



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

Confortar em Enfermagem

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

Por Andreia Sofia da Silva Santos Pires Marques

LISBOA, Outubro de 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Confortar em Enfermagem

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

Por Andreia Sofia da Silva Santos Pires Marques

Sob orientação de Prof. Patrícia Pontífice Sousa

LISBOA, Outubro de 2013

*A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte,
requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso,
quanto a obra de qualquer pintor ou escultor;
pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore
comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus?
É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!*

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste Relatório foram vários os intervenientes que contribuíram direta e indiretamente, os quais merecem todo o meu reconhecimento e gratidão.

Agradeço à Prof. Doutora Helena José pela orientação, dedicação e disponibilidade com que acompanhou o meu percurso durante todo o estágio da UCI.

À Prof. Patrícia Pontífice Sousa por toda a sua dedicação e disponibilidade demonstrada ao longo dos estágios de BO e SU, e orientação durante a realização deste relatório.

Às Enfermeiras Sofia Pereira, M^a José Gonçalves e Florinda Galinha pela boa recepção e partilha de conhecimentos técnicos, científicos e relacionais, ao longo dos estágios.

Aos meus colegas da especialidades pela de partilha de conhecimentos e pelos momentos convívio.

Finalmente, e com muito apreço, agradeço aos meus pais, marido, sogros e família por toda a compreensão, motivação, incentivo e apoio incondicional, imprescindíveis para a realização deste trabalho e de todo o meu percurso no Mestrado.

É a todos que dedico este trabalho!

RESUMO

Este relatório pretende demonstrar de forma, crítica e reflexiva, as competências adquiridas ao longo dos Estágios, e a sua importância no desempenho de funções enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No decorrer dos estágios, prestou-se cuidados especializados ao doente/ família de médio/alto risco e em situação crítica, fomentou-se a formação em serviço, sublinhando a importância do controlo de ruído, na promoção do conforto dos doentes hospitalizados.

O Estágio referente ao Módulo I foi realizado no Serviço de Urgência do Hospital de São Francisco Xavier, permitindo mobilizar e adquirir conhecimentos e competências na área nos cuidados prestados ao doente crítico nas diferentes áreas da urgência.

O Estágio relativo ao Módulo II decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos do HPP Hospital de Cascais, permitindo mobilizar e aprofundar conhecimentos e competências na área de prestação de cuidados ao doente/ família em situação crítica.

Ao Módulo III correspondeu um estágio opcional que incidiu sobre Enfermagem no Perioperatório, permitindo-me mobilizar e adquirir conhecimentos e competências ao doente/ família no período peri-operatório.

Durante a realização dos três módulos dos estágios, emergiu a importância da formação relativa ao controlo do ruído, na promoção do conforto dos doentes hospitalizados, sendo este o tema principal deste relatório de estágio.

ABSTRACT

This report aims to demonstrate, under a critical and reflective way, all the competences acquired over the training program and their importance in the performance of duties as a Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing.

During the training program, special care was provided to the patient/family of medium/high risk and in a critical situation, while waging formation on service and emphasizing the importance of noise control, promoting the hospitalized patient's comfort.

The training program, referring to the Module I, was done in São Francisco Xavier Hospital's ER, allowing to acquire and mobilize all knowledge and skills needed to provide special care to critically ill patients on different ER fields.

Module II took place in Intensive Care Unit of the HPP Cascais, enabling to develop all the knowledge and skills needed to provide special care to patient/family in a critical situation.

Module III corresponded to an optional training program based on the Perioperative Nursing, allowing to mobilize and acquire knowledge and skills need to provide special care to the patient / family in the perioperative period.

During the three modules, the noise control became the most important aspect while promoting the hospitalized patient's comfort, being this the main subject of this report.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC	-	Acidente Vascular Cerebral
BPS	-	Behavioral Pain Scale
CVC	-	Cateter Venoso Central
dB	-	Décibéis
EAM	-	Enfarte Agudo do Miocárdio
ECG	-	Electrocardiograma
EEG	-	Electroencefalograma
HPP	-	Hospitais Privados de Portugal
LCR	-	Líquido Cefaloraquidiano
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PAV	-	Pneumonia Associada à Ventilação
PIC	-	Pressão Intra-Craniana
REPE	-	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
S.O	-	Sala de Observação
SDC	-	Sala de Decisão Clínica
SpO2	-	Saturação periférica de oxigénio
SU	-	Serviço de Urgência
TAC	-	Tomografia Axial Computorizada
TCE	-	Traumatismo Crânio-Encefálico
TET	-	Tubo Endotraqueal
TSR	-	Técnica de Substituição Renal
UCI	-	Unidade de Cuidados Intensivos
UCPA	-	Unidade de Cuidados Pós- Anestésicos
VI	-	Ventilação Invasiva
VMER	-	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VNI	-	Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	10
1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	12
2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DOS ESTÁGIOS.....	22
2.1. MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	22
2.2. MÓDULO III – OPÇÃO: BLOCO OPERATÓRIO	31
2.3. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA	38
3. CONCLUSÃO.....	49
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
APÊNDICES	54
APÊNDICE I - PRANCHA COMUNICAÇÃO.....	55
APÊNDICE II – TRABALHO TEÓRICO “RÚIDO HOSPITALAR”	58
APÊNDICE III – AÇÃO DE FORMAÇÃO “CONTROLO DE RÚIDO” NA UCI.....	65
APÊNDICE IV – POSTER “CONTROLO DE RÚIDO”.....	73
APÊNDICE V – FUNÇÕES DO ENFERMEIRO NO BO	75
APÊNDICE VI – PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO DO BO	80
APÊNDICE VII – AÇÃO DE FORMAÇÃO “CONTROLO DE RÚIDO” NO BO	82
APÊNDICE VIII – FÍSTULAS LIQUÓRICAS	89
APÊNDICE IX – PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO.....	96
APÊNDICE X– QUESTIONÁRIO “CONTROLO DE RÚIDO”	102
APÊNDICE XI – AÇÃO DE FORMAÇÃO “CONTROLO DE RÚIDO” NO SU.....	106
ANEXOS.....	115
ANEXO I – ESCALA BPS	116
ANEXO II – CHECK-LIST OPERATÓRIA	118
ANEXO III – CRITÉRIOS DE ALTA SEGUNDO SAPA.....	120
ANEXO IV – DECLARAÇÃO DA REALIZAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO NO SU.....	122
ANEXO V – LISTA DE PRESENCAS NA AÇÃO DE FORMAÇÃO DO SU.....	124

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ESTUDOS PRIMÁRIOS.....	15
TABELA 2 - ARTIGOS SELECIONADOS, SEGUNDO PI[C]OS	15
TABELA 3 - TRIAGEM DE MANCHESTER.....	46

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – CIRCULAÇÃO DO LCR	90
FIGURA 2 – ETIOLOGIA DAS FISTULAS DE LCR.....	91

0. INTRODUÇÃO

A formação de adultos constitui uma mais valia na profissão de Enfermagem, tendo em vista um conjunto de competências e habilidades específicas, que permitem ao Enfermeiro atuar de forma autónoma e em equipa multidisciplinar, proporcionando cuidados especializados. Para adquirir essas competências e habilidades nos cursos de pós-licenciaturas, é essencial o contacto com a prática clínica, através de estágios em unidades hospitalares.

Este Relatório inclui-se no plano de estudos do Curso de Mestrado de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, como um documento descritivo e reflexivo sobre as atividades desenvolvidas ao longo dos três módulos da unidade curricular Estágio.

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem como objectivo central, o desenvolvimento de competências para a assistência de Enfermagem Avançada ao doente adulto e idoso em situação crítica, de médio e alto risco. Para desenvolver estas competências foi necessário adquirir saberes, mobilizar conhecimentos da teoria para prática, desenvolver espírito crítico-reflexivo perante novas situações e consequente resposta aos constantes desafios de Enfermagem.

O estágio módulo II – UCI, foi o primeiro a ser realizado. Este ocorreu no período de 23 de Abril a 22 de Junho de 2012, no HPP Hospital de Cascais, com o principal objectivo de *adquirir competências de Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Médico – Cirúrgica, na prestação de cuidados ao doente/ família em situação crítica*, para a concretização deste objectivo foram delineados dois objectivos específicos e as respetivas atividades para o seu sucesso.

Para o estágio módulo III – opcional, foi solicitado a sua realização no Departamento de Anestesia e Blocos do Hospital de Cascais, de forma a desenvolver competências específicas de Enfermeira especialista na área de peri-operatório. Este realizou-se no período de 20 de Setembro a 10 de Novembro de 2012, tendo como principal objectivo *adquirir competências de Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Médico – Cirúrgica, na prestação de cuidados ao doente/ família em situação crítica, no período peri-operatório*. Para a realização deste estágio propôs quatro objectivos específicos,

que serão anunciados de seguida, com as respectivas atividades para o sucesso da sua execução.

O último estágio, módulo I – Serviço de Urgência, ocorreu no Serviço de Urgência do Hospital de São Francisco Xavier, no período 11 de novembro de 2012 a 19 de janeiro de 2013, delineando como objectivo principal *adquirir competências de Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Médico – Cirúrgica, na prestação de cuidados ao utente/família em situação crítica*, para a realização deste objectivo foram executados três objectivos específicos e as suas respectivas atividades.

Durante a descrição das atividades desenvolvidas ao longo dos três estágios, pretendo dar a conhecer o meu percurso, o meu crescimento profissional e o desenvolvimento das minhas competências enquanto enfermeira especialista.

Ao longo destes três estágios, verificou-se a presença excessiva de ruído hospitalar nos serviços, emergindo a necessidade de estudar a problemática do controlo do ruído na promoção do conforto nos doentes hospitalizados, surgindo assim origem ao tema principal deste relatório.

Para a realização deste trabalho, foi elaborada uma pesquisa bibliográfica atual e pertinente, em bases de dados científicas, como a EBSCO e b-on, justificando a minha prática com a evidência científica.

Este relatório encontra-se dividido em quatro capítulos: no primeiro surge uma revisão sistemática da literatura, que procura dar resposta à problemática identificada nos estágios: estratégias dos enfermeiros para o controlo do ruído hospitalar, na promoção do conforto dos doentes hospitalizados. Os critérios de inclusão dos artigos seguem a metodologia PICOS, serem publicados entre 2009 e 2012, e encontrarem-se escritos na língua portuguesa e inglesa. Uma revisão sistemática de literatura, torna-se importante para avaliar e interpretar tudo o que existe de importante na pesquisa, de forma a responder à questão formulada, contribuindo para novas linhas de investigação, sugestões para investigação futura e fundamentação teórica sobre determinado tema. No segundo capítulo é feita uma análise crítica e reflexiva sobre as atividades desenvolvidas durante os períodos de estágios, encontrando-se dividida em três subcapítulos: Estágio módulo II, estágio módulo III e estágio módulo I. No terceiro capítulo surge a conclusão do trabalho no último são apresentadas as referências bibliográficas utilizadas para a realização do mesmo.

1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Enquadramento teórico

Em todas as unidades de Cuidados de Saúde, mais precisamente em Unidades Hospitalares, é inevitável ouvir o ruído da atividade e interação existentes: os passos acelerados, o cumprimento amigável, o pedido de ajuda por vezes num tom mais elevado, um doente confuso a gritar, um doente a tossir ou a dormir.

Já nos anos de 1850, Florence Nightingale, sensibilizava os Enfermeiros para o controlo cauteloso do ambiente do doente como sendo uma preocupação prioritária das suas intervenções, no que respeita o controlo da luz, do ruído, do cheiro, da ventilação e da temperatura. SILVA (2006:29), considera que expor o doente ao ruído constante e desnecessário, constitui uma forma de desumanização dos cuidados de Enfermagem, e que diversos estudos demonstram que as UCI's são serviços muitos ruidosos, com níveis de ruído acima dos recomendados pela OMS. A mesma autora afirma que o ruído pode ser medido através de um aparelho medidor de som, que regista pressão de som num escala em dB, em que o valor 0 corresponde ao limiar da audição e o valor 130 ao limiar da dor.

O ruído pode ser definido, de acordo com MARAFA *et al* (2005:17), como *qualquer sensação sonora indesejável que invade o nosso ambiente, ameaçando a nossa saúde, produtividade, conforto e bem-estar*, provocando alterações psicológicas como a ansiedade, irritabilidade, perturbações do sono, entre outras. Alguns doentes quando expostos ao ruído desenvolvem alterações como desorientação espaço-temporal, distorção da mensagem recebida, atraso na sua recuperação com aumento das suas queixas, possíveis alterações na interpretação de boas e más notícias, relevantes ou irrelevantes, familiares ou estranhas, conforme afirma MARAFA *et al* (2005:18).

Determinar as alterações psicológicas provocadas pelo ruído é uma tarefa difícil, pois é um factor subjetivo estando intimamente relacionado com o grau de tolerância de cada pessoa, assim como as suas vivências sociais. Existem pessoas que estão mais expostas ao ruído no seu dia-a-dia e por isso são mais tolerantes, e em termos psicológicos sofrem menos alterações.

Quando falamos em ruído numa unidade hospitalar pensamos nas alterações que desencadeia na saúde dos doentes, mas, também os Enfermeiros e outros profissionais, estão expostos diariamente ao ruído, pondo em causa a sua saúde.

A presença constante de ruído pode ocasionar nos enfermeiros a perda da capacidade de concentração intelectual e conseqüente diminuição da produtividade, interferência com a capacidade de ouvir os alarmes, dificuldade na percepção das indicações verbais, aumentado a probabilidade de cometer erros, fadiga e irritabilidade agravando o grau de stress. É, portanto, dever do enfermeiro proporcionar aos doentes um ambiente de conforto, controlando todos os ruídos envolventes, eliminar os sons estranhos e criar um ambiente familiar, envolvendo sempre a participação dos seus familiares.

De acordo com o dicionário da língua portuguesa, a palavra conforto de origem no latim *confortare*, derivado da palavra confortar, significa ato ou efeito de confortar, comodidade, bem-estar, auxílio e consolo na aflição. Leninger (1985) considera o conforto como “*o cuidar para aliviar dores e desconfortos, ou tornar alguém livre de ameaças próprias, internas ou externas*”. (MUSSI, 1996:259)

O conforto constitui uma necessidade fundamental dos indivíduos, no seu contexto físico, social, espiritual, mental e ambiental (MUSSI, 1996:257). Ao conceito de conforto, ao longo dos anos, foi atribuído um significado de menor importância, contudo é fundamental para o cuidado humano holístico e prática de Enfermagem. Diversas definições são atribuídas a este conceito, consoante a perspectiva de cada autor, mas a sua relevância é notória em alguns trabalhos de teorias de Enfermagem, como a Teoria de Conforto de Kolcaba (1991) e Teoria de Janice Morse (1980), (RIBEIRO e COSTA, 2012:150). Na análise de conforto de Morse, o toque e a conversa são dois componentes principais, sendo o ouvir o componente secundário do conforto.

A prática de cuidados de Enfermagem, deve ter por base a promoção do conforto dos doentes hospitalizados, através da harmonia entre a mente, o corpo e o espírito, e da ajuda do indivíduo a encontrar o significado da sua existência pela falta de harmonia e sofrimento (APÓSTOLO, 2009:65)

De acordo com APÓSTOLO (2009:66), Katharine Kolcaba desenvolveu a Teoria de Conforto, onde considera o conforto “*como um estado resultante das intervenções de enfermagem para aliviar ou eliminar o distress*”. De acordo com KOLCABA (1991:238) a estrutura do conforto é constituída por três contextos: o sentido técnico

alívio, onde uma necessidade foi satisfeita; a **tranquilidade/ calma**, caracterizado por um estado de calma ou satisfação; e a **transcendência**, estado em que a pessoa sente que possui competências para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas. Estes estados de conforto desenvolvem-se nos contextos físicos, sociocultural, psíquico e ambiental.

PINTO e CONCEIÇÃO (2008:10), realizaram um estudo sobre a percepção dos enfermeiros sobre os cuidados de conforto, tendo concluído através da análise dos questionários, que os enfermeiros prestam cuidados de conforto nos contextos físico, pelo alívio da dor, higiene, posicionamentos e promotores de independência; psíquico, pela assistência religiosa, apoio psicológico e relação de ajuda; e sócio-cultural, através da relação com a família e fatores ambientais externos. O conceito de conforto mais citado pelos enfermeiros foi o de higiene e conforto, descurando a promoção do conforto no contexto sócio-cultural, pela relação com a família. Se realizarmos um paralelo com a teoria do conforto de Kolcaba, é de notar a ausência de cuidados de conforto no contexto ambiental. É essencial sensibilizar os enfermeiros para a importância do conforto em todas as suas componentes, na sua prática de cuidados diários.

Metodologia

Esta revisão sistemática da literatura tem como principal objectivo perceber as alterações que o ruído, existente em meio hospitalar, provoca na saúde, e quais as estratégias a adoptar para minimizar o mesmo e promover o conforto dos doentes hospitalizados. Neste âmbito, identificou-se a seguinte questão *quais as estratégias adoptadas pelos Enfermeiros para o controlo do ruído hospitalar, na promoção do conforto do doente hospitalizado?* Através desta revisão sistemática de literatura pretende-se dar resposta a outras questões secundárias: *estarão os enfermeiros sensibilizados para o ruído existente em meio hospitalar e para a promoção do conforto dos doentes?; qual o nível médio de ruído existente em meio hospitalar?; quais as estratégias adoptadas pela equipa multidisciplinar para o controlo do ruído hospitalar?*

Os critérios de inclusão para a seleção de artigos e formulação da pergunta de partida seguem a metodologia **PI[C]OS** (população alvo (**P**), o tipo de intervenção (**I**), as comparações (**C**), o resultado - outcome (**O**), e o tipo de estudo – study (**S**)).

Tabela 1 – Critérios de Inclusão e Exclusão de estudos primários

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	Enfermeiros ou equipa multidisciplinar que exercem funções em meio hospitalar	Doentes internados
Intervenção	Estudo das estratégias de controlo de ruído hospitalar adoptado pelos Enfermeiros e percepção dos mesmos e equipa multidisciplinar relativamente ao ruído existente em meio hospitalar.	Estudo da percepção dos doentes internados face ao ruído existente em meio hospitalar
Desenho	Evidência científica obtida através de estudos de abordagem qualitativa ou quantitativa	Estudos de revisão sistemática da literatura e teses de mestrado

Procedeu-se ainda a inclusão de artigos que tenham sido publicados em periódicos nacionais ou internacionais, com idioma português ou inglês, a partir de 2009.

A pesquisa foi realizada em bases de dados bibliográficas on-line, nacionais ou internacionais, entre o mês de Abril de 2012 e Janeiro de 2013. A pesquisa electrónica foi realizada nas seguintes bases de dados, com os respectivos resultados entre parênteses: b-on (113), EBSCO (*CINAHL plus with full text; MEDLINE with full text, Chrocane database of systematic Reviews*)(70), Scielo Portugal(1) e brasil(16). Os descritores utilizados para a pesquisa de artigos foram *Enfermagem; Hospital; Ruído; Ruído Hospitalar e Percepção; Nurse; Hospital; Noise; Hospital noise; Nurse's Perception*.

Apresentação, análise e discussão de Dados

Com a finalidade de responder à questão principal *quais as estratégias adoptadas pelos Enfermeiros para o controlo do ruído hospitalar, na promoção do conforto dos doentes hospitalizados?* e a outras questões secundárias procedeu-se à leitura dos diversos

artigos, de forma a identificar e analisar a sua matéria, organizando por temas, respeitando sempre o seu conteúdo e significado. Consideraram-se válidos, os artigos que responderam aos critérios de inclusão apresentados anteriormente, que não apresentassem omissão de informação relevante para o estudo, tendo sido excluídos artigos que não satisfizessem os mesmos critérios ou que se considerasse irrelevantes para o estudo. Como resultado obtido na pesquisa bibliográfica, obteve-se sete estudos (tabela 2).

