



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS - VISEU**

## **APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL**

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 Cláudia Marques Madeira

Viseu, Junho de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS - VISEU**

## **APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL**

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 Cláudia Marques Madeira

Sob orientação de Professora Teresa Borges

Viseu, Junho de 2011

## RESUMO

O Curso de Mestrado em Enfermagem de natureza profissional na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizado na Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras – Viseu, visa o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas, para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na respectiva área de especialização e, mais concretamente ao utente em estado crítico. O curso decorreu durante três semestres, integrando uma componente curricular teórica e uma prática (ensinos clínicos) e a realização do respectivo relatório.

Os ensinos clínicos, os quais correspondem a um total de 750 horas (30 ECTS), sendo 540 horas de contacto e as restantes 210 horas de trabalho individual, foram realizados no Hospital de São Teotónio - Viseu, repartido por três módulos:

- Módulo I: serviço de Urgência, que decorreu no serviço de Urgência Geral de 24/04/2010 a 26/06/2010;

- Módulo II: Cuidados Intensivos/intermédios, que decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de 04/10/2010 a 30/11/2010;

- Módulo III: opcional, que decorreu na Unidade de Nefrologia/Diálise de 03/01/2011 a 28/01/2011; sob orientação da Professora Teresa Borges e a tutoria de enfermeiros especialistas dos respectivos locais de estágio.

A realização dos referidos estágios facilitou a consolidação de conhecimentos teóricos, impulsionou o saber ser e o saber fazer, contribuindo para um crescimento pessoal e profissional. Permitiu também a aquisição de competências científicas e técnicas em prol da prestação de cuidados específicos a utentes urgentes e emergentes, em estado crítico e utentes com patologia renal, nas diversas fases da doença. Por outro lado, foi enriquecedor pelo conjunto de competências desenvolvidas ao nível relacional, nomeadamente, no que respeita à comunicação e à relação terapêutica estabelecida com os utentes e família.

Metodologicamente, neste relatório perspectiva-se descrever e reflectir acerca do percurso teórico-prático descrito anteriormente cujo objectivo major reside na aquisição de competências como enfermeira especialista.

## ABSTRACT

The Master Degree Course in Nursing and in the more specific area of Medical - Surgical Nursing held at the Portuguese Catholic University situated in Viseu, the Beiras Regional Center, seeks to develop technical, scientific as well as practical skills with a view to provide not only general care but also targeting more specialized skills relating to the specific area of Nursing chosen which in this case relates to patients in critical condition.

The duration of the course was three semesters which included theory and practical (in a clinical environment) and the compilation of each respective report.

The practical experience obtained in a clinical environment corresponds to a total of 750 hours (30 ECTS) being: 540 hours of active contact with patients and medical staff; and 210 hours of individual work. This took place at Hospital São Teotónio – Viseu, and was divided into three modules:

- **Module I:** Emergency Service, which took place at the General Emergency Service Center from the 24/04/2010 to the 26/06/2010;

- **Module II:** Intensive/Intermediate Care, which took place at the Polyvalent Intensive Care Unit from the 04/10/2010 to the 30/01/2011;

- **Module III:** Optional, took place at the Nephrology/Dialysis Unit from 03/01/2011 to 28/01/2011; under the guidance of Professor Teresa Borges as well as the tutoring of specialized nurses in the various locations.

These internships facilitated the consolidation of theoretical knowledge stimulating the “how to be” and “how to do” and contributing to a personal and professional growth. In addition scientific and technical skills were obtained as a direct result of the special care administered to existing and emerging patients in critical state requiring emergency treatment as well as patients with renal related medical problems in the various phases of illness.

On the other hand it was extremely enriching due to the set of various skills obtained namely relational skills concerning the communication and therapeutic relationship, which is naturally established with the patients and their families.

This report will describe and reflect the various stages of learning both theoretical and practical as described briefly above, where the primary objective lies in obtaining the necessary skills required as a specialized nurse.

## **AGRADECIMENTOS**

- À Professora Teresa Borges, pela sábia orientação deste trabalho, pela compreensão, pelos constantes incentivos e preciosas sugestões, apoio e conhecimentos transmitidos em fases determinantes deste trabalho;
- Aos enfermeiros tutores e aos restantes profissionais que amavelmente e de forma voluntária contribuíram para o meu enriquecimento bem como para a aquisição de novas competências;
- Aos amigos, que sempre me incentivaram e acreditaram;
- À minha família que aceitou as minhas ausências e desatenções, com constante apoio e incentivo em todos os momentos.

A todos o meu sincero, OBRIGADA...

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral  
BO – Bloco Operatório  
CCI – Comissão de Controlo de Infecção  
CD – Curta Duração  
CEC – Circuito Extra Corporal  
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
CVC – Cateter Venoso Central  
DP – Diálise Peritoneal  
ECG – Electrocardiograma  
ECTS - European Credits Transfer System  
EEMC - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
EMC – Especialidade Médico-Cirúrgica  
FAV – Fístula Artériovenosa  
FC – Frequência Cardíaca  
HD – Hemodiálise  
HDA – Hemorragia Digestiva Alta  
HSTV - Hospital de S. Teotónio de Viseu  
IACS – Infecção Associada a Cuidados de Saúde  
KCl – Cloreto de Potássio  
LD – Longa Duração  
NE – Nutrição Entérica  
NPT – Nutrição Parentérica Total  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
PA – Pressão Arterial  
PAM – Pressão Arterial Média  
PIA – Pressão Intra Abdominal  
PVC – Pressão Venosa Central  
SABA – Solução Aquosa de Base Alcoólica  
SF – Soro Fisiológico  
SO – Sala de Observação  
SU – Serviço de Urgência  
TAC – Tomografia Axial Computorizada  
TET – Tubo Endotraqueal  
UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários  
UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente  
UDC – Unidade de Decisão Clínica  
UF - Ultrafiltração  
VMER – Veiculo Médico de Emergência e Reanimação

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	8
1- DAS ACTIVIDADES ÀS COMPETÊNCIAS.....	12
• Objectivo Geral I.....	13
• Objectivo Geral II.....	32
• Objectivo Geral III.....	39
2- CONCLUSÃO.....	46
3- BIBLIOGRAFIA.....	50
ANEXOS.....	54

Anexo I – Acção de formação: “Comunicação no Serviço de Urgência, cooperação e trabalho em equipa”

Anexo II – Posters: “Para um bom dia de Trabalho” e “Comportamento gera Comportamento”

Anexo III – Acção de formação: “Hemorragia Digestiva Alta: Cuidados de enfermagem”

Anexo IV – Poster: “Hemoterapia: Cuidados de Enfermagem”

Anexo V – Artigo Científico: “Cuidar em Hemoterapia”

Anexo VI – Acção de formação: “Direitos e Deveres dos utentes internados”

Anexo VII – Estudo de caso: “Status pós Colectomia e Pneumonia de Aspiração”

Anexo VIII – Acção de formação: “Gestão de Stock: contributo dos Assistentes Operacionais na Unidade de Nefrologia/Diálise”

Anexo IX – Estudo de caso: “A plasmaférese como tratamento da Esclerose Múltipla”

Anexo X – Panfleto: “Unidade do Utente”

Anexo XI – Poster: “Unidade do Utente na UCIP”

## INTRODUÇÃO

Os enfermeiros cuidam de indivíduos, famílias e grupos em diferentes contextos, com base numa metodologia científica, acompanhando-os ao longo do ciclo vital. No entanto, cuidar com evidência científica nem sempre foi propósito dos enfermeiros, devendo-se tal facto à tradição da prestação de cuidados dependentes de prescrição e a uma imagem social de profissão “impregnada das origens, de uma centralidade feminina ligada a um papel estereotipado” (Nunes, 2007, p. 39).

Com o decorrer do tempo e devido às mudanças ocorridas, para uma plena resposta às necessidades humanas, também em mudança, existiu a necessidade de passar de uma formação incipiente para uma profissão autónoma, autorregulada e valorizada do ponto de vista científico e social. A produção de conhecimentos em Enfermagem tem sido um factor determinante neste percurso fornecendo base científica para conduzir a prática e assegurar a credibilidade da profissão, contribuindo para a saúde das populações através da melhoria da qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados de Enfermagem.

Deste modo, permanece uma procura insaciante de conhecimentos e competências tornando-se indispensável uma busca individualizada, uma intervenção activa, participativa e responsável nessa tal aquisição, como se encontra perspectivado no Processo de Bolonha (Mendonça, 2009).

Mas, mais do que uma mera actualização de conhecimentos, é imprescindível existir um aperfeiçoamento profissional – o caminho da construção das competências (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Por este facto, a competência profissional e o aperfeiçoamento profissional encontram-se intimamente relacionados - quanto maior o aperfeiçoamento, mais competente serei e, quando pretendo melhorar as minhas competências mais terei de me aperfeiçoar enquanto profissional, ou seja, enquanto enfermeira (Ribeiro, 2008).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem - REPE, decreto-lei nº161/96 de 4 de Setembro, artigo 4º, ponto 3, ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) são-lhes reconhecidas competências de gestão, investigação, docência, formação e assessoria bem como a supervisão de futuros enfermeiros (artigo 9º, ponto 6). A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2003) especifica as competências fazendo uma referência aos seus domínios: prática profissional, ética e legal; prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional. A Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (que procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril) artigo 7º, vai de encontro às mesmas ideias, acrescentando,

“competências técnicas, científicas e humanas” para a assistência de enfermagem avançada ao adulto e idoso com doença grave, bem como assistência ao utente em estado crítico.

Contudo, recentemente, nos termos da alínea c) do nº 4 do artigo 31º-A do Estatuto da OE, aprovado pelo Decreto – Lei nº104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, o Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, aprovou a proposta de regulamento das Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica que são as seguintes:

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

No entanto, a verdade é que, as competências só existem quando se constitui um processo dinâmico de articulação de conhecimentos técnico-científicos e a obtenção de um tipo de resposta satisfatória na interacção com o meio envolvente, sendo este um processo adaptativo e progressivamente evolutivo, desde as aplicações dos saberes teóricos às diversidades e adversidades dos quotidianos (Mendonça, 2009).

Como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC) pretende-se prestar cuidados diferenciados à Pessoa/Família a vivenciar processos de saúde/doença, apresentando um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas ao campo de intervenção (OE, 2010).

Os ensinamentos clínicos, em articulação com o ensino teórico visam a consecução dos objectivos dirigidos para o desenvolvimento das competências nos diversos domínios, prestando cuidados de excelência, com qualidade e consequente melhoria do bem-estar do utente e cuidadores.

Os estágios, realizados no HSTV, são apresentados de forma sucinta:

- **Módulo I:** Serviço de Urgência (SU) que decorreu no Serviço de Urgência Geral de 24/04/2010 a 26/06/2010. A pertinência da realização deste estágio passa pelo facto de ser, literalmente, a porta de entrada da Instituição, sendo uma unidade dinâmica, muito exigente em termos humanos e materiais, que lida com valores importantes e de mão dada com a vida e a morte, actuando como espelho do hospital. É neste serviço que o utente descreve a sua situação clínica e é observado pela primeira vez, sendo o ponto de partida para o seu percurso hospitalar, daí ser tão importante a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados bem como a optimização dos restantes cuidados.

- **Módulo II:** Cuidados Intensivos/Intermédios que decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de 04/10/2010 a 30/11/2010. A importância da realização deste estágio prende-se com o facto da possibilidade da prestação de cuidados ao utente crítico. Os enfermeiros prestadores de cuidados numa unidade de cuidados intensivos necessitam, para além de um vasto leque de conhecimentos teóricos, de uma acertada e antecipada aplicação prática, uma vez que a maioria dos utentes não consegue exprimir os seus desejos, seus sentimentos, sintomas ou outras manifestações.

- **Módulo III:** opcional, que decorreu na Unidade de Nefrologia/Diálise de 03/01/2011 a 28/01/2011. A pertinência do estágio nesta área resulta do facto de prestar cuidados no serviço de internamento de Nefrologia e contactar diariamente com utentes portadores de insuficiência renal, quer aguda, quer crónica agudizada, alguns deles em hemodiálise (HD) ou diálise peritoneal (DP). Para além disso, considero de extrema importância o correcto acompanhamento dos utentes de acordo com a causa e estadiamento da sua patologia, para assim poder promover o seu bem-estar evitando consequências maiores.

O presente relatório reporta-se aos três módulos de estágio realizados, sendo este um documento que, de forma crítica e reflexiva, permite a exposição das actividades realizadas e competências adquiridas durante os ensinamentos clínicos para o alcance dos objectivos traçados. Serve ainda de base para a avaliação do terminus deste curso de especialização.

Este relatório está estruturado numa facção única, na qual se descrevem as acções e actividades realizadas ao longo dos diferentes momentos de estágio. Nessa mesma facção, enunciam-se as competências adquiridas, no contexto do respectivo objectivo proposto. Adoptei uma metodologia descritiva e reflexiva, fundamentada em pesquisa bibliográfica efectuada em manuais e protocolos correspondentes às áreas de estágio.



## 1- DAS ACTIVIDADES ÀS COMPETÊNCIAS

O campo de competência de enfermagem situa-se como um prolongamento, uma substituição daquilo que os utilizadores dos cuidados não podem, temporariamente, assegurar por si próprios (Collière, 1989). Assim, o enfermeiro deve possuir competências que, segundo a OE (2003) são a capacidade do enfermeiro para executar de forma segura e eficaz o exercício da sua responsabilidade profissional.

A denominação de enfermeiro especialista, conforme a Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (que procede à primeira alteração ao Estatuto da OE, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril), no Artigo 7, ponto 4, é atribuída ao *“detentor do título de enfermeiro, após ponderação dos processos formativos e de certificação de competências, numa área clínica de especialização (...)”*. Neste contexto, o Decreto-lei nº437/91 de 8 de Novembro, Artigo 7º, ponto 3 citado pela OE (2010, p. 2), refere que ao enfermeiro especialista compete *“a prestação de cuidados que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente em situações de crise ou risco.”* Para que tal acontecesse foi necessária uma busca contínua de informação e conhecimentos, de modo a conseguir observar as necessidades do utente e agir segundo a sua situação clínica, actuando sempre de forma fundamentada e reflectida.

O percurso profissional ofereceu-me uma panóplia de experiências, das quais resultou o desenvolvimento de competências em diversas valências. Contudo, senti indigência de competências mais específicas no que diz respeito a situações de doença mais complexa ou crítica.

Na busca de tais competências, perante cada ensino clínico, foi indispensável a delimitação de objectivos, a qual adquire extrema importância, uma vez que incentiva o traçar de metas e a elaborar formas de as alcançar. A sua definição é fundamental em qualquer ensino clínico de forma a garantir uma aprendizagem eficiente e a seleccionar as estratégias mais adequadas para a sua concretização, auxiliando no processo de avaliação e de tomada de decisões.

De acordo com cada objectivo geral traçado irei descrever e analisar de forma crítica e reflexiva as actividades desenvolvidas com a finalidade simultânea de adquirir competências e atingir os objectivos propostos.

### • **OBJECTIVO GERAL I**

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

Para aplicar conhecimentos, há necessidade de os adquirir à priori. Tal aprendizagem não se restringe à escola, mas, sobretudo, à experiência profissional, perante novas situações e contextos diversificados. Por conseguinte, será necessário realizar uma formação contínua, uma evolução na aprendizagem, um percurso individual.

Benner citada por Queirós (2007), refere que “o conhecimento clínico é conseguido ao longo do tempo e os profissionais, eles próprios, estão muitas vezes desatentos à sua aquisição”. Collière (1989) acrescenta que os cuidados de enfermagem só adquirirem sentido e só podem evoluir, quando se vai às fontes de todo o questionar sobre as forças contraditórias e indissociáveis da vida e da morte. É fundamental manter uma constante busca de conhecimentos para nos podermos adaptar ao binómio saúde/doença, também em constante mudança.

Para cuidar de pessoas não bastará, contudo, ser especializado. É imperioso ser-se perito. O conhecimento perito e, desde logo, o conhecimento competente, é uma forma de conhecimento em si mesmo e não apenas uma aplicação do conhecimento (Benner citada por Queirós, 2007). Assim, os conhecimentos incluídos na perícia clínica serão a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da sua ciência.

Nos parágrafos seguintes irei privilegiar dois aspectos centrais. Primeiramente, aquele que decorre da minha integração nos locais onde foram realizados os ensinamentos clínicos e, posteriormente, aquele que se relaciona com a informatização do processo clínico.

Relativamente ao primeiro, ocorre referir que para atingir o objectivo proposto foi inevitável integrar-me nas equipas de profissionais dos diferentes serviços. Ao ser inserida numa nova equipa, foi necessário desenvolver um processo de integração e interacção com a equipa do serviço, pois este fará parte da boa prática de prestação de cuidados. Loureiro e outros (2002) referem que a satisfação na integração leva a um bom desempenho no futuro do enfermeiro e à criação de um elo entre o novo profissional, a instituição e a todos os elementos da equipa multidisciplinar. Se o processo de integração for realizado com êxito, a participação em iniciativas do serviço, a partilha de conhecimentos e a qualidade dos cuidados serão, certamente, ascendentes.

Ao longo dos estágios, foi realizada uma integração gradual, com conhecimento da estrutura física, dos profissionais que integram a equipa multidisciplinar e respectivo organograma, bem como a consulta de normas e protocolos existentes.

### • Serviço de Urgência

O SU tem a particularidade de ser constituído por diversas salas e, em cada uma delas, se encontram distribuídos enfermeiros para a prestação dos respectivos cuidados, fazendo com que me fosse integrando ao SU e, de modo particular, a cada sala onde me encontrava alocada. Para além da área reservada ao secretariado, sala de reuniões, gabinetes de enfermagem e médicos, sala de realização de electrocardiograma (ECG), WCs e stocks, o SU é constituído por oito áreas de prestação de cuidados:

- Sala de Triage: com capacidade para dois enfermeiros realizarem a triagem de Manchester, a qual se encontra implementada desde 2002, com recurso ao programa informático “ALERT”;

- Sala de Reanimação: a sala de reanimação acolhe até quatro utentes de carácter emergente, quer sejam transportados pela Viatura de Médica de Emergência e Reanimação (VMER) ou aqueles que, segundo o enfermeiro triador, considere que apresentem sinais e/ou sintomas susceptíveis de abordagem emergente;

- Sala de Pequena Cirurgia: esta área destina-se essencialmente à execução de pensos de diversa natureza, suturas e, se necessária, a realização de pequenas cirurgias;

- Sala dos Verdes: nesta sala faz-se o atendimento aos utentes menos urgentes. É nesta sala que se executa a colheita de sangue para análises, punção venosa periférica, administração de terapêutica;

- Sala de Ortopedia: reservada para procedimentos do foro Ortopédico;

- Sala Aberta: com capacidade para prestar cuidados a quatro utentes simultaneamente. É para esta sala que são encaminhados os utentes triados com cor amarela ou laranja que necessitem de maca, bem como, de administração de terapêutica e/ou outros procedimentos, não esquecendo os cuidados de conforto. Aqui são também preparados utentes que sejam transferidos ou que tenham alta clínica;

- Unidade de Decisão Clínica (UDC): com capacidade para seis camas, é um local onde se encontram os utentes em vigilância que aguardam decisão clínica relativa à sua evolução. A permanência nesta sala não deverá exceder as seis horas e os utentes que aqui se encontram, poderão ter alta, ser internados no SO ou no serviço de internamento;

- Sala de observação (SO): é o internamento do SU, embora de curta duração, até quarenta e oito horas. Este é constituído por duas enfermarias com quatro camas cada e por um quarto de isolamento.

A equipa de enfermagem do SU é constituída por sessenta e um profissionais, sendo que um elemento possui a categoria de Enfermeiro Chefe, quatro elementos possuem a categoria de Enfermeiro Especialista (três especialistas de Saúde Mental e um especialista de

Enfermagem Médico-cirúrgica), trinta e nove elementos possuem a categoria de Enfermeiros Graduados e dezassete de Enfermeiros. O método de trabalho adoptado é o método misto, responsável e de equipa, em que os enfermeiros são escalados para os vários sectores pelo Enfermeiro Chefe, no entanto, sempre que possível, prestam auxílio nas restantes áreas.

#### • **Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente**

O segundo módulo de estágio foi realizado na UCIP, na qual os cuidados são prestados por uma equipa multidisciplinar, de forma contínua, minuciosa e qualificada. Para que tal seja possível, existe uma equipa multidisciplinar constituída por seis médicos e vinte e cinco enfermeiros: um Enfermeiro Chefe; um Enfermeiro especialista em Reabilitação - que na ausência do Enfermeiro Chefe o substituí; dezassete Enfermeiros Graduados; sete Enfermeiros e sete assistentes operacionais, apoiados diariamente por um fisioterapeuta.

O método de trabalho de enfermagem utilizado na UCIP é o método individual. Sempre que possível, o/os mesmo(s) utente(s) fica(m) atribuído(s) ao mesmo enfermeiro, criando um papel de enfermeiro de referência, que planeia os cuidados e as intervenções necessárias (Costa, s.d). Porém, existe um espírito de cooperação e entreajuda dos enfermeiros, havendo colaboração rigorosa e objectiva, sempre que oportuna na prestação de cuidados e procedimentos.

