 2006;

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGENCIA MÉDICA – **Missão e Valores** – [consultado em 29 de Junho de 2010] <. http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27724 >;

MIGUEL, António (2006) – **Gestão Moderna de Projectos**. FCA - Editora de Informática, Lisboa;

MINISTÉRIO DE SAÚDE - **Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação dos Serviços de Urgência** Proposta de Requalificação das Urgências [2007]. [consultado em 26 de Outubro de 2009]<. <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/9EE5ADDF-4CC1-41B9-BC00-D368FA074329/0/RecomendacoesOrgEspUrgencia.pdf> >;

NETO, A. [Et al.] (2003). **Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência**. Servir nº 51;

NUNES, R (2003). **Política de saúde**. Universidade Portucalense, faculdade de Medicina do Porto. Editor: Universidade Portucalense Infante D. Pedro. Tese de urgência;

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Desenvolvimento Profissional – proposta de sistema de individualização de especialidades de enfermagem**. Assembleia-geral de 17 de Março de 2007 [consultado a 27 de Outubro]. <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/91_IndividuaEspecialidades_site.pdf > ;

POTTER, P. & Perry, A. (2004) – **Fundamentos de Enfermagem - ed.:** Guanabara Koogan;

REGÊNCIO, Margarida. **Despertar intra –operatório – o medo tornado realidade**. [consultado em 28 de Março de 2010], <<http://www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigo&id=70>>;

REIS, Lopes (2005). **Manual de gestão de stocks** : teoria e prática. 1a ed. Lisboa, Presença;

SHEELY, S (2001), **ENFERMAGEM DE URGÊNCIAS - da teoria á pratica**. 4ª edição. Lisboa. Lusociência. ISBN: 972- 8383-16-9;

SILVA, José. **Psicofísica da dor**. In: **Psychologica**. Coimbra. Nº 37 (Novembro/Dezembro 2004), p. 49-55.;

SISTEMA INTEGRADO DE EMERGÊNCIA MÉDICA, [consultado a 23 de Junho de 2010], disponível em: (<http://sites.google.com/site/semprepreocupadoscomasaude/sistema-integrado-de-emergencia-medica-siem>)

TEIXEIRA, J (2006) **manual de urgências e emergências**.Lousã. Lidel;

TEIXEIRA, J ,[Et al.] (2009) – **Condutas em Medicina de urgência**. São Paulo, Atheneu;

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA- Curso de Mestrado em Enfermagem -
especialização em Médico – Cirúrgica - **Guia de estágio**, Abril de 2009;

,

ANEXOS

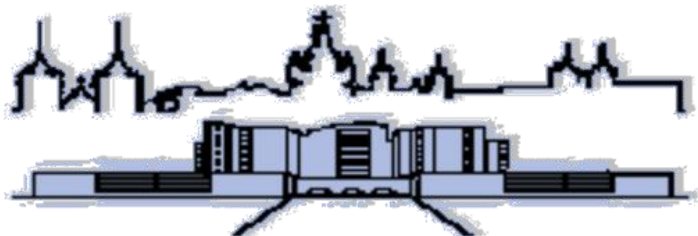
ANEXO – 1

ARQUITECTURA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

ANEXO – 2

GUIA DE ACOLHIMENTO A ALUNOS DE ENFERMAGEM

HOSPITAL SÃO TEOTÓNIO DE VISEU
SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

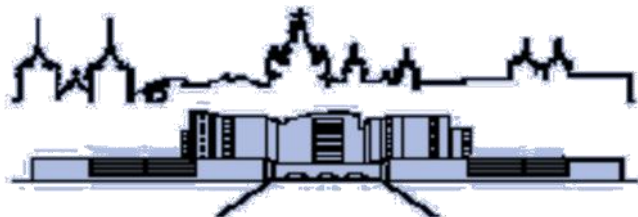


GUIA DE ACOLHIMENTO
A ALUNOS DE ENFERMAGEM

Aprovado a ___/___/___

Dezembro, 2008

HOSPITAL SÃO TEOTÓNIO DE VISEU
SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL



GUIA DE ACOLHIMENTO
A ALUNOS DE ENFERMAGEM

**Guia realizado no Serviço de Urgência do
Hospital São Teotónio, de Viseu, pela
Enfermeira Especialista Anabela Antunes**