Tabela 2 - Artigos Seleccionados, segundo PI[C]OS

	População	Intervenção	Outcomes (resultados)	Study (desenho)
RICHARDSON, A. [et al.], 2009	Enfermeiros	A exposição ao ruído é o principal fator de interrupção do sono dos doentes internados, que consideram o nível de ruído existente como elevado. Foi realizado um estudo para determinar os níveis de ruído existentes num serviço hospitalar, de seguida procedeu-se à implementação de um programa de intervenções de redução do ruído, após a educação dos enfermeiros, foi realizada uma nova mensuração do ruído existente.	Numa fase inicial, o nível de ruído médio existente num serviço de um Hospital era de 96 dB. Após a aplicação de estratégias de redução de ruído, verificou-se que os níveis médios de ruído hospitalar rondavam os 77dB.	
NETO, R.A. [et al.], 2010	Profissionais de saúde	Avaliar os níveis de ruído e a percepção dos profissionais de saúde face ao mesmo, através da mensuração diária, durante uma semana, do ruído existente pelo decibelímetro. Após as aferições, aplicação de um questionário aos	A média de ruído existente na unidade de terapia intensiva é de 58,21dB, sendo mais acentuado no período diurno e dias úteis. Cerca de 97% dos profissionais de saúde considera que existe ruído moderado a intenso, 50,7% sentem-se prejudicados pelo	Estudo transversal



		profissionais de saúde sobre as suas percepções e incomodo causado pelo ruído, e estratégias de controlo do mesmo.	ruído e 98,6% considera que é possível reduzir o nível ruído existente.	
AURÉLIO, F.S.; TOCHETTO, T.M. (2010)	Profissionais de saúde e pais de recém-nascidos internados	Investigação da percepção dos profissionais de saúde que exercem funções numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal e pais dos recém-nascidos, pelo uso do questionário. Mensuração do ruído existente no mesmo serviço, pela utilização do analisador <i>Quest400</i> e do <i>software QuestSuite</i> .	Nas salas de cuidados intensivos, intermédios, isolamento e no corredor da unidade, os níveis médios de ruído registados foram 64,8%, 62,1%, 63,8% e 61,9%, respectivamente. Os profissionais de saúde consideram o ruído existente intenso e que o seu comportamento é ruidoso, acreditando que este ruído pode ser prejudicial tanto para si como para os recém-nascidos. Os familiares consideram o ruído existente moderado, acreditando que não prejudica os recém-nascidos. Todos os questionados consideram possível reduzir o ruído existente.	Estudo quantitativo, não experimental, descritivo e exploratório.
POPE, D. (2010)	Enfermeiros	Avaliar os níveis de ruído existentes em quatro unidades de internamento, durante doze horas seguidas em três quartos e 5 minutos a cada 45 minutos no balcão de enfermagem, com o objectivo de sensibilizar os enfermeiros para intervenções de redução de ruído.	Verificou-se níveis de ruído de 62,2; 63,3; 61,7; e 64,6 dB, acima do recomendado pela OMS. As intervenções de enfermagem no sentido de controlar o ambiente acústico não são suficientes para reduzir o ruído existente. É essencial aplicar medidas de controlo de ruído.	Estudo descritivo, observacional



SILVA, A. C. [et al.], 2012	Enfermeiros e Equipa multiprofissional	Realizadas entrevistas abertas a 43 profissionais para descrever a percepção da equipa multiprofissional face à existência de ruído na unidade de cuidado intermédio neonatal.	A equipa multiprofissional mostra-se sensibilizada para a existência de ruído na unidade de cuidado intermédio neonatal, referindo estratégias de controlo de ruído.	Estudo Descritivo de natureza Qualitativo
DANIELE, D. [et al.], 2012	Enfermeiros e Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva neonatal	Estudo da percepção dos profissionais de saúde sobre as repercussões do ruído no recém-nascido, família e profissionais, através da aplicação de um questionário. Implementação de um programa educativo.	A equipa multiprofissional encontra-se sensibilizada para o ruído, 44,9% considera a unidade de cuidados intensivos neonatal muito ruidosa, cerca de 67,4% percebem os efeitos do ruído durante e após um dia de trabalho. Alguns profissionais, apesar de desconhecerem a legislação sobre o ruído no ambiente hospitalar, identificam repercussões para si, recém-nascidos e família.	Estudo descritivo, quantitativo
TSUNEMI, M. (2012)	Enfermeiros	Estudo com o objectivo de mensurar os níveis de ruído existentes numa unidade de cuidados intensivos neonatais após a implementação de um programa educativo.	Após a implementação de um programa educativo para a redução do ruído existente na UCI neonatal, mediu-se o ruído existente, concluindo-se que não houve redução do nível de ruído existente. Sugere-se uma maior sensibilização dos profissionais, elaboração de <i>guidelines</i> , renovação e manutenção de equipamentos.	Estudo quantitativo, descritivo

O ruído hospitalar constitui um factor prejudicial para o conforto e descanso dos doentes. Vários estudos apontam para as consequências negativas do efeito do ruído hospitalar: distúrbios do sono; aumento da pressão arterial, aumento da frequência

cardíaca e respiratória, diminuição da resposta imune, aumento do limiar da dor, com necessidade de aumento da medicação analgésica (POPE, 2010).

No seu estudo POPE (2010) mediu o ruído existente num internamento médico-cirúrgico, no período 12 horas (6h25 às 18h30) durante 3 dias, verificando que o nível médio era de 60-70 dB, equivalente ao ruído encontrado em grandes escritórios, concluindo-se que as intervenções de enfermagem no controlo do ambiente não são suficientes para reduzir o ruído existente, sendo urgente a implementação de estratégias.

Também AURÉLIO (2010) verificou que o nível de ruído existente na UCI neonatal encontra-se acima do recomendado pela OMS, sendo a percepção dos profissionais concordante com o estudo por considerarem o serviço como ruidoso, como principal fonte apontam os equipamentos existentes e o comportamento das pessoas.

NETO (2010) analisou o ruído existente através de um decibelímetro, durante 24h no período de uma semana, junto ao balcão de enfermagem, sem o conhecimento prévio dos profissionais. A média de ruído era significativamente superior durante período diurno e em dias úteis, devido ao maior número de pessoas presentes na UCI nesse momento. Os valores encontrados eram superiores ao recomendados, e em alguns momentos foram considerados aceitáveis. Após esta medição, foi aplicado um questionário aos enfermeiros e outros profissionais sobre a sua percepção do ruído existente: 2,7% consideram o ambiente de trabalho pouco ruidoso, enquanto que 97,3% consideram o ruído moderado a intenso. 50,7% dos participantes julgam que o ruído possa ser prejudicial para a saúde e 98,6% acreditam que é possível adoptar estratégias de controlo de ruído.

Por sua vez, no estudo realizado por DANIELE (2012), 44,9% dos profissionais consideram a UCI neonatal muito ruidosa, 44,9% mais ou menos ruidosa e apenas 10,2% referem ser um local pouco ruidoso. A maioria dos participantes do estudo percebeu algum incomodo provocado pelo ruído, adoptando medidas como o falar baixo, manipular a incubadora com cuidado, atender rapidamente os alarmes, abrir e fechar as portas da sala com cuidado e conversar fora UCI neonatal. 70,3% dos participantes, no final do dia de trabalho percebe os efeitos do ruído sobre si, sendo os mais frequentes a irritação, *memória* do ruído caracterizado por um zumbido constante, cefaleia, cansaço físico e mental, dificuldade na concentração e repercussão no seu desempenho no trabalho. No estudo de AURÉLIO (2010), os profissionais apontam

para os mesmos malefícios na sua saúde. Os profissionais citam como principais fontes de ruído o funcionamento dos equipamentos e aparelhos, a conversa, os alarmes dos equipamentos, campainha do telefone e choro do recém-nascido. Após o estudo, verificou-se que a totalidade dos enfermeiros participantes conheciam os efeitos do ruído para os profissionais.

SILVA (2012), no questionário aplicado verifica as mesmas fontes geradoras de ruído. A maioria dos entrevistados considera o excesso de ruído ambiental e apontam para os efeitos fisiológicos, como taquicardia, taquipneia hipertensão, maior risco de infeção; comportamentais, pela alteração do sono e vigília, stress, irritação; e emocionais, silêncio e tristeza, indo em conta ao relatado por POPE (2010). OS entrevistados apontaram estratégias de controlo de ruído como a consciencialização da equipa e acompanhantes, a educação permanente, a redução das conversas, o manejo cuidadoso de materiais e o controlo de pessoas.

TSUNEMI (2012) verificou o ruído existente numa UCI neonatal tendo verificado que os ruídos existentes excedem os valores recomendados, de seguida realizou um programa educativo com o objectivo de promover a sensibilização da equipa quanto à importância de um ambiente calmo. Ao fim de seis meses procedeu a uma nova avaliação. Constatou que o nível de ruído existente mantinha-se superior ao recomendado, é necessário a manutenção dos programas educativos, a existência de cartazes alusivos ao silêncio. No estudo, conclui-se que alguns enfermeiros não estão sensibilizados para o ruído existente.

Conclusão

Os achados encontrados nos estudos respondem, de certa forma, às questões formuladas inicialmente, todavia é de notar algumas lacunas, no que respeita às intervenções dos enfermeiros para controlo do ruído hospitalar, e quais as suas estratégias. Estarão os enfermeiros sensibilizados para as principais fontes de ruído existentes e quais as intervenções para o minimizar? Adoptarão os Enfermeiros estratégias de controlo de ruído, sem educação prévia sobre a temática? Consideram os enfermeiros, o ruído como fator essencial no conforto dos doentes internados? Apesar destas lacunas, e perante as questões formuladas inicialmente, verifica-se que o nível de ruído existente em meio hospitalar é muito superior ao nível médio de ruído recomendado pela OMS, verifica-se que os enfermeiros e equipa multidisciplinar encontra-se sensibilizados para a temática,

considerando essencial a adoção de medidas de controlo de ruído de forma a minimizar o ruído hospitalar e promover o conforto dos doentes. As principais fontes de ruído relatadas são os equipamentos, alarme dos aparelhos, conversas entre pessoas e som do telefone.

É de notar que a maioria dos estudos consultados dizem respeito a UCI neonatais, não tendo sido este, um fator de inclusão na pesquisa. Verifica-se que em Portugal não existem estudos relativos ao ruído hospitalar. Aponta-se, assim, para a importância da realização e divulgação de estudos na área do ruído hospitalar, em hospitais Portugueses, de forma a sensibilizar os Enfermeiros e outros profissionais para esta realidade.

2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DOS ESTÁGIOS

No contexto da prática clínica, o principal objectivo consiste em adquirir competências de Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Médico – Cirúrgica, na prestação de cuidados ao doente/ família de médio e alto risco, através do contacto com novas experiências e situações, que promovam o desenvolvimento profissional.

Traçando uma linha orientadora para os três estágios, o tema do projeto desenvolvido consiste no controlo de ruído hospitalar, através da sensibilização dos profissionais de saúde para esta temática e a sua importância na promoção do conforto dos doentes internados.

Neste capítulo é realizado uma reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas em cada momento de estágio e a sua importância no desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista. Desta forma, são elaborados três subcapítulos, de acordo com o campo de estágio em questão.

2.1. MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O estágio Módulo II – UCI, decorreu na UCI do Hospital de Cascais no período de 23 de Abril a 22 de Junho de 2012.

A Unidade de Cuidados Intensivos localiza-se no 3º piso do HPP Hospital Dr. José de Almeida, em Cascais. Trata-se de um serviço que para além de UCI com capacidade de oito camas, em que três são de isolamento, tem uma unidade de cuidados intermédios, com dez camas. Este serviço é polivalente, recebendo doentes críticos de várias especialidades médicas e cirúrgicas, provenientes do serviço de urgência, bloco operatório, serviço de internamento e do ambulatório, acompanhados pela VMER.

Relativamente aos recursos humanos, podemos contar com uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, assistentes operacionais, médicos intensivistas e internos de medicina.

À UCI dão apoio vários serviços internos do Hospital, como o laboratório de análises clínicas, serviço de imunohematoterapia, serviço de imagiologia, farmácia, exames especiais, cozinha, rouparia e medicina física e de reabilitação.

Podemos contar com a presença do Padre 24h por dia, sempre que o doente ou familiar/cuidador o solicitarem.

O horário de visitas processa-se das 16h às 20h, com uma visita junto de cada doente, podendo trocar com outras visitas no Piso 2, na entrada principal. Tanto a equipa médica como de enfermagem fornecem informações sobre a situação clínica do doente, preferencialmente ao familiar/cuidador de referência, a qualquer hora do dia, não havendo um horário específico de informações.

Objectivos de Estágio e atividades desenvolvidas

Após a realização dos primeiros turnos de estágio na UCI e através da entrevista informal com a enfermeira orientadora e enfermeiro chefe do serviço, foi possível perceber que um dos principais problemas existentes no serviço prende-se com a interrupção do sono dos doentes. Este processo relaciona-se, não só com o ruído associado ao constante som do alarme dos monitores e das conversas informais dos profissionais de saúde, mas também com a falta de conforto provocado por todos os “tubos existentes”, e pela não manifestação verbal da dor. Deste modo achei pertinente aprofundar o tema *conforto do doente internado em UCI, mais precisamente na diminuição do ruído e alívio da dor*.

Outro dos problemas detectados por mim, prende-se com a minha falta de experiência em UCI, em procedimentos a doentes ventilados e na satisfação das suas necessidades e por isso ao longo deste estágio realizei pesquisa bibliográfica exaustiva, solicitei a colaboração de toda a equipa multidisciplinar e realizei reflexão crítica, de forma a aprofundar conhecimentos técnicos e científicos nesta área.

Como objectivo geral delineei *adquirir competências de Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Médico – Cirúrgica, na prestação de cuidados ao doente/ família em situação crítica*. Para atingir o objectivo principal, defini dois objectivos específicos, anunciados de seguida com as respectivas atividades propostas para a sua execução.

<p>Objectivo 1 – Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais especializadas, na prestação de cuidados de enfermagem ao doente/família em estado crítico na UCI.</p>

A minha integração neste serviço deu-se da melhor forma possível, fui bem recebida por toda a equipa multidisciplinar, que sempre se mostrou disponível para tornar o meu estágio rico em conhecimentos e novas experiências. Fui solicitada, sempre que possível, para observar procedimentos que eram novos para mim e que constituíam uma mais valia no meu processo de aprendizagem e aquisição de competências enquanto Enfermeira Especialista. Qualquer dúvida que surgisse, fui sempre esclarecida quer pela equipa de enfermagem, quer pela equipa médica. A integração na UCI foi facilitada pelo conhecimento dos horários de visitas e alimentação, normas e protocolos existentes no serviço, método de trabalho preconizado e as situações mais recorrentes na UCI, assim como dos procedimentos e técnicas de enfermagem executados. **Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

Para dar resposta ao que me foi solicitado, foi necessário a pesquisa bibliográfica continua perante situações novas para mim, de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados e contribuir para a partilha de conhecimentos com a equipa de enfermagem. A pesquisa em enfermagem constitui um fundamento para a prática baseada em evidências, que surge como um processo criterioso e explícito da melhor evidência para tomar decisões sobre a prática clínica diária. **Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.**

Para GALVÃO *et al.* (2002:692), a prática baseada em evidências é *“um processo de descoberta, avaliação e aplicação de evidências científicas para o tratamento e gerenciamento da saúde. É o cuidado guiado por meio de resultados de pesquisas, consenso de especialistas ou a combinação de ambos [...] ela enfatiza o uso de pesquisas para guiar a tomada de decisão clínica”*.

A realização deste estágio na UCI permitiu adquirir competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados ao doente e sua família em situação crítica. Tornou-se evidente a importância do conhecimento da fisiopatologia para compreender toda a situação clínica do doente e para atuar perante situações previsíveis, de forma a reduzir os riscos e possíveis complicações.

De forma a planear o percurso deste estágio, foi realizada de uma reunião informal com a Enfermeira orientadora e com o enfermeiro chefe do serviço de modo a partilhar e discutir os objectivos anunciados e as atividades propostas para o seu sucesso.

Durante este percurso, desenvolvi conhecimentos relativos ao processo de admissão ao doente/ familiar na UCI e da sua transferência/ alta, à importância da relação de confiança, empatia, privacidade e confidencialidade com o doente/ família, desenvolvendo competências na área relacional, nomeadamente no respeito, autenticidade, escuta ativa, uso do silêncio, comunicação terapêutica

A comunicação e o envolvimento da família no processo de cuidados ao doente em situação crítica, foi uma fraqueza detetada no decorrer do estágio. É essencial conhecer a situação social doente, a sua família e as suas pessoas de referência, de forma personalizar os cuidados prestados. **Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.**

Quando falamos em UCI, por vezes associa-se a gravidade da situação clínica do doente e muitas vezes a morte. Os familiares são confrontados com a presença de vários aparelhos, com o alarme dos monitores que associam a que algo não está bem, e vêm o seu familiar com um tubo incapaz de comunicar. É sem dúvida um grande choque e factor de grande stress. Assim, torna-se essencial que ocorra uma boa preparação do familiar na primeira visita, que lhe seja explicado atempadamente tudo o que irá ver, e mais importante dar todo o apoio, espaço e silêncio para refletir e expor todas as suas dúvidas. Tive ao longo do estágio, oportunidade de observar toda a preparação dos familiares para a primeira visita e perceber as principais preocupações dos mesmos.

Tendo sempre por base uma boa prática profissional e ética, no que respeita o acolhimento ao doente e sua família em situação crítica, foi possível melhorar a competência de “Responsabilidade profissional, ética e legal”, enunciada nas competências de Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros.

Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Para atingir o objectivo proposto, demonstrei competências para trabalhar em equipa multidisciplinar, participando nas discussões da equipa de forma ativa para a resolução de problemas, assisti e colaborei em técnicas como colocação de CVC e cateter arterial, colocação de tubo endotraqueal, colocação de sonda nasojunal, broncofibroscopia e técnica de substituição renal, nomeadamente hemodiafiltração, tendo sempre por base os conhecimentos obtidos na formação inicial e na prática profissional, os conhecimentos adquiridos durante o mestrado e pesquisa bibliográfica recente, com o objectivo de proporcionar cuidados de Enfermagem de excelência.

Segundo BENOLIEL, citado por ABREU (2007,p.99) *“em contexto clínico os estudantes necessitam de mobilizar não apenas competências técnicas ou as necessárias à resolução de problemas, mas também uma disciplina emocional necessária à gestão dos cuidados e à sua prestação em situações particularmente difíceis”*.

Ao longo deste estágio tive diversas oportunidades para colaborar na colocação de CVC e cateter arterial, tendo sempre por base a técnica asséptica, na prevenção de infecções associadas aos cuidados de saúde. Pesquisei sobre a desinfeção da pele, quais os solutos mais adequados para o procedimento. Verifiquei que bibliografia recente considera o uso de clorexidina o mais adequado para a desinfeção da pele. A norma existente no serviço relativamente à colocação de CVC, vai de encontro ao proposto pela bibliografia, sendo a técnica considerada correta a utilizada na UCI, não sendo necessária a formação/ sensibilização dos profissionais para a temática.

Durante um turno da manhã, foi feita a admissão de um doente na unidade de cuidados intermédios, com o diagnóstico de AVC trombótico, com critérios para a realização de trombólise. Tratando-se de uma situação para mim desconhecida, procurei junto da equipa de enfermagem e médica, adquirir conhecimentos sobre este procedimento, aprofundando conhecimentos mais tarde pela pesquisa bibliográfica. Desenvolvi conhecimentos sobre os critérios de inclusão e exclusão para a realização de trombólise, quais os cuidados de enfermagem antes, durante e após o procedimento e possíveis complicações. Foi sem dúvida um caso clínico enriquecedor neste processo, permitindo a aquisição de novos conhecimentos, e reflexão crítica sobre o mesmo.

Pela especificidade da situação clínica dos doentes e pela diversidade de situações que podem contribuir para a aquisição de competências de enfermeira especialista, foi

proposto que o estágio se realizasse na sua maioria na unidade de cuidados intensivos. Uma situação frequente na UCI é a ventilação invasiva. A maioria dos doentes internados, devido ao agravamento do seu estado de saúde, necessita de ventilação assistida. De forma a dar resposta ao que me foi solicitado, foi essencial o estudo sobre os principais modos ventilatórios, em que situações se utilizam e como é feito o desmame da VI.

Desenvolvi competências na prestação de cuidados de Enfermagem ao doente submetido a ventilação mecânica, no que respeita a comunicação, alívio da dor e promoção do conforto. Adquiri conhecimentos sobre a interpretação de traçados cardíacos, métodos ventilatórios, conceitos sobre ventilação invasiva e não invasiva, e farmacologia específica da UCI.

Uma das situações que ocorre com alguma incidência em UCI, de acordo com a bibliografia consultada, é a pneumonia associada à ventilação, por vezes devido às más práticas dos cuidados de saúde. Existe um protocolo na UCI sobre cuidados ao doente ventilado com o objectivo de reduzir a PAV.

A pneumonia constitui a segunda maior causa de infeção nosocomial nos Estados Unidos, constituindo a principal causa de morte associado a infecção hospitalar. A Pneumonia Associada à Ventilação (PAV) constitui uma forma de pneumonia nosocomial, de acordo com AUGUSTYN (2007:32).