O método de trabalho utilizado será o mais indicado para a prestação de cuidados ao utente crítico, pois ao individualizar os cuidados, permite a responsabilização dos intervenientes, o aprofundamento da situação clínica, actuando com maior eficiência e eficácia, prestando, por iminência, cuidados de qualidade ao utente e à família. Cruz e outros (2002, p.26) acrescentam que com este método “cabe ao enfermeiro a responsabilidade de cuidar o utente de uma forma global, tendo em vista a sua integridade física, psicológica e social.” Através deste método será possível aos enfermeiros terem um conhecimento mais próximo e real do utente, o que permite que o plano de cuidados se torne mais individualizado e, portanto, com maior proficiência.

A UCIP é uma unidade mista, ou seja, é constituída por uma sala aberta, com quatro camas e uma unidade fechada, com três quartos – dois quartos individuais e outro com duas camas. Os quartos servem como isolamento físico, permitindo aumentar ou diminuir a capacidade de extracção/renovação de ar. A unidade mista permite realizar uma gestão dos utentes entre a unidade aberta e a unidade fechada, conforme a necessidade de vigilância e monitorização. A unidade aberta permite um maior contacto visual entre o enfermeiro e o utente, maior rentabilidade e gestão dos cuidados de enfermagem e economia do espaço. Todavia, existe menor privacidade e, por ventura, uma maior percepção dos ruídos, bem como o aumento da probabilidade de infecção cruzada (Alves, 2010). Relativamente à disposição das camas na sala aberta, existe um cuidado especial, uma vez que estas se encontram “atravessadas” na unidade do utente. Tal facto permite, não só a passagem entre as unidades, como a diminuição da exposição aos outros utentes.

Para além da unidade em si, zona crítica segundo a classificação para risco de infecção, a UCIP dispõe, na sua zona intermédia de salas de apoio à higienização, salas destinadas aos diversos stocks de material, gabinetes e sala de reuniões do pessoal. Na zona da entrada existe o secretariado, uma zona para recepção de familiares e visitas e os vestiários.

• **Unidade de Nefrologia/Diálise**

Os serviços acima descritos não deixam de ser únicos, quer a nível estrutural, quer em relação à equipa multidisciplinar. A Unidade de Nefrologia/Diálise apresenta também características ímpares relacionadas com a especificidade dos cuidados prestados e possui uma estrutura física diferente dos restantes serviços, pois apresenta-se em forma de “U” invertido, sendo percorrido por um corredor em toda a sua extensão, que dá acesso directo às várias salas, facilitando o acesso dos utentes. Para além das salas de apoio e gabinetes, a Unidade é constituída por:

- Uma sala de tratamento de água;
- Uma sala de acessos (onde é realizada a colocação e remoção de Cateter Venoso Central (CVC), realização de biopsia renal);
- Uma sala de Diálise Peritoneal (DP), onde são realizadas as trocas peritoneais, realizados ensinamentos e consultas de enfermagem;
- Duas salas de Hemodiálise (HD), uma com oito monitores de HD e sala de trabalho de enfermagem. A outra sala possui dois monitores sendo um destinado a utentes portadores de doenças infecciosas (Hepatite C) e outro que servirá para utentes em isolamento (por vezes é utilizado para utente sem isolamento pela necessidade de mais um monitor), sem que no entanto, se encontrem os dois a funcionar em simultâneo. Existe um monitor extra para os utentes com Hepatite B que é somente utilizado em situações de urgência.

Muito embora possa existir boa vontade do pessoal do serviço, com o crescente número de utentes a necessitarem de técnica de substituição da função renal, as instalações da Unidade não são as suficientes, pois seriam necessários mais monitores e respectivas unidades, bem como criar uma “bolha” maior entre cada unidade para prevenção de infecções. A sala de isolamento de doenças infecciosas também apresenta algumas imperfeições e, embora esta sala possuía material próprio e restrição de circulação do pessoal do serviço, não apresenta vestiários.

Pude constatar que a estrutura física não obedece rigorosamente ao descrito no Manual de Boas Práticas para Unidades de Diálise (Despacho nº14391/2001 do D.R. nº 158, II Série). Será relevante frisar que se encontra em fase de projecto a reestruturação do serviço a qual decorrerá de acordo com os seguintes objectivos:

- Criar de uma sala de DP mais parecida com o ambiente do domicílio (com janela);

- Construir uma sala de acessos com um ambiente mais parecido ao do bloco operatório (sem janelas), com a possibilidade de realizar novos exames complementares de diagnóstico e intervenções;
- Redimensionar o stock, criando um local com níveis mínimos dentro da Unidade e um outro, para material com maior volume e menos utilizado, fora da Unidade;
- Estruturar um espaço - central de distribuição de concentrado, para colocação do concentrado de ácido (mistura de pó com água tratada), evitando a utilização dos potes de ácido em cada monitor, o que leva a um ganho de espaço de arrumação, tempo e prevenção de lesões para quem o transporta;
- Criar uma sala de HD isolada para utentes infectados/isolamento;
- Reestruturar a sala de HD, criando um espaço com mais privacidade para utentes em estado mais crítico, através da colocação de cortinas entre as Unidades e aumentando o espaço entre cada monitor/cadeirão para prevenção de infecções.

A equipa da Unidade é multidisciplinar, sendo constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistente técnico em estreita colaboração com outros profissionais, tais como dietista/nutricionista e assistente social. A equipa de enfermagem é constituída por dez elementos, que cumprem horário em turnos que vão desde as oito às dezasseis horas (três elementos) e das dezasseis às vinte e quatro horas (dois elementos). Sempre que o serviço necessita, um dos enfermeiros do turno da manhã prolonga a prestação de cuidados até às vinte horas, apoiando assim os colegas do turno da tarde num dos picos de cuidados. O horário encontra-se distribuído de segunda-feira a sábado, sendo que no tempo restante se encontra em prática a modalidade de prevenção, em que um médico, um enfermeiro e um assistente operacional garantem o tratamento em situações de urgência.

A equipa de enfermagem é uma equipa unida, empenhada e interventiva. Existem alguns elementos que promovem a formação e a investigação, quer na Unidade quer fora do seu âmbito. Prova disso, é que nos últimos três anos (2008 a 2010) 35% das formações em serviço foram realizadas por enfermeiros da Unidade e a percentagem de adesão dos mesmos a formações realizadas no serviço é de 57%. Thomas (2002, p.185) acrescenta mesmo que “os profissionais nesta área lutam constantemente para promover a excelência na prestação dos cuidados de enfermagem e estão a implementar a prática baseada na evidência.”

Como os serviços onde realizei os ensinamentos clínicos comportam estágios de alunos do curso de licenciatura, pós-graduação e especialidade, houve a possibilidade de interacção, partilha e cooperação. Colaborei na integração de alguns elementos estagiários no serviço em causa, partilhando conhecimentos e a prestação de cuidados, pois, como refere Franco (2000, p.37) “é também na prática clínica, através das inter-relações com os profissionais de enfermagem e outros, para além de uma aprendizagem real e efectiva se constrói a identidade profissional”. A experiência profissional fornece destreza e capacidade para relacionar os cuidados com a situação clínica do utente e reflectir sobre eles, mas as novas teorias e conhecimentos teóricos adquiridos são o início dessa caminhada.

A minha integração decorreu de forma contínua e positiva, sendo que a prestação de cuidados tornou-se facilitada pela partilha natural de conhecimentos com os enfermeiros, os médicos, os assistentes operacionais e os alunos de outros cursos em enfermagem. A partilha resultou numa experiência enriquecedora que me permitiu aperfeiçoar o desempenho técnico-científico e relacional. Foi possível a aquisição de competências relacionadas com o trabalho de equipa e a sua organização, quer a nível individual, quer a nível das relações interpessoais.

Relativamente ao segundo e, após terminar a exposição relativa à integração nos serviços, passarei a expor a importância da utilização do sistema de informatização do processo clínico do utente, que leva à necessidade da utilização de aplicações informáticas, como é o caso do Alert® e Glintt. Assim, tive oportunidade de utilizar o programa Alert® no SU e no serviço de Nefrologia/Diálise, se bem que este último utiliza também o Glintt, o qual eu conheço mais pormenorizadamente, pelo que tive a oportunidade de orientar alguns colegas. Na UCIP ainda não existem nenhum programa informático em funcionamento, realizando-se os registos manualmente em suporte de papel.

De acordo com a empresa Alert life sciences computing S.A., o aplicativo Alert® é uma ferramenta operacional para todos os ambientes de prestação de cuidados de saúde e para todos os profissionais da área da saúde, apresentando informação sempre actualizada sob a forma de grelha.

No programa informático Alert® são realizados todos os registos, médicos e de enfermagem, acerca dos utentes que dão entrada no serviço. Os registos incluem as prescrições e as tarefas pendentes relativas à medicação, às análises clínicas, aos exames de imagem ou procedimentos. Serve também de base para a transmissão de informação e consequente continuidade dos cuidados.

No que se refere ao Alert®, embora pudesse observar os registos no internamento, não tinha tido com o mesmo, um contacto significativo. O início da sua utilização foi, portanto, um bocadinho difícil, uma vez que não sabia as funções nem a localização dos itens. Contudo, os tutores concederam-me permissão de utilização, rumo a uma auto descoberta e, sempre que tinha dúvidas, quer os tutores, quer os restantes enfermeiros, encontravam-se disponíveis para me orientar, facilitando, assim, a realização de registos e o acesso às prescrições.

Ao longo dos estágios adquiri competências profissionais para a realização de todos os registos relacionados com o processo de enfermagem utilizando sempre que possível a linguagem CIPE. Adquiri, igualmente, competências técnicas referentes à manipulação das aplicações informáticas.

Ora, depois de explanar aspectos que considerei relevantes no âmbito da minha integração e da informatização do processo clínico, devo acrescentar que a especificidade de cada estágio me dotou de algumas ferramentas e recursos para enfrentar as exigências peculiares e extremas que, por ventura, poderei encontrar.

A articulação entre o conhecimento teórico adquirido, a motivação e a experiência que adveio da integração nas diferentes equipas e a utilização dos sistemas de informação, aliados, naturalmente, à vontade própria de prestar cuidados como enfermeira especialista em EMC, contribuíram, estou certa, para mudanças evolutivas que ocorreram na minha formação pessoal e profissional.

Relativamente, então, aos estágios que frequentei, devo deixar uma descrição das actividades realizadas e das competências que desenvolvi, a qual passarei a apresentar de acordo com os diferentes campos de estágios onde usufruí de ensinamentos.

### • **Serviço de Urgência**

As urgências hospitalares existem para o atendimento rápido das situações de risco para a saúde, pelo que quanto mais grave for a situação clínica mais rapidamente devem ser atendidos os utentes. É necessário, por isso, conseguir identificar realmente as situações mais urgentes e prestar os cuidados adequados a cada situação.

Durante o estágio, para além de prestar cuidados de acordo com as necessidades e respectiva prioridade, tive a oportunidade de realizar Triagem de Manchester, a qual se encontra implementada desde 2002 e que consiste num sistema de identificação da prioridade clínica dos utentes, estabelecendo o tempo-alvo ideal para que sejam observados.

Na aplicação do tipo de triagem acima enunciada, o utente é encaminhado para a Sala de Triagem, onde será submetido a uma observação prévia, com identificação de um conjunto de sintomas e/ou de sinais, de acordo com o fluxograma existente, permitindo que seja atribuída a cor correspondente a um grau de prioridade clínica no atendimento e a um respectivo tempo de espera recomendado até observação médica (Grupo Português de Triagem, 2001). Independentemente da forma como a triagem se realiza, compreendi o seu objectivo e as vantagens da selecção, organização e atendimento dos utentes de acordo com a necessidade subjacente à sua admissão, sendo este o início do circuito do utente no hospital.

Embora seja necessária a execução de um curso para realizar triagem, realizei, sob supervisão dos tutores diversas triagens de utentes. De início, era necessário aguardar pelas “indicações” do fluxograma para realizar o questionário ao utente mas, com o decorrer do tempo e a experiência, interiorizei que para realizar Triagem de Manchester, é necessária uma panóplia de conhecimentos teóricos mas, sobretudo, da capacidade de destreza, a qual advém da prática, da sensibilidade e do bom senso para cuidar com qualidade. Esta reflexão baseia-se na convicção de que o fluxograma permite alguma flexibilidade, pelo que o enfermeiro alocado à triagem deve ser observador, sensível, imparcial e com um vasto conhecimento e com capacidade de distinguir o emergente, o urgente e o não urgente, procedendo ao respectivo encaminhamento.

A existência de uma Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Via Verde Coronária desde 2008, permite um encaminhamento rápido e eficiente dos utentes que apresentam sinais e sintomas da ocorrência de um AVC ou de Enfarte Agudo do Miocárdio, respectivamente. Nestes casos, um rápido diagnóstico poderá proporcionar um tratamento mais eficaz e eficiente. Tive a oportunidade de encaminhar utentes com dor torácica para a realização de electrocardiograma (ECG) (segundo o protocolo da Via Verde Coronária, o enfermeiro tem a competência de prescrever o ECG), que no caso de apresentarem alterações electrocardiográficas merecem a atenção da cardiologia. A Via Verde da Sépsis encontrava-se em fase de estruturação durante o período de estágio, facto que lamento, pois seria uma oportunidade de aprendizagem mais prática.

No sentido de esclarecer a dúvida relativa ao profissional de saúde que deveria realizar a triagem – médico ou enfermeiro, consultei bibliografia a propósito. Por conseguinte, sobressai que a triagem deverá ser efectuada, preferencialmente pelo enfermeiro, pois este possui uma área de conhecimento mais abrangente e o seu âmbito de actuação abarca a observação das respostas humanas aos processos de saúde e de doença, as necessidades reais e potenciais do utente e não o diagnóstico, como seria a tendência médica.

A Sala de Reanimação acolhe, não só, os utentes trazidos pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), mas igualmente os que o enfermeiro triador considere que ostenta sinais e/ou sintomas susceptíveis de abordagem emergente (politraumatizados emergentes, dificuldade respiratória).

Todo o utente que dá entrada na sala de reanimação é monitorizado (Frequência Respiratória, Frequência Cardíaca (FC), Pressão Arterial (PA), traçado electrocardiográfico, saturação periférico de oxigénio), são canalizados dois acessos venosos periféricos de maior calibre possível e colhido sangue para análises (hemograma, bioquímica e coagulação). Existem sacos de cristal previamente preparados com o material necessário para a punção (dois cateteres de calibre 20 e 22G) e os tubos de colheita de sangue (hemograma, bioquímica, coagulação e grupo), o que permite uma economia de tempo: factor tão importante nas situações emergentes. O tratamento seguinte faz-se de acordo com a patologia.

No início do turno da manhã existe verificação do equipamento e reposição do stock de consumo clínico e do stock de medicação, no entanto, a verificação da medicação do cofre dos estupefacientes é realizada em todos os turnos, através de uma checklist.

Para a prestação de cuidados na Sala de Reanimação, o aprofundar dos conhecimentos foi necessária e importante, uma vez que ocorreram situações novas. No primeiro dia na reanimação, tive alguma dificuldade na localização do material bem como na própria abordagem ao utente, contudo, com o decorrer das situações as dificuldades foram diminuindo. Tive oportunidade de fazer abordagem a vários utentes, com diferentes diagnósticos, dos quais destaco, com ênfase especial, utentes com choque hipovolémico, utentes com dificuldade respiratória com necessidade de ventilação não invasiva, convulsão, politraumatizado, actuando como team-leader no seu levantamento.

O acompanhamento na realização de exames complementares de diagnóstico, também é uma função do enfermeiro responsável pela reanimação. Efectuei o acompanhamento de vários utentes instáveis, com monitorização contínua e, por vezes, com necessidade de ventilação mecânica, à realização de Tomografia Axial Computorizada (TAC). Colaborei na transferência de um utente à Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) e ao Bloco Operatório (BO), o que me permitiu adquirir algumas competências técnicas na monitorização e transporte do utente crítico.

A passagem pela Sala de Reanimação culminou na aquisição de algumas competências de destreza, planificação e execução de cuidados ao utente crítico. Esta experiência permitiu-me ter uma visão global relativamente aos procedimentos de actuação em situações complexas e imprevistas. Revelou-se ainda a favor do campo relacional, nomeadamente na abordagem e acompanhamento à família.

Na Sala de Pequena Cirurgia faz-se a abordagem ao politraumatizado não emergente, entre eles aos acidentados sem aparente compromisso motor e/ou neurológico. Os utentes que apresentam feridas são também encaminhados para esta sala, onde se procede à lavagem e observação cirúrgica e, de acordo com a condição, poderá proceder-se à sutura. Com origens diversificadas, colaborei na execução de suturas e na realização de pequenas cirurgias. As crianças também são encaminhadas para a Sala de Pequena Cirurgia, se necessitarem de ser vistas por um especialista de cirurgia, uma vez que as especialidades não se deslocam ao SU pediátrico.

O enfermeiro atribuído a esta sala está responsável por contar, cuidar e orientar o material esterilizado, para que não falem kits de pensos, de suturas e de pequenas cirurgias, proporcionando um adequado e atempado atendimento aos utentes destes espaços do SU. No desempenho das minhas funções colaborei, sempre que oportuno, na execução das referidas tarefas.

Na Sala dos Verdes, executa-se colheita de sangue para análise, punção venosa periférica, administração de terapêutica através das várias vias, encaminhamento para realização de exames (Raio X, ecografia, ECG entre outros exames complementares de diagnóstico). O enfermeiro que se encontra alocado na sala dos verdes, tem a função de apoiar as Salas de Pequena Cirurgia e Reanimação e, é responsável pela Emergência Interna, na qual tive oportunidade de participar activamente, em dois episódios distintos: um aconteceu na enfermaria, em que uma utente apresentou obstrução total da via aérea e conseqüente paragem respiratória e o outro decorreu no átrio principal e envolveu um utente jovem que sofreu uma lipotimia com alteração do estado de consciência, demonstrando competências de agir perante situações inesperadas.

A Sala Aberta possui capacidade para prestar cuidados a quatro utentes simultaneamente. Para este local são encaminhados os utentes triados com cor amarela ou laranja que necessitem de maca, soroterapia, colheita de espécimes para análise, administração de medicação, oxigenoterapia e aerossóis, entre outros procedimentos: enemas

de limpeza, entubação nasogátrica, cateterismo vesical, aspiração de secreções. Ocorre acrescentar, ainda, os cuidados de conforto: mudança de posicionamento, a troca de fralda, a massagem com creme hidratante. Resta mencionar que na Sala Aberta são preparados, inclusivamente, os utentes que necessitem de ir para o BO, serviço de internamento, UDC ou SO, bem como os utentes que têm alta clínica.

A Sala de Ortopedia encontra-se reservada para procedimentos do foro Ortopédico, como a aplicação ou a retirada de talas gessadas, sendo que tive a oportunidade de colaborar na execução de imobilização com ligadura de Gerdy.

Os utentes que exigem maior vigilância, são encaminhados para a UDC, aguardando, uma decisão clínica perante a evolução da situação, permanência esta que não deveria exceder as seis horas. Respeitar o limite enunciado nem sempre é possível em virtude da ausência de vagas. Os utentes que se encontram nesta sala poderão ter alta, ser internados no SO ou no serviço de internamento.

O SO é o espaço reservado ao internamento do SU, no qual ficam internados os utentes que necessitem de maior vigilância e onde os restantes cuidados são idênticos aos prestados nas enfermarias, tais como os cuidados de higiene e conforto, a administração de terapêutica, a vigilância e a avaliação e respectivo registo de sinais vitais. Considero que a minha participação neste aspecto contribui para a evolução da minha autonomia.

Constatei que o horário da medicação não é padronizado e que cada utente tem o seu horário, isto é, conforme a hora da prescrição assim o computador assume o horário das próximas administrações. A prática citada, condição que está associada ao facto do utente iniciar de imediato a terapêutica, obriga a uma atenção redobrada dos enfermeiros, a qual demonstrei ao longo da permanência nesta área do SU.

#### **• Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente**

Os utentes internados na UCIP possuem características diferentes dos utentes dos restantes serviços. Estes encontram-se hemodinâmica e electricamente instáveis ou em situação de risco iminente, as prioridades têm de estar devidamente definidas e terá de existir uma observação sistemática.

O utente na UCIP encontra-se, frequentemente, conectado a prótese ventilatória, quer seja através do tubo endotraqueal (TET), quer através da traqueostomia, podendo, no entanto, em fase de recuperação/desmame, não apresentar ventilação mecânica, mas, possuir a prótese ventilatória. Haverá a necessidade da prestação dos cuidados inerentes: aspiração brônquica, oral e nasal, substituição da fita de nastro, avaliação do cuff e da localização do TET. A este propósito, adquiri competências técnicas para as realizar, prática que desempenho sem qualquer dificuldade.

A realização de Gasometria Arterial e monitorização dos valores relacionados são fundamentais para que os valores do ventilador e os modos ventilatórios sejam ajustados à

necessidade do utente. Para tal, é necessário saber interpretar os valores da gasometria bem como a implicação dos valores alterados na performance ventilatória do utente. Para que os valores expressos sejam mais fidedignos será necessário introduzir o valor de FiO<sub>2</sub> e temperatura aquando da introdução do sangue na máquina de aferição dos gases, electrólitos e metabólitos. No início do estágio manifestei algumas dificuldades, não na interpretação da gasometria, mas, especificamente, em relacionar os valores nela apresentados com as possíveis alterações ventilatórias. Contudo, com a colaboração dos tutores ajustei modos de actuação e desenvolvi competências suficientes para entender as implicações, adequar os valores e os modos ventilatórios sem dificuldade, realizando, inclusivamente, gasometria sempre que achava necessário.