Dezembro, 2008

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1 – LOCALIZAÇÃO	5
2 – HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	5
3 – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA	6
3.1 – APRESENTAÇÃO DO S.U.....	6
3.2 – ÁREA DE INFLUÊNCIA	6
3.3 – ACTIVIDADE ASSISTENCIAL	7
3.4 – ESPAÇO FÍSICO	7
a)Triagem.....	7
b)Sala de Emergência/Reanimação	9
c)Sala de atendimento a doentes com prioridade pouco urgente e urgente.....	10
d)Sala de Pequena Cirurgia.....	11
e)Sala de Cuidados de Enfermagem.....	12
f)Unidade de Decisão Clínica	13
g)Sala de Observação	14
4 – ORGANIGRAMA	15
4.1 – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL.....	15
4.2 – EQUIPA DE ENFERMAGEM	15
5 – EQUIPA DE ENFERMAGEM	16
5.1 – ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS.....	16
6 – CONSIDERAÇÕES GERAIS/LEGISLAÇÃO	17
6.1 – CONTEÚDO FUNCIONAL DA CATEGORIA	17
6.2 – DEVERES DOS ALUNOS.....	17
6.3 – PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA	17
6.4 – PLANO DE EMERGÊNCIA INTERNA.....	17
7 – CONCLUSÃO	18



INTRODUÇÃO

O Serviço de Urgência (SU) mostra uma outra dimensão dos cuidados de Enfermagem e exige dos profissionais muito dinamismo e responsabilidade.

Tem por base a prestação de assistência médica, urgente ou emergente, com carácter permanente, a todos os utentes e em qualquer situação perante a qual um atraso no diagnóstico ou terapêutica, pode acarretar risco ou prejuízo imediato para a vida do mesmo.

Assim a Enfermagem de Urgência, representa um misto complexo de capacidades, experiências, saberes e personalidade, desenvolvidas de acordo com as boas práticas, promovendo a qualidade e excelência dos cuidados.

Esperamos que este guia permita um melhor conhecimento e uma melhor integração neste serviço, bem como o esclarecer de dúvidas.

1 – LOCALIZAÇÃO

Situado em: 2º piso

Av. Rei D. Duarte -- 3500 Viseu

Telefone: 232 420500

2 – HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

O SU funciona ininterruptamente 24/24 horas.



3 – CARACTERIZAÇÃO DO SU

3.1 – APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO

A apresentação do serviço deve iniciar-se com uma visita guiada a todas as áreas de trabalho com as quais o aluno se irá relacionar, dando-lhe a conhecer a sua localização e as actividades que aí são desempenhadas.

Resumidamente, o Serviço de Urgências do Hospital de São Teotónio, constitui-se como um serviço com espaço físico próprio, dotado de funcionários próprios quer a nível de Enfermagem, administrativo ou auxiliar de acção médica. Os elementos da equipa Médica, são provenientes dos vários serviços do HST E.P.E, ou serão por este contratados (Regulamento do Serviço de Urgências, 1997).

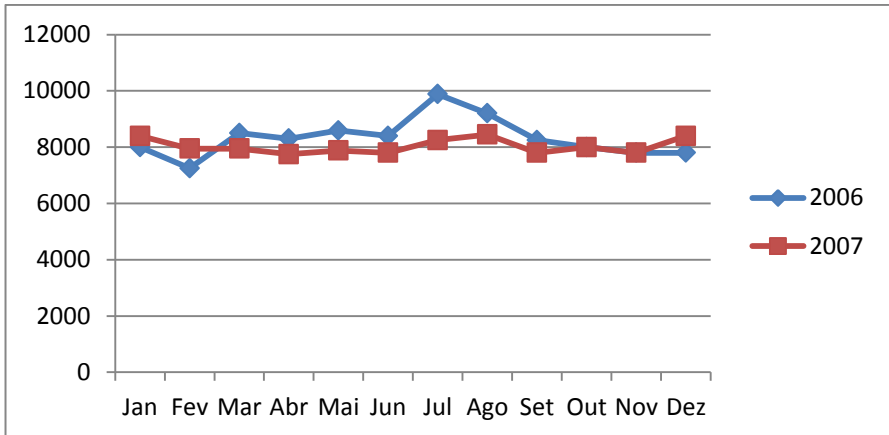
3.2 – ÁREA DE INFLUÊNCIA

A área de influência do SU do Hospital S. Teotónio (HST), abrange essencialmente a população do distrito de Viseu, nomeadamente os concelhos de Aguiar da Beira, Carregal do Sal, Castro Daire, Mangualde, Moimenta da Beira, Nelas, Oliveira de Frades, Penalva do Castelo, Penedono, São Pedro do Sul, São João da Pesqueira, Sátão, Santa Comba Dão, Sernancelhe, Tondela, Tabuaço, Vila Nova de Paiva e Vouzela, e esporadicamente também a Armamar, Cinfães, Gouveia, Fornos de algodres, Lamego, Mortágua, Resende, Seia e Tarouca.