Assim, realizei um estudo sobre intervenções essenciais para prevenir a PAV, como a lavagem higiénica das mãos antes e após qualquer procedimento, o uso luvas estéreis e sonda de aspiração de uso único e estéril para a aspiração de secreções pelo TET, a higiene oral com clorexidina 2%, a entubação oragástrica preferencial à nasogástrica, pela diminuição do risco de sinusite, o correto posicionamento do doente com cabeceira a 30°, a correta pressão do TET a 20mmHg, e não trocar o circuito do ventilador mais do que uma vez em cada 48h.

O doente ventilado, pela presença de um tubo endotraqueal ou traqueostomia, apresenta dificuldades na comunicação e transmissão dos seus sentimentos e necessidades. É fundamental, os enfermeiros estarem despertos para as principais necessidades do doente ventilado, nomeadamente na atividade de higiene, conforto, descanso, alimentação e comunicação. A comunicação com o doente com alteração da linguagem verbal, pela presença de tubo endotraqueal, traqueostomia ou AVC com sequelas na

área da linguagem, constituiu um problema e dificuldade na realização do meu estágio. Nem sempre era fácil perceber o que o doente queria transmitir, quais os seus sentimentos ou preocupações. A mesma dificuldade na percepção ocorria com os familiares.

Esta situação recente no meu percurso profissional enquanto Enfermeira, pronunciou-se como uma dificuldade para a prestação de cuidados a estes doentes. Desta forma, recorri à pesquisa bibliográfica de estratégias de comunicação alternativa, como o uso de símbolos.

Quando questioneei a Enfermeira Orientadora sobre a existência de meios alternativos de comunicação, foi-me dito ainda estava a ser realizado, não existindo nada até há data implementado. A forma de comunicar com estes doentes é através da mímica, leitura de lábios e por vezes é dado ao doente uma folha e caneta para este escrever.

GROSSBACH *et al.* (2011:47) refere seis estratégias facilitadoras do sucesso da comunicação: (1) criação de uma ambiente familiar; (2) avaliar as situações que afectam a comunicação; (3) antecipar as necessidades dos doentes; (4) facilitar a leitura labial; (5) utilizar alternativas de comunicação; e (6) educar o doente, família, e profissionais de saúde para as estratégias de comunicação.

Um método alternativo de comunicação, consiste na aplicação de *pranchas de comunicação*, utilizado em pessoas com alteração das capacidades cognitivas, podendo ser aplicado também a doentes com alteração da linguagem. Um quadro com figuras, letras, números e frases e palavras comuns, permite envolver o doente no seu tratamento e recuperação. Contudo, a utilização destes quadros vai depender da situação clínica do doente, sendo o ideal, adequado a cada doente e à sua patologia. Propus a realização de uma prancha de comunicação¹ para a UCI aos Enfermeiro Chefe e Orientadora que aceitaram a proposta de imediato. Penso que através deste método, a comunicação entre o doente-profissionais e doente-família vai ser melhorada, contribuindo para uma melhor satisfação das necessidades do doente e individualização de cuidados. **Toma iniciativas e é criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização.**

¹Ver Apêndice I

Uma das situações que achei essencial desenvolver foi a avaliação da dor no doente ventilado. Estando este consciente é possível utilizar a escala da dor numérica. Mas houve situações em que os doentes se encontravam sedados, com um score baixo na escala de coma de Glasgow, sendo necessário a aplicação de outras escalas de avaliação da dor. A escala implementada na UCI para doentes sedados é a BPS². Esta escala permite a avaliação da dor através do comportamento dos doentes., tratando-se de um método simples e exequível. Como estratégias de controlo da dor recorri a medidas farmacológicas, de acordo com a prescrição médica, e não farmacológicas, tais como o posicionamento, a massagem terapêutica, ouvir e apoio emocional. **Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização.**

Objectivo 2 – Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância do controlo de ruído hospitalar, na promoção do conforto do doente hospitalizado.

Como anunciado anteriormente, um dos grandes problemas, verificados por mim na UCI, nos primeiros dias, foi o ruído existente pelo manuseamento de material, pela presença das pessoas e pelos alarmes dos equipamentos técnicos. Decidi, em discussão com a orientadora e enfermeiro chefe, que este seria o tema central do meu projeto. Como principal objectivo tinha *sensibilizar toda a equipa multidisciplinar para a importância do controlo do ruído no descanso dos doentes.*

De forma a adquirir conhecimentos sobre a temática, realizei pesquisa bibliográfica, em base de dados *on-line*, acerca do ruído, fontes e estratégias de controlo do mesmo, elaborando assim um trabalho teórico com o título *Controlo de Ruído: factor que contribui para o conforto dos doentes numa Unidade Hospitalar*³.

Inicialmente, procedi ao levantamento do nível de ruído existente na UCI, em dois períodos do dia, 14h e 2h, através de uma aplicação designada *decibels* para android, não sendo um método 100% fiável, dá-nos uma noção aproximada do ruído existente. Foi feita tentativa de adquirir um aparelho fiável, junto do Instituto da Qualidade

²Ver Anexo I

³Ver Apêndice II

Português, mas a mesma instituição não o forneceu, pois os estudos têm de ser realizados por eles e solicitados sob pagamento por uma instituição ou particular.

De forma a sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância do controlo de ruído no serviço, realizei uma ação de formação⁴ de serviço, convidando todos os profissionais de saúde que exercem funções na UCI para assistir. **Promove a formação em serviço na sua área de especialização.**

A formação em Enfermagem constitui um aspecto fundamental na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, exigindo aos formandos atualização constante sobre as temáticas do dia-a-dia.

Segundo NUNES (s/d, p.92) *“sendo a formação profissional entendida como um continuum que começa na formação de base e se desenvolve na formação complementar, a mesma deverá ser enriquecida com a Formação de Pós-Licenciatura, Pós-Graduação e de Mestrados garantindo por esta via a reflexão sustentada sobre a prática clínica quotidiana e a produção de conhecimento dinâmico caracterizado pela problematização, pelo trabalho de projecto, pela descoberta ou negociação e pela investigação-acção, validando-se desta forma a Formação contínua.”*. Também a Ordem dos Enfermeiros, o REPE e o Código Deontológico, apontam para a importância da formação e para o dever das instituições colaborarem neste processo.

Nesta ação de formação, estiveram presentes médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, dei a conhecer o que é o ruído, as principais fontes de ruído existentes numa UCI, os níveis de ruído aconselhados pela OMS e os níveis de ruído existentes neste UCI, determinados em dois períodos do dia: 14h e 2h, e os efeitos do excessivo ruído quer nos doentes quer nos profissionais de saúde. Nesta formação, propôs estratégias para desenvolver de forma a controlar o ruído e permitir o descanso dos doentes, dando a conhecer o programa *quiet time*.

Esta formação foi uma mais valia para o serviço, pois senti que os profissionais não estavam sensibilizados para o problema, mas sim adaptados ao ruído, não controlando os alarmes e conversas entre profissionais. Após a formação, foi notório a preocupação de todos os profissionais para adoptar estratégias de forma a controlar o ruído. A equipa mostrou-se muito entusiasmada e surpresa pelos níveis de ruído existentes. Houve

⁴ Ver Apêndice III.

participação por parte de todos os intervenientes e foram várias as sugestões apresentadas.

Em termos de futuro, estou confiante que após esta sensibilização, os profissionais estejam mais atentos ao ruído e ao descanso dos doentes, melhorando a qualidade dos cuidados prestados, assim como a satisfação de todos.

De forma a dar continuidade a esta ação de formação, e para que esta temática não seja esquecida pelos profissionais de saúde, foi realizado um *poster*⁵ com o objectivo de fixar no serviço, junto do balcão de enfermagem, para que toda a equipa se recorde da importância do controlo do ruído na promoção do conforto dos doentes.

2.2. MÓDULO III – OPÇÃO: BLOCO OPERATÓRIO

O Departamento de Anestesia e Blocos localiza-se no 3º piso do HPP Hospital Dr. José de Almeida, em Cascais. Trata-se de um serviço composto por seis salas operatórias, uma unidade de cuidados pós-anestésicos e uma unidade de cuidados intermédios pós-cirúrgicos, constituído por quatro camas destinado a doentes com necessidade de ventilação assistida.

A admissão dos doentes é feita através do Serviço de Urgência, Hospital de Dia Cirúrgico, Internamento de Cirurgia – Piso 7, internamento de Ginecologia – Piso 5, pediatria, urgência pediátrica e, ocasionalmente, doentes internados na UCI que numa situação urgente necessitem de tratamento cirúrgico.

Relativamente aos recursos humanos, podemos contar com uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, assistentes operacionais, médicos cirurgiões de diversas especialidades cirúrgicas, internos de cirurgia.

A este departamento dão apoio vários serviços internos do Hospital, como o laboratório de análises clínicas, serviço de imunohematoterapia, serviço de imagiologia, farmácia, exames especiais, cozinha, Central de Esterilização.

O horário de visitas processa-se das 13h às 13h30 e das 19h às 19h30, com uma visita junto de cada doente, para doentes com internamento superior a 24h na UCPA, ou sem vaga no internamento. Tanto a equipa médica como de enfermagem fornecem

⁵ Ver Apêndice IV.

informações sobre a situação clínica do doente, preferencialmente ao familiar/cuidador de referência, a qualquer hora do dia, não havendo um horário específico de informações.

Objectivos de Estágio e atividades desenvolvidas

Neste estágio de opção, optei pela área de Peri-operatório, sendo uma área pela qual sinto necessidade de maior aprendizagem e desenvolvimento de competências enquanto Enfermeira Especialista, e que está intimamente ligada ao serviço onde exerço funções. Desta forma elegi o Departamento de Anestesia e Blocos do Hospital de Cascais.

Como objectivo geral para este estágio proponho adquirir competências de Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Médico – Cirúrgica, na prestação de cuidados ao doente/ família em situação crítica, no período peri-operatório. Para a realização deste estágio propôs quatro objectivos específicos, que serão anunciados de seguida, com as respectivas atividades para o sucesso da sua execução.

Objectivo 1 - Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais especializadas, na prestação de cuidados de enfermagem ao doente/família de médio e alto risco submetido a intervenção cirúrgica.

Os primeiros turnos, decorridos no departamento de Anestesia e Blocos, foram essenciais para a minha integração, através do conhecimento dos horários de visitas e alimentação, normas e protocolos existentes no serviço, método de trabalho preconizado, registos de enfermagem, do processo de admissão e alta do o doente no serviço, dos principais procedimentos cirúrgicos e respectivas intervenções de enfermagem. De forma a atingir os objectivos propostos para este estágio, realizei uma reunião informal com a professora e com a enfermeira chefe do serviço de modo a partilhar e discutir esses objectivos, assim como a necessidade de formação e intervenções que possam contribuir para a qualidade dos cuidados prestados.

A minha estadia no Departamento de Anestesia e Blocos deu-se de forma idêntica à integração de novos profissionais no serviço: as duas primeiras semanas decorreram na UCPA, de seguida, estive a colaborar com a enfermeira de anestesia e por último com a

enfermeira circulante. Devido à complexidade e exigência na integração, não foi possível colaborar com a enfermeira instrumentista. Contudo, foi possível observar as suas funções durante o ato cirúrgico.

Para facilitar a minha integração neste serviço, foi feita uma pesquisa bibliográfica relativa às funções do Enfermeiro no bloco operatório e UCPA⁶, esta temática contribuiu para uma reflexão crítica sobre as funções do enfermeiro no período peri-operatório, no serviço de bloco operatório. **Reflete na e sobre sua prática, de forma crítica.**

Segundo a AORN (1998) a função da enfermagem peri-operatória consiste nas atividades que o Enfermeiro desempenha nas fases pré, intra e pós operatórias. A mesma entidade acrescenta que é da responsabilidade do enfermeiro *“identificar as necessidades do doente/família, para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as ações de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem estar do indivíduo antes, durante e após a cirurgia”*.

Existem competências gerais a todos os enfermeiros que exercem funções no bloco operatório e competências específicas para os enfermeiros de anestesia, circulante e instrumentista. As competências gerais passam por possuir conhecimentos básicos e manter a formação contínua, ser detentor de competências relacionais, técnicas e científicas, refletir sobre o processo de cuidados, manter e respeitar os princípios de assepsia, proporcionar um ambiente calmo e seguro, atuando de acordo com as diretrizes de segurança e ter capacidade de trabalhar em equipa.

O conhecimento adquirido ao longo da pesquisa bibliográfica e da partilha de conhecimentos com outros profissionais de saúde, permitiu-me desenvolver a competência de Enfermeiro Especialista relativo a “Aprendizagens profissionais”, justificando sempre as minhas intervenções e cuidados prestados aos doentes em conhecimentos sólidos e válidos.

“Demonstra, em situação, a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações

⁶ Ver Apêndice V.

terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional”. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Objectivo 2 - Adquirir competências específicas de Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Médico – Cirúrgica, aquando da prestação de cuidados ao doente no período peri-operatório.

A preparação, informação que o doente/ família possui sobre o procedimento cirúrgico ao qual vai ser exposto e as suas possíveis complicações, determina o seu grau de ansiedade, a sua adaptação e a sua recuperação. O Enfermeiro tem um papel importante no acolhimento do doente, através da apresentação do serviço, explicação dos procedimentos a realizar e esclarecimento de dúvidas que possam surgir relativamente ao ato anestésico. Na fase de acolhimento do doente, é feita a confirmação da identidade do doente, através do nome completo e data de nascimento, confirmação do procedimento cirúrgico e possíveis alergias, com o objectivo de reduzir os erros cirúrgicos, uma meta inserida no processo de Acreditação pela *Joint Commission*.

Após a correta identificação do doente no *transfer*, este é transferido para a sala de indução, junto da sala operatório onde irá decorrer o ato cirúrgico. Neste local, o doente aguarda a disponibilidade da sala, é feita a tricotomia, se necessário, realizam-se procedimentos como a abertura da tala gessada ou outra imobilização para verificar a integridade cutânea, por vezes inicia-se medicação anestésica ou antibioterapia profilática.

Após a entrada da sala operatória, o doente é monitorizado, com braçadeira de tensão arterial, oxímetro de eléctrodos para monitorizar traçado cardíaco. O doente é anestesiado, posicionado e realiza-se algumas técnicas como a algaliação e entubação nasogástrica, quando justificado pelo tipo de cirurgia ou quando solicitado pelo cirurgião.

As técnicas anestésicas frequentes são: geral endovenosa, sedação, sequencial (bloqueio sub-aracnoideu e epidural para analgesia pós-operatória), em cirurgias oftálmicas, é frequente a anestesia tópica, e algumas cirurgias ortopédicas o bloqueio de plexos.

O enfermeiro de anestesia é responsável pela monitorização e vigilância hemodinâmica do doente, preparação e administração de fármacos anestésicos, sob supervisão o

médico anestesista, colaborar com o anestesia na técnica anestésica, colocação de CVC e linha arterial e execução de algumas técnicas de enfermagem, como algaliação e punção venosa.

Existe uma *check-list*⁷ operatória, realizada pelo Enfermeiro de Anestesia, antes da cirurgia e no final da cirurgia, que permite confirmar todos os dados do doente, prever complicações e cuidados específicos intra e pós-operatórios. Esta *check-list* contribuiu para a melhoria dos cuidados prestados, diminuição do erro e está inserida no processo de Acreditação pela *Joint Comission*.

Na última semana de estágio, colaborei nas funções de enfermeira circulante. “*O enfermeiro circulante é o profissional de enfermagem que, no desempenho das suas competências, tem como foco de atenção as necessidades do doente cirúrgico, e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve as suas intervenções, incluindo em situações de emergência ou de limite.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2004) **Mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.**

Na função de Enfermeira Circulante, diariamente verificava o plano operatório, de forma a confirmar se não faltava material, caso contrário entrava em contacto com a central de esterilização. Auxiliava no posicionamento do doente na marquesa operatória, confirmava a esterilidade do material cirúrgico, abria os campos cirúrgicos e outro material para o enfermeiro instrumentista, apoiava o enfermeiro instrumentista e restante equipa cirúrgica a vestirem-se. É da responsabilidade do enfermeiro circulante, manter a disciplina na sala operatória, verificar a técnica asséptica, rotular produtos para análise, de forma a prevenir os riscos para os doentes e profissionais. Desta forma adquiri competências de enfermeira especialista na área da “melhoria contínua da qualidade”.

Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

⁷ Ver Anexo II.

Após o ato cirúrgico, o doente é transferido para a UCPA, para recuperação anestésica e aquisição de critérios de alta para o internamento ou hospital de dia cirúrgico. Na minha estadia na UCPA, tive a oportunidade de admitir o doente no pós-operatório imediato, explicar o que era esperado nesta fase, as possíveis complicações e tempo médio esperado de internamento na UCPA. Este procedimento contribui para reduzir a ansiedade e melhorar o seu processo de recuperação. Nesta fase, é essencial ter em atenção a dor pós-operatória.

É da responsabilidade do Enfermeiro da UCPA, a vigilância hemodinâmica do doente. Neste período avaliei a situação clínica do doente, possíveis alterações do seu estado de saúde e possíveis intervenções de Enfermagem para reduzir as complicações pós-operatórias. É essencial, não só a vigilância dos sinais vitais, mas também a vigilância do volume e características do conteúdo drenado.

O destino do doente da UCPA pode ser internamento cirúrgico ou de ginecologia, hospital de dia cirúrgico, ou se ocorre agravamento do seu quadro clínico UCI, para uma maior vigilância e cuidados especializados. A alta do doente é feita através da escala de SAPA⁸, que quando *score* superior ou igual a 12, em que nenhum dos parâmetros seja classificado em 0, o doente reúne as condições de alta.

Objectivo 3 – Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância do controlo de ruído hospitalar, na promoção do conforto do doente internado na UCPA.

Nos primeiros turnos que realizei neste serviço, senti que os doentes, apesar da pequena estadia, sentiam alguma dificuldade em descansar pela presença de ruído constante na unidade. Tratando-se de um serviço amplo, por vezes, torna-se difícil controlar determinados ruídos. Procedi ao levantamento das principais fontes de ruído, tendo concluído que a chegada de um doente à UCPA, o alarme dos monitores, a campainha da porta, o toque dos telefones e as conversas informais entre os profissionais de saúde, são os principais ruídos existentes neste serviço. **Identifica as necessidades formativas na sua área de especialização.**

⁸ Ver Anexo III.

De forma a dar continuidade ao projeto elaborado no estágio passado na UCI, e satisfazendo as necessidades do atual campo de estágio, abordarei a temática “Confortar o doente numa Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos”, através do controlo de ruído no serviço e controlo da dor pós-operatória.

Realizei pesquisa bibliográfica que completasse a anteriormente realizada e que se adequasse ao serviço de bloco operatório. De seguida, foi determinada a data de apresentação da formação, realizado um plano de sessão de formação⁹ e realizada a formação.

FABRE (1995), citado por COSTA e SILVA (2003:27) refere que formar caracteriza-se por uma tripla ação de transmissão de conhecimentos, modelagem de personalidade e integração do saber com a prática., remetendo-nos para o conceito de formação de adultos, a qual privilegia a articulação entre a lógica das atividades sociais e profissionais (MALGLAIVE, 1995:22). Os Enfermeiros precisam estar despertos para a importância da formação contínua no seu desenvolvimento pessoal e profissional, devem ser os principais atores da sua formação, procurando estar atualizados e fundamentar os seus cuidados na investigação recente e pertinente. O processo de formação dos Enfermeiros pode ocorrer através da presença em congressos científicos, *workshop*, formações em serviço, ou através de cursos de pós-licenciaturas, pós-graduações, mestrados. **Formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.**

Na formação, estiveram presentes enfermeiros e assistentes operacionais, após a apresentação do tema “Controlo de ruído”¹⁰, das consequências para a saúde dos doentes e profissionais, e das suas estratégias, houve momento para discussão e partilha de conhecimentos. Toda a equipa mostrou interesse em controlar o ruído existente no serviço, propondo estratégias de melhoria, quer na UCPA, quer em sala operatória, com o objectivo de melhoria dos cuidados prestados, melhor indução anestésica e conforto dos doentes. Foram propostas estratégias de controlo de ruído como reduzir o volume dos telefones e campanha, sensibilizar outros profissionais para conversas com tom de voz moderado, evitar qualquer ruído durante o período de indução anestésica e no

⁹ Ver Apêndice VI.

¹⁰ Ver Apêndice VII.

acordar do doente, e informar o doente de todos os procedimentos a realizar. **Promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.**

Objectivo 4 – Promover o conforto dos doentes submetidos a intervenção cirúrgica, internados na UCPA, através do posicionamento e alívio da dor.