A medicação utilizada em cuidados intensivos é muito específica e é utilizada em diferentes concentrações, diferindo daqueles que são normalmente, utilizadas na enfermaria. O facto de os utentes possuírem CVC, leva a que seja administrada medicação, como é o caso de reposição de Cloreto de Potássio (KCl), em dosagem e concentração diferentes do que se fossem administradas por via periférica. Como os utentes apresentam monitorização contínua, pode-se observar a acção da medicação, como é o caso da Noradrenalina que sendo vasopressor faz aumentar a PA ou os efeitos secundários, como é o caso do Paracetamol intravenoso que causa hipotensão. O valor da Pressão Arterial Média (PAM) é assim considerada muito importante, pois embora os valores entre 60 e 100mmHg sejam os indicados para manter irrigados os órgãos nobres, também servem como indicador para ajustar os valores dos vasopressores, na tentativa de desmame.

Normalmente, os utentes apresentam-se sedados (com Midazolan) e analgesiados (com Alfentanil), não obstante, é necessário saber interpretar a relação das perfusões com os valores de PA e da FC, dor (monitorizada através da escala de Campbell), ou reacção à estimulação (monitorizada através da escala de Ramsay e RASS), tendo em atenção à administração de bólus quando se achava necessário, quer por um procedimento mais invasivo, quer por alteração do estado do utente ou por indicação médica. Segundo Urden e outros (2008), o aumento da PA e da FC são sinais comuns de dor aguda e, portanto, será necessário aumentar a perfusão de analgesia.

Embora a necessidade de analgésicos e sedativos seja importante, sabe-se que a sedação excessiva pode prolongar o tempo de ventilação mecânica, criando dependência física e psicológica. Ao longo do estágio houve a necessidade de rever as indicações, as incompatibilidades, os efeitos secundários da medicação mais utilizada, no sentido de saber interpretar as suas manifestações e de melhorar a autonomia na manipulação, administração e ajuste da terapêutica.

A Nutrição Entérica ou Parentérica é frequentemente utilizada uma vez que o utente não tem a indicação para se alimentar oralmente. Quando é administrada Nutrição Parentérica Total (NPT) coloca-se insulina Actrapid em perfusão no mesmo lúmen do CVC, para assim manter os valores de glicémia dentro dos parâmetros pretendidos, que podem ser ajustados

através de um intervalo (80 a 160mg/dl) ou através do protocolo existente. De qualquer modo, ter-se-á de realizar um ajuste da perfusão de insulina bem como uma avaliação da glicémia capilar segundo o protocolo ou sempre que se ache necessário. Podem ocorrer casos em que não existe administração da nutrição e seja necessária a perfusão de insulina.

Relativamente à Nutrição Entérica (NE), tinha o cuidado de avaliar a estase gástrica e agir em conformidade com as características e com a quantidade do conteúdo, suspendendo, diminuído ou aumentando a perfusão. Tive atenção aos protocolos de substituição da alimentação bem como dos sistemas de administração.

Durante o estágio tive a faculdade de preparar NPT e a oportunidade de supervisionar e colaborar com um estudante de enfermagem, prática que desempenhei sem qualquer dificuldade, com gosto acrescido e com particular sentido de responsabilidade.

Foram-me concedidas outras oportunidades e outras experiências, também elas gratificantes e proveitosas. Registo o caso da avaliação e interpretação da Pressão Intrabdominal (PIA), Pressão Venosa Central (PVC), a realização de pensos complexos (laparotomia com necrose da parede abdominal), a colaboração na execução de pensos pela equipa médica, a participação na colocação de cateter arterial e de CVC, cateter venoso de alto fluxo (para HD) e a manipulação da Prisma sob orientação do tutor.

Cooperei na transferência interna de utentes e, prestando os cuidados inerentes adquirindo, assim, competências no transporte intra-hospitalar do utente crítico. Nos casos de isolamento tive a preocupação de me inteirar das formas de transmissão da infecção e actuar em conformidade, quer durante a permanência na UCIP, quer durante o seu transporte.

A propósito da possibilidade de ocorrência de infecção, existe a chamada vigilância epidemiológica de infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) nomeadamente pela presença de dispositivos invasivos na UCIP. Esta vigilância é realizada duas vezes por semana pela enfermeira da comissão de controlo da infecção (CCI) e elos de ligação do serviço (médico e enfermeiro). Trata-se de uma vigilância activa, que avalia o risco conforme a exposição dos utentes a factores extrínsecos, os quais dizem respeito à ventilação mecânica, TET, CVC e sonda vesical. Os factores de risco são avaliados por mil dias de internamento e permitem identificar a taxa de infecção associada aos dispositivos invasivos referenciados. Esta vigilância epidemiológica, que fornece dados objectivos mensuráveis, permite que a equipa multidisciplinar esteja mais alerta, permite modificar comportamentos ou adequar materiais, melhorando a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. Sempre que o nível de infecção aumenta, procede-se a um esclarecimento aos profissionais de saúde, possibilitando a melhoria da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, diminuição da taxa de infecção.

Como os utentes se encontram em vigilância contínua e, por vezes, com instabilidade hemodinâmica, é necessário realizar registos horários, realizando um balanço hídrico horário, manipulando a medicação, como é o caso da Furosemida ou soros para atingir o balanço

pretendido/prescrito. Os parâmetros ventilatórios também são registados horariamente. Sempre que se realiza outras práticas, como gasometria, avaliação das drenagens, glicémia, pH gástrico, escala de Campbell, dejecções, posicionamentos, entre outras, as mesmas são registadas na folha diária de registos, a qual é preenchida no turno da tarde para o próximo dia, iniciando-se os registos na nova folha a partir das vinte e quatro horas. Também é nessa folha que, em cada turno, se realizam os registos de enfermagem, segundo as necessidades básicas de Virgínia Henderson.

Na UCIP, a população internada é essencialmente médico-cirúrgica, em que o trauma apresenta uma percentagem menos relevante. Existe um equilíbrio entre sexos, não sendo relevante a pequena superioridade na frequência de elementos do sexo masculino. A maioria dos utentes provém do domicílio, com entrada pelo serviço de urgência, apesar de existir uma percentagem significativa de utentes provenientes de outros serviços, o que se deve ao suporte que a Unidade dá nos pós-operatórios imediatos de cirurgias mais complicadas. São poucos os utentes que provêm de outros hospitais. O seu destino mais frequente é a transferência para outros serviços, sendo desprezível o número de altas para o domicílio e reduzidas as transferências para outras instituições – estas, geralmente, por motivos de residência (Boletim Informativo nº57/10).

Acompanhei, diariamente, a visita médica, participando nas decisões terapêuticas e na implementação dos cuidados inerentes juntamente, com a equipa multidisciplinar, fazendo-o de forma gradual, mas, autónoma.

É também função do enfermeiro responsável pelo utente, o acompanhamento dos utentes para realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica, na transferência de unidade ou de serviço. Tive oportunidade de colaborar na transferência de utentes com alta da UCIP e com internamento nas enfermarias; de um utente à Unidade de UCIC e ao BO, bem como readmiti-los no pós-operatório. A prática descrita possibilitou a promoção de alguns saberes e competências técnicas no transporte destes utentes. Não tive oportunidade de acompanhar qualquer utente à realização de exames fora da UCIP, mas, realizei uma reflexão junto dos tutores, acerca do material/medicação necessário no transporte, as possíveis complicações decorrentes do transporte e como actuar em função das vicissitudes.

Usufri da oportunidade de participar no processo de internamento na Unidade, propriamente dito, de acordo com os respectivos critérios de admissão e de acompanhar o mesmo até à alta da unidade. Quando tal acontece (transferência intra ou extra-hospitalar), deverá ocorrer um registo através do preenchimento de uma folha de alta existente. Durante o estágio, tive o cuidado de transmitir as informações relacionadas com os utentes sem qualquer engano, de comunicar ao serviço de destino para a existência de uma transferência e ajustar a transferência de acordo com as condições logísticas, nomeadamente, através da selecção da melhor hora para o fazer. Preenchi devidamente e atempadamente o livro de registos os dados

de internamento, onde são inscritos os dados dos utentes que ficam internados, respectivo diagnóstico, a proveniência e, sem excepção, as datas dos diferentes momentos de actuação.

#### • Unidade de Nefrologia/Diálise

A Unidade de Nefrologia/Diálise encontra-se dividida em três sectores de acordo com a prestação de cuidados de enfermagem: sala de HD, sala de DP e sala de acessos.

Como este seria o primeiro contacto com um monitor de HD, tornou-se imprescindível a explicação dos Enfermeiros Tutores. Montar correctamente o Circuito Extracorporal (CEC) foi o primeiro passo, tendo sempre em atenção o local correcto das câmaras, clamps de segurança e manter as suas características: esterilidade, estanquicidade e biocompatibilidade (Lacerda, 1997).

Na primeira semana, houve a possibilidade de realizar a montagem de vários monitores, o que decorreu de forma progressiva e, finda esta etapa, já conseguia executar tal tarefa autonomamente. Participei, também no preenchimento das linhas com soro fisiológico (SF) (“priming”), realizando os registos devidos na folha de HD (peso inicial e final, sinais vitais, terapêutica administrada) ou os registos informáticos (quando utentes internados), colheita de produtos para análises (pré ou pós HD) e realização de pensos do local de inserção do CVC.

Com recurso ao sistema informático (base de dados dos utentes em HD - construída por enfermeiros do serviço), é impressa uma folha relativa ao utente que irá realizar HD, onde constam os seus dados pessoais (nome, idade, tipo de acesso vascular, tempo de HD, peso seco, terapêutica) e um espaço de registos complementares (peso inicial e final, ultra filtração (UF), sinais vitais, observações (pesquisa de glicémia, alergias). Considera-se esta folha de registos bastante importante, pois nela consta a informação/monitorização do utente e na qual os médicos podem realizar alterações do tratamento e medicação. Posteriormente, tais alterações serão actualizadas na base de dados pela equipa de enfermagem, procedimento no qual também cooperei.

“Ligar” e “desligar” os utentes foi o passo seguinte. O tutor começou por explicar o procedimento exemplificando em simultâneo e entretanto, foi a minha vez. Mediante as dúvidas sentidas, solicitei esclarecimentos das mesmas, tendo ficado elucidada por completo.

Inicialmente comecei por desligar os utentes com CVC, depois os utentes com fístula artériovenosa (FAV) e prótese. Este é um procedimento sequencial, tendo em atenção a necessidade de administração de terapêutica, avaliação da glicémia capilar ou colheita de sangue para análise pós HD e, como refere Thomas (2002, p. 214), deve-se “certificar de que a dose prescrita foi administrada assim como o volume total de UF foi alcançado.” O sangue do CEC é devolvido e é realizada a respectiva lavagem com SF, são heparinizados os lúmens do CVC com o volume adequado e protecção do mesmo. No caso da FAV ou prótese são retiradas as agulhas de punção (primeiro a venosa e posteriormente a arterial com o cuidado para não danificar o acesso vascular) e realizada a hemostase. O procedimento deverá ser realizado de forma rápida prevenindo alterações sanguíneas no CEC (coagulação), o qual

deverá ser devolvido o máximo possível, para assim não haver desperdício e prejuízo para o utente. Contudo, é necessário ter atenção à quantidade de soro infundido para não aumentar o peso final e, conseqüentemente, o peso entre HD (2 ou 3 dias).

Seguidamente, comecei a “ligar” utentes com CVC, sendo necessário o expor, colocá-lo sob um campo esterilizado e desinfetar com solução alcoólica as pontas dos ramos para assim prevenir infecções. Segue-se a aspiração da heparina dos ramos (prevenindo alterações da coagulação) e lavagem dos mesmos com a técnica do flush de SF, normalmente com uma dose inicial de heparina. Esta técnica permite avaliar a permeabilidade do cateter e escolher o ramo mais adequado para a remoção do sangue (linha arterial). Realiza-se o respectivo preenchimento do CEC e finalmente a ligação venosa ao utente, podendo no entanto, os ramos se encontrarem invertidos, no caso de baixo débito sanguíneo.

A ligação do utente com FAV e prótese apresenta cuidados específicos em relação ao CVC uma vez que são mais frágeis, todavia, após estabelecimento do CEC, as intervenções são idênticas.

A punção da FAV e prótese surgiu posteriormente. Antes da sua abordagem é necessário despistar a existência de edema, infecção ou equimose, identificar o tipo de acesso, verificar a existência de fluxo em toda a fístula (sopro e frémito), identificar a direcção do fluxo de sangue (identificar zona arterial e venosa), realizando punção no local e segundo técnica adequadas (Thomas, 2002). Seleccionar os locais de punção (mantendo a distância entre cada bisel da agulha de cerca de 7,5cm), a técnica de punção, o calibre das agulhas e o seu ângulo de inserção (20 a 35° na FAV e 45° na prótese) bem como o seu sentido torna-se importante para a realização de uma boa HD e preservação do acesso. De acordo com Thomas (2002, p. 191), a rotatividade dos locais de punção (punção em escada de corda) torna-se relevante na medida em que “prolongam o tempo de vida do acesso, prevenindo a sua deterioração ou ruptura dos enxertos, evita formação de aneurismas ou pseudoaneurismas”, permitindo, assim, um desenvolvimento mais regular da FAV. No entanto, segundo o mesmo autor (2002) existem outros métodos de punção como o de área ou em “casa de botão”, acrescentando que este último provoca menos aneurismas. A punção em escada de corda é a mais utilizada na Unidade. Durante o estágio experimentei as várias técnicas de punção, nomeadamente, a botoeira, tendo-a aplicado sem qualquer incidente ou dificuldade.

Após conexão ao acesso, estabelece-se o CEC, que retira sangue ao utente através da linha arterial, com velocidade inicial compreendida entre 180 e 200 ml/minuto, procedimento que evita possíveis alterações hemodinâmicas, sendo, entretanto, aumentada gradualmente. A velocidade a que o sangue irá circular (velocidade bomba) determina a eficácia da técnica dialítica, tendo esta que ser adequada às características de cada utente e ao seu acesso vascular.

É também necessário realizar, quer em caso de prescrição, quer em situação de SOS, avaliação da glicémia capilar, administração da terapêutica ou colheita de sangue para análises pré-HD. Por vezes, existem utentes que têm prescrita a infusão do “priming” (SF existente no CEC para preenchimento da linha), como acontece, por exemplo, no caso de hipotensão

conhecida durante a HD. O ajuste dos parâmetros no monitor é igualmente importante, uma vez que são introduzidos dados relativos ao objectivo da UF, tempo de HD, perfil, fluxo (alto ou baixo), concentração de sódio, temperatura do banho e velocidade bomba, conforme características do utente e do acesso vascular.

Em situações de FAV apenas com um local de punção ou virgens, hematoma da FAV ou prótese, CVC de lúmen simples ou de duplo lúmen quando um se encontra obstruído, é necessário utilizar a técnica de unipunção, conectando-se um “Y” e a cada braço do “Y” a extremidade venosa e arterial permitindo, assim, manter a técnica de substituição renal (Barata, 1997; Thomas, 2002). O recurso a este sistema possibilita a alternância dos fluxos de entrada e a saída do sangue, mas, só o tempo em que o CEC é “alimentado” com sangue para ser dialisado é que é útil para a diálise. O tempo em que o sangue dialisado é devolvido ao utente, é tempo “morto” para a diálise pelo que esta técnica não é tão eficaz (Barata, 1997 p.105). Durante o estágio ensaiei preparar o monitor para um utente realizar HD por unipunção em dupla bomba, porque apresentava hematoma extenso no local de punção da prótese. Embora a sua eficácia seja substancialmente menor, neste caso em concreto, seria a única hipótese de realizar HD, uma vez que não possuía mais acessos, sendo esta técnica utilizada, até à diminuição do hematoma e à possibilidade de bipunção.

Observei e colaborei na realização de plasmaférese, que é uma técnica de depuração sanguínea extracorporal, destinada à remoção de proteínas plasmáticas, cujo elevado peso molecular, não permitiria a sua eliminação por meio de outras técnicas, como a HD (Guerra, 1997).

A precisão e o rigor dos tratamentos dialíticos, os quais foram evoluindo ao longo do estágio, levam à prestação de cuidados de qualidade aos utentes que necessitam de cuidados técnicos, mas, também, relacionais, pois, encontram-se física e psicologicamente afectados. Poderei expressar que adquiri competências técnicas e científicas no que respeita à HD, nomeadamente, na compreensão do tratamento dialítico e sua execução e sobretudo competências relacionais, compreendendo as suas necessidades para além deste tratamento vital.

Cooperei e participei nas actividades realizadas na sala de DP, nomeadamente nas técnicas e exames relacionados com a vigilância e manutenção do peritoneu para uma optimização da terapia, realização da consulta de pré-diálise e de enfermagem bem como nos ensinamentos/treinos de um utente que iria iniciar DP.

A consulta pré-diálise tem como objectivo fornecer informação ao utente e à sua família, ajudando na escolha do tratamento para a patologia renal que melhor se adequa à sua rotina e à sua condição física, uma vez que só os utentes com possibilidade de realização de DP são encaminhados pelo Nefrologista para esta consulta.

Inicialmente, o enfermeiro efectua a colheita de dados relativos ao contexto socioeconómico e ao exame físico objectivo com avaliação de sinais vitais, peso, altura, presença de edemas entre outros (Malhadas, 2005). Posteriormente, realiza um primeiro esclarecimento acerca do motivo da consulta, falando da doença renal (função dos rins,

manifestações e evolução da doença), da necessidade e tipos de tratamento (HD, DP, transplante renal), vantagens e desvantagens, necessidade de construção de um acesso vascular (FAV, prótese vascular) ou cateter peritoneal e das alterações na alimentação/hidratação no pré e pós diálise (Thomas, 2002; Malhadas, 2005).

Existe a possibilidade de realizar uma demonstração da DP, bem como uma visita à sala de HD e, se necessário, existe a possibilidade de conversar com outros utentes em tratamento. A possibilidade de virem acompanhados é um aspecto que se aponta como particularmente importante, pois inclui a família no tratamento, ajudando-o na sua escolha, a qual não será imediata nem definitiva, mas, terá de ser tomada e, para que esta seja a mais adequada às condições do utente, é cedido material de leitura para complementar a informação transmitida.

A consulta de enfermagem em DP é outra actividade realizada pelo enfermeiro, todas as quintas-feiras. Promove-se o contacto com os utentes em DP realizando um acompanhamento do processo de diálise, para além do apoio que é dado no domicílio por enfermeiros representantes das empresas. Comumente, há um reforço da aprendizagem, esclarecendo e identificando dúvidas e problemas existentes e observando os registos do utente.

Normalmente, cada utente tem uma consulta por mês, a não ser a primeira consulta que é programada para sete dias após o início do tratamento dialítico. Neste, o enfermeiro vai à procura de sinais e sintomas urémicos, do bem-estar, subjectivo, de situações de stress ocorridas no domicílio. No exame físico deve ser dada especial atenção ao local de saída do cateter, à presença eventual de edemas, à turgência da veia jugular, à PA e ao peso (Barros, 2006). O enfermeiro deve fazer a sua avaliação e registo em cada consulta do local de inserção do cateter, classificando-o em local de saída perfeito (sem sinais inflamatórios, crosta ou granuloma), local de saída bom (sem sinais inflamatórios mas com crosta ou granuloma), local de saída equívoco (existe rubor inferior a dois milímetros sem exsudado, com ou sem granuloma) e local de saída com orifício infectado (apresenta rubor superior a dois milímetros e/ou outros sinais inflamatórios com ou sem exsudado). Na consulta de DP, é realizado um registo fotográfico ao local de inserção do cateter para observar a sua evolução (Barros, 2006).

São realizadas colheitas de espécimes para análise (sangue e urina) para avaliação da eficácia da técnica dialítica, de acordo com um esquema para a realização de colheitas mensais, bimestrais, quadrimestrais e anuais, havendo um perfil específico a realizar na admissão. A colheita de líquido peritoneal também é realizada para o Teste de Equilíbrio Peritoneal e Dose de Diálise, observando uma enorme cooperação dos utentes na sua realização. Estes exames permitem conferir se o tratamento dialítico está adequado ou se, eventualmente, necessita de ser reajustado.

De seis em seis meses, o extensor do cateter é substituído, caso não exista ruptura anterior, deterioração ou contaminação do prolongador, tendo oportunidade de observar, avaliar e, posteriormente, realizar a substituição do prolongador de cateteres, podendo a mesma ser feita com uso de duas marcas existentes (Fresenius e Baxter).

A instrução ao utente que inicia DP é outra actividade dos enfermeiros responsáveis pela DP. Esta prática é realizada ao longo de quatro dias (das oito às dezasseis horas), tempo que se tem mostrado suficiente para o utente adquirir competências para a realização da técnica. Todavia, se necessário, este poderá ser prolongado. Ao longo da semana contribuí, afincadamente, para o ensino relativo às trocas reais ao utente, sentindo-me parte integrante da equipa. O utente, que já era meu conhecido do internamento, motivou uma relação utente/enfermeira baseada na confiança extrema, desde o primeiro dia.