3.3 – ACTIVIDADE ASSISTENCIAL

Em 2007: 94 489 episódios de urgência

Média diária 259 utentes



3.4 – ESPAÇO FÍSICO

O SU do HST compreende sete sectores bem definidos:

a) Triagem- É uma área de fundamental importância, onde são atendidos, orientados e encaminhados os utentes de forma rápida e eficiente, de acordo com as prioridades;



Segundo a Triagem de Manchester são atribuídas pulseiras de diferentes cores aos doentes, segundo as prioridades de atendimento, correspondendo designadamente:

- ✓ Azul - Não urgente;
- ✓ Verde - Pouco urgente;
- ✓ Amarelo - Urgente;
- ✓ Laranja - Muito urgente;
- ✓ Vermelho - Emergente.



b) Sala de Emergência/Reanimação- Destina-se à prestação de cuidados mais diferenciados, emergentes e de curta duração, aos utentes que dão entrada neste serviço em estado crítico, com ou na eminência de compromisso de uma ou mais funções vitais – Corresponde à pulseira **laranja ou vermelha** da classificação de prioridades segundo a Triagem de Manchester;





c) Sala de Cuidados de Enfermagem menos Urgente - É a área para onde são encaminhados os utentes que deambulam a pé ou em cadeira de rodas, e que necessitam de cuidados com menor complexidade - Corresponde à pulseira **azul, verde, ou amarela** da classificação de prioridades segundo a Triagem de Manchester;



d) Sala de Pequena Cirurgia – Onde são observados e cuidados os utentes vítimas de acidentes que apresentam ferimentos (sem compromisso das funções vitais), com outras feridas ou abscessos. As funções do Enfermeiro passam pela lavagem, desinfecção, drenagem de abscessos, realização de pensos e colaboração com o médico;





e) Sala de Cuidados de Enfermagem Mais Urgentes (Sala aberta, sala de inalação/imunohemoterapia, Sala de gessos e Especialidades)-

Destina-se à prestação de cuidados aos utentes em maca, cadeira de rodas ou a pé. Envolve cuidados técnicos como colheita de sangue para análise, algalias, entubações oro/nasogásticas, enemas de limpeza, terapêutica em perfusão intravenosa, inaloterapia, apoio às especialidades cirúrgicas e médicas... bem como a prestação de cuidados de higiene e conforto.





f) Unidade de Decisão Clínica (UDC)- É a área para onde são encaminhados os utentes que necessitam de monitorização e vigilância permanente, até que haja uma decisão clínica - Pode corresponder a **qualquer cor** da classificação de prioridades segundo a Triagem de Manchester.





g) Sala de Observação (SO)- Dispõe de 9 camas, e destina-se ao internamento de utentes que requerem uma vigilância atenta e continuada, para se definir a sua situação clínica, sendo posteriormente, transferidos para o respectivo serviço de internamento, ou tendo alta clínica - Pode corresponder a **qualquer cor** da classificação de prioridades segundo a Triagem de Manchester;



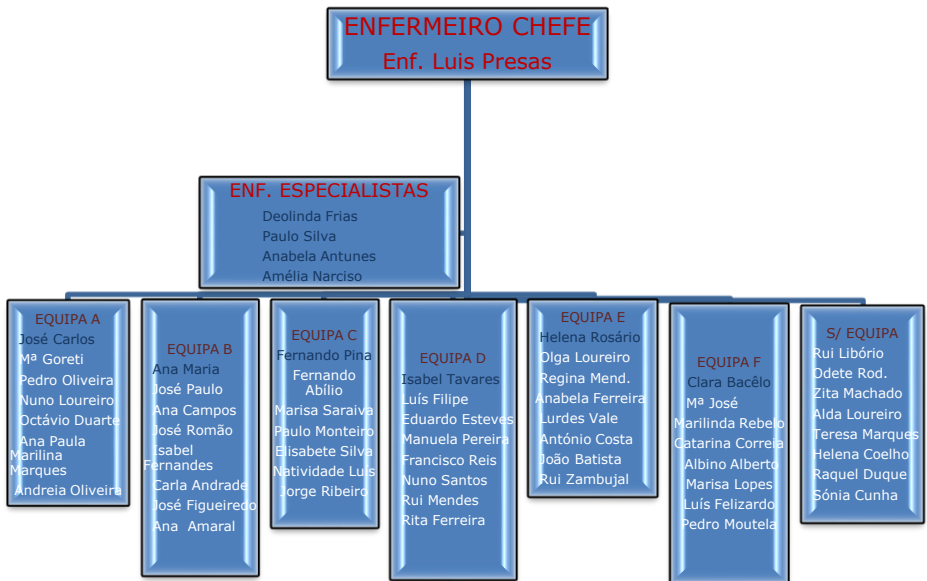


4 – ORGANIGRAMA

4.1 – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL



4.2 – EQUIPA DE ENFERMAGEM





5 – EQUIPA DE ENFERMAGEM

5.1 – ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS

No nosso tempo e na nossa sociedade a urgência é já uma excepção transformada em regra. Nas sociedades urbanas tudo é urgente. Esvaziou-se assim, a expressão do seu autêntico significado. *Se tudo é urgente, então nada é urgente.*

A equipa de Enfermagem do SU é constituída por 59 elementos, divididos em 6 equipas.