Durante o período de pós-operatório imediato, na UCPA, o Enfermeiro deve estar atento às principais necessidades dos doentes: o conforto, o controlo da dor, o descanso. É da sua responsabilidade a estabilização do doente para que este possa ter alta para o ambulatório ou internamento. Os enfermeiros devem tomar como centro das suas ações o doente, devem respeitá-lo e criar um ambiente seguro, necessitam de trabalhar em equipa para atingir o principal objectivo: promover o bem-estar do doente/ família e a sua fácil recuperação. Neste serviço é notória a preocupação dos enfermeiros na avaliação deste quinto sinal vital, e nas estratégias farmacológicas e não farmacológicas, como o posicionamento e o repouso, no controlo da mesma. A avaliação da dor é feita através da escala numérica, nos adultos, e na escala de faces, nas crianças.

No que respeita os posicionamentos na promoção do conforto dos doentes, é notória a pouca preocupação dos profissionais para a temática. A maioria dos doentes permanece poucas horas na UCPA e é independente no posicionamento. Contudo, existem doentes dependentes e que necessitam da ajuda de terceiros para o posicionamento, por vezes um ato simples essencial para o alívio da dor e conforto dos doentes. Ao longo do estágio, durante a permanência na UCPA, sensibilizei os assistentes operacionais para a importância da alternância de decúbitos, através de reuniões informais. **Produz um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara.**

2.3. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Hospital de S. Francisco Xavier, S.A. é um Hospital Geral, Central, onde estão sediadas a Urgência Geral, a Urgência Pediátrica e a Urgência Obstétrica da Zona Ocidental de Lisboa, abrangendo cerca de 1 milhão de habitantes.

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental foi fundado em 31 de Dezembro de 2005, pela junção de três hospitais: Hospital de Santa Cruz, Hospital de São Francisco Xavier e Hospital de Egas Moniz.

Procura sobretudo e em primeiro lugar, dar uma resposta atempada e de qualidade às necessidades de assistência hospitalar da população da sua área de referência.

A área de influência do Hospital é constituída pelas freguesias de São Francisco Xavier, Santa Maria de Belém, Ajuda, Alcântara e Santo Condestável, do Concelho de Lisboa, todo o Concelho de Oeiras, para cuja população é o hospital de primeira linha, e ainda todo o Concelho de Cascais para a área de Saúde Mental.

É, ainda, o Hospital Central de referência do HPP Hospital de Cascais, para a prestação de cuidados de saúde referenciados, e do Hospital Dr. Fernando da Fonseca para o trauma complicado.

O serviço de urgência geral encontra-se localizado no Piso 0 e é constituído pelas seguintes unidades: triagem, atendimento geral, balcão geral (de mulheres e homens), sala de aerossóis, pequena cirurgia, balcão de trauma, sala de decisão clínica (SDC), onde os doentes estáveis aguardam o resultado de exames clínicos ou efeito terapêutico, sala de reanimação e S.O.

A equipa de enfermagem existente neste serviço é constituída por 77 enfermeiros, está dividida por equipas (da equipa A à equipa E) que são responsáveis pelo turno em que se encontram e distribuídos pelas diversas unidades do seguinte modo:

- Triagem – 2 enfermeiros de dia e 1 no turno da noite
- Atendimento geral – 1 enfermeiro de dia (até às 24h)
- Sala de Reanimação – 1 enfermeiro
- Pequena cirurgia – 1 enfermeiro
- Balcão de trauma e Psiquiatria – 1 enfermeiro
- Balcão Geral – 2 enfermeiros
- Balcão de ambulatório/ sala de aerossóis – 1 ou 2 enfermeiros
- SO – 2 enfermeiros
- SDC – 1 enfermeiro

No serviço existem ainda: gabinete médico, sala de enfermagem, gabinete enfermeira chefe, secretaria de unidade, sala de sujos, sala de endoscopia digestiva, casa de banho de funcionários, sala de arrumações.

Como equipa multidisciplinar neste serviço, podemos contar com: equipa de enfermagem, equipa médica das diversas especialidades como neurologia, neurocirurgia, medicina, cirurgia, ortopedia, cardiologia, cirurgia plástica e psiquiatria, assistentes operacionais, secretários de unidade, técnicos de imagiologia e análises clínicas e assistentes sociais.

Objectivos de Estágio e atividades desenvolvidas

Ao fim de seis turnos realizados no SU do Hospital de São Francisco Xavier, foi desenhado um projeto de estágio, com os objectivos que pretendo obter no final deste.

O meu objectivo geral prende-se pelo desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista de Enfermagem Médico – Cirúrgica, iniciado nos estágios anteriores. Para que seja possível a concretização deste objectivo pretendo desenvolver o pensamento crítico perante situações do dia-a-dia, fundamentar as minhas intervenções de Enfermagem com a evidência científica, e promover o meu auto-desenvolvimento pessoal e profissional de forma autónoma.

Como desenvolvido nos estágios anteriores, este projeto terá uma linha orientadora que irá dar continuidade aos projetos realizados anteriormente, e que consiste na promoção do conforto dos doentes, mais especificamente no controlo do ruído.

Desta forma, pretendo sensibilizar todos os profissionais de saúde, através de um questionário e de uma ação de formação, para a importância desta temática. A temática foi apresentada e discutida com enfermeiras orientadoras, que demonstraram tratar-se de um tema pertinente e adequado ao serviço.

De forma a tornar exequível o objectivo geral, delineei três objectivos específicos com as respectivas atividades, que serão anunciadas de seguida.

Objectivo 1 – Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica ao doente/ família de médio e alto risco no SU.

Para uma melhor integração no serviço de urgência é essencial o conhecimento dos horários de visitas e alimentação, normas e protocolos existentes no serviço, método de trabalho preconizado, visita ao serviço e registos de enfermagem, conhecimento do circuito do doente no serviço de urgência, demonstração da capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar.

O percurso dos doentes no serviço de urgência processa-se da seguinte forma: os doentes dirigem-se à secretaria onde é feita a sua inscrição, de seguida aguardam a sua chamada para o balcão de triagem, onde é feita a avaliação segundo a triagem de Manchester, aguardam na sala de espera, ou entram diretamente acompanhados de um enfermeiro ou auxiliar, se a situação exigir cuidados imediatos. Após a chamada, dirigem-se para essa unidade onde são avaliados por um médico, que dita os procedimentos a serem realizados, assim como uma alta, um internamento, uma vigilância ou transferência para outro hospital.

De forma a realizar o objectivo proposto, no desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais de Enfermeiro Especialista na prestação de cuidados ao doente/família de médio e alto risco, foi essencial prestar cuidados em todos os sectores do SU.

Balcão de Triagem

Durante o percurso no estágio de urgência, tive a oportunidade de colaborar na triagem dos doentes. O primeiro turno deste estágio realizou-se neste sector de forma a perceber quais os principais motivos de vinda dos doentes ao SU, como é feita a admissão do doente e qual o seu percurso no SU. No SU deste hospital, está implementada a Triagem de Manchester. Para que ocorra uma correta triagem dos doentes, é essencial os enfermeiros terem formação inicial e contínua acerca do procedimento. Neste sector, sob a orientação da enfermeira orientadora, procedi à triagem dos doentes, pela percepção dos seus sintomas, respondendo ao fluxograma e atribuindo uma cor consoante a sua prioridade. Foi possível prestar cuidados diferenciados, na precoce identificação do problema e possível resolução do mesmo, encaminhando o doente para o balcão mais adequado à sua queixa. É essencial ouvir as queixas dos doentes, mas o mais importante é saber interpretá-las na sua exatidão, para não atribuir prioridades inadequadas. Houve uma situação de um doente que recorreu ao SU por queixa de dor lombar, quando questionado sobre a intensidade da dor, na escala numérica, referia uma dor 8, mas à observação não apresentava fácies de dor, encontrava-se descontraído e a

rir, e durante a triagem fez diversos comentários cómicos. Mais tarde, fizemos a admissão de uma doente, também com dor lombar, que classifica a dor em 6, apresenta fácies de dor, pouco comunicativa e com postura encurvada. Se fossemos classificar a dor da forma que os dois doentes a descreveram, íamos atribuir uma prioridade maior ao primeiro doente, ficando a segunda doente mais tempo em sala de espera a aguardar a sua chamada. De fato a sensibilidade e capacidade de interpretação das queixas apresentadas pelos doentes, é uma prática que não deve ser descurada pelos Enfermeiros. Por este motivo, a integração no balcão de triagem deste Hospital, ocorre ao fim de cerca de três anos de experiência profissional, quando os enfermeiros se encontram mais sensibilizados para os problemas e possuem experiência profissional, é necessário também a formação em triagem por entidades competentes. No balcão de triagem, tomei conhecimento das vias verde implementadas, AVC e sépsis, e em fase de implementação, via verde de trauma. Houve oportunidade de fazer o acolhimento do doente através da via verde de AVC, acompanhando todo o seu percurso, desde a admissão, realização de TAC e transferência para a unidade de AVC. **Avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada.**

Atendimento Geral

No atendimento geral, os doentes admitidos possuem a prioridade “Pouco Urgente”, correspondente à cor verde. Neste sector, os enfermeiros, após a observação médica, administram terapêutica ou fazem colheitas de sangue e outros produtos biológicos, como urina e expectoração, consoante a indicação médica. É importante perceber a queixa principal do doente, o motivo da sua vinda ao SU, qual o diagnóstico médico efectuado, de forma a perceber o motivo das prescrições. Neste sector, antes da chamada dos doentes para os procedimentos de enfermagem, procurei sempre ler o seu diário clínico, perceber a sua queixa e relacionar com a prescrição médica. Em caso de uma prescrição acometer dúvidas, tratei imediatamente de esclarecer com a enfermeira orientadora e equipa médica, que mostraram disponibilidade para o seu esclarecimento.

Balcão de Trauma

No balcão de trauma são admitidos doentes com problemas do foro ortopédico, como monotraumas dos membros, doentes politraumatizados, doentes com TCE ou trauma abdominal, também são admitidos doentes do foro psiquiátrico, por não haver um

balcão específico desta especialidade. A passagem por este sector, constituiu uma mais valia no meu percurso, pela multiplicidade de situações vividas. Foi um sector que exigiu grande pesquisa bibliográfica da minha parte, de forma a dar resposta ao que me foi solicitado. Tive novas experiências profissionais, como a abordagem ao politraumatizado e ao doente psiquiátrico. Uma das situações que considero uma enorme aprendizagem enquanto Enfermeira Especialista, foi admissão de um doente politraumatizado com suspeita de fistula liquórica. Esta situação contribuiu para uma pesquisa aprofundada sobre o tema e cuidados de enfermagem, dando origem a um trabalho teórico¹¹ proposto para ficar no serviço como esclarecimento dos enfermeiros perante estas situações. Foi no início de um turno da tarde, admitido um doente na sala de reanimação politraumatizado, vítima de acidente de trabalho resultante da queda de uma máquina. Tratava-se de um doente do sexo masculino, perto dos 50 anos, trazido pela VMER com várias feridas sangrantes na face, escalpe na região parietal esquerda. Durante o turno, apresenta episódios de epistáxis com provável presença de LCR. Suspeita-se de uma fistula liquórica. **Incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências**

Segundo ANTUNES et al (1994:31), as fistulas liquóricas surgem quando ocorre falha na barreira osteo-meníngea que limita os espaços liquóricos. O local mais frequente desta falha é a lâmina crivada do etmóide, por se tratar de uma estrutura frágil e com múltiplas fenestrações. Perante a confirmação do diagnóstico, pode ocorrer dois tipos de tratamento: não cirúrgico/ conservador, ou cirúrgico. Sendo cada caso, um caso, deve ser estudado de forma individualizada de forma a optar pelo tratamento que melhor se adapta a cada doente, resultando numa melhor recuperação e menor factores adversos.

As intervenções de enfermagem são essenciais para o sucesso do tratamento das fistulas liquóricas, tanto de origem traumática ou não traumática. Independentemente, do tratamento optado, as intervenções de Enfermagem, visam proporcionar o bem-estar do doente, promovendo o conforto, o alívio da dor e a sua rápida recuperação. É essencial o apoio à família e a sua integração no tratamento. Após a pesquisa bibliográfica sobre a temática, foi possível desenvolver competências específicas para prestar cuidados aos doentes com fistulas liquóricas, reduzindo os riscos associados a estas e melhorando a

¹¹ Ver Apêndice VIII

sua recuperação. **Participa e promove a investigação em serviço na sua área de especialização.**

Tratando-se de uma temática pouco comum, que pode conduzir a dificuldade na percepção das intervenções de enfermagem perante este diagnóstico, realizei um resumo dos artigos consultados, apresentei às enfermeiras orientadoras, de forma a publicar no serviço, para o fácil acesso e esclarecimento de dúvidas de outros enfermeiros. A pesquisa realizada nas bases de dados científicas, mostram artigos publicados não recentemente, sendo o mais atual de 2005, devendo este ser um tema de pesquisa e publicação científica, contribuindo para a prática baseada na evidência. **Comunica os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.**

Sala de Reanimação

A sala de reanimação constitui o sector do SU que admite doentes com instabilidade hemodinâmica, com necessidade de ventilação invasiva, doentes que necessitam de tratamento médico emergente e doentes politraumatizados. Os doentes aqui admitidos podem vir diretamente da rua, sem passar pela triagem, após contacto prévio da VMER. Deparei-me com doentes com EAM, com AVC após ativação da via verde, em paragem cardiorrespiratória em manobras de reanimação, com necessidade de entubação orotraqueal por agravamento do seu estado de saúde e queda no score na Escala de Coma de Glasgow, doentes com aspiração de conteúdo alimentar e doentes politraumatizados. Foi sem dúvida uma multiplicidade de diagnósticos e situações que exigem uma rápida atuação médica e de enfermagem, que contribuíram para o meu desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista perante situações imprevistas e doentes críticos. Tive a oportunidade de colaborar em técnicas como a entubação orotraqueal, trazendo novos conhecimentos sobre intervenções para reduzir o risco de PAV¹², elaborando um trabalho teórico para publicação no serviço. Na passagem pela sala de reanimação, procedi à transferência do doente crítico intra e inter hospitalar. Após a entubação orotraqueal com necessidade de ventilação assistida e estabilização hemodinâmica de um doente, procedeu-se à sua transferência para a UCI. E inter-hospitalar para o Hospital Santa Cruz, após contacto prévio entre a equipa

¹² Ver Apêndice IX

médica, transferi um doente com EAM com indicação para angioplastia. É primordial, o Enfermeiro conhecer os procedimentos da transferência do doente crítico, que material levar, quais as preocupações a ter durante o transporte: monitorização da tensão arterial, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigénio, permeabilidade dos acessos venosos, garantir a correta oxigenação do doente, preparação medicação de urgência, como atropina e adrenalina, caso ocorra agravamento da sua situação. **Demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização.**

Balcão Geral/ Sala de Aerossóis

No balcão geral são admitidos os doentes com a prioridade amarela ou laranja, e por vezes a verde, sobretudo das 0h às 8h, quando o atendimento geral se encontra encerrado. Neste sector são admitidos os mais diversos doentes com diagnósticos médicos ou cirúrgicos. Por falta de vaga nos internamentos, por vezes os doentes tendem a ficar internados em balcão, uma prática que não é considerada a mais correta mas a única solução encontrada para dar resposta a elevada afluência deste SU. Os doentes são, numa primeira fase, observados pela equipa médica, que após prescrição encaminha para o balcão de enfermagem. No balcão de enfermagem procede-se à administração de terapêutica, à colheita de sangue e outros produtos biológicos, à execução de técnicas como entubação nasogástrica, algaliação e esvaziamento urinário. Existe uma sala junto ao balcão, designada sala de aerossóis, onde os doentes permanecem em cadeirões a realizar nebulizações ou medicação EV. Após os procedimentos de enfermagem, os doentes aguardam uma nova observação médica, onde será decidida a sua alta, transferência, internamento ou nova prescrição médica. No balcão, tive a oportunidade de acompanhar o doente, desde a sua chegada, até ao momento da alta. Procedi à leitura do seu processo clínico, interpretação de exames complementares de diagnósticos de forma a relacionar com a prescrição médica elaborada. Neste sector, assim como em todo o SU, é fundamental o apoio ao familiar/cuidador de referência pela explicação dos procedimentos a realizar e expectativas do tratamento, desenvolvendo uma relação de confiança, empatia, privacidade e confidencialidade com o doente/família e apoio à família na satisfação das suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e/ou espirituais. **Aborda questões complexas**

de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização.

Objectivo 2 – Desenvolver competências no acolhimento do doente/ família no serviço de urgência, atendendo ao sistema de triagem de Manchester implementado.

No SU deste hospital a prioridade dos doentes admitidos, é feita através da triagem de Manchester. Este procedimento compreende um atendimento efectuado por critérios técnicos de gravidade, procurando oferecer um acolhimento mais justo e adequado ao caso específico de cada doente.

Tabela 3 – Triagem de Manchester

1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito Urgente	Laranja	10 min.
3	Urgente	Amarelo	60 min.
4	Pouco Urgente	Verde	120 min.
5	Não Urgente	Azul	240 min.
6	Não Classificável	Branco	-

O método consiste em “*identificar a queixa inicial (de apresentação) e seguir o respectivo fluxograma de decisão. O fluxograma contém várias questões a serem colocadas pela ordem apresentada, que constituem os chamados “discriminadores”. Estes podem ser específicos para a situação em causa (por exemplo, oftalmológica) ou gerais: perigo de vida, dor, hemorragia, estado de consciência, temperatura e o facto de se tratar ou não de uma situação aguda*” (Grupo Português de Triagem).

De acordo com o Grupo Português de Triagem, esta metodologia de trabalho foi implementada inicialmente em Manchester em 1997 e ampliada ao Reino Unido e a outros Países da Europa.

A identificação errada de uma prioridade de um nível baixo, pode ter, danos perigosos no cuidado ao doente devido, aos longos períodos de espera. Contudo, a identificação

inapropriada de uma prioridade alta pode aumentar o tempo de espera dos casos realmente urgentes e ter também repercussões graves (MALDONADO and AVNER, 2004).

Segundo KEVIN *et al.* (2006), conceito de triagem abona-se em três princípios: facilitar a gestão clínica dos doentes e do serviço, pela atribuição exata de uma prioridade; o tempo de observação de triagem não pode tender a obtenção de um diagnóstico; e a prioridade não tem de estar necessariamente relacionada com o diagnóstico mas refletir um número de aspectos de uma situação particular apresentada pelo doente. Assim sendo, a Triagem de Manchester não tem como principal objectivo determinar diagnósticos, mas estabelecer prioridade clínica de cada doente perante a queixa apresentada.

Durante o período de estágio, foi possível realizar alguns turnos no balcão de triagem, essencial para perceber os principais motivos que conduzem os doentes ao SU. Este sector é importante para realizar uma avaliação precoce do doente, perceber as principais alterações do seu estado de saúde e atuar o mais rapidamente possível para reduzir as complicações que possam surgir. Sendo uma competência do Enfermeiro Especialista, saber perceber as alterações do estado de saúde dos doentes, pelas queixas apresentadas, e atuar precocemente, sinto que este momento foi essencial para adquirir competências nessa área.

Objectivo 3 – Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância do conforto dos doentes no SU, atendendo ao controlo do ruído, tendo como fundamentação a teoria de Conforto de Katharine Kolcaba.

No início do estágio realizei um projeto, onde no diagnóstico de situação abordei como grande problema a existência de ruído excessivo no SU, dando continuidade ao trabalho realizado nos estágios anteriores. Propus sensibilizar toda a equipa multidisciplinar para o problema. Realizei um questionário¹³ destinado a médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, de forma a perceber a importância que atribuem às diferentes fontes de ruído e estratégias que considerem importantes implementar no serviço para contornar o problema apresentado.

¹³ Ver Apêndice X



Após análise dos questionários, foi realizada uma pesquisa bibliográfica acerca da temática que se adequasse ao serviço de urgência. Os dados obtidos foram divulgados numa ação de formação¹⁴ em serviço, onde estiveram presentes enfermeiros e assistentes operacionais¹⁵. Foi dado conhecimento dos níveis de ruído médios existentes em diversos estudos e o que é recomendado pela OMS. Foram propostas estratégias para controlo de ruído e houve interesse e participação de todos os intervenientes.

De forma a enriquecer o trabalho apresentado, foi realizado contacto com o Instituto de Qualidade, secção de ruído, com o intuito de obter indicadores de qualidade e pesquisa realizada nesta área. Foi dito que em Portugal ainda não tinham sido efectuados estudos sobre ruído hospitalar, não havendo indicadores de qualidade.