No final do quarto dia, o utente estava apto para a realização das trocas no domicílio, tendo recebido alta hospitalar, ficando ele responsável pela realização da técnica.

Ao longo destes dias de ensino, realizei trocas reais e supervisionei as realizadas pelo utente. Executei o penso do orifício de inserção do cateter peritoneal e a respectiva avaliação, de acordo com a escala implementada no serviço; promovi ensinamentos relacionados com todo a técnica da DP. No dia da consulta (após sete dias do início da DP) conversei com o utente, o qual referiu que conseguia realizar a técnica sem qualquer dificuldade.

O sucesso de um programa de DP depende da correcta escolha do utente, por se tratar de uma terapia intrínseca ao utente e à sua dedicação e comprometimento pessoal, bem como dos seus familiares (Barros, 2006). Essa escolha passa, em muito, pela capacidade de informação e perspicácia para a realização de uma boa orientação por parte do enfermeiro, levando a que o utente que opte pela DP esteja motivado para realizar o seu próprio tratamento – autocuidado.

Considerando a equipa de DP, os enfermeiros e o Nefrologista responsáveis pela sala, pode-se dizer que existe uma relação de entreajuda e confiança. Anteriormente à consulta médica realiza-se a consulta de enfermagem, efectuando as colheitas e/ou procedimentos necessários. Os enfermeiros agendam a colheita de espécimes (sangue, urina, liquido peritoneal) de acordo com a necessidade da próxima consulta, para diminuir o tempo de espera, beneficiando o decorrer das consultas e a gestão de tempo por parte dos utentes.

Os enfermeiros responsáveis pela DP desempenham as suas funções como enfermeiros peritos, uma vez que sabem rentabilizar os momentos junto do utente e família, não executando mecanicamente os procedimentos, oferecendo a plenitude das suas capacidades no domínios do “saber ser” e do “saber fazer” como instrumento de intervenção terapêutica.

Na sala de acessos, colaborei na colocação de CVC, por duas vezes, tendo adquirido competências técnicas e científicas no que respeita à sua colocação. Um dos utentes estaria a realizar o primeiro acesso para início da HD, tendo sido necessário descrever o procedimento mais pormenorizadamente bem como receber o seu consentimento informado e esclarecido, levando à aquisição de competências relacionais e potenciando a capacidade de comunicação.

Não obstante, consciente das minhas limitações do longo caminho formativo que se avizinha, sinto que a aprendizagem foi profícua e que adquiri diversas competências técnicas e científicas na área da DP e, sobretudo, sinto-me motivada para prosseguir a aprendizagem e para aprofundar conhecimentos. Apraz-me o relacionamento enfermeiro/utente que consegui

criar na DP, uma vez que senti que o utente tinha plena confiança no enfermeiro, e que desenvolvemos uma relação simultânea de lealdade e cooperação.

Para uma correcta prestação de cuidados e respectiva manutenção será necessário uma gestão articulada entre os cuidados efectivos e os recursos materiais e humanos.

Ao enfermeiro especialista é-lhe requerido o desenvolvimento de competências na área de gestão e, de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista definidas pela OE, Artigo 7º, alínea a, este “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa da enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” e “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.”

A gestão dos serviços, sendo estes sistemas dinâmicos, terá de abarcar os recursos humanos e materiais – não só o seu pedido, como também a sua recepção, confirmação, armazenamento e manutenção. A gestão dos stocks é efectuada de forma mista, optando-se pelo método tradicional – com preenchimento de requisição, ou por níveis (objectivo hospitalar) – repondo os níveis estipulados de acordo com o consumo. A gestão dos materiais por níveis tem a vantagem de libertar o enfermeiro responsável para outras tarefas, uma vez que a responsabilidade passará para o serviço de aprovisionamento (Frederico e Leitão, 2009). A ruptura de stock não poderá acontecer, uma vez que poderá levar a danos irreversíveis para os utentes.

A aquisição de competências relacionadas com a gestão foi-se sucedendo e à medida que acompanhava quer os tutores dos estágios – que, por sua vez, eram responsáveis de turno e substitutos do enfermeiro chefe; quer na presença do enfermeiro chefe/coordenador.

Particpei diariamente na gestão do pessoal dos serviços, fazendo a sua distribuição por utentes ou actividades/procedimentos conforme o serviço em causa, bem como a sua divisão na hora das refeições para que os cuidados permanecessem assegurados. O interesse pela manutenção, reposição e colaboração na realização dos pedidos de material foi uma constante na minha maneira de estar nos estágios, o qual ajustei com modéstia e profissionalismo às particularidades e exigências imediatas.

Os enfermeiros do SO são responsáveis pelo pedido de alimentos para reposição do stock de alimentos destinados aos utentes que querem e podem comer. A dieta dos utentes internados no SO também é pedida pelos enfermeiros de acordo com a prescrição médica, actividade na qual participei quando me encontrava nesta área.

Durante a permanência na UCIP, tive a possibilidade de providenciar o material e equipamento em falta, contabilizar, conferir e registar os estupefacientes com o responsável do turno anterior. No turno da manhã, especificamente, realizei o teste ao desfibrilhador, verifiquei a selagem do carro de emergência e a temperatura do frigorífico da medicação e respectivos registos. Para além do explanado, participei com o enfermeiro Chefe na gestão do consumo clínico, hoteleiro e farmacêutico, através do programa informático Glintt, especificamente o

GHAF (gestão hospitalar de armazém e farmácia). O sistema informático permite um rápido envio de pedidos; uma melhor gestão do material – uma vez que se sabe a quantidade de material pedido e recebido, evitando stock desnecessário e desperdício de material por fim do prazo de validade; observar os antigos pedidos; o custo de cada material e a despesa total dos pedidos.

Outra actividade interessante na qual colaborei na Unidade de Nefrologia/Diálise, foi a gestão da medicação do domicílio dos utentes, para a qual existe uma enfermeira responsável, pelos pedidos, verificação da medicação e da adesão terapêutica. A medicação é cedida mensalmente e, é contabilizada a medicação excedente trazida pelos utentes (por não a tomarem devido a esquecimento, efeitos secundários, por términos da prescrição, etc.), permitindo assim realizar uma avaliação do cumprimento e adesão à terapêutica instituída.

Para aumentar o nível de adesão terapêutica são adoptadas diversas estratégias. O facto de a terapêutica ser controlada mensalmente e alguns medicamentos serem administrados durante o tratamento dialítico, permite verificar a sua toma e aumentar a sua adesão terapêutica. Com estas actividades, para além de desenvolver competências essencialmente relacionais, adquiri capacidades de utilização de estratégias para aumentar a adesão do regime e, assim, melhorar a qualidade de vida dos utentes.

A gestão de cada serviço depende dos meios existente (programas informáticos ou em formato de papel) e dos recursos humanos e materiais. Para que os conflitos sejam minimizados tem de ser realizada uma gestão, principalmente no que concerne aos recursos humanos adequada.

As actividades realizadas a este nível contribuíram, para atingir os objectivos propostos e para aprofundar os conhecimentos, a autonomia e a destreza nesta área, adquirindo em correlação, as competências relacionadas e uma adjacente valorização profissional.

## • **OBJECTIVO GERAL II**

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

A prestação de cuidados em enfermagem é um processo complexo e que requer a articulação com várias áreas do saber. Quando se trabalha com seres humanos, caracterizados pela individualidade e pela diferença, é necessária a construção, a formação, a clarificação e, o desenvolvimento de códigos éticos e deontológicos, facilitadores da promoção da saúde e prevenção da doença, pois assim permite-nos agir capazmente (Pires, 2008).

O conhecimento empírico, resultado da experiência, leva a um aprimoramento do comportamento ético do enfermeiro, o qual passa pelo processo de construção de uma consciência individual e colectiva, pelo compromisso social e profissional.

A desejada pretensão de perguntar ao utente o seu nome, se aceita determinada terapêutica é dificultada pela ausência de tempo ou outras condições, tornando-se imperiosa a tomada de decisões e acções imediatas, pelos profissionais, a fim de garantir a continuidade da vida humana. Nestas situações, espera-se que a ética e as legislações do exercício profissional possam contribuir para as tomadas de decisão, como é o caso do código deontológico do enfermeiro (OE, 2009). Nesta perspectiva, pode-se asseverar que as acções dos profissionais de saúde devem-se pautar em valores, crenças e princípios éticos e legais (Telles, 2007).

À chegada de um novo elemento, é comum que seja necessário algum tempo até haver total aceitação por parte dos utentes e da “família”. Não raras vezes, apercebi-me de que alguns utentes, principalmente no SU, questionavam e colocavam em causa a minha competência profissional enquanto aluna – era à priori pessoa em quem não confiavam por inteiro. Daí que eu tivesse tido em atenção se o utente permitia que eu o cuidasse, assegurando a obtenção do seu consentimento informado e esclarecido. Na verdade, não ocorreu nenhuma situação de desaprovação do acompanhamento solicitado. A objectividade, rigor e coerência das actividades desenvolvidas foi a garantia de cuidados seguros e com qualidade aos utentes que se encontram psicologicamente fragilizados e, muitas vezes, fisicamente.

Os utentes internados na UCIP encontram-se monitorizados e, embora possam apresentar situações de instabilidade e de emergência, estes são pouco frequentes. Existe uma intervenção antecipada desse momento, para a qual é necessária a correcta interpretação dos dados fornecidos pelo monitor e pela observação directa do utente. A administração e ajuste da terapêutica é fundamental para que tal não se suceda novamente. Existem situações urgentes que, se não se intervir, coloca-se em risco a vida do utente e, em algumas outras, não será possível obter o consentimento informado e esclarecido para tal acto, pois os utentes encontram-se sedados ou mesmo confusos, não possuindo, aliás capacidade de decisão e os familiares, por sua vez, não se encontram presentes. Quando os utentes se encontram orientados, mesmo com a capacidade de decisão diminuída, deve-se explicar-lhes o procedimento a seguir e pedir um consentimento informado e esclarecido, conforme fiz sempre que pretendia prestar estes cuidados.

O objectivo dos cuidados de enfermagem deve passar igualmente pela prevenção da ocorrência de complicações, através de uma avaliação e planeamento abrangentes.

Durante a sessão de HD, as complicações mais comuns são a hipotensão (20 a 30%), câibras, náuseas e vômitos, desequilíbrio, precordialgias, arritmias, cefaleias, prurido, hipertermia e calafrios (Thomas, 2002; Ramos, 1997). Durante a minha permanência na sala

de HD as complicações que surgiram foram a hipotensão e câibras. Para evitar tal complicação, tive o cuidado de ajustar a taxa de UF de acordo com o ganho interdialítico e peso “seco”, administrar o priming (segundo prescrição), o perfil de sódio, bem como a temperatura do dialisante (para 36°C), havendo um cuidado especial durante o período de tempo em que o utente se alimenta (Soares e outros, 2001). Aquando da presença destas complicações pude actuar de acordo com o protocolo existente na Unidade, diminuindo a taxa de UF e velocidade bomba, administração de SF 0,9% ou solução hipertónica e no caso específico de hipotensão posicionar em Trendelenburg. Outras situações podem ocorrer, como é o caso da coagulação do CEC, hemólise, embolia gasosa, fuga de sangue, reacção à membrana, reacções de hipersensibilidade – síndrome de primeiro uso, complicações resultantes das anomalias da composição do dialisante e de avarias no sistema de tratamento de água (Thomas, 2002; Leal, 1997), sem que no entanto, tivessem sucedido durante a minha permanência na Unidade.

O penso do local de inserção do CVC é realizado de sete em sete dias em longa duração (LD) ou SOS e em cada sessão nos de curta duração (CD) (Center of Disease Control guidelines, 2002). Contudo segundo K/DOQUI guidelines (2006) o penso deve ser realizado em todas as sessões, seja de LD ou CD. Fermi (2003, p.45) acrescenta que o tratamento ao local de inserção do cateter deverá ser realizado antes de cada sessão, permanecendo fechado durante e após a HD. Na Unidade actuava-se de acordo com as indicações da CDC sendo os pensos realizados se descolados, se houvesse sinais de infecção ou por indicação médica. No entanto, após a prática baseada na evidência e a formação em serviço sobre acessos vasculares, os pensos passarão a ser realizados em todas as sessões de HD. Os pensos utilizados são transparentes, porosos e semipermeáveis, o que facilita a observação do orifício de entrada do cateter e diminui o risco de colonização (Daugirdas e outros, 2003). Revelei o cuidado de não realizar o penso no final da sessão, para libertar o utente, após cerca de quatro horas de tratamento, mas, também, pela possibilidade da presença de infecção que poderá ter como efeito a colheita de hemoculturas e administração de antibiótico, o que tornará o tratamento mais demorado.

O problema mais frequente em relação ao CVC é a sua obstrução, que poucas vezes responde às medidas terapêuticas geralmente preconizadas. Para que tal não se suceda é necessário prevenir, preenchendo os lúmens do cateter com o respectivo volume de heparina (caso não exista contra-indicações), deverá ser retirada antes da HD realizar-se-á uma lavagem com SF. Todavia, se existir resistência, será necessário aspirar os coágulos (e não a sua introdução por possibilidade de tromboembolismo), sendo, por vezes, necessário inverter os lúmens quando o lúmen arterial se encontra parcialmente obstruído (Thomas, 2002). Quando existe uma obstrução do CVC é aplicado o protocolo do Actilyse existente na Unidade. O Actilyse uma vez ligado à fibrina é activado, conduzindo à sua dissolução, daí não poder ser administrado com outras drogas nem mesmo com heparina. Esta permanência pode ser antes da sessão de HD (cerca de quarenta e cinco minutos) ou interdiálise, sendo aspirada antes de iniciar o tratamento dialítico. No caso específico que tive oportunidade de colaborar, o Actilyse

foi aplicado várias vezes antes da sessão e interdiálise, no entanto, sem sucesso, sendo necessário substituir o CVC.

Outro ponto que despertou a minha atenção, foi o facto de alguns utentes a realizar HD ainda se encontrarem profissionalmente activos, tendo a necessidade de proceder a uma rotatividade no turno do tratamento – será justo? Na minha opinião, sim. Embora possa causar alguns transtornos na Unidade, existe sempre a possibilidade de realizar permuta com um utente internado, para além disso, o utente terá direito de ser acompanhado, com flexibilidade e compreensão.

Será também função do enfermeiro especialista o olhar crítico nas diversas áreas, promovendo o aumento da eficácia dos cuidados prestados e qualidade de vida dos utentes. Assim, identifiquei pontos de possível melhoria, apresentando sugestões, tendo sido algumas delas adoptadas pelos serviços.

No decorrer dos estágios, verifiquei que a maior parte dos produtos utilizados nas diversas salas de trabalho não apresentavam data de abertura, ou seja, não se sabia a data de início da sua utilização e se, como no caso da iodopovidona, ainda se encontravam estáveis de modo a proporcionar o efeito desejável. A propósito, reforcei, aos enfermeiros, a necessidade desses cuidados e, pessoalmente, escrevia em todos os produtos que abria. Quando os produtos se encontravam abertos, sem o devido registo, questionava os enfermeiros se os poderia desperdiçar, uma vez que o benefício do acto poderia ser compensado, explicando o meu ponto de vista.

No caso específico da UCIP, também nos frascos da NE e respectivo sistema se deveria colocar a data de início de perfusão, o que nem sempre acontecia e, como o sistema é substituído a cada vinte e quatro horas e a nutrição a cada doze horas, poderia haver situações em que o momento de substituição estivesse ultrapassado, ou pelo contrário, ainda não tivesse sido atingido, podendo haver gastos desnecessário de material e/ou nutrição.

Estas ideias foram corroboradas pelos tutores que realizam um esforço, para que tal aconteça, podendo-se verificar, em resultado, que a maior parte dos enfermeiros passaram a ter mais cuidado com a inscrição da data de abertura nos produtos.

Outra situação que me levou a reflectir durante o estágio no SU, foi a quase impossibilidade de prevenção de transmissão de infecção dos utentes em algumas salas de prestação de cuidados – a Sala Aberta é uma dessas situações. Esta é o calcanhar de Aquiles do Enfermeiro Chefe e dos restantes enfermeiros, pois, são prestados cuidados a inúmeros utentes, não havendo a possibilidade de respeitar a distância entre os utentes, segundo as medidas padrão para a prevenção de infecção. Na sala não existe, portanto, privacidade, dada a proximidade física dos utentes. É com muito esforço, de toda a equipa, que estas situações são remediadas. Sempre que é necessário prestar um cuidado ou medidas de conforto o utente é levado para dentro da sala, ou para a chamada “preparação” (WC), tendo mais atenção à higienização das mãos. Normalmente, a distribuição dos utentes é realizada de acordo com o sexo. Embora a solução viável deste problema passe por uma remodelação

estrutural, procurei realizar os procedimentos de forma a minimizar as possíveis complicações e a manter a privacidade dos utentes, garantindo a máxima segurança nos cuidados prestados.

Segundo o Manual de Prevenção de Infecções Nosocomiais (2005, p175), a triagem selectiva na origem e acondicionamento dos resíduos hospitalares leva a uma diminuição dos custos de tratamento, bem como a uma valorização das componentes recicláveis “contribuindo para uma protecção do ambiente hospitalar, ambiente em geral e da saúde pública.” Assim, a separação do lixo torna-se importante, mas, para tal, será necessária a existência dos respectivos depósitos. Por outro lado, existem locais com os respectivos depósitos, no entanto, a separação do lixo não se faz eficazmente. Constatei que, por exemplo, na Sala de Triagem não existe saco para depositar os resíduos do grupo III (Resíduos hospitalares de risco biológico), sendo colocadas, as tiras reagentes da avaliação da glicémia e a respectiva compressa no depósito do grupo II (Resíduos hospitalares não perigosos). Verifiquei, igualmente, que as Biobox não possuem data de início da utilização, uma vez que, sendo que de acordo com o Manual de Prevenção de Infecções Nosocomiais (2005), a sua permanência no serviço não deverá ser superior a quarenta e oito horas, nem exceder o limite de 80% de enchimento. Tais aspectos foram informados aos tutores de modo a serem melhorados, com a sugestão da colocação do respectivo depósito de lixo do grupo III e, se necessário, a realização de formação relacionada com a separação de resíduos. Nas restantes salas do SU e nos outros serviços, existe um empenho de toda a equipa para que a separação dos resíduos seja realizada de maneira correcta, bem como o uso seguro das bioboxs, contribuindo assim para a diminuição da ocorrência de acidentes.

Existem aspectos, como seja o caso da higienização das mãos, que embora já muito falados, não deixam de ser um tema pertinente para uma abordagem aos enfermeiros e assistentes operacionais, em razão das lacunas de informação existentes. De qualquer modo, nem sempre as condições físicas são as melhores para que a Solução Aquosa de Base Alcoólica (SABA) - fricção das mãos - ou a higienização seja utilizada correctamente. Nas Salas dos Verdes e Pequena Cirurgia não existem lavatórios das mãos, ficando este localizado entre ambas, uma vez que se preconiza uma zona de lavagem na antecâmara da Sala de Pequena Cirurgia. A mesma situação acontece na unidade aberta da UCIP e na Unidade de Nefrologia/Diálise que apresentam somente dois lavatórios, se bem que dispõem de diversos pontos com SABA. Os referidos condicionamentos levam a que a higienização das mãos ocorra menos frequentemente do que seria pretendido e que seja utilizada a SABA após utilização de luvas, potenciando a transmissão de microrganismos e infecções cruzadas. O acto de lavar as mãos é de fundamental importância para a prevenção e controle de infecções, devendo ser realizado quantas vezes quanto forem necessárias por todos os profissionais. É substancialmente imprescindível quando as mãos estão visivelmente sujas: contaminadas com urina, sangue, fezes ou secreções, antes e depois de comer e após a utilização da casa de banho (Direcção Geral Saúde, 2007; Dias e Bettencourt, 2009).

Na sequência de uma breve exposição, relativa a alguns aspectos susceptíveis de melhoria transversal aos diferentes estágios, ir-se-á realizar uma abordagem a alguns aspectos

específicos de cada estágio. Apresentarei nos parágrafos seguintes, uma abordagem concreta em relação a aspectos específicos.

Então, observei que alguns elementos da equipa da UCIP não utilizavam técnica asséptica aquando da aspiração de secreções, nem humidificação das secreções. Em utentes com TET ou com traqueostomia, a aspiração requer sempre utilização de uma técnica asséptica, não devendo esta ser um cuidado isolado para manter a permeabilidade da via aérea, devendo, por isso, associar-se uma correcta humidificação das secreções, utilizando-se SF estéril (Rodrigues e Morais, 2003). Assim sendo, no momento da aspiração de secreções tinha o cuidado de introduzir SF para fluidificar e facilitar a aspiração das secreções e de calçar, pelo menos, uma luva esterilizada na mão dominante, alertando os enfermeiros para o correcto procedimento, trabalhando no sentido de evitar complicações desnecessárias. Para além disso, será benéfico oxigenar (FiO<sub>2</sub> de 100% ou com o insuflador manual) antes e depois da aspiração (Rodrigues e Morais, 2003), realizar aspiração oral e nasal.

Em relação à Unidade de Nefrologia/Diálise, foram várias as situações identificadas.