Normalmente estão presentes:

✓ **Turno da manhã (8-16h):** 11 Enfermeiros

- Triagem (1);
- Sala de Emergência/Reanimação (1);
- Sala dos Verdes/Azuis (1);
- Sala de Pequena Cirurgia (1);
- Sala Aberta (3);
- UDC (1);
- SO (2).

✓ **Turno da tarde (16-24h):** 11 Enfermeiros distribuídos de forma semelhante

✓ **Turno da noite (0-8h):** 7 Enfermeiros

- Triagem (1);
- Sala de Emergência/Reanimação + Peq. Cirurgia (1)
- Sala Aberta (2);
- UDC (1);
- SO (2).

O método de trabalho é misto, de Enf. Responsável e de Equipa, sendo os Enfermeiros previamente escalados para os vários sectores.



6 – CONSIDERAÇÕES GERAIS/LEGISLAÇÃO

6.1. CONTEÚDO FUNCIONAL DA CATEGORIA DE ENFERMEIRO:

(Ver Diário da República –I - Série -A; Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro; Capítulo II- Artigo 7º

6.2 – DEVERES DOS ALUNOS:

Todas as actividades dos alunos se regem pelas normas instituídas no HST para os profissionais de Enfermagem:

- a) *Em relação ao estatuto:* devem trabalhar sempre com supervisão directa do profissional de Enfermagem;
- b) *Em relação ao respeito pela vontade dos utentes:* Os utentes podem recusar a sua participação na prestação de cuidados, enquanto alunos. A sua vontade deve ser respeitada;
- c) *Em relação à identificação:* Devem apresentar-se como alunos em qualquer circunstância, e ser portadores de cartão de identificação;
- d) *Em relação ao fardamento:* Deve ser utilizado o fardamento preconizado pela Instituição escolar.

6.3 – PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA DO HST

(Ver Manual de Procedimentos – Capítulo 5 do Dossier de Responsável de Enfermagem)

6.4 – PLANO DE EMERGÊNCIA INTERNA (EVACUAÇÃO) DO HST

(Ver Manual de Procedimentos – Capítulo 6 do Dossier de Responsável de Enfermagem)



7 – CONCLUSÃO

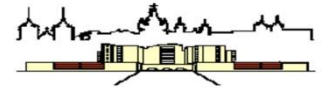
A Enfermagem de Urgência é pluridimensional; especifica papéis, comportamentos e processos intrínsecos à sua prática e expressa características que lhe são próprias.

Assim, esperamos que as orientações contidas neste Manual sejam capazes de fornecer a informação essencial acerca da estrutura/organização do serviço, Equipa multidisciplinar, Legislação e Directivas, bem como Normas internas institucionalizadas. Da mesma forma, esperamos que para os Enfermeiros orientadores constitua um fio condutor de todo o processo.

Acolhimento no Serviço de Urgência



Acolhimento do Serviço de Urgência



- Serviço de Urgências do Hospital de São Teotónio, constitui-se como um serviço com espaço físico próprio, dotado de funcionários próprios quer a nível de Enfermagem, administrativo ou auxiliar de acção médica.
- Os elementos da equipa Médica, são provenientes dos vários serviços do HST E.P.E, ou serão por este contratados (Regulamento do Serviço de Urgências, 1997).
- A área de influência do SU do Hospital S. Teotónio (HST), abrange essencialmente a população do distrito de Viseu

Acolhimento do Serviço de Urgência



- Assim, apresentámos os espaços físicos do Serviço de Urgência do HSTV EPE;
- De seguida os mesmos serão apresentados através de uma visita guiada.

Muito Obrigado !!!



TRIAGEM

➤ É uma área de fundamental importância, onde são atendidos, orientados e encaminhados os utentes de forma rápida e eficiente, de acordo com as prioridades

Azul - Não urgente;

Verde - Pouco urgente;

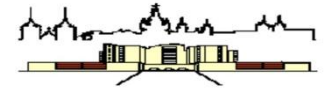
Amarelo - Urgente;

Laranja - Muito urgente;

Vermelho - Emergente.



Acolhimento do Serviço de Urgência



SALA DE EMERGÊNCIA/REANIMAÇÃO

- Destina-se à prestação de cuidados mais diferenciados, emergentes e de curta duração;
- A doentes em estado crítico, com ou na eminência de compromisso de uma ou mais funções vitais;
- Corresponde à pulseira laranja ou vermelha.