¹⁴ Ver Apêndice XI e Anexo IV

¹⁵ Ver Anexo V

3. CONCLUSÃO

O cuidar é a essência da profissão de Enfermagem (F. Nightingale, 1859). O termo prestar cuidados ou cuidar do outro, prende-se com a especial atenção que damos aqueles que mais precisam, é ajudar o outro a atingir o seu bem-estar. É função do Enfermeiro proporcionar um ambiente familiar e de conforto aos doentes hospitalizados, diminuindo o seu sofrimento perante situações que constituem uma ameaça à sua saúde.

Os Enfermeiros distinguem-se de outros profissionais pela capacidade de fazer sempre algo mais por alguém, de contribuir para o seu bem-estar e conforto, mesmo nas situações mais desesperantes, pois os nossos cuidados são uma enormidade de *pequenos atos* que transmitem a nossa preocupação com os outros.

A realização de um Relatório constitui, sem dúvida, uma tarefa árdua que exige muito empenho e dedicação da parte do estudante. Contudo, torna-se um trabalho gratificante, pois permite refletir sobre o processo de aprendizagem, sobre as competências desenvolvidas e melhorar a capacidade de escrita e reflexão.

A maior dificuldade aquando a concretização deste trabalho, prendeu-se com a inexperiência e desconhecimento na realização de um Relatório. Esta dificuldade foi superada através da pesquisa bibliográfica acerca do tema e pelas questões colocadas à Prof. Pontífice Sousa.

Ao longo da elaboração deste relatório, foi possível a análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, a sua importância para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, assim como a sua importância para a realização pessoal e profissional, e seu contributo no local de trabalho.

Estes três módulos de estágio, permitiram a aquisição de novas competências, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional enquanto Enfermeira Especialista. Desenvolvi competências na área de prestação de cuidados especializados aos doentes/ família de médio e alto risco e em situação crítica, pelo desenvolvimento do pensamento crítico e conhecimentos técnicos e científicos.

Por vezes, os Enfermeiros e outros profissionais exercendo funções em meio hospitalar, não estão despertos para a problemática do distúrbio do padrão de sono dos doentes, assim como das alterações físicas e comportamentais que deles podem advir. É essencial sensibilizá-los através de formação de serviço, com medidas alternativas para o controlo do ruído no serviço.

A formação promove uma ligação entre a teoria e a prática, através de projetos de investigação, programas de formação, entre outros. Os enfermeiros devem ter conhecimentos que lhes permitam solucionar problemas que lhes advém do trabalho quotidiano. Para tal torna-se imprescindível que tenham formação o mais completa possível, não só nas áreas científicas e tecnológicas tradicionais da enfermagem, mas também nas áreas das ciências sociais e humanas.

Para contornar a problemática do ruído hospitalar, constatado nos três serviços por onde passei, propôs sensibilizar toda a equipa multidisciplinar para o problema, através de uma ação de formação em serviço, onde estiveram presentes médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, foi dado conhecimento dos níveis de ruído existentes e o que é recomendado pela OMS. Foram propostas estratégias para controlo de ruído e houve interesse e participação de todos os intervenientes.

As competências desenvolvidas contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, tornando-me uma pessoa mais crítica face aos cuidados de Enfermagem prestados.

A realização do estágio opcional, na área de enfermagem peri-operatória, contribuiu para a mudança profissional, através do convite por parte da direção de Enfermagem do HPP Hospital de Cascais, para exercer funções neste local. Por pensar ser um serviço onde é possível aprofundar e aplicar os conhecimentos obtidos nesta Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, aceitei de imediato. Sendo este, mais um contributo no meu desenvolvimento profissional.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson (2007) - **Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico**. Coimbra: Formasau. ISBN 978-972-8485-87-0.
- AESOP (2012) - **Enfermagem peri-operatória: da filosofia à prática dos cuidados**. Lusodidacta. ISBN: 978-972-8383-16-5;
- ALARCÃO, I.; RUA, M. (2005) – Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. **Texto Contexto Enfermagem**. 14(3). P. 373-82.
- APÓSTOLO, João (2009) – O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. **Referência**. Série 2, nº9, p.61-67.
- AUGUSTHYN, B – Ventilator – Associated Pneumonia: Risk factors and prevention. **Critical Care Nurse**. Agosto 2007, Vol. 27, N.4, p.32-9
- AURÉLIO, Fernanda; TOCHETTO, Tânia (2010) – Ruído em uma unidade de terapia intensiva neonatal: mensuração e percepção de profissionais e pais. **Revista Paul Pediatria**. 28(2), P.162-169.
- BENNER, P. (2001) – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto. ISBN: 9172-8535-97-X.
- COSTA e SILVA, A. (2003) – **Formação, Percursos e Identidades**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8717-68-7.
- DANIELE, Daniela [*et al.*] (2012) – conhecimento e percepção dos profissionais a respeito do ruído na unidade neonatal. **Revista Escola Enfermagem USP**. Vol.46(5), p.1041-1048.
- EXPECTATIVAS DE FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS DO DISTRITO DE VISEU – [consulta a 10.05.2012]. Disponível em:
<http://www.ipv.pt/millenum/Millenum32/7.pdf>;
- EXPECTATIVAS DE FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS DO DISTRITO DE VISEU; [consulta a 10.05.2012]. Disponível em:
<http://www.ipv.pt/millenum/Millenum32/7.pdf>;

- GALVÃO, CM [*et al.*] (2002) – A prática baseada em evidências: considerações teóricas para a sua implementação na Enfermagem Peri-operatória. **Rev Latino-am Enfermagem**. Vol. 10(5); p.690-5.
- KEVIN, M., JANET, M. [*et al.*] (2006). Emergency Triage Manchester Triage Group. Oxford.
- KOLCABA, Katharine (1991) – A taxonomic structure for the concept Comfort. **Journal of Nursing Scholarship**. Vol.23, nº 4, p.237-240.
- MALDONADO, T.; AVNER, J. (2004). - Triage of the pediatric patient in the emergency department: are we all in agreement?. **Pediatrics**. 114(2): 356- 360.
- MALGLAIVE, G. (1995) – **Ensinar Adultos**. Porto: Porto Editora. ISBN: 972-0-34116-5.
- MÃO-DE-FERRO, A. (1990) – **Na Rota da Pedagogia**. Lisboa: Edições Colibri. ISBN: 972-772-069-2.
- MARAFA, Ana Clara [*et al.*] (2005) – O Ruído na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. **AESOP revista**. Vol. VI, nº16, p.17-18.
- MOREIRA, I. (2006) – **As crenças de auto-eficácia nos papéis de vida, as necessidades motivacionais e a formação contínua dos enfermeiros**. Lisboa: Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Tese de mestrado.
- MUSSI, Fernanda (1996) – Conforto: Revisão de Literatura. **Revista Escola Enfermagem USP**. Vol. 30, nº 2, p.254-266.
- NETO, Rui [*et al.*] (2010) – Ruídos na unidade de terapia intensiva: quantificação e percepção dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**. 22(4), p.369-374.
- PINTO, Vanda; CONCEIÇÃO, Ana (2008) – Os Enfermeiros na espiral do conforto. **Sinais Vitais**. Nº80, p.05-12.
- POPE, Diana (2010) – Decibels levels and noise generators on four medical/surgical nursing units. **Journal of clinical Nursing**. Vol.19, p.2463-2470.
- PROMOTING EFFECTIVE COMMUNICATION FOR PATIENTS RECEIVING MECHANICAL VENTILATION (2011) - [consulta em 02-06-



2012]. Disponível em:

<http://ccn.aacnjournals.org/content/early/2010/08/31/ccn2010728.full.pdf>;

- REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA - [Consulta a 20 de Outubro de 2012] disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
- RIBEIRO, Patrícia; COSTA, Maria (2012) – O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática de literatura. **Referência.** Série 3, nº7, p.149-158.
- RICHARDSON, Annette [*et al.*] (2009) – Development and implementation of a noise reduction intervention programme: a pre and postaudit of three hospital wards. **Journal of Clinical Nursing.** 18, p.3316-3324.
- SILVA, Aline [*et al.*] (2012) – Percepção da equipe multiprofissional sobre ruído em unidade de cuidado intermediário neonatal. **Acta Paul Enfermagem.** 25(1), p.74-79.
- SILVA, Ana (2006) – O ruído na UCIMG. **Boletim do Hospital Pulido Valente.** Vol. XIX, nº1, p.29-35
- TSUNEMI, Miriam [*et al.*] (2012) – O ruído na unidade de terapia intensiva neonatal após a implementação de programa educativo. **Enfermagem Florianópolis.** 21(4), p.775-782.



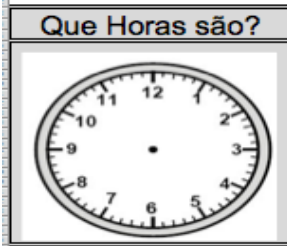
APÊNDICES



APÊNDICE I - PRANCHA COMUNICAÇÃO

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho
	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
---------	---------	-------	--------	--------	-------	--------



Inverno 	Primavera 	Verão 	Outono
Noite 		Dia 	

Olá 	Adeus 	Tenho Fome 	Tenho Sede
---------	-----------	----------------	----------------

Dormir 	Sentar 	Baixar a Cabeça 	Levantar a Cabeça
------------	------------	---------------------	-----------------------

Mudar de Posição 	Banho 	Lavar os dentes 	Lavar o cabelo
----------------------	-----------	---------------------	--------------------



Tenho Dores	Dor de Cabeça	Dor a respirar

Tenho Frio	Tenho Calor	Tenho Tosse

Estou feliz	Estou triste	Estou zangado

Enfermeiro	Médico	Familia

Ler	Ouvir Música	Ver Televisão

Silêncio	Ajude-me	Pare

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

q w e r t y u i o p
a s d f g h j k l ç
z x c v b n m

á à ã â é è ê ó õ

Enter Espaço

, ; . : ? ! @ € % /

½ x + > ≤ ≥ =

Escrever uma mensagem



APÊNDICE II – TRABALHO TEÓRICO “RUÍDO HOSPITALAR”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Mestrado de Natureza Profissional na Área de Especialização de
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Controlo de Ruído: factor que contribui para
o conforto dos doentes numa Unidade
Hospitalar

Unidade Curricular: Estágio Modulo I – Serviço de Urgência

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital de São Francisco Xavier

Docente: Prof. Patrícia Pontífice Sousa

Discente: Andreia Sofia Silva Santos

Lisboa, Janeiro de 2013

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Em todas as unidades de Cuidados de Saúde, mais precisamente em Unidades Hospitalares, é inevitável ouvir o ruído da atividade e interação existentes: os passos acelerados, o cumprimento amigável, o pedido de ajuda por vezes num tom mais elevado, um doente confuso a gritar, um doente a tossir ou a dormir, o som dos telefones e campainhas a tocar.

Já nos anos de 1850, Florence Nightingale, sensibilizava os Enfermeiros para o controlo cauteloso do ambiente do doente como sendo uma preocupação prioritária das suas intervenções, no que respeita o controlo da luz, do ruído, do cheiro, da ventilação e da temperatura.

O ruído pode ser definido, de acordo com Marafa *et al* (2005:17), como *qualquer sensação sonora indesejável que invade o nosso ambiente, ameaçando a nossa saúde, produtividade, conforto e bem-estar*. A Associação Francesa de Normalização também define o ruído como uma sensação auditiva desagradável ou perturbadora, um fenómeno que provoca uma sensação.

Deste modo, considera-se o ruído como um som indesejável que causa um incómodo na pessoa e que é prejudicial à sua saúde, provocando alterações psicológicas como a ansiedade, irritabilidade, perturbações do sono, entre outras. Alguns doentes quando expostos ao ruído desenvolvem alterações como desorientação espaço temporal, distorção da mensagem recebida, atraso na sua recuperação com aumento das suas queixas, possíveis alterações na interpretação de boas e más notícias, relevantes ou irrelevantes, familiares ou estranhas, conforme afirma Marafa *et al* (2005:18).

Determinar as alterações psicológicas provocadas pelo ruído é uma tarefa difícil, pois é um factor subjetivo estando intimamente relacionado com o grau de tolerância de cada pessoa, assim como as suas vivências sociais. Existem pessoas que estão mais expostas ao ruído no seu dia-a-dia e por isso são mais tolerantes, e em termos psicológicos sofrem menos alterações.

Quando falamos em ruído numa unidade hospitalar, não podemos pensar apenas nas alterações que este desencadeia na saúde dos doentes, mas também na saúde dos

Enfermeiros e de outros profissionais de saúde, que expostos diariamente ao ruído, colocam em risco a sua saúde.

A presença constante de ruído pode ocasionar nos profissionais de saúde a perda da capacidade de concentração intelectual e conseqüente diminuição da produtividade, interferência com a capacidade de ouvir os alarmes, dificuldade na percepção das indicações verbais, aumentado a probabilidade de cometer erros, fadiga e irritabilidade agravando o grau de stress.

Por vezes, a exposição ao ruído no local de trabalho torna-se uma constante que passa a ser um hábito, desta forma os profissionais não estão tão sensibilizados para o mesmo e, inconscientemente, permitem que os alarmes dos monitores e seringas infusoras estejam a tocar durante um longo tempo e a conversa entre eles se processe num tom de voz mais alto.

Biley (s/d:19) refere que o nível de ruído mede-se em decibéis (Db) através de um aparelho adequado. É importante medir o nível de ruído existente num serviço, de forma a sensibilizar todos os profissionais para o risco que eles e os doentes estão expostos, e aplicar estratégias para o controlo do mesmo. Segundo a OMS, os níveis máximos de ruído aconselhados são de 45Db durante o dia e 35 Db durante a noite. Tais níveis são largamente ultrapassados segundo a literatura consultada.

Como referido anteriormente, uma das alterações provocadas pela presença de ruído é o distúrbio do padrão de sono.

O sono é globalmente aceite como um factor determinante para a manutenção de um estilo de vida saudável, é uma necessidade básica que os doentes têm de satisfazer. Uma pessoa que não cumpre o seu período de descanso, ao longo do dia, irá sentir-se com menos energia, mais apática, mais irritada e menos disponível para as situações do dia-a-dia. Transpondo para a prática clínica, a interrupção do ciclo normal sono constitui uma das principais queixas dos doentes internados. Esta interrupção está associada, na maior parte dos relatos, ao ruído existente no serviço, quer do alarme dos monitores, ou de conversas entre os profissionais, podendo também estar associado a alterações do estado clínico do doente ou à presença de dor.

O sono pode ser definido como um processo fisiológico composto por cinco fases que se diferenciam de acordo com padrão existente no EEG. As fases de I a IV encontram-

se no sono não-REM, enquanto que a quinta fase pertence ao sono REM. O sono não-REM caracteriza-se pela ausência de movimentos oculares rápidos, ocorre um relaxamento muscular comparativamente à vigília, porém mantém-se sempre alguma tonicidade basal, segundo Nicolás (2008:25).

De acordo com Santos *et al.* (2005:56), a alteração do padrão do sono provocado pelo ruído pode gerar no doente alterações comportamentais como dificuldade em adormecer, sono interrompido, queixas de necessidade de repouso, aumento da irritabilidade, agitação, desorientação, letargia, apatia e alterações frequentes do posicionamento, e alterações físicas como ligeiro tremor das mãos, ptose palpebral, face inexpressiva, olheiras, discurso arrastado, cefaleias, aumento da sensibilidade à dor, atraso na atividade gastrointestinal e atraso na recuperação de cirurgias e cura de feridas.

O tema alteração do padrão do sono tem sido objeto de preocupação e de estudo para vários autores. Algumas Teorias de Enfermagem abordam este tema. Florence Nightingale foi a primeira a realçar a importância da criação de um ambiente de cura óptimo, através da sensibilização dos enfermeiros para o controlo do ruído. Rogers (1970), na sua teoria do ser humano unitário, descreve o princípio da integridade como um processo do qual o ser humano está em interação continua com o ambiente e vice-versa. Virginia Henderson, na sua teoria, considera que a principal função dos Enfermeiros é assistir os indivíduos, saudáveis ou doentes, no desempenho das atividades que contribuem para a sua saúde e/ou recuperação, que seriam capazes de desempenhar se tivessem força, vontade e conhecimentos necessários. A mesma autora definiu 14 necessidades básicas dos doentes, sobre as quais os Enfermeiros devem empenhar-se e ajudar o doente a conseguir a sua independência o mais rapidamente possível. Uma dessas necessidades é o sono e descansar.

É, portanto, dever do enfermeiro proporcionar aos doentes um ambiente de conforto, controlando todos os ruídos envolventes, eliminar os sons estranhos e criar um ambiente familiar, envolvendo sempre a participação dos familiares.

Esta temática criou interesse no estudo de alguns autores e desse modo foi proposto, em alguns países Europeus, a implementação de uma projeto “*Quiet time*”, com o objectivo

de sensibilizar todos os profissionais das Unidades de Saúde para os riscos da exposição ao ruído e estratégias para o controlarem.

Também Silva (2006:34) sugere algumas estratégias de controlo do ruído:

- Manter a correta colocação de eléctrodos, mangas de pressão, transdutores e oxímetros;
- Desligar momentaneamente os alarmes antes de realizar procedimentos;
- Ajustar os limites dos alarmes aos parâmetros dos doentes;
- Estar desperto para a finalização de soros e perfusões;
- Desligar o aspirador e oxigénio quando não estiverem a ser utilizados;
- Moderar as vozes quando em conversa, com particular atenção ao período noturno;
- Evitar bater as portas e gavetas com muita força;
- Substituir o som da campainha por um toque mais suave;
- Assegurar que os telefones estão regulados com um som baixo;
- Fechar as portas da sala de sujos;
- Avisar o doente quando vai realizar algum ruído;
- Entre outros;

Trata-se de medidas simples e exequíveis que quando aplicadas podem trazer grande benefício na saúde dos doentes e profissionais, conduzindo a uma melhoria na qualidade dos cuidados, internamento mais reduzido e melhoria na recuperação dos doentes.

Lower (2003:40) verificou que após a implementação do programa “*quiet time*”, tanto os utentes como os seus familiares encontravam-se satisfeitos, pois o ruído tinha diminuído para 88.9%. Relativamente aos enfermeiros, estes também se apresentam satisfeitos afirmando terem disponibilidade para se sentar, comer num local adequado e ouvir uma música relaxante. Verificou-se também, que os profissionais de uma UCI, após uma noite de trabalho, chegavam a casa menos cansados e mais tranquilos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- LOWER, Judithe S. [*et al.*] (2003) – Discover how one facility improved patient outcomes by creating an oásis of healing and tranquility. **Nursing Management**. p.40A – 40D.

- MARAFA, Ana Clara [*et al.*] (2005) – O Ruído na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. **AESOP revista**. Vol. VI, nº16, p.17-18.

- NICOLÁS, Ana [*et al.*] (2008)– Perception of night-time sleep by surgical patients in an intensive care unit. **Nursing in Critical Care**. Vol. 13, nº1, p. 25 – 33.