A monitorização dos sinais vitais de pelo menos de uma em uma hora é transversal a todos os utentes, todavia, a temperatura axilar inicial era somente avaliada aos utentes que possuíam CVC ou em SOS, mas, devido à maior probabilidade de infecções (infecção respiratória, por exemplo) relacionada com a época do ano, optou-se por avaliar aos restantes.

Embora, a FAV seja considerada o acesso de eleição, a sua punção, bem como da prótese, provoca dor. Por isso, deveriam ser utilizados anestésicos locais, uma vez que a rotatividade dos locais de punção faz com que a cada picada haja sensibilidade e consequente dor. A aplicação de um anestésico local será o ideal, sendo os cremes tópicos uma escolha acertada, no entanto, têm a adversidade de terem de ser aplicados cerca de trinta minutos antes do procedimento (Thomas, 2002; Serrano e Pires, 2009). Tal prática, não é muito utilizada nesta Unidade, uma vez que terão de ser os utentes a comportar tal despesa e, segundo alguns utentes, não querem despende o pouco dinheiro que têm, suportando assim a dor da punção. Sugeriu-se a aplicação de anestésico spray (existente na Unidade) antes da punção, especialmente, nas primeiras punções ou em utentes que referenciam maior dor no procedimento.

Outra situação que se considera passível de melhoria é a identificação das seringas de heparina. A sua preparação é realizada antes de cada turno de HD, contribuindo assim para uma diminuição do tempo de espera após terminos da sessão. A sua identificação é realizada nos invólucros das seringas e, embora tenha o nome do utente e dosagem, podem ocorrer acidentes e consequentes enganar. Em conversa com o tutor, sugeri a aplicação de vinhetas vinhetas com a respectiva identificação, ao qual o tutor referiu que esta falha já tinha sido detectada e que a base de dados com essa informação se encontrava em fase de construção. Contudo, não se poderá descuidar a actualização informática da dosagem de heparina, a qual frequentemente sofre alteração.

Como o serviço de Nefrologia se encontra fisicamente separado da Unidade Nefrologia/Diálise, existe a necessidade de interacção entre as equipas. Exercendo funções no

serviço de Nefrologia, durante o estágio observei e, de acordo com a opinião de alguns colegas, a existência de algumas lacunas em ambos os serviços, que podem ser melhoradas para que a prestação de cuidados seja de excelência. Assim, existiu um esforço conjunto dos elementos das duas equipas para que estas pudessem ser suprimidas:

- A Unidade de Nefrologia/Diálise deve avisar no dia anterior quais os utentes internados que irão realizar HD. Assim, o utente fica atempadamente higienizado, a medicação fica preparada e será o primeiro a tomar o pequeno-almoço. Quando o utente é independente estes cuidados estão facilitados, contudo, quando são dependentes demora-se mais tempo, o que acaba por atrasar o início do tratamento. As falhas cometidas na preparação serão menos propícias.

- Os pedidos de colheita de espécimes para análise (pré e pós HD ou para realizar no internamento) devem ficar visíveis nos processos, não colocando a requisição na contra capa do processo, mas com uma “ponta” fora do processo, realizando um aviso aquando do contacto telefónico.

- Realizar transmissão oral (para além dos registos informáticos ou na folha de registo da HD) da informação mais pertinente relacionada com o utente como, por exemplo, complicações ocorridas durante a sessão dialítica ou no internamento, quer quando vai realizar HD, quer quando retoma ao serviço, para que se possa realizar uma vigilância mais apertada, evitando consequências mais graves.

Embora os procedimentos e o rácio enfermeiro/utente no serviço de internamento sejam diferentes dos da Unidade de Nefrologia/Diálise, as equipas empenham-se para que a relação entre serviços seja a melhor possível e para que o utente usufrua disso. Tal situação pode-se verificar, por exemplo, no esforço apresentado pela equipa do internamento quando um utente não programado é chamado para a HD, agindo-se de modo a que ele chegue o mais rápido possível. Alguns enfermeiros do internamento gostariam mesmo de conhecer a realidade da Unidade de Nefrologia/Diálise, realizando um pequeno estágio de observação, podendo contribuir de forma mais significativa para melhoria dos cuidados aos utentes e da relação entre as equipas.

A investigação em enfermagem, embora, por vezes, um pouco descurada, permite uma melhoria da qualidade dos cuidados, e por, inerência, aumento da qualidade de vida dos utentes. Estas experiências ajudaram-me a aperfeiçoar o meu desempenho técnico-científico e relacional, adquirindo competências de destreza, dinamização, planificação e tomada de decisão bem como capacidade de reagir perante situações complexas e imprevistas.

### • **OBJECTIVO GERAL III**

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

A partilha de conhecimentos torna-se importante e necessária no âmbito de qualquer profissão. Collière (1989, p.260) afirma que “é necessário que os conhecimentos utilizados por uma profissão constituíam um património, que gerem outros conhecimentos e sirvam de alicerces permanentes a toda uma evolução profissional.”

A formação em serviço, como modalidade privilegiada de formação contínua, foi normalizada através do decreto-lei nº 437/92 de 8 de Novembro, o qual expressa que a natureza da profissão de enfermagem e as características do seu exercício confluem no dever de privilegiar a formação em serviço, como forma de manter actualizados os profissionais, de aprofundar e desenvolver os conhecimentos adquiridos nos cursos básicos e de pós-licenciatura, prevendo-se nesta carreira mecanismos que favoreçam e permitam concretizar este tipo de formação contínua. Nesta ordem de ideias, Collière (1989) assegura que a formação inicial e a formação permanente desempenham um papel fundamental na evolução dos cuidados de enfermagem, gerindo condutas, comportamentos e atitudes.

A formação em serviço é uma área na qual se deve investir, para que as acções de formação não sobrevenham à margem dos problemas reais dos serviços. A produção de saber em enfermagem demanda destes profissionais, uma interrogação constante das práticas, confronto de ideias e debate aliados à acção, permitindo a reflexão sobre a prática, contextualizada e significativa (Carvalho e outros, 2006). Naturalmente, a enfermagem não é excepção. Os conhecimentos devem ser partilhados e as experiências reflectidas, entre os enfermeiros e a restante equipa (médicos e assistentes operacionais), sem descurar a transmissão de informação e conhecimentos ao próprio utente e família. Só com base nessa prática concertada de acções se poderá praticar com rigor a educação para a saúde, promovendo uma relação terapêutica proficiente. O planeamento das acções de formação deve ter sempre em conta as necessidades formativas dos locais de trabalho e dos profissionais, o nível de competências existentes e as que se pretendem alcançar.

Assim sendo, no SU, em colaboração com o enfermeiro responsável pela formação em serviço, achou-se pertinente realizar a acção de formação: “Comunicação no SU, cooperação e trabalho e equipa” (Anexo I). Os destinatários seriam os assistentes operacionais, dada a permanente necessidade de comunicar, entre si e com a restante equipa multidisciplinar e, especialmente, com os utentes e seus familiares. Como refere Phaneuf (2005, p.23), “a comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo sentimento verbal e não

verbal (...)", ou seja, é impossível não comunicar. Torna-se essencial uma comunicação eficaz dentro da equipa, bem como um trabalho em equipa para cuidados de excelência. Assim, em colaboração com duas colegas do curso de EMC, surgiu esta formação. Cada uma de nós abordou uma parte do tema, cabendo-me a mim falar sobre a comunicação. Esta formação repetiu-se em dois dias diferentes, facto justificado pelo impedimento de estarem todos em simultâneo. Houve interesse e muita participação por parte dos assistentes operacionais, os quais colocaram dúvidas e expressaram experiências do serviço, que foram debatidas e aproveitadas rumo aos objectivos da iniciativa. O acto formativo foi aceite e motivou os participantes que referiram que formações como esta deveriam acontecer mais vezes. Neste seguimento surgiram dois posters intitulados: "Para um bom dia de trabalho" e "Comportamento gera comportamento" (Anexo II) que foram afixados em locais estratégicos de visualização do SU (copa e sala de reuniões), com o intuito de mudar comportamentos e atitudes.

Uma outra acção de formação promovida no serviço foi "Hemorragia Digestiva Alta (HDA): Cuidados de Enfermagem" (Anexo III). Os destinatários foram os enfermeiros. A HDA é uma causa frequente de ida ao SU. Teixeira (2009, p.287) refere mesmo que "é uma condição médica frequente, que resulta em alta morbidade e mortalidade." Os cuidados de enfermagem nesta patologia são imprescindíveis, pois incidem na abordagem inicial do utente envolvendo "avaliação dos parâmetros hemodinâmicos e ressuscitação volémica." Trabalhando no serviço de Gastroenterologia, presto cuidados ao utente já estabilizado, no entanto, isso não seria possível se a equipa do SU não actuasse correctamente. Não existe consenso de actuação perante os cuidados HDA activa, uma vez que cada vez há mais estudos com conclusões dispares.

A administração de hemoderivados no SU é também frequente e muitos utentes vão ao SU com indicação médica para realizar hemotransfusão, tendo, entretanto, alta. Num turno da tarde, em que me encontrava a prestar cuidados na "sala aberta", realizaram-se seis transfusões sanguíneas. Constatei que a norma de administração de sangue e hemoderivados, relativamente recente no serviço, não é totalmente cumprida, podendo, assim, ocorrer situações indesejáveis. Verifiquei que, por vezes, não são avaliados os sinais vitais nos momentos previstos, não é substituído o sistema entre as unidades a transfundir e, a administração acontece sob pouca vigilância. Na verdade, a estrutura física do serviço não ajuda, pois não existe um local aberto disponível para observação do utente, a não ser a UDC ou o SO, porém, quase sempre lotados. O número de pessoas que ocorre ao serviço é imenso e os recursos humanos não serão os suficientes. A propósito, sempre que procedia a uma transfusão, o utente ficava na sala aberta, para assim poder observar os sinais e sintomas apresentados e para facilitar a reavaliação dos sinais vitais, informando os enfermeiros neste sentido. Então, achei necessário reforçar os conhecimentos dos enfermeiros (realizado de acordo com as normas de enfermagem sobre hemoterapia do serviço de Imuno-Hemoterapia) para estes adoptarem práticas mais correctas perante a administração de sangue e hemoderivados, prevenindo a ocorrência de situações inesperadas (erros, reacções adversas,

contaminação). Como o papel do enfermeiro se torna tão essencial, foi realizado um poster “Hemoterapia: Cuidados de Enfermagem” (Anexo IV) e o tema aprofundado no artigo científico “Cuidar na Hemoterapia” (Anexo V).

Com o decorrer do estágio na UCIP e, em colaboração com o Enfermeiro Chefe, verificou-se que existiam algumas lacunas no que concerne ao respeito dos Direitos dos Utentes Internados. Os utentes não deverão ser considerados apenas do ponto de vista da sua patologia, deficiência ou idade, mas, com todo o respeito devido à sua dignidade humana. Deste modo, as instituições e os profissionais devem zelar pela boa aplicação das regras de deontologia profissional e assegurar que os utentes têm a possibilidade de fazer valer os seus direitos e afirmar a sua primazia como Pessoa, não esquecendo os seus deveres (Carta dos direitos do utente internado). Por conseguinte, decidiu-se a realização de uma acção de formação intitulada “Direitos e Deveres dos Utentes Internados” (Anexo VI) para as assistentes operacionais, a qual decorreu da melhor forma. Houve participação activa das assistentes operacionais e do Enfermeiro Chefe. Durante a formação também se tentou encontrar uma forma de identificação dos elementos da equipa, uma vez que a farda é igual à dos enfermeiros, bem como encontrar um método que permitisse manter a privacidade dos utentes.

Para além da acção formação, foi também realizado um estudo de caso: Status pós colecistectomia e pneumonia de aspiração (Anexo VII), relativo a um utente internado na UCIP, com diagnóstico de status pós colecistectomia por colecistite gangrenar e pneumonia de aspiração, apresentando ventilação mecânica invasiva, necessitando de cuidados especializados e peritos, enriquecendo os meus conhecimentos na área do utente crítico e na realização de trabalhos académicos e de investigação.

Sendo as equipas multidisciplinares e, sabendo que, por vezes, os enfermeiros deixam cair em esquecimento a necessidade de formação aos assistentes operacionais, durante o estágio na Unidade de Nefrologia/Diálise achou-se pertinente realizar uma acção de formação: “Gestão de stock: contributo do Assistente Operacional na Unidade de Nefrologia/Diálise”, relacionada com a gestão de stock e o seu contributo, abordando temas relacionados com a recepção e armazenamento do material esterilizado e não estéril, monitorização de consumíveis, rotatividade do stock, transporte do material e higienização do stock (Anexo VIII). Ao longo do estágio verificaram-se algumas lacunas, por exemplo, na altura das prateleiras do stock, a sua higienização, que após a formação foram visivelmente colmatadas. Esta foi interactiva e, segundo as assistentes operacionais e o Enfermeiro Coordenador, muito pertinente, contribuindo, aliás, para a aquisição de competências relacionadas com a gestão de material.

A participação na realização de plasmaférese a um utente que apresentava como patologia de base a Esclerose Múltipla, contribuiu para aumentar o leque dos meus conhecimentos, tanto a nível teórico sobre a patologia, como associada à técnica em si e os cuidados específicos inerentes. Sendo raramente realizada, atendendo aos cuidados

necessários tão específicos e ao resultado produzido no utente, decidiu-se a realização de um estudo de caso intitulado “A plasmaférese como tratamento da Esclerose múltipla” (Anexo IX).

A realização das formações e dos restantes meios de transmissão de informação foram muito gratificantes. Permitiram um aprofundar dos conhecimentos relacionados com os temas abordados e a sua partilha com os elementos da equipa multidisciplinar, os utentes e a família, contribuindo para a melhoria da prestação de cuidados. Os momentos de formação apelam à capacidade de imaginação e de criatividade, sobressaindo competências essencialmente pedagógicas.

Os utentes necessitam de cuidados de excelência dirigidos para os problemas fitopatológicos e para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam, infinitamente, interligados à doença física. Benner e outros, citados por Queirós (2007), acrescentam que as competências de envolvimento com os utentes e as famílias são centrais quando se ganha perícia profissional, porque a promoção do bem-estar de pessoas que estão vulneráveis requer tanta atenção sobre a situação ou problema como as capacidades existenciais de envolvimento pessoal.

Os cuidados prestados ao utente e o seu bem-estar são os nossos objectivos principais, no entanto, o tratamento não chega. Será necessário actuar na prevenção, praticando a educação para a saúde, quer ao utente, quer à sua família. Assim, durante a prestação de cuidados, tinha a preocupação de criar uma atitude terapêutica, realizando ensinamentos aos utentes e à família para que eles se tornassem mais independentes, estimulando as suas capacidades de cuidados autónomos durante o internamento e aquando da alta.

Collière (1989, p.152) afirma que a relação interpessoal enfermeiro – utente/família “é fonte de informação para discernir a necessidade de cuidados não técnicos, avaliando a ajuda a prestar, enquanto contribui também para revitalizar os cuidados técnicos e para facilitar a sua compreensão ou mesmo a sua aceitação.”

A maioria dos utentes que dá entrada no SU, que se encontram internados na UCIP ou a realizar tratamento de substituição renal, são idosos, havendo a necessidade de expor a sua situação detalhadamente. Por vezes, acabam por esmiuçar demasiado e contar a vida, pois, não têm mais ninguém com quem o partilhar. Acabam por ficar muito agradecidos ao reconhecerem que existe um enfermeiro que lhes dedica tempo e concede atenção. Torna-se, em resultado disso, muito gratificante ouvir dos utentes um agradecimento acarinhado, um sorriso sincero. Sabiamente, através desta conversa podem-se detectar problemas reais ou potenciais que podem ser retardados ou mesmo eliminados.

Quando um utente recorre ao SU, os familiares querem saber desenfadadamente informações sobre o seu estado e manifestam grande ansiedade e preocupação. Quando o utente é considerado crítico e é encaminhado para a Sala de Reanimação a preocupação dos familiares é exponencialmente maior, quer na sequência do seu destino, quer pelas limitações do seu acompanhamento. Por norma, os utentes na Sala de Reanimação, mesmo após estarem mais estabilizados, não recebem a visita de familiares e a informação transmitida aos

familiares torna-se escassa, sendo necessário haver um ambiente de serenidade e confiança extrema entre os familiares e os profissionais de saúde.

Para colmatar esta lacuna à qual estou, naturalmente, sensível, pedi autorização ao enfermeiro responsável pela reanimação para que, sempre que fosse possível, o familiar entrasse. As vantagens passam pelo aspecto psicoafectivo e podem assumir especial importância na transmissão de dados importantes para a prestação de cuidados e de tratamentos ao utente. Acredito que demonstrei deste modo conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação na interação com o utente e família, relacionando-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Bastará um elemento da família estar internado para existirem alterações no seio familiar e a hospitalização em UCIP agrava, consideravelmente, essa situação. Os familiares muitas vezes apresentam solidão, ansiedade, depressão e sofrimento agravados pelo desconhecido e pelo prognóstico reservado (Alves, 2010). Os enfermeiros são o elo de ligação entre estas duas partes (utente e família) favorecendo a criação de uma relação terapêutica, apaziguadora e tranquilizante para os familiares. Como norma de internamento de um utente na UCIP, logo que possível, é solicitado o contacto de uma pessoa de referência, para visitar e acompanhar o utente, envolvendo, simultaneamente, familiares no processo de doença. Apesar de os períodos de contacto com os familiares serem breves, devido ao horário restrito das visitas, tive oportunidade de estabelecer uma relação empática com a família, promovendo a sua participação, com o utente sempre que possível e na tomada de decisões sobre os cuidados e tratamentos a efectuar.

Juntamente com as colegas de estágio, achou-se pertinente desmistificar a imagem de como o utente da UCIP é visto – e, citando os familiares, “ligado a máquinas”. Neste sentido, foram realizados um panfleto “Unidade do utente” (Anexo X) e um poster “Unidade do utente na UCIP” (Anexo XI) em que se apresenta a unidade do utente, explicando a necessidade e funcionalidade de cada aparelho, contribuindo assim para a diminuição da ansiedade e da angústia dos familiares.

O diagnóstico de IRC é um factor de ruptura, de perdas e de intensa desorganização psicológica (Barros e outros, 2006) e, quando se toma consciência da gravidade e irreversibilidade da doença, pode passar por algumas das seguintes etapas: negação, revolta, barganha, depressão e aceitação. O utente com patologia renal não deve ser considerado um “utente difícil”, mas um utente com características especiais, que hoje, especialmente, pertence a um grupo etário de idade mais avançada. Sabe-se que este utente ficará dependente da técnica de substituição renal para o resto da sua vida, salvo se for transplantado, o que leva a que a equipa de diálise (clínica ou hospital) faça parte do seu campo vital. Deste modo, o cuidar deve ser considerado um fim em si próprio pois não um meio para atingir a cura, pois aí o cuidar deixaria de ter significado, uma vez que a cura não é possível (Hesbeen, 2000).

A equipa multidisciplinar da Unidade de Nefrologia/Diálise fazem parte da sua “família” e, os enfermeiros são os profissionais com que contactam durante mais tempo, conversando acerca dos seus sentimentos, problemas, receios, alegria. Enfim, sobre a sua vida. Assim, para

além dos conhecimentos das técnicas de comunicação, é necessário desenvolver competências no domínio da relação de ajuda (presença, não julgamento, escuta, empatia, respeito) e de uma observação cuidada, sendo este o primeiro passo para o estabelecimento de uma relação terapêutica, interpessoal, individualizada e humanizada. É fundamental adoptar estratégias que levem os utentes à adesão terapêutica. Por vezes, é necessário realizar um grande esforço e perícia.

Acredito que demonstrei, deste modo, conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e interacção com o utente e a família, obtendo deles uma relação de confiança. Estou certa de que o facto de ser aluna e simultaneamente enfermeira, tenha favorecido grandemente a minha prestação, a proficiência da minha aprendizagem e a amplificação de conhecimentos profissionais e de relacionamento humano.



## 2- CONCLUSÃO

Finda à apresentação de todo o meu percurso de aprendizagem no presente relatório, importa agora realizar uma recapitulação e uma análise crítica dos principais aspectos referenciados e, dos quais, decorreram repercussões evolutivas, na minha formação pessoal e profissional. Decorrente do acto formativo enunciado, decorrerão, certamente, progressos no meu desempenho laboral. Contudo, também experimentei algumas dificuldades, nomeadamente o tempo, ou melhor, a sua escassez, a par e passo com o cansaço físico, que com a vontade de aprender e a necessidade da busca de conhecimentos mais articulados que permitam a melhoria dos cuidados, fui superando.

A selecção que efectuei relativa aos locais de estágio (SU, UCIP, Unidade de Nefrologia/Diálise) decorre, por um lado, do meu percurso profissional e, por outro lado, da minha situação profissional actual. A propósito, realizo, com frequência, a admissão de utentes provenientes do SU e, muitas vezes, de utentes transferidos da UCIP ou que, em situações mais críticas, necessitam de ser internados nos cuidados intensivos. Muitos dos utentes em execução de técnicas de substituição renal na Unidade de Nefrologia/Diálise encontram-se internados no serviço onde presto cuidados, sendo a Nefrologia uma das especialidades médicas existentes.