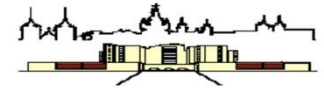




SALA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM MENOS URGENTE

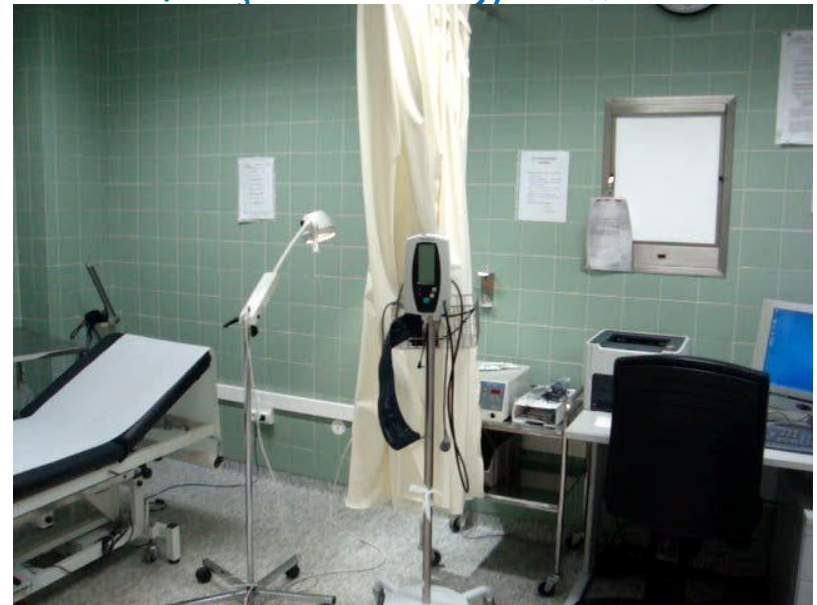
- É a área para onde são encaminhados os utentes que deambulam a pé ou em cadeira de rodas;
- Que necessitam de cuidados com menor complexidade;
- Corresponde à pulseira azul, verde, ou amarela.

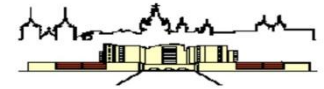




SALA DE PEQUENA CIRURGIA

➤ Onde são observados e cuidados os utentes vítimas de acidentes que apresentam ferimentos (sem compromisso das funções vitais), com outras feridas ou abscessos.





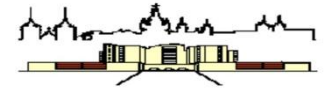
SALA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM MAIS URGENTES



➤ Destina-se à prestação de cuidados aos utentes em maca, cadeira de rodas ou a pé;

➤ Envolve cuidados técnicos como colheita de sangue, algaliações, entubações oro/nasogásticas, enemas de limpeza, terapêutica em perfusão intravenosa, inaloterapia, apoio às especialidades cirúrgicas e médicas... bem como a prestação de cuidados de higiene e conforto.

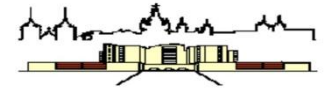




UNIDADE DE DECISÃO CLÍNICA (UDC)

- Área para onde são encaminhados os utentes que necessitam de monitorização e vigilância permanente;
- Pode corresponder a qualquer cor da classificação de prioridades.

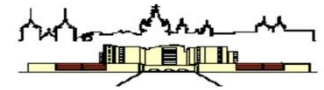




SALA DE OBSERVAÇÃO (SO)

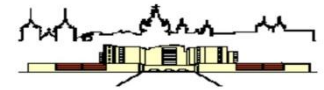
- Dispõe de 9 camas;
- Destina-se ao internamento de utentes que requerem uma vigilância atenta e continuada;
- Pode corresponder a qualquer cor da classificação de prioridades.





SALA DE GESSOS





SALA DE INALOTERAPIA



ANEXO – 3

PERTINENCIA DA PUNÇÃO VENOSA COM CATETER

Pertinência da punção venosa com cateter, na sala de cuidados de enfermagem menos urgentes, em doentes com dor abdominal



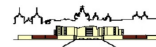
Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



DOR

- A dor é uma das experiências humanas mais importantes.
- Quase toda a gente sente dor, em várias situações, em vários graus, todos os dias. O processo que lhe dá origem é complexo e múltiplo.
- Afecta pessoas saudáveis e pessoas doentes.

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



DOR

A Associação Internacional para o Estudo da Dor
(Association for the Study of Pain - I.A.S.P.) define dor como:
"Uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a lesão
tecidual potencial ou descrita em termos dessa lesão."

Silva, 2004

A definição clássica de Margo McCaffery de que "a dor é tudo o que a
pessoa, que a sente, diz que é, e existe sempre que a pessoa o diz" dá o
enquadramento mais útil para a enfermagem.