- NIGHTINGALE, F. (2006) – **Notas sobre Enfermagem**. Loures: Lusodidacta. ISBN: 9789728383923

- SANTOS, Célia [*et al.*] (2005) – O ruído como factor perturbador do Sono. **Sinais Vitais**. nº61, p.55-60

- SILVA, Ana Luísa (2006) – O ruído na UCIMG. **Boletim do Hospital Pulido Valente**. Vol. XIX, nº1, p.29-35



APÊNDICE III – AÇÃO DE FORMAÇÃO “CONTROLO DE RUÍDO” NA UCI

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

HPP HOSPITAL DE CASCAIS
DR. JOSÉ DE ALMEIDA

Controlo de Ruído na UCI

UCI HPP HOSPITAL DE CASCAIS

Trabalho Desenvolvido no âmbito do Mestrado de Natureza Profissional na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Discente: Andreia Santos
Docente: Prof. Doutora Helena José
Enf.^a Orientadora: Sofia Pereira


Cascais, 15 Junho 2012

Objetivos

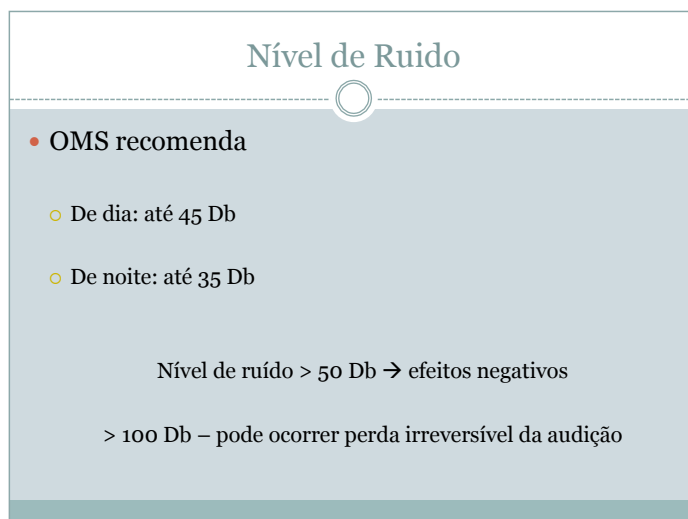
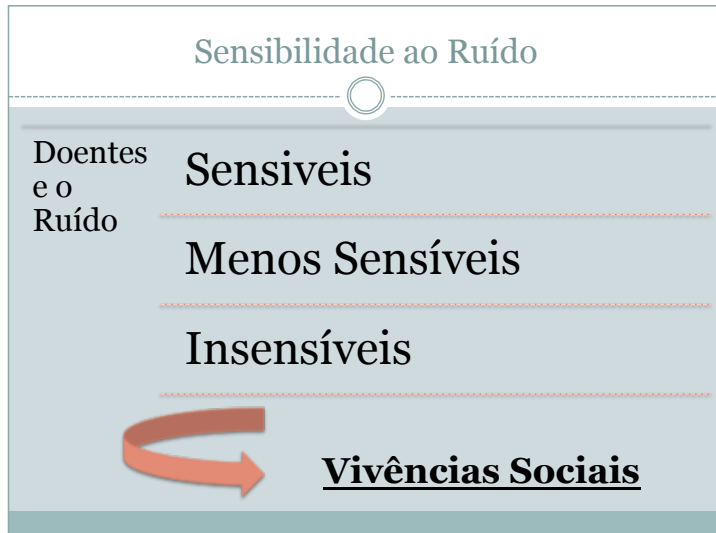
- Sensibilizar a equipa multidisciplinar da UCI para a importância do sono na recuperação clínica do doente;
- Relacionar o ruído existente no serviço com a interrupção de sono dos doentes;
- Dar a conhecer os níveis de ruído existentes na UCI em dois períodos do dia distintos;
- Propor estratégias de controlo de ruído, dando a conhecer o programa *Quiet Time*.

Ruído

Qualquer sensação sonora indesejável que invade o nosso ambiente, ameaçando a nossa saúde, produtividade, conforto e bem-estar.



Marafa *et al* (2005:17)



Impacto de Ruído na Saúde

	Reacção	Efeitos Negativos
Até 50 Db	Confortavel (limite da OMS)	Nenhum
50 – 55 Db	O Organismo humano começa a sofrer efeitos do ruído	O Organismo humano começa a sofrer efeitos do ruído
55 - 65 Db	A pessoa fica em estado de alerta, não relaxa	Diminuiu o poder de concentração; prejudica o trabalho intelectual
65 – 70 Db	O Organismo reage para se adequar ao ambiente, diminuem as defesas	Aumento do nível de cortisona no sangue, induz a libertação de endorfina
Acima de 70 Db	O Organismo fica sujeito a stress, alteração da saúde mental	Aumenta o risco de enfarte, infecções

SILVA, 2006:30

Nível de Ruído na UCI

- Às 14h
 - Cabeceira do doente sem alarmes – 58 – 60 Db
 - Cabeceira do doente com alarmes activos – 76 – 78 Db
 - Balcão de Enfermagem junto dos computadores sem alarmes – 60 – 65 DB
 - Balcão de Enfermagem junto dos computadores com alarmes – 70 – 75 Db

Nível de Ruído na UCI

- Às 2h
 - Cabeceira do doente sem alarmes – 55 – 60 Db
 - Cabeceira do doente com alarmes activos – 70 – 74 Db
 - Balcão de Enfermagem junto dos computadores sem alarmes – 55 – 58 DB
 - Balcão de Enfermagem junto dos computadores com alarmes – 63 – 68 Db



Fontes de Ruído

- **Funcionamento/alarmes do equipamento técnico**
 - Ventiladores; monitores; seringas infusoras; equipamento de hemodiálise; borbulhar do oxigénio; máscaras de aerossóis; rampas do aspirador
- **Provocado pelas pessoas**
- **Manuseamento do material**
 - Abertura de sacos de plástico dos medicamentos; transporte de material; manuseamento de bacias e arrastadeiras; porta de armário e gavetas a bater
- **Provocado por outros equipamento técnicos secundários**
 - Campainha; rádio; televisão; intercomunicador; máquina das arrastadeiras a funcionar

Efeitos do Ruído nos Doentes

- Alterações frequentes do posicionamento,
- Alterações físicas: ligeiro tremor das mãos, ptose palpebral, face inexpressiva, discurso arrastado, cefaleias,
- Aumento da sensibilidade à dor,
- Atraso na atividade gastrointestinal
- Atraso na recuperação de cirurgias
- Atraso na cicatrização de feridas

Santos *et al.* (2005:56)

Efeitos do Ruído nos Doentes

- Queixas de necessidade de repouso,
- Aumento da irritabilidade,
- Agitação,
- Desorientação espaço-temporal,
- Letargia,
- Apatia

Santos *et al.* (2005:56)

Efeitos do Ruído nos Profissionais

- perda da capacidade de concentração intelectual
- diminuição da produtividade,
- interferência com a capacidade de ouvir os alarmes,
- dificuldade na percepção das indicações verbais, aumentando a probabilidade de cometer erros,
- fadiga e irritabilidade agravando o grau de stress.

Quiet time

- **Objetivo:** Promover o descanso dos doentes, controlando o meio envolvente do ruído.
- ✓ Deve ser definido um período de descanso dos doentes – ideal durante o dia
- ✓ Todos os profissionais de saúde devem estar alertados para o *Quiet time*

Estratégias de Controlo de Ruído – *Quiet Time*

- Manter a correta colocação de eléctrodos, mangas de pressão, transdutores e oxímetros;
- Desligar momentaneamente os alarmes antes de realizar procedimentos;
- Ajustar os limites dos alarmes aos parâmetros dos doentes;
- Estar desperto para a finalização de soros e perfusões;
- Desligar o aspirador e rampa oxigénio quando não estiverem a ser utilizados;

Estratégias de Controlo de Ruído – *Quiet Time*

- Moderar as vozes quando em conversa, com particular atenção ao período noturno;
- Evitar bater as portas e gavetas com muita força;
- Substituir o som da campainha por um toque mais suave;
- Assegurar que os telefones estão regulados com um som baixo;
- Fechar as portas da sala de sujos;
- Avisar o doente quando vai realizar algum ruído;

Silva (2006:34)

Para Reflectir...

“Barulho desnecessário é, deste modo a mais cruel falta de cuidado que pode ser infligida tanto a doentes como a pessoas saudáveis”

Florence Nightingale

(1854)

Referências Bibliográficas

- BILEY, Francis S. – Efeitos do ruído em hospitais. **Nursing**.
- LOWER, Judithe S. [et al.] – Discover how one facility improved patient outcomes by creating an oásis of healing and tranquility. **Nursing Management**. abril 2003, p.40A – 40D.
- MARAFA, Ana Clara [et al.] – O Ruído na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. **AESOP revista**. Abril 2005, Vol. VI, nº16, p. 17-18.
- NICOLÁS, Ana [et al.] – Perception of night-time sleep by surgical patients in an intensive care unit. **Nursing in Critical Care**. 2008, vol. 13, n. 1, p. 25 – 33.
- NIGHTINGALE, F. – **Notas sobre Enfermagem**. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN: 9789728383923
- SANTOS, Célia [et al.] – O ruído como factor perturbador do Sono. **Sinais Vitais**. Julho 2005, nº61, p.55-60
- SILVA, Ana Luísa – O ruído na UCIMG. **Boletim do Hospital Pulido Valente**. Janeiro/Março 2006, Vol. XIX, nº1, p.29-35



APÊNDICE IV – POSTER “CONTROLO DE RUÍDO”

Controlo de Ruído na UCI

Nível de Ruído na UCI

□ Às 14h

Cabeceira do doente sem alarmes – 58 – 60 Db
 Cabeceira do doente com alarmes activos – 76 – 78 Db
 Balcão de Enfermagem junto dos computadores sem alarmes – 60 – 65 DB
 Balcão de Enfermagem junto dos computadores com alarmes – 70 – 75 Db

□ Às 2h

Cabeceira do doente sem alarmes – 55 – 60 Db
 Cabeceira do doente com alarmes activos – 70 – 74 Db
 Balcão de Enfermagem junto dos computadores sem alarmes – 55 – 58 DB
 Balcão de Enfermagem junto dos computadores com alarmes – 63 – 68 Db

Fonte de Ruído na UCI

◆ Funcionamento/alarmes do equipamento técnico

Ventiladores; mñitores; seringas infusoras; equipamento de hemodiálise; borbulhar do oxigénio; mascaras de aerossóis; rampas do aspirador

◆ Provocado pelas pessoas

◆ Manuseamento do material

Abertura de sacos de plástico dos medicamentos; transporte de material; manuseamento de bacias e arrastadeiras; porta de armário e gavetas a bater

◆ Provocado por outros equipamento técnicos secundários

Campainha; rádio; televisão; intercomunicador; máquina das arrastadeiras a funcionar

Estratégias de Controlo do Ruído

Manter a correta colocação de eléctrodos, mangas de pressão, transdutores e oxímetros;
 Desligar momentaneamente os alarmes antes de realizar procedimentos;
 Ajustar os limites dos alarmes aos parâmetros dos doentes;
 Estar desperto para a finalização de soros e perfusões;
 Desligar o aspirador e rampa oxigénio quando não estiverem a ser utilizados;
 Moderar as vozes quando em conversa, com particular atenção ao período noturno;
 Evitar bater as portas e gavetas com muita força;
 Substituir o som da campainha por um toque mais suave;
 Assegurar que os telefones estão regulados com um som baixo;
 Fechar as portas da sala de sujeitos;
 Avisar o doente quando vai realizar algum ruído

Efeitos do Ruído nos Doentes

- o Alterações frequentes do posicionamento,
- o Alterações físicas: ligeiro tremor das mãos, ptose palpebral, face inexpressiva, discurso arrastado, cefaleias,
- o Aumento da sensibilidade à dor,
- o Atraso na atividade gastrointestinal
- o Atraso na recuperação de cirurgias
- o Atraso na cicatrização de feridas
- o Queixas de necessidade de repouso,
- o Aumento da irritabilidade,
- o Agitação, Desorientação espaço-temporal,
- o Letargia, Apatia

Efeitos do Ruído nos Profissionais de Saúde

- o perda da capacidade de concentração intelectual
- o diminuição da produtividade,
- o interferência com a capacidade de ouvir os alarmes,
- o dificuldade na percepção das indicações verbais, aumentando a probabilidade de cometer erros,
- o fadiga e irritabilidade agravando o grau de stress.

Trabalho Desenvolvido no âmbito do Mestrado de Natureza Profissional na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Realizado por: Andreia Santos
 Sob Orientação da Prof. Doutora Helena José e Ent.ª Sofia Pereira

Referências Bibliográficas

BILEY, Francis S. – Efeitos do ruído em hospitais. *Nursing*.
 LOWER, Judith S. [et al.] – Discover how one facility improved patient outcomes by creating an oasis of healing and tranquility. *Nursing Management* abril 2003, p.40A – 40D.
 MARAFA, Ana Clara [et al.] – O Ruído na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. *AESOP revista*, Abril 2005, Vol. VI, nº16, p.17-18.
 NICOLAS, Ana [et al.] – Perception of night-time sleep by surgical patients in an intensive care unit. *Nursing in Critical Care* 2008, vol. 13, n. 1, p. 25 – 33.
 NIGHTINGALE, F. – *Notas sobre Enfermagem*. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN: 9789728383923
 SANTOS, Célia [et al.] – O ruído como factor perturbador do Sono. *Sinais Vitais*, Julho 2005, nº61, p.55-60
 SILVA, Ana Luísa – O ruído na UCI/MG. *Boletim do Hospital Pulido Valente*, Janeiro/Março 2006, Vol. XIX, nº1, p.29-35

Cascais, Junho 2012



APÊNDICE V – FUNÇÕES DO ENFERMEIRO NO BO

Funções do Enfermeiro de Bloco Operatório

Funções do enfermeiro circulante

O enfermeiro circulante é o profissional de enfermagem que, no desempenho das suas competências, tem como foco de atenção as necessidades do doente cirúrgico, e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve as suas intervenções, incluindo em situações de emergência ou de limite.

Ordem dos Enfermeiros, 2004

- Preparar, organizar todo o material necessário à cirurgia, conectar e verificar o sistema de aspiração.
- Assegurar que todo o equipamento de emergência está disponível.
- Conhecer o programa cirúrgico.
- Conhecer o doente para poder individualizar os cuidados a prestar.
- Preparar a sala de operações para a cirurgia, preparar a marquesa, verificar as lâmpadas do foco e verificar as condições ambientais da sala.
- Posicionar o doente (procurar manter a coluna alinhada, manter a via aérea livre) e observação geral do doente.
- Apoiar o enfermeiro instrumentista e a restante equipa cirúrgica a vestirem-se com roupa estéril.
- Colaborar com o enfermeiro instrumentista na preparação dos instrumentos cirúrgicos.
- Observar constantemente a técnica asséptica.
- Observar a integridade das embalagens e dos kits cirúrgicos que vão ser utilizados.
- Colaborar na desinfeção da pele e na colocação dos campos cirúrgicos.
- Acondicionar e rotular os produtos colhidos e enviar.

- Fazer registos intra – operatórios.
- Mantém a disciplina na sala, a sala limpa e organizada.
- Prevenir os riscos para o doente e profissionais.
- Realiza a triagem dos resíduos.
- Atuar nas situações de emergência.
- Realizar a chamada do próximo doente.
- No final procede à contagem de compressas, instrumentos e corto-perfurantes.
- Colaborar na execução do penso.
- Retirar o doente da sala para os cuidados pós anestésicos.
- Efetuar todos os registos
- Supervisionar a higienização da sala e equipamentos.
- Colaborar na reposição e reorganização da sala para o doente seguinte.
- Efetuar pedidos de reposição de dispositivos médicos.

De acordo com Ordem dos Enfermeiros, compete ao enfermeiro circulante:

- ✓ Identificar as necessidades individuais do doente, em contexto peri-operatório, e intervir em conformidade;
- ✓ Planear, organizar, delegar, comunicar, coordenar e avaliar as atividades da restante equipa de enfermagem e de outros profissionais funcionalmente dependentes;
- ✓ Gerir e partilhar informação necessária e pertinente relativa ao doente e ao ambiente, com a restante equipa multiprofissional;
- ✓ Controlar o tempo, garantido que este recurso seja utilizado em função das necessidades e no sentido da rentabilização máxima dos recursos existentes;
- ✓ Controlar e limitar a circulação de pessoas no decurso do ato cirúrgico;
- ✓ Providenciar materiais adequados e o equipamento necessário ao tipo de cirurgia, e verificar a correta funcionalidade.

Funções do enfermeiro de anestesia:

- Verificação de todos os aparelhos e material a usar.
- Acolhimento do doente.

- Verificação da permeabilidade dos acessos venosos.
- Monitorização do doente (ECG, SpO2, tensão arterial, temperatura e dor)
- Colabora com o anestesista na técnica anestésica e nas outras técnicas.
- Colabora na manutenção da anestesia.
- Promove a manutenção da temperatura corporal do doente.
- Mantém observação e vigilância intensiva do doente.
- Atua em conformidade nas situações de emergência.
- Colabora no despertar do doente.
- Procede à transferência do doente para UCPA.
- Cumpre o protocolo de higienização da sala de operações e equipamentos.
- Prepara a sala para o próximo doente.
- Colabora na limpeza e desinfeção material anestésico.

As funções do enfermeiro instrumentista podem ser independentes ou dependentes:

Independentes

- Responsável por manter o campo operatório estéril.
- Preparação das mesas operatórias.
- Manutenção e vigilância da técnica asséptica cirúrgica.
- Respeito pela especificidade de cada tempo cirúrgico.
- Responsabilização pelos dispositivos médicos, nomeadamente, instrumentos, compressas, suturas...

Dependentes:

- Assistência à equipa cirúrgica.
- Colaboração na desinfeção do campo operatório.
- Colaboração na colocação dos campos.
- Transferência dos instrumentos cirúrgicos em posição funcional.
- Antecipação dos tempos cirúrgicos.
- Preparação dos implantes.
- Realização do penso, entre outras atividades

Funções do Enfermeiro da UCPA:



- Preparar unidade para receber o doente.
- Fazer a avaliação inicial ao doente.
- Estabelecer os diagnósticos de enfermagem e respectivas intervenções de enfermagem.
- Vigilância do doente.

AESOP (2012)



APÊNDICE VI – PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO DO BO

Plano de Sessão da Formação

Tema: Controlo de Ruído **Data:** 7 de Novembro 2012

Hora: 8h

Duração: 30 minutos **Destinatários:** Enfermeiros, Assistentes Operacionais

Local: HPP Hospital Dr. José de Almeida, Cascais Departamento de Anestesia e Bloco

Objectivo Geral	Objectivos Específicos	Conteúdo Programático	Metodologia	Equipamento	Avaliação
No final da formação, os formandos devem estar sensibilizados para o controlo de ruído nas Salas Operatórias e UCPA, e aplicar estratégias de controlo do mesmo.	Utilizar estratégias no controlo do ruído; Conhecer o programa “ <i>Quiet time</i> ”; Reduzir o ruído no Departamento de Anestesia e Blocos.	Definição de Ruído; Sensibilidade dos doentes e profissionais ao ruído; Nível de ruído recomendado pela OMS; Impacto do ruído nos doentes e profissionais; Fontes de Ruído; Programa “ <i>Quiet time</i> ”.	Expositiva Participativa	Computador Videoprojetor	Nível, satisfação no final da formação: Questionário de Satisfação da Sessão de Formação.



APÊNDICE VII – AÇÃO DE FORMAÇÃO “CONTROLO DE RUÍDO” NO BO



Discente: Andreia Santos

Docente: Prof. Patrícia Pontífice Sousa

Enf.^a Orientadora: M^a José Gonçalves

Cascais, 7 de Novembro 2012

+ Objetivo Geral

Sensibilizar toda a equipa multidisciplinar do Departamento de Anestesia e Blocos, para a importância do controlo do ruído no conforto dos utentes

+ Objetivos Específicos

- Definir ruído e a sensibilidade ao mesmo;
- Relacionar o ruído existente no serviço com a interrupção de sono dos doentes;
- Dar a conhecer o impacto do ruído na saúde dos utentes e dos profissionais de saúde;
- Propor estratégias de controlo de ruído, dando a conhecer o programa *Quiet Time*.

+ Ruído

Qualquer sensação sonora indesejável que invade o nosso ambiente, ameaçando a nossa saúde, produtividade, conforto e bem-estar.



Marafa et al (2005:17)

+ Sensibilidade ao Ruído

Doentes e o Ruído

Sensíveis

Menos Sensíveis

Insensíveis



Vivências Sociais

+ Nível de Ruído

- OMS recomenda
 - De dia: até 45 Db
 - De noite: até 35 Db

Nível de ruído > 50 Db → efeitos negativos

> 100 Db – pode ocorrer perda irreversível da audição

+ Nível de Ruído



+ Impacto de Ruído na Saúde

	Reacção	Efeitos Negativos
Até 50 Db	Confortavel (limite da OMS)	Nenhum
50 – 55 Db	O Organismo humano começa a sofrer efeitos do ruido	O Organismo humano começa a sofrer efeitos do ruido
55 - 65 Db	A pessoa fica em estado de alerta, não relaxa	Diminuiu o poder de concentração; prejudica o trabalho intelectual
65 – 70 Db	O Organismo reage para se adequar ao ambiente, diminuem as defesas	Aumento do nivel de cortisona no sangue, induz a libertação de endorfina
Acima de 70 Db	O Organismo fica sujeito a stress, alteração da saúde mental	Aumenta o risco de enfarte, infecções

SILVA, 2006:30

+ Fontes de Ruído

- Funcionamento/alarmes do equipamento técnico
 - Ventiladores; monitores; seringas infusoras; borbulhar do oxigénio; máscaras de aerossóis; rampas do aspirador
- Provocado pelas pessoas
- Manuseamento do material
 - Abertura de sacos de plástico dos medicamentos; transporte de material; manuseamento de bacias e arrastadeiras; porta de armário e gavetas a bater
- Provocado por outros equipamento técnicos secundários
 - Campainha; rádio; intercomunicador; telefone

+ Efeitos do Ruído nos Doentes

- Queixas de necessidade de repouso,
- Aumento da irritabilidade,
- Agitação,
- Desorientação espaço-temporal,
- Letargia,
- Apatia

Santos *et al.* (2005:56)

+ Efeitos do Ruído nos Profissionais

- perda da capacidade de concentração intelectual
- diminuição da produtividade,
- interferência com a capacidade de ouvir os alarmes,
- dificuldade na percepção das indicações verbais, aumentando a probabilidade de cometer erros,
- fadiga e irritabilidade agravando o grau de stress.