As equipas multidisciplinares dos campos de estágios realizados mostraram-se, continuamente disponíveis e receptivas à minha presença, criando-se, assim, um ambiente propício para uma excelente integração e desenvolvimento profissional. Tal ambiente contribui também para uma melhor prestação de cuidados, fruto da cooperação, colaboração existentes e do trabalho em equipa, o que beneficia os profissionais e, especialmente os utentes.

A utilização dos sistemas informáticos (Alert<sup>®</sup> e Glintt) contribuiu adequadamente para a prestação de cuidados de forma contínua e com qualidade, uma vez que os registos servem como linha condutora dos mesmos. O facto de ter acesso diário ao Glintt, tornou-se uma mais-valia, sentindo um à vontade suficiente para “ajudar” a equipa da Unidade de Nefrologia/Diálise na sua utilização e elucidar a equipa da UCIP da sua manipulação, seus benefícios e alguns pontos que mereciam melhoria.

A gestão, marca extrema relevância, dada a adjacente qualidade e segurança dos cuidados de saúde, uma vez que pude observar que a inexistência de meios, quer materiais quer humanos, coloca em risco os cuidados e muitas vezes a vida dos utentes. O acompanhamento dos enfermeiros responsáveis pela gestão dos vários serviços, permitiu-me potenciar competências de gestão de recursos humanos, materiais e de cuidados. Tais

experiências traduzem-se, sempre que possível, na participação da gestão do serviço onde exerço funções, colaborando principalmente na gestão de recursos materiais.

A distribuição dos utentes na UCIP, atendendo ao que se denomina de “enfermeiro de referência” permitiu-me uma melhor gestão dos cuidados, uma vez que pude implementar o processo de enfermagem de forma plena e responsabilizando-me pelos cuidados de modo global e totalitário, embora sempre com supervisão do enfermeiro tutor. No SU e na Unidade de Nefrologia/Diálise a distribuição dos utentes não era realizada da mesma feição já que a especificidade dos cuidados não o permite.

Sendo os serviços locais de passagem, existe a necessidade de encaminhamento dos utentes, para (outro) internamento ou para a alta. Ao longo dos estágios participei na transferência de utentes em estado crítico (especialmente na UIP), bem como o acompanhamento à realização de exames complementares de diagnóstico. Quando estes eram transferidos para outros serviços planeava correcta e atempadamente a sua transferência – realizando carta de transferência e transmissão de informação pertinente – de acordo com as suas necessidades e do serviço que os iria acolher. Assim, poderei dizer que contribui para uma melhoria de continuidade dos cuidados, adquirindo competências necessárias para a realização de transferência e transporte de utentes em estado crítico.

As situações susceptíveis de melhoria encontradas nos diversos serviços, bem como as possíveis soluções, foram igualmente um contributo para o aperfeiçoamento dos cuidados, para a promoção da segurança, evitando assim a ocorrência de erros, acidentes e mesmo a prevenção de infeções.

A minha postura ajustada e a comunicação assertiva face ao utente e à família permitiram estabelecer uma relação terapêutica que favoreceu o planejar de uma estratégia de intervenção contínua mais adequada e verdadeiramente centrada nas partes humanas enunciadas. As situações de urgência ou aquelas em que o utente se encontra em estado crítico, são momentos de significativa manifestação de ansiedade e fragilidade, quer para o utente, quer para os familiares, decorrendo a necessidade de, os profissionais de saúde, concederem apoio. Devido à carência de informação e de conhecimentos sobre as diferentes salas do SU e da UCIP, suas finalidades, o tipo de atendimento prestado e as rotinas, além do isolamento social e do temor da morte, percebe-se, nos utentes e familiares, incontestada insegurança e debilidade. Os utentes a executarem tratamento dialítico, por princípio, não são acompanhados pelos familiares, salvo situações pontuais, como a consulta de DP, de pré-diálise ou necessidade de ajuste terapêutico. No âmbito das situações pontuais citadas, tive oportunidade de interagir e criar uma atitude relacional com o binómio utente e família. Durante a HD, a relação estabelecida e a atitude de confiança encontraram-se favorecidas, pelo facto de ser profissional conhecida por grande parte dos utentes, por motivo de internamento.

Procurei conhecer sempre as crenças, ideais e valores dos utentes e familiares, desenvolvendo competências para prestar cuidados éticos e deontologicamente íntegros e correctos. Expandi, também, competências relacionais, crescendo como pessoa e profissional.

A aquisição de competências relacionadas com a formação foi uma mais-valia decorrente dos estágios, pois, constituiu ferramenta indispensável para o aprofundar de conhecimentos e melhoria dos cuidados. Assim, demonstrei capacidade para realizar formação de acordo com as necessidades formativas existentes, contribui para o aperfeiçoamento dos cuidados. Poderei considerar que as formações realizadas foram de encontro às carências dos serviços e que contribuíram para a alteração de comportamentos e atitudes de forma positiva, culminando numa melhor resposta às necessidades humanas.

A prestação de cuidados diferenciados, adequados à situação e procedimentos a realizar, implica cuidados altamente diferenciados e qualificados. Esta situação pode-se verificar nas competências técnicas e científicas alcançadas, relacionadas com a especificidade dos diferentes estágios:

- **Serviço de Urgência**: no SU de qualquer Instituição, o enfermeiro é um elemento central nas várias áreas da prestação de cuidados, desde a Triagem à Reanimação, à Sala de Observações, entre outras. No percurso pelo SU, adquiri competências necessárias para defrontar qualquer situação de urgência e emergência, especialmente, quanto à identificação precoce de sinais de gravidade e implementação de medidas de prevenção de complicações;

- **Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente**: a necessidade de vigilância contínua e a interpretação de alterações de sinais e sintomas clínicos dos utentes em estado crítico possibilitou-me um conhecimento técnico e científico especializado na promoção da sua assistência, fundamentado em tecnologias de alta complexidade. Contribuiu, ainda, para a construção e estruturação de um pensamento crítico e ágil, tendo sido imprescindível a atitude de auto-confiança;

- **Unidade de Nefrologia/Diálise**: adquiri conhecimentos técnicos e científicos no tratamento dos utentes com patologia renal, em HD ou DP, realizando tal procedimento com autonomia e destreza. A colaboração em procedimentos realizados na sala de acessos, nomeadamente, colocação de CVC, esteve, também, iminente. Contudo, percebi que nesta Unidade, apliquei mais do que conhecimentos técnicos e científicos, tendo necessidade de contribuir, em muito, com as minhas competências relacionais colmatando assim uma das necessidades da maioria dos utentes.

A aquisição de conhecimentos e competências ocorre ao longo de toda a vida, quer a nível pessoal, quer profissional. Todos os dias se ensina. Todos os dias se aprende. Todos os dias existem resultados de novos estudos... o mundo está em constante mudança e nós temos de nos adaptar a ele. No caso de enfermagem, o mesmo se sucede, para podermos prestar cuidados mais diferenciados e proporcionarmos bem-estar aos utentes, temos de adquirir competências e aspirar à perfeição.

Ao reflectir sobre as experiências vividas e interligando-as com o meu crescimento pessoal e profissional, concluo que os estágios, pela sua especificidade e complementaridade, contribuíram de forma clara e objectiva, para o enriquecimento dos meus conhecimentos, para a consolidação de competências - técnicas, científicas e relacionais – havendo, com certeza, um aperfeiçoamento profissional.



### 3- BIBLIOGRAFIA

- Alert® consultado 18 de Junho de 2010, disponível em <http://www.alert.pt/company>.
- Alves, P. – Módulo Cuidados Intensivos. Viseu: Instituto de Ciências da Saúde. Mestrado de Enfermagem, Ano Lectivo 2009/2010.
- Barata, J. – Técnicas de unipunção, in Manual de hemodiálise. Lisboa: Clínica das doenças renais, 1997. p. 105-112.
- Barros, E.; Manfro, R.; Thomé, F.; Gonçalves, L – Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento. 3ª ed. São Paulo: Artmed, 2006. 619 p. ISBN 85-363-0557-6.
- Carta dos Direitos dos Utentes Internados. Consultado a 11 de Novembro de 2010, disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>.
- Carvalho, A. e outros. *Educação para a saúde : Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures : Lusociência, 2006.
- Center of Disease Control.Guidelines. 2002. Consultado a 02 de Fevereiro de 2011, disponível em <http://www.cdc.gov/>.
- Código deontológico, inserido no estatuto da ordem dos enfermeiros republicado como anexo pela lei nº111/2009 de 16 de Setembro. Consultado a 23 de Janeiro de 2011, disponível em <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1947/3/CodigoDeontologico.pdf>.
- Collière, M. – Promover a vida : da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa : Lidel Edições Técnicas, 1989. 385 p. ISBN 972-95420-0-7.
- Costa, J. (s.d.) – Métodos de prestação de cuidados. Consultado a 15 de Outubro de 2010, disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>.
- Cruz, A. e outros – O método individual de trabalho e suas implicações, in Sinais Vitais, nº43, Julho, 2002. p. 25-29. ISSN 0872-8844.
- Daugirdas, J., Blake, P.; Ing, T. – Manual de Diálise. 3ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2003. 714 p. ISBN 85-7199-312-2.
- Decreto-lei nº 437/92 de 8 de Novembro. Consultado a 16 de Abril 2010, disponível em [http://www.igf.min-financas.pt/inflegal/bd\\_igf/bd\\_legis\\_geral/Leg\\_geral\\_docs/DL\\_437\\_91.htm](http://www.igf.min-financas.pt/inflegal/bd_igf/bd_legis_geral/Leg_geral_docs/DL_437_91.htm).

- Dias, L.; Bettencourt, M. – A importância da higienização das mãos no controle das infecções nasocomiais, in *Sinais Vitais*, nº83, Março, 2009. p. 28-30. ISSN 0872-8844.
- Direcção Geral Saúde - Programa nacional de prevenção e controlo das infecções relacionadas com os cuidados de saúde, 2007. Consulta a 13 de Maio de 2010, disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/PNCI-2007.pdf>
- Fermi, M. – Manual de diálise para enfermagem. Rio de Janeiro : Medsi, 2003. 123p. ISBN 85-7199-310-6.
- Franco, J. – Orientação de alunos em ensino clínico de enfermagem : problemáticas específicas e perspectivas de actuação, in *Investigação em Enfermagem*, nº1, Fevereiro, 2000. p. 32-49. ISSN 0874-7695.
- Frederico, M. e Leitão, M. - Princípios de Administração para Enfermeiros. Edições Sinais Vitais, Coimbra, 2009. 194 p. ISBN 972-8485-09-3.
- Grupo Português de Triagem – Triagem de Prioridades na Urgências : sistemas de Manchester. Consultado a 09 de Maio de 2010, disponível em <http://pt.scribd.com/doc/23680912/Documento-explicativo-Triagem-Manchester>.
- Guerra, A. – Plasmaférese, in *Manual de hemodiálise*. Lisboa : Clínica das doenças renais, 1997. p. 241-250.
- Hesbeen, W. – Cuidar no Hospital : Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures : Lusociência, 2000. 201 p. ISBN 972-8383-11-8.
- Lacerda, C. – Estabelecimento do circuito extra-corporal, in *Manual de hemodiálise*. Lisboa : Clínica das doenças renais, 1997. p. 93-98.
- Leal, M. – Acidentes hemolíticos, in *Manual de hemodiálise*. Lisboa : Clínica das doenças renais, 1997. p. 133-136.
- Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro - Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Consultado a 26 de Janeiro de 2011, disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei\\_111-09\\_16\\_Setembro\\_EstatutoOE.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16_Setembro_EstatutoOE.pdf)
- Loureiro, C; Barreto, J; André, M; Lopes, R. – Integração e orientação dos Enfermeiros, in *Informar*, nº27, Janeiro/Abril, 2002. p. 16-22.
- Malhadas, H. – Consulta de enfermagem e ensino ao utente, in *Nursing*, nº195, Janeiro, 2005. p. 41-43.

- Manual de Boas Práticas de Hemodiálise - Despacho n.º 14.391/2001 (D.R. n.º 158, II Série), do Gabinete da Ministra – Ministério da Saúde. Consultado a 13 de Fevereiro 2011, disponível em [http://www.spnefro.pt/noticias/PDFs/2006\\_noticia\\_02\\_anexo\\_II.pdf](http://www.spnefro.pt/noticias/PDFs/2006_noticia_02_anexo_II.pdf).
- Manual de Prevenção de Infecções Nosocomiais. 3ª ed. Viseu, 2005.
- Melo, E.; Patrício, J.; Borges, T. – Vigilância epidemiológica na UCIP 2009. Viseu : Boletim informativo nº57/10 de 20/07/2010. p. 599-614. Hospital São Teotónio, E.P.E.
- Mendonça, S. – Competências Profissionais dos Enfermeiros : A Excelência do Cuidar. Lisboa: Editorial Novembro, 2009. 164 p. ISBN 978-989-8136-34-3.
- NKF-DOQI – Clinical Practice Guidelines for Hemodialysis Adequacy. New York : National Kidney Foundation, 1997. Consultado a 03 de Outubro de 2010, disponível em [http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines\\_commentaries.cfm](http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_commentaries.cfm).
- Nunes, L. – Olhar no sentido do futuro : do que temos ao que queremos – na encruzilhada do presente. Consultado a 15 de Março de 2011, disponível em [http://www.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per\\_esp\\_dia\\_enf.pdf](http://www.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_esp_dia_enf.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros – Código Deontológico do enfermeiro : anotações e comentários. Artigo 78º. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2003.
- Ordem dos Enfermeiros – Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro), 2009. Consultada a 26 de Janeiro de 2011 disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Phaneuf, M. – Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures : Lusociência, 2005. 633 p. ISBN 972-8383-84-3.
- Pires, A. - Ética e Cuidar em Enfermagem, in Sinais Vitais, nº 72, Setembro, 2008, consultada a 15 Dezembro de 2010, disponível em [http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3419:etica-e-cuidar-em-enfermagem&catid=186](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3419:etica-e-cuidar-em-enfermagem&catid=186):
- Queirós, A. – As competências dos profissionais de Enfermagem : como as afirmar e desenvolver. 2007. Consultada em 21 de Julho de 2010, disponível em [http://forumenfermagem.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2770:as-competencias-dos-profissionais-de-enfermagem-como-as-afirmar-e-as-desenvolver&catid=147](http://forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2770:as-competencias-dos-profissionais-de-enfermagem-como-as-afirmar-e-as-desenvolver&catid=147).
- Ramos, A. – Patologia decorrente da técnica de hemodiálise, in Manual de hemodiálise. Lisboa: Clínica das doenças renais, 1997. p. 123-132.

- Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, 2010. Consultado a 04 de Outubro 2010, disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf).
- Regulamento do exercício profissional do enfermeiro, 1998. Consultado a 01 de Junho 2010, disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/Legislacao\\_Enfermagem/REPE.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/Legislacao_Enfermagem/REPE.pdf).
- Ribeiro, F. – A competência e o aperfeiçoamento profissional : na senda da excelência na prática de enfermagem, in Nursing, nº232, Abril, 2008. p. 14-18. ISSN 0871-5196.
- Rodrigues, A.; Morais, I. – Aspiração de secreções em utentes com tubo endotraqueal ou tubo de traqueostomia, in Nursing, nº175, Março, 2003. p. 16-19. ISSN 0871-6196.
- Serrano, C.; Pires, P. – O enfermeiro numa Unidade de hemodiálise, in Sinais Vitais, nº82, Janeiro, 2009. p. 13-219. ISSN 0872-8844.
- Soares, C.; Ochiro, E.; Sannomiya, N. – Relação da temperatura da solução de diálise e a hipotensão arterial sintomática observada durante sessões de hemodiálise em utentes com insuficiência renal crónica, in Revista da Escola de Enfermagem da USP, volume 35, Dezembro, 2001. p. 346-352. ISSN 0080-6234.
- Teixeira, J. – Unidade de emergência : condutas em medicina de urgência. São Paulo : Atheneu, 2009. ISBN 978-85-338-0022-4.
- Telles, J. – Comissão de Bioética Hospitalar : um novo paradigma para a tomada de decisões em saúde, in Bioética e enfermagem : controvérsias, desafios e conquistas. Rio de Janeiro: Rubio, 2007. p. 141-150.
- Thomas, N. - Enfermagem em nefrologia. 2ª ed. Loures : Lusociência, 2002. 489 p. ISBN 972-8383-85-1.
- Urden, L; Stacy, K; Lough, M. – Enfermagem de Cuidados Intensivos : diagnóstico e intervenção. 5ª ed. Loures : Lusodidacta, 2008. 1265 p. ISBN 978-989-8075-08-6.

# ANEXOS

## **ANEXO I**

Acção de formação:

“Comunicação no Serviço de Urgência, cooperação e trabalho em equipa”

## PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

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



# COMUNICAÇÃO NO SU, COOPERAÇÃO E TRABALHO EM EQUIPA

Enf. Anabela Antunes  
Enf. Helena do Rosário  
Enf. Alexandra Santos \*  
Enf. Cláudia Madeira \*  
Enf. Paula Moreis \*

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

Comunicar...

“Comunicare”

“Por em Comum”

“Entrar em relação com...”



**PODEMOS NÃO  
COMUNICAR???**

**NÃO.....**



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

**A COMUNICAÇÃO ENVOLVE:**

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

## COMUNICAÇÃO PESSOAL E INTER PESSOAL

### MODOS DE COMUNICAÇÃO:

#### ❖ Verbal

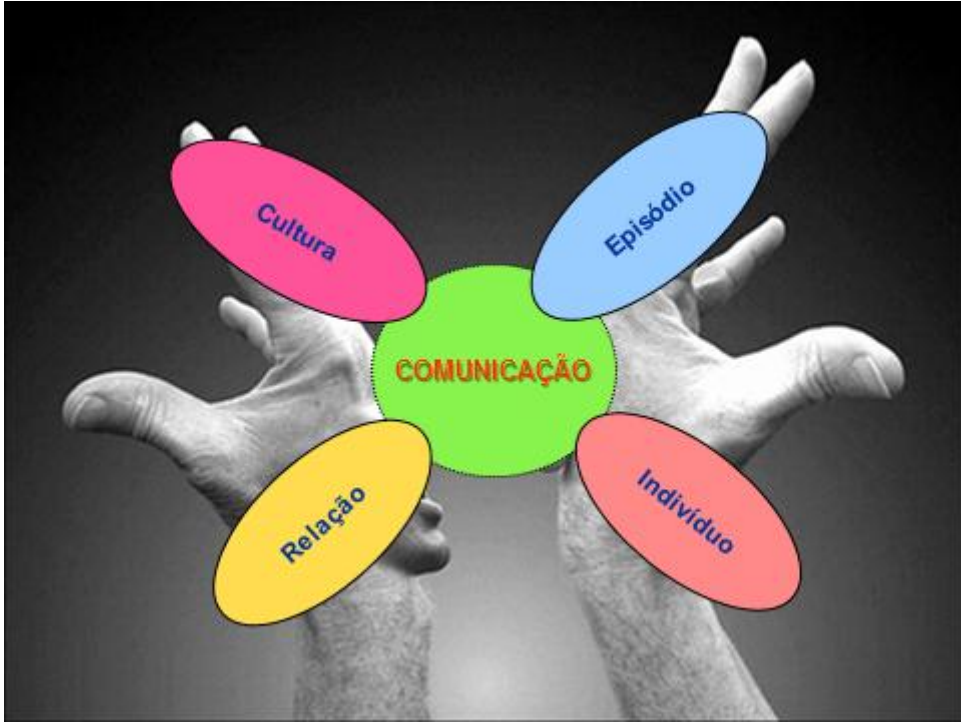
Oral – informar, entrevistar, instruir.

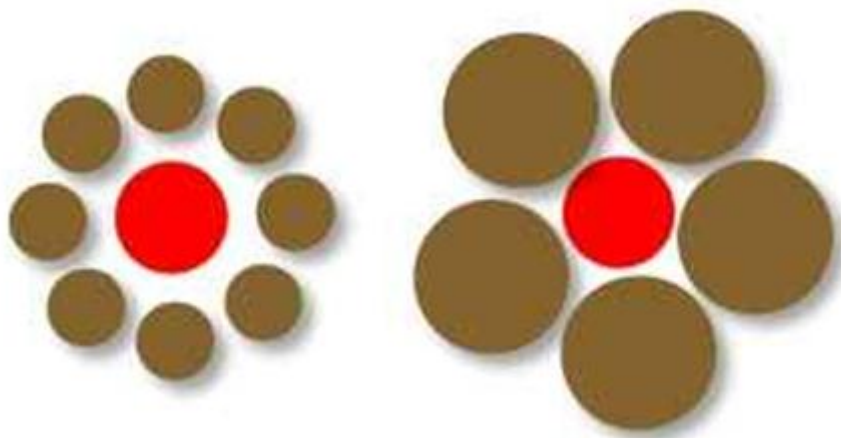
Escrita – relatórios.