Sands, 1996

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



OBJECTIVO

Reflectir sobre a pertinência da colocação de
catéter venoso periférico em doentes com dor
abdominal, na sala de cuidados de enfermagem
menos urgentes.

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



MOTIVAÇÃO

➤ Académicas;

➤ Dualidade de critérios, por parte da equipa de enfermagem a quando da punção venosa periférica na sala de cuidados de enfermagem menos urgentes.

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



RECOLHA DOS DADOS

alert®



Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



AMOSTRA



■ masculino
■ feminino

➤ 93 doentes, 44 indivíduos do sexo masculino (47,3%) e 49 indivíduos do sexo feminino (52,7%);

➤ Fluxograma de "dor abdominal";

➤ Sala de doentes menos urgentes.

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



ANÁLISE DOS RESULTADOS

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



ANÁLISE DESCRITIVA

Quadro 1 – Caracterização do Grupo Etário dos doentes segundo o Sexo

IDADE		n	MÍN	MÁX	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	SK/ERRO	K/ERRO	CV	TESTE DE STUDENT
SEGUNDO SEXO	MASCULINO	44	18	80	57,16	15,101	-1,43	-0,43	26,42	t = 1,863
	FEMININO	49	19	80	50,73	18,127	0,25	-1,66	35,73	p = 0,066
TOTAL DA AMOSTRA		93	18	80	53,77	16,983	-0,844	-1,889	31,58	-----

➤ Idades compreendidas entre os 18 e os 80 anos, com uma média de 53,77 anos e um desvio padrão de 16,983 anos.

➤ Coeficiente de variação (CV) de 31,58%.

➤ Sem diferenças estatisticamente significativas entre sexos.

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



ANÁLISE DESCRITIVA

Tabela 1 – Caracterização do Grupo Etário dos doentes segundo o Sexo

GRUPO ETÁRIO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
18 - 40 anos	8	18,2	15	30,6	23	24,6
41 - 55 anos	8	18,2	14	28,6	22	23,7
56 - 69 anos	14	31,8	8	16,3	22	23,7
70 - 80 anos	14	31,8	12	24,5	26	28,0
Total	44	100,0	49	100,0	93	100,0

➤ Maior percentagem de doentes do sexo masculino concentra-se acima dos 55 anos, com 63,6%;

➤ No sexo feminino a maior percentagem de doentes encontra-se abaixo dos 56 anos com 59,2%.

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



ANÁLISE DESCRITIVA

Tabela 2 – Caracterização dos utentes segundo os procedimentos efectuados no SU

	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Sangue	88	94,6	5	5,4
Bloco Operatório	2	2,2	91	97,8
Medicação PO	10	10,8	83	89,2
Medicação EV (fracionada)	62	66,7	31	33,3
Medicação EV (contínua)	26	28,0	67	72,0
Medicação IM	13	14,0	80	86,0
Medicação SC	1	1,1	92	98,9
Rx abdómen	44	47,3	49	52,7
Ecografia Abdominal	46	49,5	47	50,5
Ecografia renal	14	15,1	79	84,9
Ecografia vesical	1	1,1	92	98,9
TAC	1	1,1	92	98,9
RMN	0	0	93	100

>88 foram puncionadas para colheitas de sangue;

>62 foi administrada medicação EV directa;

>26 necessitaram de administração de medicação EV contínua.

>Apenas 2 pessoas necessitaram de intervenção cirúrgica;

>Apenas 1 fez TAC

>Nenhuma teve necessidade de realizar RMN

Serviço de Urgência do HSTV EPE

2009

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



ANÁLISE DESCRITIVA

Tabela 3 – Relação entre a medicação EV contínua administrada e o Sexo

SEXO	MEDICAÇÃO EV CONTÍNUA	SIM		NÃO		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%
Masculino		14	31,8	30	68,2	44	100,0
Feminino		12	24,5	37	75,5	49	100,0

>A percentagem de doentes do sexo masculino puncionados é superior à do sexo feminino, com respectivamente 31,8% e 24,5%.

Serviço de Urgência do HSTV EPE

2009

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



ANÁLISE DESCRITIVA

Tabela 4– Relação entre a medicação EV contínua administrada e a idade

Idades	Medicação EV contínua		SIM		NÃO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
18 – 40 anos	6	26,09	17	73,91	23	100,0		
41 – 55 anos	3	13,64	19	86,36	22	100,0		
56 – 69 anos	7	31,82	15	68,18	22	100,0		
70 – 80 anos	10	38,46	16	61,54	26	100,0		

➤ A maior percentagem de administração de medicação EV contínua acontece acima dos 55 anos com 70,28%.