+ Quiet time

- **Objetivo:** Promover o descanso dos doentes, controlando o meio envolvente do ruído.
- ✓ Deve ser definido um período de descanso dos doentes – ideal durante o dia
- ✓ Todos os profissionais de saúde devem estar alertados para o *Quiet time*

+ Estratégias de Controlo de Ruído – *Quiet Time*

- Manter a correta colocação de eléctrodos, mangas de pressão, transdutores e oxímetros;
- Desligar momentaneamente os alarmes antes de realizar procedimentos;
- Ajustar os limites dos alarmes aos parâmetros dos doentes;
- Estar desperto para a finalização de soros e perfusões;
- Desligar o aspirador e rampa oxigénio quando não estiverem a ser utilizados;

+ Estratégias de Controlo de Ruído – *Quiet Time*

- Moderar as vozes quando em conversa, com particular atenção ao período noturno;
- Evitar bater as portas e gavetas com muita força;
- Substituir o som da campainha por um toque mais suave;
- Assegurar que os telefones estão regulados com um som baixo;
- Fechar as portas da sala de sujos;
- Avisar o doente quando vai realizar algum ruído.

Silva (2006:34)

+ Exemplos...



+ Para Reflectir....

“Barulho desnecessário é, deste modo a mais cruel falta de cuidado que pode ser infligida tanto a doentes como a pessoas saudáveis”

Florence Nightingale

(1854)



+ Referências Bibliográficas

- BILEY, Francis S. – Efeitos do ruído em hospitais. **Nursing**.
- LOWER, Judithe S. [et al.] – Discover how one facility improved patient outcomes by creating an oasis of healing and tranquility. **Nursing Management**. abril 2003, p.40A – 40D.
- MARAFA, Ana Clara [et al.] – O Ruído na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. **AESOP revista**. Abril 2005, Vol. VI, nº16, p.17-18.
- NICOLÁS, Ana [et al.] – Perception of night-time sleep by surgical patients in an intensive care unit. **Nursing in Critical Care**. 2008, vol. 13, n. 1, p. 25 – 33.
- NIGHTINGALE, F. – **Notas sobre Enfermagem**. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN: 9789728383923
- SANTOS, Célia [et al.] – O ruído como factor perturbador do Sono. **Sinais Vitais**. Julho 2005, nº61, p.55-60
- SILVA, Ana Luísa – O ruído na UCIMG. **Boletim do Hospital Pulido Valente**. Janeiro/Março 2006, Vol. XIX, nº1, p.29-35



APÊNDICE VIII – FÍSTULAS LIQUÓRICAS

FÍSTULA LIQUÓRICA

O líquido cefalorraquidiano (LCR) é um líquido semelhante ao plasma depurado da maior parte do seu conteúdo proteico, que ocupa o espaço subaracnoideo do encéfalo, medula espinhal e cavidades ventriculares. Tem como principal função a proteção do sistema nervoso central. (Seeley et al, 2005: 456).

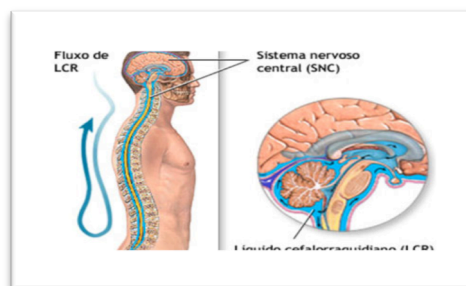


Figura 1 – Circulação do LCR

Fonte: (<http://www.drjeffchandler.com/2011/10/o-exame-de-liquor.html>)

Segundo Antunes et al (1994:31), as fistulas liquóricas surgem quando ocorre falha na barreira osteo-meníngea que limita os espaços liquóricos. O local mais frequente desta falha é a lâmina crivada do etmóide, por se tratar de uma estrutura frágil e com múltiplas fenestrações.

As fistulas de liquóricas podem ser de origem **nasal**, se há ligação entre o espaço subaracnoideo e o lúmen nasal ou seios perinasais originando rinoliquorreia, ou **otogénicas**, se existe uma comunicação entre o espaço subaracnoideo e osso temporal o que pode originar otoliquorréia caso ocorra perfuração timpânica. (Patrício, 2005)

As fistulas podem ter uma origem traumática ou não traumática, conforme ilustra a figura 2.

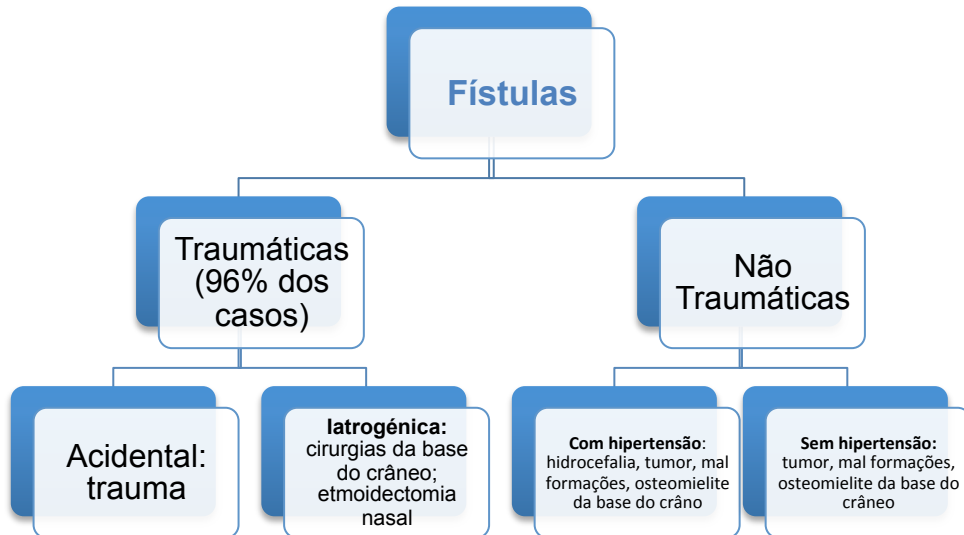


Figura 2 – Etiologia das fístulas de LCR

As fístulas traumáticas são as mais frequentes segundo a bibliografia consultada. Estas podem estar associadas a traumas diretos, como o TCE ou fracturas da base do crâneo, ou associados a intercorrências decorrentes do ato cirúrgico (iatrogénicas).

As fístulas associadas ao trauma podem ocorrer imediatamente ou tardias. Estas últimas decorrem da elevação da PIC, lise de coágulos da deiscência óssea e dural, necrose das partes moles e osso ao redor da lesão e resolução do edema. Os sintomas mais frequentes associadas a fístulas traumáticas são a hiposmia ou anosmia por lesão do nervo olfativo, cefaleias pela presença de ar na cavidade craniana e cerca de 20% dos doentes desenvolvem meningite nas primeiras 3 semanas após o trauma.

O sintoma mais frequente da fístula liquóricas de etiologia nasal é a rinorreia clara, hialina, muitas vezes unilateral e que piora com o esforço físico, tosse, espirro e mudanças de posição da cabeça. A complicação mais frequente deste diagnóstico são as meningites.

As fístulas não traumáticas, ou espontâneas (cerca de 4%), por aumento da pressão intracraniana ocorrem como resultado da erosão óssea com consequente fractura. Estas fístulas tendem a ocorrer em adultos com mais de 30 anos, havendo uma maior predominância no sexo feminino. (Patrício, 2005:3)

Diagnóstico

De forma a realizar um correto diagnóstico é essencial obter a história clínica do doente, a anamnese, procurando saber: sinais e sintomas (é frequente descreverem a saída de um líquido hialino com sabor doce), cirurgias prévias, trauma, tumor nasal, condições que aumentem a PIC (tosse, espirro, levantamento de peso, manobra de valsava). (Patrício, 2005:4)

- TAC crâneo e seios perinasais com injeção de contraste e Rx crâneo – demonstra o local da fístula em 46 a 81% dos casos;
- Cisterno-cintigrafia – mostra o local aproximado da fistula através do extravasamento do isótopo para os seios perinasais.
- Doseamento da glicose nas secreções: glicose superior ou igual a 30mg/dl no líquido testado confirma a presença de LCR em doente com glicemia capilar normal. Contudo, este método apresenta falsos positivos, não sendo o diagnóstico fiável;
- Sinal de reservatório: se ao colocar a cabeça do doente para baixo, ocorrer saída de LCR, indica que existe LCR no seio esfenoidal;

Antunes et al (1994:32)

- Sinal de halo ou de duplo anel: pesquisa de líquido para uma compressa, o anel externo repressa o LCR e o interno sangue.
- Doseamento de $\beta 2$ transferrina, tratando-se de uma proteína específica do LCR;

Patrício (2005:5)

Tratamento

- **Não cirúrgico ou conservador**, deve ser tentado antes do tratamento cirúrgico. O objectivo deste tratamento consiste em aplicar medidas que visem a diminuição da PIC. A derivação lombar contribui para a diminuição da PIC, contudo o seu uso está associado a maior risco de meningite, pneumoencefalo e cefaleias intensas.
- **Cirúrgico**, quando as medidas não cirúrgicas não têm qualquer resultado opta-se pelo tratamento cirúrgico. Este tratamento também é opção quando a fistula tem origem iatrogénica. O tratamento cirúrgico pode ser dividido em:

- **Intracraniano (craniotomia):** representa uma maior morbilidade e mortalidade, associado a maior complicações, contudo constitui um maior sucesso no encerramento das fistulas de grande área;
- **Extracraniano:** menor morbilidade e mortalidade, permite uma melhor visualização da fistula, contudo impossibilita o acesso a múltiplas fistulas, fistulas de difícil acesso e fistulas de grande área.

Patrício, C. (2005:7)

Intervenções de Enfermagem

As intervenções de enfermagem são essenciais para o sucesso do tratamento das fistulas liquóricas, tanto de origem traumática ou não traumática. Independentemente, do tratamento optado, as intervenções de Enfermagem, visam proporcionar o bem-estar do doente, promovendo o conforto, o alívio da dor e a sua rápida recuperação. É essencial o apoio à família e a sua integração no tratamento.

Tratamento não-cirúrgico ou conservador

- ✓ Promover o repouso no leito;
- ✓ Decúbito elevado a 30 graus;
- ✓ Uso de antitússicos e laxantes, de forma a minimizar esforços;
- ✓ Administração de manitol e corticoides, de acordo com prescrição médica, para diminuir a PIC;
- ✓ Monitorização de sinais vitais;
- ✓ Avaliação de sinais de meningite: febre, cefaleias intensas, rigidez da nuca, náuseas ou vômitos, confusão mental;

Tratamento cirúrgico

As intervenções de enfermagem no tratamento cirúrgico, são semelhantes as intervenções aplicadas a todas as cirurgias, tendo sempre em atenção o período pré-operatório e pós-operatório. O principal objectivo destas ações é reduzir as complicações peri-operatórias.

- ✓ Pré-operatório:

- Ensino/ esclarecimento ao doente e família;
 - Verificação da presença do consentimento livre e esclarecido;
 - Verificação da presença de todos os exames complementares de diagnóstico;
 - Avaliação dos sinais vitais;
 - Promover o jejum de 6h;
 - Punção de cateter venoso periférico;
 - Administração de antibioterapia profilática, se prescrito;
 - Retirar adornos e verniz das unhas;
 - Vestir roupa adequada;
- ✓ Pós-operatório:
- Ensino ao doente e família;
 - Manutenção de cateter venoso periférico com soro em curso;
 - Monitorização dos sinais vitais e débito urinário;
 - Administração de antibioterapia, se prescrito;
 - Administração de uma dieta rica em fibras, que promova o bom funcionamento intestinal;
 - Administração de laxantes, se necessário;
 - Promover o repouso absoluto no leito, durante os primeiros dias;
 - Elevação da cabeceira cerca de 30°;
 - Promover o conforto e descanso do doente

Referências Bibliográficas

- ANTUNES, A. C. [et al.] – Rinoliquorréia Espontânea: Apresentação de um caso e revisão da literature. **Jornal Brasileiro de Neurocirurgia**. 1994, Vol. 5[1], p.30-4.
- GUIMARÃES, R. E. [et al.] – Rinite vasomotora pós-cirúrgica: diagnóstico diferencial de rinoliquorria. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. Março/ Abril 2003, Vol. 69[2], p.252-5.
- PATRICIO, C. A. – Fistula Liquórica. [em linha]. Portugal. [consulta a 06 de Dezembro de 2012] Disponível em:

http://www.otorrinousp.org.br/imageBank/seminarios/seminario_42.pdf.

- SAIFUDHEEN, K. [et al.] – Idiopathic intracranial hypertension presenting as CSF rhinorrhea. **Ann Indian Acad Neurol**. Janeiro/Março 2010, Vol. 13, p.72-3.
- Seeley, R. [et al.] – **Anatomia & Fisiologia**. 6a ed. Loures: Lusociência, 2005, p.456. ISBN: 972-8930-07-0.

Realizado por Andreia Sofia da Silva Santos no âmbito do Mestrado de Natureza Profissional na área de Especialização de Enfermagem Médico – Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa

Lisboa, Janeiro de 2013



APÊNDICE IX – PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO

A pneumonia constitui a segunda maior causa de infeção nosocomial nos Estados Unidos, constituindo a principal causa de morte associado a infeção hospitalar. A Pneumonia Associada à Ventilação (PAV) constitui uma forma de pneumonia nosocomial, de acordo com Augustyn (2007:32).

A mesma autora, afirma que a incidência de PAV em doentes submetidos a ventilação mecânica é de aproximadamente 22.8%, aumentando a mortalidade e morbilidade, estadia hospitalar e custos.

De forma a contornar o problema, é essencial implementar intervenções que previnam o aparecimento de PAV, devendo estes se iniciar no momento da intubação e mantidos até ao final da extubação.

O início da PAV pode ser dividido em dois tipos: precoce, quando ocorre entre as 48 e 96h após a intubação como resultado de organismo suscetível a antibiótico, ou tardias, após 96h de entubação e que está associado a mecanismos de resistência de antibióticos pelo organismo.

A presença de um tubo-endotraqueal (TET) promove a colonização de bactérias na via aérea.

Diagnóstico de PAV

O diagnóstico precoce e correto de PAV são determinantes para a diminuição de complicações associadas. Um diagnóstico precoce, permite um início de tratamento imediato, o que aumenta a probabilidade de sucesso do mesmo.

O diagnóstico de PAV é difícil e controverso, de acordo com alguns autores. No entanto, pode ser realizado através de meios complementares de diagnóstico como a radiografia ao tórax, testes microbiológicos de expectoração e broncofibroscopia.

Os testes microbiológicos não são suficientes para o diagnóstico, mas permitem isolar microorganismos e verificar a sua sensibilidade para determinado antibiótico, conforme afirma Augustyn (2007:333).

Factores de Risco

Um doente entubado endotraquealmente há mais de 48h, constitui um grande risco para o desenvolvimento de PAV.

Podemos classificar os factores de risco em três grupos: factores relacionados com o doente, com o material e com os profissionais.

Factores relacionados com o doente

- Imunossupressão
- DPOC e doenças respiratórias
- Medicação
- Numero de intubações
- Posição do corpo do doente: maior infeção em doentes em posição supina que em posição semi-fowler
- Nivel de consciência: diminuição do estado de consciência contribui para uma redução do reflexo de tosse e deglutição, o que aumenta o risco de aspiração e consequentemente o risco de PAV
- Estado de mal-nutrição

Factores relacionados com o material

- Tubo endotraqueal
- Circuito do ventilador
- Tubo naso ou orogástrico

Factores relacionados com os profissionais

- Lavagem das mãos inapropriada
- Falha na mudança de luvas entre doentes
- Não usar equipamento de proteção pessoal quando está identificado o microorganismo causador

Intervenções de Enfermagem que contribuem para reduzir o risco de PAV

Procedimento	Justificação
Realizar um protocolo de lavagem das mãos	Prevenir a colonização
Evitar a lavagem salina do TET antes da aspiração	Promove a migração de bactérias para a via aérea, aumentando o risco de PAV
Evitar a administração de antibioterapia profilática	Não diminui o risco de PAV, o seu uso inapropriado pode desenvolver resistências a antibióticos
Posicionar os doentes ao fim de 2h	Aumenta a drenagem pulmonar, reduzindo o risco de PAV
Higiene oral com clorexidina a 2% de 4 em 4h ou em SOS A higiene oral deve preceder a aspiração de secreções endotraqueais	Prevenir a colonização de bactérias na orofaringe
Posicionar o doente em semi-fowler com cabeceira elevada a 30 a 40°	Previne a aspiração de conteúdo gástrico
Diminuir o uso de sedativos	Ajuda a prevenir a aspiração de conteúdo gástrico e/ou oral
Monitorizar volume residual gástrico	Prevenir a distensão gástrica, aspiração de conteúdo gástrico
Administrar medicamentos que diminuem a motilidade gástrica e úlceras de stress	Administração de alimentação entérica
Proceder à entubação gástrica: utilizar a via orogástrica em detrimento da via nasogástrica, de	

forma a prevenir sinusites nosocomiais	
Administração precoce de alimentação entérica, de forma continua	Manutenção da acidez gástrica essencial para prevenir a colonização por microorganismos patogénicos
Administração profilática de anti-coagulantes	Prevenir o trombo-embolismo pulmonar
Aspiração de secreções na orofaringe	Porque as secreções tendem a instalar-se acima do cuff do TET, a orofaringe deve ser cuidadosamente aspirada de forma a evitar a migração de bactérias para a via aérea
Aspiração de secreções no TET, recorrendo a técnica limpa rigorosa, utilizado luva de palhaço estéril e sonda de aspiração estéril e única para cada procedimento	Prevenir a aspiração de conteúdo
Manter a pressão do cuff entre os 20cmH ₂ O Avaliar a pressão do cuff 1x/turno ou em SOS	Evitar que as secreções subglóticas ou outro conteúdo, desça para a árvore brônquica
Não trocar o circuito do ventilador mais do que uma vez em cada 48h É recomendado a substituição do circuito ventilatório quando este se encontra visivelmente sujo	A manipulação excessiva aumenta o risco de contaminação do circuito
Manter os circuitos externos íntegros e funcionantes	Diminuir a pressão na mucosa traqueal

Referências Bibliográficas

- ✓ AUGUSTHYN, B – Ventilator – Associated Pneumonia: Risk factors and prevention. **Critical Care Nurse**. Agosto 2007, Vol. 27, N.4, p.32-9
- ✓ JIANGNA, H., Yaping, L. – Effect of ventilator circuit changes on Ventilator-associated pneumonia: a systematic review and meta-analysis. **Respiratory Care**. Abril 2010, Vol.55, N.4, p.467-474

- ✓ MOHAMAD, E.K. [et al.] – Critical Care Clinicians’ Knowledge of evidence-based guidelines for preventing ventilator-associated pneumonia. **American Journal of critical care.** Maio 2010, Vol.19, N.3, p.272-6
- ✓ PEDERSEN, C. M. [et al.] – Endotracheal suctioning of the adult intubated patient – what is the evidence?. **Intensive and Critical Care Nursing.** 2009, Vol 25, p.21-30
- ✓ PENITENTI, R. M., [et al.] – Controle da pressão do cuff na unidade de terapia intensiva: efeitos do treinamento. **Revista Brasileira Terapia Intensiva.** 2010, Vol. 22(2), p. 192-5
- ✓ STANDRING, D., Oddie, D. – Prevention of Ventilator-associated pneumonia. **British Journal of Cardiac Nursing.** Junho 2011, Vol.6, N.6, p-286-290
- ✓ VICENT, J. L., [et al.] – Diagnosis, Management and Prevention of Ventilator-associated Pneumonia. **Therapy in Practice.** 2010, Vol. 70(15), p-1927-1944

Realizado por Andreia Sofia da Silva Santos no âmbito do Mestrado de Natureza Profissional na área de Especialização de Enfermagem Médico – Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, Janeiro de 2013



APÊNDICE X– QUESTIONÁRIO “CONTROLO DE RUÍDO”

Questionário

Este questionário surge no âmbito do Projeto de Estágio da formanda Andreia Santos, do curso de Mestrado profissional na área de especialização de Enfermagem Médico – Cirúrgica, cujo tema é “*A importância do Controlo do Ruído no conforto dos doentes*”. Trata-se de um questionário anónimo e de preenchimento voluntário, cujo principal objectivo consiste em identificar as preocupações dos profissionais de saúde do serviço de urgência para a temática apresentada.