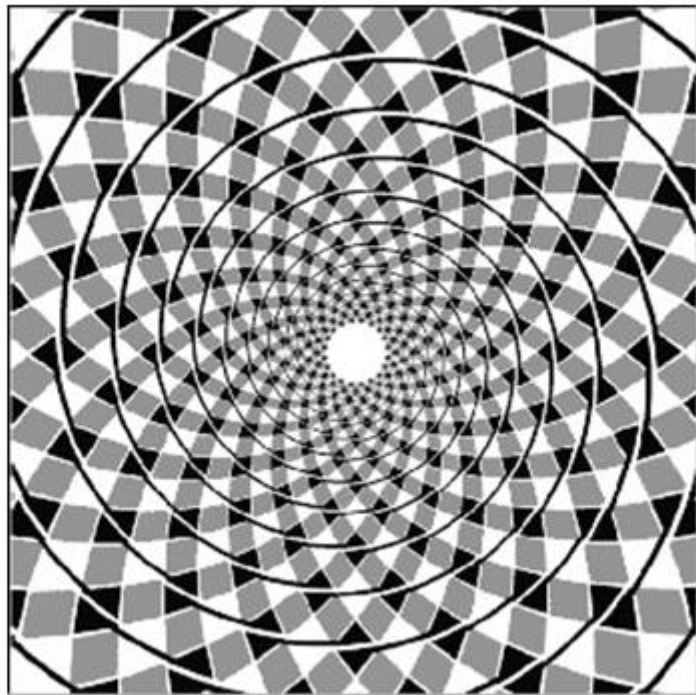
#### ❖ Simbólica – retrato da personalidade.

#### ❖ Não verbal – gestos









**Comportamento gera comportamento**

**Agressividade gera agressividade**



**Simpatia gera simpatia**

**Procure compreender os outros**



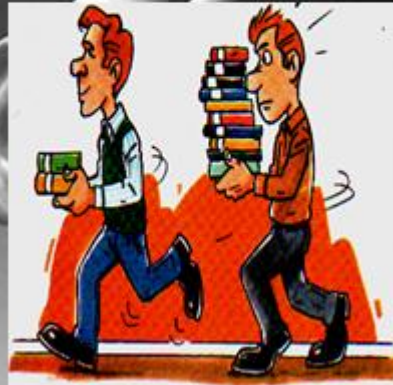
**Procure conhecer os outros**



Seja um bom ouvinte



Não veja só os seus interesses



Aceite o sucesso dos outros



Procure conhecer-se a si mesmo



**Não tenha mudanças repentinas no seu comportamento**

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



The top section features a background of two hands held up. On the left, a red text box contains the phrase 'Não tenha mudanças repentinas no seu comportamento'. On the right, another red text box contains 'Não pense que é rei de tudo e de todos'. Below these are two cartoon illustrations. The first shows three men in blue suits; the middle one is smiling broadly while the others look on. The second shows a man in a blue suit sitting on a wooden throne, wearing a gold crown. Two other men in suits stand behind him, one holding a white document.





## Trabalho em equipa área da saúde

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



## Trabalho em equipa área da saúde

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

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




**AMI AMERICAN MEDIA  
INCORPORATED**



**Equipa  
de  
saúde  
de  
sucesso**

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



**Equipa  
de  
saúde  
de  
sucesso**

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

## Bibliografia

Fachada, M. - Psicologia das Relações Interpessoais. Chelas : Rumo, 2003. ISBN 972-688-120.



## **ANEXO II**

Posters:

“Para um bom dia de trabalho”

“Comportamento gera comportamento”



# COMPORTAMENTO GERA COMPORTAMENTO

Agressividade gera agressividade



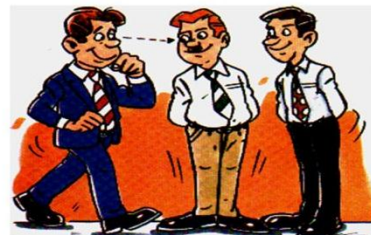
Simpatia gera simpatia



Procure compreender o outro



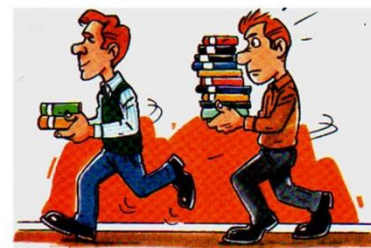
Procure conhecer o outro



Seja bom ouvinte



Não veja só os seus interesses



Aceite o sucesso dos outros



Procure conhecer-se a si mesmo



Não mude repentinamente o seu comportamento



Não pense que é o rei de tudo e de todos



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

Alexandra Santos; Cláudia Madeira  
Alunas do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica  
Viseu, 2010

Bibliografia: Fachada, M. - Psicologia das Relações Interpessoais. Chelas: 2003. ISBN: 972-688-120

## **ANEXO III**

Acção de formação:

“Hemorragia Digestiva Alta: cuidados de enfermagem

## PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

<b>TEMA:</b> HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA): CUIDADOS DE ENFERMAGEM				LOCAL: Sala de Reuniões do SU	
<b>FORMADORES:</b> Cláudia Madeira - Aluna do Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica				DATA: 23/06/2010	
<b>DESTINATARIOS:</b> Enfermeiros do SU				DURAÇÃO: 35 minutos	
<b>OBJECTIVOS GERAIS:</b> Reconhecer a importância dos cuidados de enfermagem na HDA			<b>OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:</b> - Reconhecer uma HDA, realizando correctamente a triagem; - Saber como actuar perante uma HDA; - Prestar cuidados durante a fase aguda da HDA (monitorização, vigilância, entubação nasogástrica, fármacos), transfusão sanguínea e internamento.		
	<b>Actividades</b>	<b>Métodos</b>	<b>Material</b>	<b>Tempo</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do formador</li> <li>- Apresentação do tema</li> <li>- Comunicação dos objectivos</li> <li>- Motivação para o tema</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação power point</li> <li>- Computador</li> <li>- Vídeo projector</li> </ul>	5 Minutos	Os enfermeiros do SU são bastante perspicazes, apresentando ao longo da apresentação interesse, tendo sido no final sido debatidos alguns aspectos discordantes dos vários autores.
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição e tipos de hemorragias digestivas</li> <li>- Factores epidemiológicos da HD</li> <li>- Actuação de enfermagem em HDA na triagem, monitorização/vigilância, entubação nasogástrica, transfusão sanguínea, fármacos e internamento</li> </ul>			20 Minutos	
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese dos conteúdos abordados</li> <li>- Apresentação de questões/pontos de vista</li> <li>- Saudação</li> </ul>			10 Minutos	



## **Objectivos**

- Identificar HDA;
- Realizar correctamente a triagem de um utente com HDA;
- Prestar cuidados de acordo com a situação clínica do utente com HDA;
- Reflectir acerca da prática dos cuidados ao utente com HDA, nomeadamente monitorização/vigilância, entubação nasogástrica, transfusão sanguínea, fármacos e internamento.

“A Hemorragia Digestiva é uma emergência comum, com expressivas taxas de morbidade e mortalidade.”

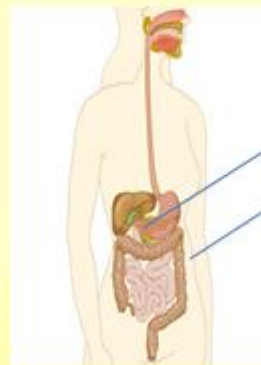
(Lourenço e Oliveira, 2003)

Maior incidência em homens do que em mulheres

Maior incidência em idosos



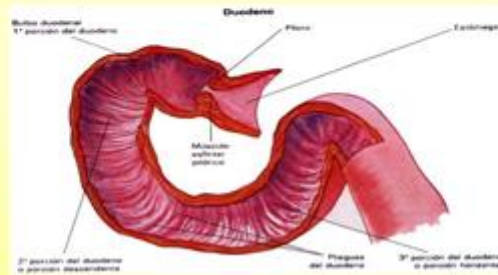
## Tipos de Hemorragias



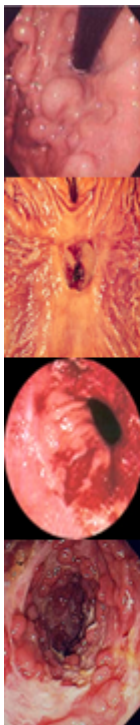
- Hemorragia digestiva alta
- Hemorragia digestiva baixa
- Hemorragia oculta
- Hemorragia de causa obscura

# Hemorragia Digestiva Alta (HDA)

A HDA compreende o sangramento da mucosa digestiva entre a boca e o ângulo de Treitz.



## Causas



### FREQUENTES

Úlceras gástricas ou duodenais  
Ruptura de varizes esofágicas  
Síndrome de Mallory-Weiss

### RARAS

Úlceras esofágicas  
Duodenite erosiva  
Fístula aorto-entérica  
Hemoblia  
Doença pancreática  
Doença de Crohn

### MENOS FREQUENTES

Gastropatia/erosões gástricas  
Esofagite  
Lesões de Cameron  
Lesões de Dieulafoy  
Telangiectasias  
Gastropatia de Hipertensão portal  
Varizes gástricas  
Neoplasias

## Causas

- Úlceras: 1ª causa internamento em todos os grupos etários excepto no grupo dos 45 aos 54 anos;
- Na úlcera e gastropatia erosiva o consumo de AINEs e AAS foi estatisticamente significativo;
- A mortalidade variou de 3 a 4/100000, aumentando significativamente com a idade;

## Manifestações clínicas

- Hematemeses: vômito de/com sangue (vivo ou digerido);
- Melenas: fezes pretas (tipo alcatrão) com odor característico;
- Hematoquezias podem surgir no contexto de hemorragia digestiva maciça do tracto GI alto ou trânsito GI acelerado.



# Avaliação inicial

	Pressão arterial	Frequência cardíaca	Perda
Pequena (20% volémia)	Deitado: normal De pé: ↓ 20mmHg	Deitado: normal De pé: ↑ 20 bpm	< 1000 ml
Moderada (20 a 40% volémia)	90-100 mmHg	100 bpm	1500 ml
Major (>40% volémia)	< 90 mmHg	120 bpm	>2000 ml



# Triagem de Manchester

Queixa: "Vomitei de sangue de manhã"



Hemorragia GI → história de hemorragia

→ Reanimação - sinais de choque

→ Medicina - estável

Queixa : vômito presenciado



Hemorragia GI → hematemeses

→ Reanimação - sinais de choque  
- VMER

→ Medicina - estável

# Indícios de gravidade

- Pressão Arterial Sistólica < 100 mmHg;
- Frequência Cardíaca > 100 bpm;
- Taquipneia;
- Pele pálida, fria, suada;
- Aumento do tempo de reperfusão capilar;
- Oligúria/anúria;
- Alteração estado consciência;
- SNG com drenagem contínua de conteúdo hemático - vermelho vivo.

DOENTE ESTÁVEL	DOENTE INSTÁVEL
Monitorização hemodinâmica (PA, FC, ECG, SatO2)	
Sonda nasogástrica dupla via em lavagem contínua	
Administração de O2 por cânula nasal ou máscara facial	
Colheita de sangue para análise (H+B+C+ABO)	
Reposição de volume com fluidoterapia * Cristalóides – Soro Fisiológico, Lactato Ringer * Colóides – Haemacell	
Colocação de acesso venoso	Colocação de 2 acessos venosos de grande calibre (ou CVC)
Requisição de sangue ou reserva (pelo menos 2 UCE)	Transfundir CE Plasma fresco: INR > 1,5 ou necessidade de mais de 6 U CE -Plaquetas: <math>50 \times 10^9</math>
	Vigilância de débito urinário com algáliação
	EOT: alteração do estado consciência, hematemeses maciças, alteração status respiratório

## Monitorização/vigilância

### - Monitorização contínua

- Pressão arterial;
- Frequência cardíaca;
- Oximetria de pulso;
- Traçado electrocardiográfico;
- Temperatura timpânica.



# Monitorização/vigilância

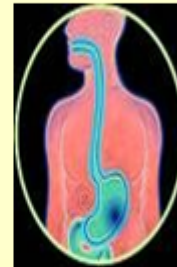
## -Vigilância

- Perdas sanguíneas → choque
- Eliminação vesical / intestinal
- Estado de consciência

DIETA ZERO  
REPOUSO NO LEITO

# Entubação nasogástrica

- Entubação com sonda vesical de dupla via ??
- Lavagem continua com SF?? Frio ?? Até quando??
- Colocar SNG em drenagem livre??
- Vigiar drenagem.
- Vigiar aspiração de vômito.



## Notas:

- Lubrificar a SNG...
- Aspirar o ar introduzido...

## Transfusão sanguínea

- Verificar a prescrição e concordância entre o indivíduo e o rótulo do componente sanguíneo;
- Utilizar técnica asséptica;
- Monitorizar sinais vitais:
  - Antes de início da transfusão;
  - 15 minutos após início;
  - 1h/1h durante transfusão;
  - 1h após terminar.



## Transfusão sanguínea

- Preencher o sistema de administração com o componente a transfundir até à superfície do filtro;
- Iniciar a transfusão e controlar o ritmo;
- Assegurar que não são administrados medicamentos simultaneamente pela mesma via;



## Transfusão sanguínea

- Substituir o sistema após a administração de cada unidade ou retirá-lo se término da transfusão;
- Realizar lavagem com soro fisiológico do sistema de transfusão e do acesso;
  - Enviar o registo de rastreabilidade para o de imuno-hemoterapia, devidamente preenchido e assinado.



## Transfusão sanguínea

- Realizar registos:
  - Data e hora de início e do fim da transfusão;
  - Identificação do componente sanguíneo administrado;
  - Volume administrado;
  - Sinais vitais;
  - Reacções adversas;
  - Educação para a saúde;
  - Nome e número mecanográfico do enfermeiro que administrou a transfusão.

SE REACÇÃO - Parar transfusão  
- Perfusão de Soro Fisiológico  
- Informar o médico e serviço de imuno-hemoterapia

# Fármacos



Esomeprazol: 80mg em bólus seguida de perfusão (8mg/h);

Octreótido: 1 ampola em bólus seguido de 6 ampolas em 42cc de SF;

Terlipressina: 1 ampola de 4/4h;

Antibioterapia: cefotaxima 2g 6/6h ou ciprofloxacina 200 mg 12/12h;

Vitamina K: 1 amp de 10mg (até totalizar 30mg).



# Internamento

## - Identificação do Enfermeiro e Serviço

*"Fala do serviço de Gastro?"*

*"Sou a enfermeira Maria do SU"*

*"Estou a falar com um colega? "*



# Internamento

## - Características do utente

*\* Vai ficar internada uma utente com diagnóstico de hemorragia digestiva alta. Consciente, orientada, necessita de ajuda total nas AVD's. Tem como antecedentes úlcera péptica e hábitos etanólicos.*



# Internamento

## - Procedimentos / Exames complementares de diagnóstico e terapêuticos

*"Entubada com SNG de dupla via em lavagem contínua sem drenagem hemática, tendo realizado EDA e retirado SNG. Mantém soroterapia. Administradas 2 unidades de GV sem incidentes. Hemodinamicamente estável, apirética."*

Quando poder levar ao internamento.....

**Ideal:** acompanhamento de enfermagem



# Bibliografia

- Teixeira, J. – *Unidade de emergência: condutas em medicina de urgência*. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

- Sheehy's– *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. Loures: Lusociência, 2001.

- Bacelar, T.; Brito, C. – *Condutas em emergências médicas*. Rio de Janeiro: Medsi Editora, 2003.

- [http://estudmed.com.sapo.pt/trabalhos/sindrome\\_hda\\_e\\_baixa\\_8.htm](http://estudmed.com.sapo.pt/trabalhos/sindrome_hda_e_baixa_8.htm)

- <http://www.apecf.com.pt>

## **ANEXO IV**

Poster:

“Hemoterapia: cuidados de enfermagem”

# HEMOTERAPIA - Cuidados de Enfermagem

ACÇÃO DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
- Verificar a prescrição e comparar com registo do ALERT.	- Prevenir erros
- Verificar a concordância entre o indivíduo e o rótulo do componente sanguíneo (dois enfermeiros).	
- Explicar o procedimento ao utente.	- Acalmar o utente
- Promover privacidade.	- Obter colaboração
- Utilizar técnica asséptica (lavar as mãos e calçar luvas).	- Prevenir contaminação - Prevenir infecções cruzadas
- Monitorizar sinais vitais: - Antes de início da transfusão; - 15 minutos após início; - 1h/1h durante transfusão; - 1h após terminar.	- Obter valores de referência - Prevenir reacções adversas
- Preencher o sistema de administração com o componente a transfundir até à superfície do filtro.	- Prevenir formação de coágulos
- Iniciar a transfusão e controlar o ritmo (40 gotas/minuto nos primeiros 15 minutos).	- Prevenir reacções adversas
- Assegurar que não são administrados medicamentos simultaneamente pela mesma via.	
- Substituir o sistema após a administração de cada unidade ou retirá-lo se terminos da transfusão.	
- Realizar lavagem com soro fisiológico do sistema de transfusão e do acesso.	- Administrar componente do sistema - Manter permeabilidade do catéter
- Realizar registos: - Data e hora de início e do fim da transfusão; - Identificação do componente sanguíneo administrado; - Volume administrado; - Sinais vitais; - Reacções adversas; - Educação para a saúde; - Nome e número mecanográfico do enfermeiro que administrou a transfusão.	- Consultar posteriormente em caso, por exemplo, de reacção tardia
- Enviar o registo de rastreabilidade para o serviço de imuno-hemoterapia, preenchido e assinado.	- Registrar reacções transfusionais



Tempo standard para administração de cada unidade de componentes:

- Concentrado de eritrócitos - 1 a 2 horas
- Concentrado de plaquetas - 30 minutos a 1 hora
- Plasma fresco congelado - 30 minutos a 1 hora

## REACÇÕES ADVERSAS

SINAIS E SINTOMAS	ACTUAÇÃO DE ENFERMAGEM
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipertermia</li> <li>- Arrepios de frio</li> <li>- Náuseas e vômitos</li> <li>- Hipertensão / hipotensão acentuadas</li> <li>- Dispneia</li> <li>- Cianose</li> <li>- Taquicardia / taquipneia</li> <li>- Pré-cordialgia</li> <li>- Cefaleias</li> <li>- Erupção cutânea</li> <li>- Prurido ao longo da veia cateterizada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>PARAR A TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA</b></li> <li>- Manter veia permeável com perfusão de Soro Fisiológico</li> <li>- Informar o médico e serviço de Imuno-hemoterapia (ext. 12919)</li> <li>- Administrar terapêutica prescrita (diuréticos, corticóides, antipiréticos)</li> <li>- Avaliar parâmetros vitais (monitorizar)</li> <li>- Elevar cabeceira a 30°</li> <li>- Administrar oxigénio a alto débito (SOS)</li> <li>- Enviar para o serviço de imuno-hemoterapia:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidade que perfundia e sistema de administração</li> <li>- Amostra de sangue do utente (tubos de hemograma e bioquímica)</li> </ul> </li> <li>- Algalhar para realizar balanço hídrico (se indicação)</li> <li>- Preencher folha de Registo de Rastreabilidade e modelo 304, à Gestão de Risco</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preferencialmente cateterizar veia periférica com calibre de 16 a 20G - se o cateter for de baixo calibre pode danificar os eritrócitos.</li> <li>- Utilizar o aquecedor de sangue <b>só se</b> múltiplas transfusões em curto espaço de tempo ou velocidade de administração superior a 50ml/minuto durante 30 minutos.</li> <li>- Se a temperatura do componente sanguíneo for baixa pode causar disritmias ou paragem cardíaca.</li> <li>- Se a temperatura do componente sanguíneo for elevada pode causar hemólise.</li> </ul>	

Cláudia Madeira  
Aluna do Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Viseu, 2010

BIBLIOGRAFIA  
- Norma de Enfermagem extraída do Manual da N.E. de ACSS (Administração central do Sistema de Saúde) sobre Hemoterapia - Nota de serviço de 13 de Abril de 2010  
- Norma de Serviço do HSTV: Reacção Transfusionais de 09/06  
- Hultouer, P; Eggers, J; Malaquin-Pavan, E. (2006) - Fichas de Cuidados de Enfermagem. Cínceps Editores. Lisboa.  
- Amaro, H. - Transfusões sanguíneas: que cuidados de enfermagem, in Nursing, nº195, Janeiro, 2005.  
- Martins, H; Damasceno, M; Awada, S. - Pronto-Socorro. São Paulo: Editora Manole, 2008.

## **ANEXO V**

Artigo Científico:

“Cuidar em hemoterapia”



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA / VISEU  
Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

## **Artigo Científico**

# **CUIDAR NA HEMOTERAPIA**

**Aluno: Cláudia Marques Madeira**

**Sob orientação: Professora Teresa Borges**

**Viseu, Abril/Maio de 2010**



## CUIDAR NA HEMOTERAPIA

**Palavras-chave:** hemoterapia, transfusão sanguínea, reacções transfusionais, cuidados de enfermagem.

### Sumário

A hemoterapia – transferência de sangue ou outros seus componentes para o sangue do utente - é desde sempre, e cada vez mais, uma área em termos de segurança dos cuidados dos utente e dos profissionais, onde erro pode ser fatal. Compete ao enfermeiro possuir conhecimentos técnicos e científicos que lhe permita prestar cuidados no início, durante e no final da transfusão, bem como defender os próprios interesses do utente a nível ético e moral.

### Introdução

A decisão de se efectuar uma transfusão sanguínea, como em qualquer outra decisão terapêutica, deve ser baseada em riscos, benefícios e alternativas.

Nesta perspectiva, compete exclusivamente ao enfermeiro a prestação de cuidados que visam o sucesso transfusional, sendo fundamental que o enfermeiro se consciencialize com a necessidade de intervir no início, durante e após a realização da transfusão, prevenindo, minimizando ou corrigindo eventuais complicações e/ou reacções adversas (1).