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



CONCLUSÃO

88 DOENTES QUE COLHERAM SANGUE

29,5% NECESSITARAM DE CATÉTER PERIFÉRICO

70,5% NÃO NECESSITARAM DE CATÉTER PERIFÉRICO

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



DESVANTAGENS DA COLOCAÇÃO DE CATETER

- Maior gasto de dinheiro;
- Maior gasto de tempo;
- Maior dor para o doente;
- Esquecimento de retirar cateter a quando da alta.

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



GASTOS

Tabela 5– Custos mensuráveis

PUNÇÃO VENOSA COM CATÉTER		PUNÇÃO VENOSA COM BUTERFLY	
Catéter	0,85 €	Buterfly	0,54 €
Penso opsite	0,14€	-----	-----
Adesivo	xxxx	Adesivo	xxxx
Compressa	xxxx	Compressa	xxxx
Cutasept	xxxx	Cutasept	xxxx
Total	0,99€	Total	0,54€

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



GASTOS

Quadro 2 – Quantificação dos gastos

	COLOCAÇÃO OBRIGATÓRIA DE CATETER	SEM COLOCAÇÃO OBRIGATÓRIA DE CATETER	
DOS 88 DOENTES	Gastos totais = 87,12€	Punção com cateter = 25,74 €	Punção com butterfly = 33,48€
		Gastos totais = 59,22€	

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



BIBLIOGRAFIA

- Sands, Judith K. [et al] (1996). Manual Clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e prática clínica. 3ª Ed. Lisboa. Lusodidacta.
- Silva, José Aparecido da - Psicofísica da dor. In: Psychologica. Coimbra. Nº 37 (Novembro/Dezembro 2004), p. 49-55.

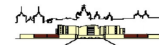
ANEXO – 4

GESTÃO DE STOCKS / PROGRAMA INFORMÁTICO

Gestão de Stocks



Gestão de Stocks



INTRODUÇÃO

- Fazer com que um produto em stock esteja constantemente pronto a dar resposta a uma necessidade de utilização é uma boa definição para gestão de stocks.
- A sua boa gestão passa por satisfazer a exigência, satisfazendo também a componente económica.

(Accioly, 2008)

Gestão de Stocks

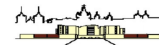


INTRODUÇÃO

- Gestão de stocks é uma área crucial para uma boa administração de qualquer organização;
- O objectivo da gestão de stocks envolve a determinação de três decisões principais:
 - quanto encomendar,
 - quando encomendar;
 - quantidade de stock de segurança que se deve manter para que cada artigo assegure um nível de serviço satisfatório.

(Francischini [et al], 2002)

Gestão de Stocks



OBJECTIVOS

- Facilitar os pedidos de material;
- Contabilizar os gastos;
- Precisar o material existente em stock, em qualquer momento;

Gestão de Stocks



CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

➤ Todas as organizações, independentemente do sector de actividade, partilham a seguinte dificuldade:

Como efectuar a manutenção e controlo do stock??

➤ Apesar deste problema existir desde sempre, apenas no século XX se começaram a estudar e a desenvolver técnicas no sentido de lidar com esta problemática;

➤ Mas só após a Segunda Guerra Mundial, onde a incerteza era constante, se deram os primeiros passos na gestão de stocks.

(Tersine, 1988)

Gestão de Stocks



VANTAGENS DA GESTÃO DE STOCKS

➤ A existência de stock pode-se justificar apenas pela legítima preocupação em fazer face às variações de consumo, aumentando a segurança, visto que cria defesas contra as variações da utilização;

➤ Evita o incómodo de se fazerem pedidos mais frequentes;

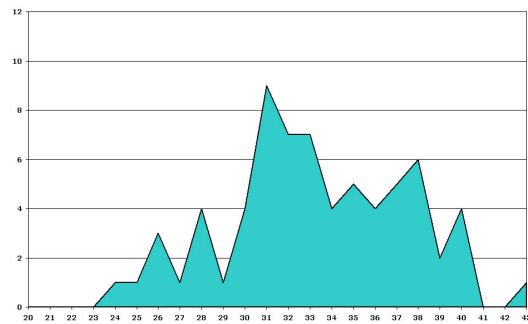
➤ Criar seguranças contra atrasos nas entregas por parte dos fornecedores;

(Reis, 2005)

Gestão de Stocks



Programa de gestão de stocks



Carlos Azevedo & Helder Patrício

2009

Gestão de Stocks



PRINCIPAL DIFICULDADE

➤ Pouca adesão da equipa aos registos do material retirado da sala de via aérea;



Carlos Azevedo & Helder Patrício

2009

Gestão de Stocks



BIBLIOGRAFIA

- Accioly, Felipe [et al] (2008). *Gestão de Estoques*. 1a ed. Rio de Janeiro: FGV Editora.
- Francischini, Paulino G.; Gurgel, Floriano do Amaral (2002). *Administração de materiais e do patrimônio*. São Paulo: Thomson Pioneira.
- Reis, Lopes (2005). *Manual de gestão de stocks : teoria e prática*. 1a ed. Lisboa : Presença.
- Tersine, Richard J.; Tersine, Michele G. - Inventory reduction: preventive and corrective strategies. *The International Journal of Logistics Management* [Em linha]. 1:2 (1990) 17-24. [Consult. 10 Nov. 2009]. Disponível em <WWW:<URL:http://ntlsearch.bts.gov/tris/record/tris/00576887.html>.