Dados Sócio-demográficos		
Género: Masculino <input type="checkbox"/>	Feminino <input type="checkbox"/>	Idade: _____
Profissão: Médico <input type="checkbox"/>	Enfermeiro <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/> _____
Assistente Operacional <input type="checkbox"/>		
Tempo de Experiência Profissional:		
Até 3 anos <input type="checkbox"/>	3 a 5 anos <input type="checkbox"/>	Superior a 5 anos <input type="checkbox"/>

1. Principais fontes de Ruído

De seguida serão apresentadas algumas fontes de ruído existentes no serviço de urgência. Enumere de 1 a 10 consoante a importância que atribui a cada uma delas, sendo 1 a menos importante e 10 a que considera a mais importante

Alarme dos monitores

Funcionamento dos ventiladores (ventilação invasiva e não invasiva)

Funcionamento das rampas de oxigénio e aerossol

Altifalante para chamada de doentes

Passagens de turno

Conversas informais entre os profissionais de saúde

Conversas entre doentes e acompanhantes

Uso de telemóveis

Toque dos telefones fixos

Manuseamento de material, portas e gavetas



APÊNDICE XI – AÇÃO DE FORMAÇÃO “CONTROLO DE RUÍDO” NO SU



Discente: Andreia Santos

Docente: Prof. Patricia Pontífice Sousa

Enf.ªs Orientadoras: Florinda Galinha e Sandra Ponte

Lisboa, 9 de Janeiro 2013

+ Objetivo Geral

Sensibilizar toda a equipa multidisciplinar para a importância do controlo do ruído no conforto dos utentes, assim como o seu papel na promoção da qualidade e humanização do ambiente do SU.

+ Objetivos Específicos

- Definir ruído, níveis de ruído e a sensibilidade ao mesmo;
- Dar a conhecer o impacto do ruído na saúde, efeitos do ruído nos doentes e profissionais de saúde;
- Apresentar as principais fontes de ruído existentes numa unidade de saúde e possíveis estratégias de controlo do mesmo;
- Divulgar os resultados obtidos nos questionários realizados no SU: satisfação do acompanhamento do familiar/ pessoa significativa no que respeita o ruído existente no SU e controlo de ruído: fontes e estratégias ;
- Contribuir para a implementação de estratégias de controlo de ruído, para melhoria dos cuidados prestados e promoção do conforto dos utentes.

+ Ruído

Qualquer sensação sonora indesejável que invade o nosso ambiente, ameaçando a nossa saúde, produtividade, conforto e bem-estar.



Marafa *et al* (2008:17)

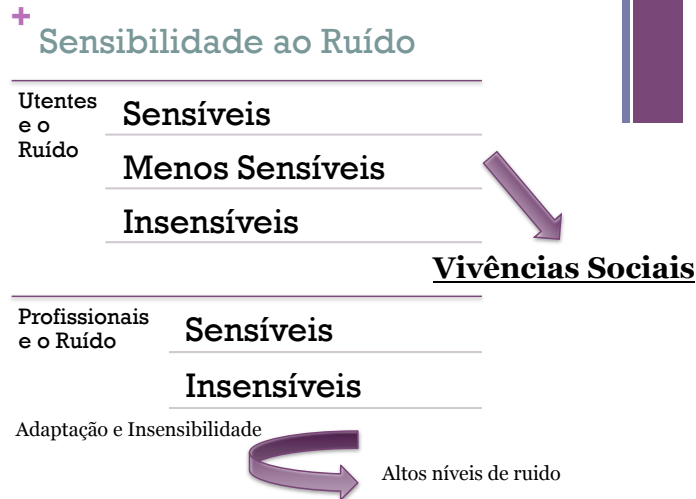
+ Nível de Ruído

- OMS recomenda:
 - De dia: até 45 Db
 - De noite: até 35 Db

Nível de ruído:
> 50 Db → **efeitos negativos**
> 100 Db → pode ocorrer perda irreversível da audição

SILVA *et al.* (2012:75)





+ Impacto de Ruído na Saúde

	Reacção	Efeitos Negativos
Até 50 Db	• Confortável (limite da OMS)	Nenhum
50 – 55 Db	• Organismo humano começa a sofrer efeitos do ruído • Inquietude	insignificativos
55 - 70 Db	• A pessoa fica em estado de alerta, não relaxa • Excitação nervosa	Diminuiu o poder de concentração; prejudica o trabalho intelectual; mais sensíveis à dor
Acima dos 70 Db	• Organismo reage para se adequar ao ambiente, diminuem as defesas	Enfarte; arterosclerose, infeção, osteoporose; surdez

MUNIZ (2009:58)

+ Impacto de Ruído na Saúde

- D.L. 182/2006 de 6 de Setembro
 - Avaliação da exposição ao ruído no posto de trabalho
- Diretiva nº2003/10/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 6 de Fevereiro
 - “Adopção de prescrições mínimas de segurança e saúde respeitantes à exposição dos trabalhadores aos riscos devidos ao ruído”

+ Efeitos do Ruído nos utentes

- Alterações frequentes do posicionamento,
 - Alterações físicas: ligeiro tremor das mãos, ptose palpebral, face inexpressiva, discurso arrastado, cefaleias,
 - Aumento da sensibilidade à dor,
 - Atraso na atividade gastrointestinal
 - Atraso na recuperação de cirurgias
 - Atraso na cicatrização de feridas
 - Queixas de necessidade de repouso,
 - Aumento da irritabilidade,
 - Agitação,
 - Desorientação espaço-temporal,
 - Letargia e Apatia
- SANTOS *et al.* (2005:56)

+ Efeitos do Ruído nos Profissionais

- perda da capacidade de concentração intelectual
- diminuição da produtividade,
- interferência com a capacidade de ouvir os alarmes,
- dificuldade na percepção das indicações verbais, aumentando a probabilidade de cometer erros,
- fadiga e irritabilidade agravando o grau de stress.

SANTOS *et al.* (2005:56)

+ Fontes de Ruído

- Funcionamento/alarmes do equipamento técnico
 - Ventiladores; monitores; seringas ou bombas infusoras; borbulhar do oxigénio; rampas de ar comprimido e de vácuo, quando ligadas;
- Provocado pelas pessoas (profissionais, utentes, familiares/acompanhantes)
- Manuseamento do material
 - Abertura de sacos de plástico dos medicamentos/soros; transporte de material; manuseamento de bacias e arrastadeiras; portas e gavetas de armários a bater
- Provocado por outros equipamento técnicos secundários
 - Campainha; rádio; intercomunicador; telefone

SILVA (2006:33)

+ Questionário Satisfação do Acompanhamento Familiar/ pessoa significativa

- Realizado no SU a familiares e a profissionais de saúde
- 4ª questão: “em que medida considera que se encontram adequadas as instalações deste serviço para que os familiares possam exercer o seu direito de acompanhamento”
 - Estrutura física
 - Ruído

+ Questionário Satisfação do Acompanhamento Familiar/ pessoa significativa

- Realizado no SU a familiares e a profissionais de saúde
- 4ª questão: “em que medida considera que se encontram adequadas as instalações deste serviço para que os familiares possam exercer o seu direito de acompanhamento”
 - Estrutura física
 - Ruído

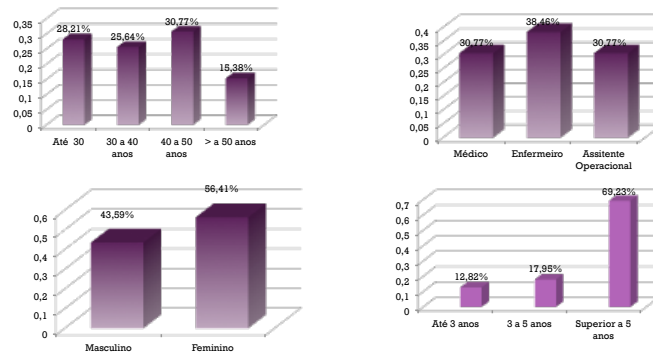
+ Questionário Controlo de Ruído

- Surge no âmbito do projeto de estágio;
- Realizado no período de 10 de Dezembro de 2012 a 5 de Janeiro de 2013
- Destinatários: Enfermeiros, médicos e assistentes operacionais



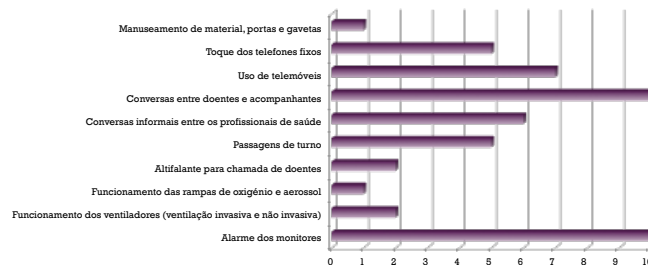
+ Questionário

■ Dados Socio - demográficos



+ Questionário

Fontes de Ruído - Enumere de 1 a 10 consoante a importância que atribui a cada uma delas, sendo 1 a menos importante e 10 a que considera a mais importante



+ Questionário

■ Enumere, de seguida, possíveis estratégias para controlar o ruído no serviço de urgência, tendo em conta as fontes de ruído existentes no mesmo.

- Evitar o uso de telemóveis pelos utentes e acompanhantes
- Telemóvel dos profissionais deve encontrar-se em silêncio
- Definir áreas de uso permitido e restrito de telemóvel
- Limitar as visitas apenas a utentes em maca
- Controlar as conversas entre utentes e familiares
- Reforçar os acompanhantes a permanecer junto dos seus utentes e utilizar um tom de voz suave
- Limitar os acompanhantes na sala de aerossóis

+ Questionário

- Enumere, de seguida, possíveis estratégias para controlar o ruído no serviço de urgência, tendo em conta as fontes de ruído existentes no mesmo.
- Formação dos Profissionais
- Educação dos utentes e acompanhantes
- Diminuir o som dos telefones fixos
- Adequar o alarme dos monitores e ventiladores aos parâmetros do utente e num tom suave
- Fechar os gabinetes durante as consultas
- Incentivar as conservas silenciosas durante a passagem de turno
- Uso de cartazes alusivos ao silêncio
- Evitar o uso do rádio no serviço

+ Propostas de Estratégias de Controlo de Ruído

- Moderar as vozes quando em conversa, com particular atenção ao período noturno;
- Evitar bater as portas e gavetas com muita força;
- Substituir o som da campainha por um toque mais suave;
- Assegurar que os telefones estão regulados com um som baixo;
- Fechar as portas da sala de sujeitos;
- Avisar o utente quando vai realizar algum ruído.

Silva (2006:34)

+ Propostas de Estratégias de Controlo de Ruído

- Manter a correta colocação de eléctrodos, mangas de pressão, transdutores e oxímetros;
- Desligar momentaneamente os alarmes antes de realizar procedimentos;
- Ajustar os limites dos alarmes aos parâmetros dos utentes;
- Estar desperto para a finalização de soros e perfusões;
- Desligar o aspirador e rampa oxigénio quando não estiverem a ser utilizados;

SILVA (2006:34)

+ Para Reflectir....

“Barulho desnecessário é, deste modo a mais cruel falta de cuidado que pode ser infligida tanto a doentes como a pessoas saudáveis”

Florence Nightingale

(1854)



+ Referências Bibliográficas

- BILEY, F.C. Efeitos do ruído em hospitais. **Nursing**, Lisboa, 1985, v.8, n.87, p.18-21.
- Galinha, F; Monteiro, M.; Ponte, S.; Corredoura, A. "Family's Company at the Patient's Bedside- Evaluation of Portuguese Patient's Accompaniment Law at a major Emergency Department" - The Journal of Emergency Medicine. Agosto 2011:Volume 41 (2).
- LOWER, Judithe S. [et al.] - Discover how one facility improved patient outcomes by creating an oasis of healing and tranquility. **Nursing Management**. abril 2003, p.40A - 40D.
- MARAFA, Ana Clara [et al.] - O Ruído na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. **AESOP revista**. Abril 2005, Vol. VI, nº16, p.17-18.
- MUNIZ, L., Stroppa, M.A - Desconforto dos pacientes internados na UTI, quanto a poluição sonora. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. Julho/Dezembro 2009, p.56-62.
- NICOLÁS, Ana [et al.] - Perception of night-time sleep by surgical patients in an intensive care unit. **Nursing in Critical Care**. 2008, vol. 13, n. 1, p. 25 - 33.
- NIGHTINGALE, F. - **Notas sobre Enfermagem**. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN: 9789728383923
- SANTOS, Célia [et al.] - O ruído como factor perturbador do Sono. **Sinais Vitais**. Julho 2005, nº61, p.55-60
- SILVA, Ana Luísa - O ruído na UCIMG. **Boletim do Hospital Pulido Valente**. Janeiro/Março 2006, Vol. XIX, nº1, p. 29-35.
- Silva, A. C. [et al.] - Perceção da equipe multiprofissional sobre ruído em unidade de cuidado intermédio neonatal. **Acta Paul Enfermagem**. 2012, Vol. 25(1), p. 74-9.

+



Obrigado pela vossa atenção

Andréia Santos



ANEXOS



ANEXO I – ESCALA BPS

Quadro I – A Behavioral Pain Scale Analisa:

Expressão facial

- Relaxada: 1
- Parcialmente tensa: 2
- Totalmente tensa: 3
- Fazendo careta: 4

Movimentos dos membros superiores

- Relaxado: 1
- Parcialmente flexionado: 2
- Totalmente flexionado: 3
- Totalmente contraído: 4

Ventilação mecânica

- Tolerando movimentos: 1
 - Tossindo, mas tolerando durante a maior parte do tempo: 2
 - Lutando contra ventilador: 3
 - Impossibilidade de controle do ventilador: 4
-

Se o score for ≥ 6 , é considerado inaceitável



ANEXO II – CHECK-LIST OPERATÓRIA



HPP HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	HOSPITAL DE CASCAIS – DR JOSÉ DE ALMEIDA Procedimento Cirurgias Correctas, nos Pacientes Correctos, no Local Correcto	IPSG 4 Pág 4 / 5
--	---	---------------------

Identificação do doente

(SIGN IN): Antes da indução anestésica, os membros da equipa (no mínimo a enfermeira e o anestesista) confirmam oralmente que:

SALA DE INDUÇÃO / SALA OPERATORIA

- 1 O doente confirma a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento e deu consentimento
- 2 O local da cirurgia está marcado ou a marcação do sítio não é aplicável (NA)
- 3 Confirmação de que todos os exames complementares estão disponíveis
- 4 A listagem de verificação do equipamento de anestesia foi executada
- 5 O oxímetro de pulso está ligado e funcional
- 6 As alergias do doente são conhecidas por todos
- 7 A via aérea e o risco de aspiração foram avaliados e o equipamento apropriado está disponível
- 8 Se for previsível perda sanguínea superior a 500 mL (ou 7 mL/kg em crianças) está assegurado o acesso venoso apropriado e a disponibilidade de fluidos de reposição.

(TIME OUT): Antes da incisão, toda a equipa (cirurgia, anestesia, enfermagem e outros participantes) verificam oralmente:

- 9 Todos os membros da equipa foram apresentados e tem a sua função definida
- 10 Confirmação da identidade do doente, local cirúrgico (verificação visual da marcação) e procedimento
- 11 O cirurgião revê os passos críticos e inesperados: duração do tempo cirúrgico e previsão das perdas sanguíneas
- 12 A equipe anestésica revê as preocupações relativas ao doente
- 13 A equipe de enfermagem confirma a esterilização e disponibilidade do equipamento necessário
- 14 Confirmação que a profilaxia antibiótica foi efectuada na hora anterior a incisão ou não é aplicável (NA)

(SIGN OUT): Antes do doente deixar o bloco são revistos os seguintes itens:

- 15 Nome do procedimento cirúrgico realizado.
- 16 Verificação que compressas, instrumentos utilizados e corte perfurantes têm contagem correcta
- 17 Verificação que a(s) peça(s) operatória(s) foi (foram) correctamente identificada(s)
- 18 Verificação da necessidade de outros cuidados com o equipamento utilizado
- 19 O cirurgião, o anestesista e as enfermeiras revêm as principais preocupações com o cuidado do doente e com a sua recuperação.

DATA ____/____/____

Pela Equipa _____ N.º Mec _____



ANEXO III – CRITÉRIOS DE ALTA SEGUNDO SAPA



HPP HOSPITAL DE CASCAIS
DR. JOSÉ DE ALMEIDA

Vinheta do doente

UCPA
SCORE DE ALTA PÓS ANESTÉSICA

CRITÉRIOS DE ALTA	SCORE
Nível de Consciência	
Acordado e orientado	2
Despertável à estimulação mínima	1
Resposta a estímulos dolorosos / sem resposta	0
Estabilidade hemodinâmica	
Diminuição da TA inferior a 15% (relativo à TA pré-operatória)	2
Diminuição da TA 15%-30% (relativo à TA pré-operatória)	1
Diminuição da TA superior a 30% (relativo à TA pré-operatória)	0
Estabilidade respiratória	
Ventilação e tosse eficaz, SatO2 superior a 90%	2
Presença de 1 ou + sinais de dificuldade respiratória, tosse eficaz, SatO2 superior a 90%	1
Sinais de dificuldade respiratória, tosse ineficaz, SatO2 inferior a 90%	0
Dor pós-operatória	
VAS inferior a 3 ou dor ligeira	2
VAS 3 – 7 ou dor moderada	1
VAS superior a 7 ou dor severa	0
Náuseas e vômitos pós-operatórios	
VAS inferior a 3 ou náuseas ligeiras sem vômitos activos	2
VAS 3 – 7 ou náuseas e vômitos transitórios	1
VAS superior a 7 ou náuseas e vômitos persistentes	0
Actividade física (para pós-operatório de anestesia do neuroeixo)	
Reversão total do bloqueio motor	2
Reversão parcial do bloqueio motor	1
Sem reversão do bloqueio motor	0
Hemorragia cirúrgica	
Mínima sem necessidade de mudança de penso cirúrgico	2
Moderada, necessidade de mudança de penso cirúrgico 1 – 2 vezes	1
Severa, mudança de penso cirúrgico 3 vezes	0
Total máximo	14

O doente tem alta da UCPA quando apresentar uma pontuação 12 com um mínimo de 1 por cada parâmetro.

Data ____ / ____ / ____ Assinatura do enfermeiro _____
Número mecanográfico nº: _____

Direcção Departamento de Anestesia e Blocos
Maria José M de Almeida

02/11/2011 *[Assinatura]*



ANEXO IV – DECLARAÇÃO DA REALIZAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO NO SU

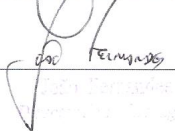


Declaração

Andreia Santos participou como preletora na Sessão de Formação em Serviço sobre "Controlo de Ruído", promovida pelo Serviço de Urgência Geral, no dia 9 de Janeiro de 2013, com duração de 30 minutos.

Lisboa, 10 de Janeiro de 2013

A Direcção de Enfermagem


Joana Fernandes
Directora de Enfermagem



ANEXO V – LISTA DE PRESENCAS NA AÇÃO DE FORMAÇÃO DO SU



SERVIÇO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS
NÚCLEO DE FORMAÇÃO

Núcleo de Formação
___/___/2011

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Tema*: Controlo de Ruído

* Juntar Programa/Documentação

Serviço: Urgência Geral

DIA: 09 de Fevereiro de 2013

Horário: 11h

Duração: 30 min

Prefector/a: Estudante do Mestrado de Especialização em Enfermagem MC

Enf^o Responsável da Formação: Sandra Ponte

Sumário:

Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância do controlo de ruído no SU.
Divulgar o resultado dos questionários aplicados no SU.
Assinatura/s: Andreia S. Sobre a temática.

LISTA DE PRESENCAS

Nº Mec.	Nome Completo (legível - p/constar em Declaração)	G. Prof.	Assinatura
62965	HUGO FILIPE GRANJA GALINHA DE SA	ENF.	[Assinatura]
63170	CARINA ALEXANDRA NOVA GONCALVES	ENF.	[Assinatura]
—	Rui Duarte Malheiro Miranda	Aluno do curso de ENF. (1º ano)	[Assinatura]
71401	Liliana Catarina Neves Pretas	ENF.	Liliana Pretas
61122	ANA M ^a de carne eaves	ENF.	Ana eaves
61381	Sandra Filipa Ferreira do Couto	ENF.	Sandra Ferreira
06890	Vidia Maria Mendes Fonseca Delgado	AO	Vidia Delgado
63000	Florencia Laura F. R. Galinha de Sá	ENF.	Florencia Galinha
63070	Ricardo Lopes Soares do Rito Soares	ENF.	Ricardo Soares
63376	Fátima Alexandra C. Ferraz de Azevedo	AO	F.A.