CÓDIGO	NOME COMERCIAL	ALERTAS	Stock mínimo	Stock Máximo	REPOR	EXISTENTE	1	2	3	4	5
	Cânulas de O2	#####	20	100	90	10	10		10	60	10
	Cânulas rígidas	FALSO	20	100							
	Filtros humidificadores	#####	20	100							
	Fios condutores	FALSO	20	100							
	Kits de nebulização	FALSO	20	100							
	Kits de nebulização em "T"	FALSO	20	100							
	Lâmina de laringoscópio nº2	FALSO	20	100							
	Lâmina de laringoscópio nº3	FALSO	20	100							
	Lâmina de laringoscópio nº4	FALSO	20	100							
	Máscaras de Alta Concentração	FALSO	20	100							
	Máscaras de Venturi	FALSO	20	100							
	Máscaras simples	FALSO	20	100							
	Narizes artificiais	FALSO	20	100							
	Sistemas de aspiração para cânula rígida	FALSO	20	100							
	Swivel	FALSO	20	100							
	Tubo endotraqueal nº6	FALSO	20	100							
	Tubo endotraqueal nº6,5	FALSO	20	100							
	Tubo endotraqueal nº7	FALSO	20	100							
	Tubo endotraqueal nº7,5	FALSO	20	100							
	Tubo endotraqueal nº8	FALSO	20	100							
	Tubo endotraqueal nº8,5	FALSO	20	100							
	Tubo endotraqueal nº9	FALSO	20	100							
	Tubo endotraqueal nº9,5	FALSO	20	100							
	Tubo de Oxigénio	FALSO	20	100							
	Tubo de Guedel nº2	FALSO	20	100							
	Tubo de Guedel nº3	FALSO	20	100							
	Tubo de Guedel nº4	FALSO	20	100							

MATERIAL	CONTAGEM INICIAL	RETRADO	PEDIDO	FINAL	CONTAGEM FINAL	SALDO
Cânulas de O2	226	47		179	144	35
Cânulas rígidas	20			20	20	0
Filtros humidificadores	40			40	38	2
Fios condutores	18			18	18	0
Kits de nebulização	234	72	120	282	169	113
Kits de nebulização em "T"	72	10		62	24	38
Lâmina de laringoscópio nº2	0			0	0	0
Lâmina de laringoscópio nº3	212			212	206	6
Lâmina de laringoscópio nº4	152			152	152	0
Máscaras de Alta Concentração	250	27		223	179	44
Máscaras de Venturi	260	36	80	304	270	34
Máscaras simples	160	42	80	198	177	21
Narizes artificiais	41			41	37	4
Sistemas de aspiração para cânula rígida	5			5	5	0
Swivel	62			62	60	2
Tubo endotraqueal nº6	16			16	16	0
Tubo endotraqueal nº6,5	26			26	26	0
Tubo endotraqueal nº7	20			20	20	0
Tubo endotraqueal nº7,5	29			29	26	3
Tubo endotraqueal nº8	28			28	28	0
Tubo endotraqueal nº8,5	14			14	14	0
Tubo endotraqueal nº9	0			0	0	0
Tubo endotraqueal nº9,5	0			0	0	0
Tubo de Oxigénio	185	27		158	112	46
Tubo de Guedel nº2	98	3		95	82	13
Tubo de Guedel nº3	150	1		149	120	29
Tubo de Guedel nº4	74			74	73	1

ANEXO – 5

INFORMAÇÃO QUE SE DEVE FORNECER AO 112



AO LIGAR O 112

DEVE INFORMAR, DE FORMA SIMPLES E CLARA:

- O tipo de situação (doença, acidente, parto, etc.);
- O número de telefone do qual está a ligar;
- A localização exacta e, sempre que possível, pontos de referência;
- A gravidade aparente da situação;
- O número, o sexo e a idade aparente das pessoas a necessitar de socorro;
- As queixas principais e as alterações que observa;
- A existência de qualquer situação que exija outros meios para o local, por exemplo, libertação de gases, perigo de incêndio, etc



ANEXO – 6

SINAIS DE ALERTA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL



TROMBOSE

SINAIS DE ALERTA DE AVC

Aparecimento súbito de:



FALTA DE FORÇA NUM BRAÇO



BOCA AO LADO



DIFICULDADE EM FALAR