A história das transfusões sanguíneas remete-nos para 1613, altura em W. Harvey, considerado o pai da circulação, propôs a existência de um sistema circulatório responsável pelo transporte do sangue por todo o organismo e, também nesse ano, Dennis descreveu a primeira reacção transfusional hemolítica (1).

### O Sangue

O sangue é um tipo de tecido conjuntivo, constituído por células e fragmentos de células rodeados por uma matriz líquida, que circula pelo coração e vasos sanguíneos. As células e os fragmentos celulares são os componentes celulares (eritrócitos, leucócitos e plaquetas), o líquido é o plasma constituído por proteínas, água e outros solutos (2, 3). O sangue constitui cerca de 8% do peso total do corpo, variando de 4 a 5 litros nas mulheres e 5 a 6 litros nos homens (3).

O sangue tem como principais funções: o transporte de oxigénio, de nutrientes ingeridos, electrólitos e água, bem como os produtos degradados; manutenção da homeostase através das hormonas e enzimas existentes na sua composição e de protecção, uma vez que as células e os produtos químicos constituem uma parte importante do sistema imunitário, protegendo o organismo de microrganismos e toxinas (2, 3, 4).



### Grupos sanguíneos: sistema ABO e sistema Rh

Os sistemas ABO e Rh são as classificações mais importantes, no entanto existem outras classificações como é o caso das de Lewis, Duffy, Mn, Kidd, Kell e Luterano.

#### Sistema ABO

Conforme identificado em 1900 por Landsteiner, existem quatro grupos do sangue: A, B, AB, O. Este sistema de classificação provém da presença de proteínas (antigénios) na superfície da membrana dos eritrócitos e simultaneamente pelo tipo de anticorpos (imunoglobulinas) que fluem livremente no plasma – antigénio do tipo A e do tipo B (1, 3, 4). De acordo com o Instituto Português do Sangue (2004), estima-se que no nosso país, 46,5% da população seja do grupo A, 8,1% do grupo B, 3,3% do grupo AB e 42,1 do grupo O (1).

O quadro 1 exemplifica a compatibilidade e incompatibilidade face ao sistema ABO (3).

Quadro 1: Compatibilidade do sistema ABO

Sistema de grupos ABO			
Tipo de sangue	Antigénio	Anti-corpo no soro	Características
A	A	Anti-B	Receptor do A e de O Dador ao A e AB
B	B	Anti-A	Receptor do B e de O Dador ao B e AB
AB	A e B	Nenhum	Receptor universal Dador único
O	Nenhum	Anti-A e Anti-B	Receptor único Dador universal

#### Sistema Rh

O sistema Rh trata-se de avaliar a existência de um alelo do gene D, o antigénio D, na circulação. De acordo com a presença ou não deste tipo de antigénio, assim se classificam os indivíduos como Rh positivo (presença do antigénio D em circulação) ou Rh negativo (ausência do antigénio D) (1, 3,4). De acordo com o Instituto Português do Sangue (2004), estima-se que no nosso país 85,5% da população seja Rh negativa (1).

### Indicações de hemocomponentes

Os produtos de origem humana são derivados do sangue humano obtido através de colheitas. Estes produtos são transformados em diferentes derivados transfundíveis aos utentes que deles necessitem (5). A transfusão poderá ser autóloga (componentes sanguíneos do utente que será transfundido) ou homóloga (componente sanguíneo proveniente de um dador compatível) (4, 5).



### Transfusão de sangue Total

O sangue total tem a capacidade de transportar oxigénio, é expansor plasmático e contém factores de coagulação estáveis, sendo portanto útil para pacientes com sangramento activo, traumatologia e queimaduras muito extensas, contudo raramente está disponível para transfusão e para além disso, está a ser substituído por transfusão do derivado que o utente necessita (1, 4, 5, 6).

### Transfusão de concentrados de eritrócitos

A transfusão de concentrado de eritrócitos encontra-se indicada em pacientes que apresentam anemia hemorrágica, em traumatologia ou insuficientes medulares, com o objectivo de restaurar a capacidade de transporte de oxigénio (4, 5, 6). Uma unidade de concentrado de eritrócitos aumenta o hematócrito aproximadamente em 3% e o nível de hemoglobina em 1g/dl (receptor adulto de cerca de 70Kg) (6).

Normalmente realiza-se a transfusão de concentrado de eritrócitos quando a hemoglobina é inferior a 7g/dl. Em utente com factores de risco cardipulmonar, cérebro-vascular, doença vascular periférica ou diabetes Mellitus associados devem ser transfundidos quando a hemoglobina for igual ou inferior a 9-10g/dl. No caso de utentes com sintomas cardiopulmonares decorrentes de anemia devem ser transfundidos independentemente do nível de hemoglobina (6).

### Transfusão de plaquetas

Sangramento significativo devido a contagem diminuída do número de plaquetas (trombocitopénia) ou devido a alterações na função plaquetária (trombocitopatia) constituem indicações para a transfusão terapêutica de plaquetas. A hemorragia activa na cirurgia cardíaca, insuficiência medular e na coagulação intravascular disseminada são outras das indicações. A decisão para se transfundir plaquetas deve basear-se na causa do sangramento, condição clínica do utente, para além do número e função das plaquetas circulantes (4, 5, 6).

Contudo, existem situações em que a transfusão de plaquetas se encontra contra-indicada, como é o caso das síndromes hemolítico-urémica e de HELPP, púrpura pós-transfusional, púrpura trombocitopénica imunológica estável ou trombótica (PTT), para além da púrpura induzida por heparina (6).

Uma unidade de plaquetas em geral aumenta a contagem plaquetária em  $5-10 \times 10^9/l$  (receptor adulto de cerca de 70Kg) (6).

### Plasma fresco congelado

O plasma pode ser obtido a partir da centrifugação de uma unidade de sangue total ou por aférese, o qual contém todos os factores de coagulação, fibrinogénio e outras proteínas plasmáticas. A sua transfusão encontra-se indicada em casos de correcção de deficiências de factor(es) de coagulação, coagulopatia acompanhada por hemorragia activa, transfusão



maciça, tratamento de hepatopatias sangrantes, edema angioneurótico ou como reposição de fluidos em plasmaférese em utentes com diagnóstico de PTT, síndrome hemalítico-urémica e deficiência de  $\alpha$ -1 antripsina (4, 5, 6).

No entanto, considera-se como contra-indicação a sua transfusão nos casos de grandes queimados, sépsis, sangramento sem coagulopatia (6).

#### Crioprecipitado

É um componente sanguíneo obtido através da descongelação do plasma que é constituído por factores I, VII e XIII e é transfundido para correcção da deficiência dos mesmos factores (4, 6).

O quadro 2 apresenta resumidamente os componentes sanguíneos, sua composição e indicação terapêutica (4, 5, 6).

Quadro 2: Tipos de componentes sanguíneos e sua indicação terapêutica

<b>Componente sanguíneo</b>	<b>Composição</b>	<b>Indicação terapêutica</b>
Sangue total	Eritrócitos, leucócitos, plaquetas e plasma	- Hemorragias maciças - Queimaduras muito extensas
Concentrado de eritrócitos	Eritrocits e plasma (20%)	- Anemia - Hemorragia lenta
Plaquetas	Plaquetas e plasma	- Trombocitopénia - Hemorragias associadas a trombocitopénia
Crioprecipitado	Factores I, VIII, XIII	- Deficiência dos factores I, VIII, XIII
Plasma	Água, eritrócitos, proteínas plasmáticas, globulinas e factores de coagulação	Anti-A e Anti-B Receptor único Dador universal

#### **Cuidados de enfermagem ao utente a realizar transfusão sanguínea**

A prestação de cuidados de enfermagem a um utente que necessita de ser transfundido inicia-se muita antes da colocação da unidade sanguínea em curso e termina muito após da finalização da mesma. O enfermeiro deverá possuir competências para a administração e manutenção da unidade a transfundir bem como a nível da vigilância e actuação em caso de reacção transfusional, atendendo aos objectivos da transfusão (1).

A transfusão tem como principais objectivos a promoção do transporte de oxigénio através do aumento do valor da hemoglobina, repor volume sanguíneo e/ou factores de coagulação, prevenindo eventuais complicações associadas (1).



Assim sendo, antes do início da transfusão o enfermeiro deverá (1, 5, 7):

- Explicar o procedimento (o que vai fazer, o porquê, como e quais as possíveis reacções) para aclamar o utente/família e obter a sua colaboração e receber o consentimento informado e esclarecido, respeitando as suas crenças e valores;
- Realizar colheita de sangue para análise (tipagem, hemograma e outras análises se prescritas) e puncionar uma veia de bom calibre (superior a 20G para prevenção de agregação plaquetária ou dano dos eritrócitos);
- Conhecer a história transfusional do utente (transfusões realizadas e reacções transfusionais);
- Confirmar nome do utente e grupo sanguíneo, bem como se o tipo de produto coincide com a prescrição médica (por dois enfermeiros);
- Colocar o utente em posição confortável (o semi-fowler diminui o risco de hipervolemia) mantendo sempre a privacidade;
- Monitorizar sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura axilar/timpânica) para posterior comparação;
- Não manipular demasiado a unidade a transfundir para não provocar hemólise;
- Administrar a unidade logo que possível, desde que a temperatura da unidade se encontre à temperatura ambiente e com sistema próprio (apresenta um filtro que serve para reter trombos e coágulos – este deve-se encontrar preenchido por completo).

Durante a transfusão sanguínea o enfermeiro deve estar atento aos sinais e sintomas que traduzam uma possível reacção transfusional, pelo que deverá (1, 5, 7):

- Iniciar a transfusão a um ritmo lento durante os primeiros 15 minutos (40 gotas/minuto), para prevenir a ocorrência de reacção ou prevenir agravamento da mesma, uma vez que a possibilidade de ocorrência no início da transfusão são rápidas, passando para 10ml/minuto. No caso de hemorragia grave/choque hipovolémico o ritmo da gota poderá ser aumentado;
- Cumprir o tempo standard para administração de cada unidade de componentes:
  - \* Concentrado de eritrócitos - 1 a 2 horas;
  - \* Concentrado de plaquetas - 30 minutos a 1 hora;
  - \* Plasma fresco congelado - 30 minutos a 1 hora;
- Se transfundir duas unidades, o sistema deverá ser substituído entre as unidades, para prevenir a formação de coágulos;
- Não administrar outros fluídos juntamente com a unidade a transfundir nem administrar medicação intravenosa devido às incompatibilidades, provocando hemólise. Poder-se-á administrar uma solução de NaCl para fluidificar o sangue;
- Não utilizar bombas infusoras ou sacos de pressão para não pelo risco de hemólise;



- Monitorizar e registar os parâmetros vitais 15 minutos após início da transfusão e posteriormente de 1 em 1 hora até término da mesma. Vigiar o débito de perfusão, fácies, estado cutâneo e sensações do utente;

- Permitir que o utente realize uma refeição ligeira se assim o desejar.

A vigilância do utente deve ser mantida mesmo após a transfusão da unidade sanguínea ter terminado, uma vez que as reacções tardias podem surgir, devendo o enfermeiro (1, 5, 7):

- Colocar em perfusão uma solução de NaCl, permitindo a lavagem do sistema e aproveitamento do sangue existente no sistema e manter permeabilidade da veia.

- Avaliar parâmetros vitais no final de 1 hora após término da transfusão.

- Realizar registos:

\* Data e hora de início e do fim da transfusão;

\* Identificação do componente sanguíneo administrado;

\* Volume administrado;

\* Sinais vitais;

\* Reacções adversas e devidos cuidados de enfermagem;

\* Educação para a saúde;

\* Nome e número mecanográfico do enfermeiro que administrou a transfusão;

- Enviar o registo de rastreabilidade para o serviço de imuno-hemoterapia, preenchido e assinado.

### **Possíveis complicações da transfusão e cuidados de enfermagem**

A verdade é que, embora cada vez menos frequentes, as reacções transfusionais podem ocorrer. O enfermeiro deve estar desperto para elas e saber como actuar perante os diferentes tipos.

#### Reacção hemolítica

É a complicação mais temida durante a transfusão, embora com as provas de compatibilidade actuais a ocorrência desta reacção encontra-se diminuída. Consiste na destruição dos eritrócitos transfundidos pelos anticorpos do receptor, devendo-se normalmente a uma incompatibilidade no sistema ABO (1).

Os sinais e os sintomas possíveis nesta reacção são (1, 6, 7):

- Hipertermia e arrepios de frio;

- Náuseas e vómitos;



- Ansiedade;
- Sonolência;
- Calor/ardor ao longo da veia puncionada;
- Dor lombar, abdominal e pré-cordial;
- Dispneia, taquipneia e cianose;
- Taquicardia;
- Hemoglobinúria (urina cor de “vinho do porto”);
- Hipotensão e anúria (em casos mais graves);
- Hipotensão acentuada e hemorragia difusa (em utentes inconscientes ou sob anestesia).

#### Reacção febril não hemolítica

Este tipo de reacção é a mais frequente, ocorrendo fagocitose dos antigénios leucocitários do dador por parte dos anticorpos do receptor, em indivíduos previamente sensibilizados por transfusões anteriores ou gravidez. Ocorre mais frequentemente no final ou nas duas horas após da transfusão (6).

Os sinais e os sintomas possíveis nesta reacção são (1, 6, 7):

- Hipertermia e presença ou não de arrepios de frio;
- Náuseas e vômitos;
- Cefaleias;
- Queixas algicas dos membros inferiores (alterações vasomotoras).

#### Reacção alérgica

O receptor da transfusão apresenta uma reacção alérgica a um determinado componente existente na unidade a transfundir – proteína, hormona, enzima ou histamina libertada durante a conservação do sangue (1).

Os sinais e sintomas apresentados são a erupção cutânea e prurido ao longo da veia puncionada. Neste caso, não é necessário suspender a perfusão, mas sim diminuir o ritmo e informar o médico para administração de terapêutica (anti-histamínicos ou corticóides) (1).

Se a situação agravar para uma situação de edema da glote, dispneia e insuficiência ventilatória grave ou choque, a actuação deverá passar pela suspensão da transfusão e seguir os cuidados inerentes às restantes reacções (1).

#### Hipervolemia

Ocorre por aumento da volémia e é especialmente gravoso nos utentes mais idosos pois poderá provocar edema pulmonar agudo (1, 6).

Os sinais e os sintomas possíveis nesta reacção são:

- Hipertensão;
- Tosse seca;



- Pré-cordialgia;
- Dispneia e cianose.

A actuação de enfermagem perante os diferentes tipos de reacções transfusionais acaba por se sobrepor, actuando praticamente do mesmo modo, não esquecendo nunca as características de cada um dos indivíduos (1, 4, 6, 7):

- Parar a transfusão;
- Manter permeabilidade da veia com perfusão de NaCl (prevenir o choque e a insuficiência renal de forma a manter o débito urinário – 100ml/h e o utente hidratado);
- Informar o médico;
- Administrar terapêutica prescrita (diuréticos, corticóides, antipiréticos);
- Avaliar parâmetros vitais (monitorizar);
- Elevar cabeceira a 30°;
- Administrar oxigénio a alto débito (SOS);
- Informar o médico e serviço de Imunohemoterapia;
- Enviar para o serviço de Imunohemoterapia: unidade que perfundia e sistema de administração; amostra de sangue do utente (tubos de hemograma e bioquímica);
- Algalhar para realizar balanço hídrico (mais frequente na reacção hemolítica e hipervolemia);
- Preencher devidamente folha de Registo de Rastreabilidade.

As reacções abordadas são as mais frequentes, no entanto podem ocorrer contaminação bacteriana, complicações metabólicas, infecções ou aparecimento de anticorpos antieritrocitários.

### **Considerações finais**

A actuação do enfermeiro perante a administração de componentes sanguíneos é fundamental não só para o sucesso da transfusão mas também para o bem-estar físico e psicológico dos utentes, actuando de acordo com os valores e crenças. Por vezes, no caso de situações de emergência, ocorre um dilema ético para o profissional de enfermagem e para a restante equipa multidisciplinar, quando o utente ou família não aceitam a transfusão por motivos morais. Mas, se por um lado o enfermeiro deverá respeitar e reconhecer o direito de escolha do utente, por outro, deverá preservar a vida do ser humano que se encontra a cuidar. Nestas situações, o enfermeiro assume também o papel fundamental, explicando a utente e à família os riscos e benefícios da transfusão (8).

Assim sendo, compete ao enfermeiro enquanto profissional de saúde por excelência que contacta de forma directa e permanente com o utente, assumir a responsabilidade de prevenir riscos e complicações, assim como de saber identificá-los e actuar de forma célebre e ajustada.



## Bibliografia

- 1 - Amaro, H. – Transfusões sanguíneas: que cuidados de enfermagem?. In Nursing, nº195, Janeiro de 2005, pp.44-47.
- 2 - Marek, J.; Phipps, W; Sands, J. – Enfermagem medico-cirúrgica: conceitos e prática clínica. 6ª edição. Lusociência. Lisboa; 2003. pp.893-884. ISBN: 972-8383-65-7
- 3 - Seeley, R.; Stephens, T.; Tate, P. – Anatomia e fisiologia. 3ªedição. Lisboa: Lusociência; 2001. pp.643-646. ISBN: 972-96610-5-7
- 4 - Mehta, A.; Hoffbrand, V. – Compêndio de hematologia. Lisboa: Instituto Piaget; 2005. pp. 117-124. ISBN: 978-989-659-012-3
- 5 - Hallouet, P.; Eggers, J.; Malaquin-Pavan, E.– Fichas de cuidados de enfermagem. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi editore; 2006. pp. 440-447. ISBN: 972-796-202-5
- 6 - Martins, H.; Damasceno, M.; Awada, S. – Pronto-socorro: diagnóstico e tratamento em emergência. 2ª edição. São Paulo: Editora Manole; 2008. pp.87-96. ISBN: 978-85-204-2772-9.
- 7 - Norma de enfermagem sobre hemoterapia do Hospital São Teotónio E.P.E de Viseu de 13 de Abril de 2010.
- 8 - Calil, A.; Paranhos, W. – O enfermeiro e as situações de Emergência.São Paulo: Editora Atheneu; 2007. P.87. ISBN: 978-85-7379-894-4.

## **ANEXO VI**

Acção de formação:

“Direitos e Deveres dos Utentes Internados”

## PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

<b>TEMA:</b> Direitos e Deveres dos Doentes Internados		LOCAL: Sala de Reuniões da UCIP			
<b>FORMADOR:</b> Cláudia Madeira - Aluna do Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica		DATA: 17 de Novembro de 2010			
<b>DESTINATARIOS:</b> Assistentes Operacionais da UCIP		DURAÇÃO: 1 hora			
<b>OBJECTIVOS GERAIS:</b> - Reconhecer os Direitos e Deveres dos Doentes Internados.		<b>OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:</b> - Garantir o respeito dos Direitos dos Doentes Internados; - Fazer cumprir os Deveres dos Doentes Internados; - Encontrar resolução para situações relativas aos Direitos e Deveres dos Doentes na UCIP.			
	<b>Actividades</b>	<b>Métodos</b>	<b>Material</b>	<b>Tempo</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Introdução</b>	- Apresentação do formador; - Apresentação do tema; - Comunicação dos objectivos; - Motivação para o tema.	- Exposição - Interrogativo - Activo	- Apresentação power point - Computador - Vídeo projector	5 Minutos	Os assistentes operacionais da UCIP são bastante perspicazes, demonstrando ao longo da apresentação interesse, tendo sido no final debatidos alguns aspectos de melhoria no serviço.
<b>Desenvolvimento</b>	- Apresentação dos Direitos e Deveres dos Doentes Internados; - Apresentação de soluções para situações que podem comprometer o respeito dos Direitos e Deveres dos Doentes; - Apresentação de risco para o desrespeito dos Direitos e Deveres dos Doentes.			35 Minutos	
<b>Conclusão</b>	- Síntese dos conteúdos abordados; - Apresentação de questões/pontos de vista; - Saudação.			20 Minutos	



Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

# Direitos e Deveres dos Doentes Internados

**Cláudia Madeira**

**Sob orientação: Professora Teresa Borges**

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

**Visou, 2010**



O direito à protecção da saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade.

## Direito do Doente 1

O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana.



Direito Humano Fundamental

## Direito do Doente 1

O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana.

- O doente deve ser informado sobre nome e a profissão do pessoal;
- O pessoal deve estar devidamente identificado;
- Considerar o doente como parceiro no processo de recuperação;
- O equipamento e instalações deverão adequar-se à situação clínica do doente, mantendo-se sempre limpos;

## Direito do Doente 1

**O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana.**

- Dirigir-se ao doente com compreensão e gentileza;
- Actuação pautada por tolerância e afectividade;
- Manter privacidade e intimidade;
- Manter ambiente tranquilo.

## Direito do Doente 2

**O doente internado tem direito a ser tratado com respeito, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas.**

Cada doente é uma pessoa com as suas convicções culturais, filosóficas e religiosas.

- Respeitar esses valores e providenciar a sua satisfação.

### Direito do Doente 3

**O doente internado tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação, terminais e paliativos.**

- O doente tem direito a cuidados apropriados à sua situação clínica, prestados em tempo útil;
- Todo o doente internado tem direito ao tratamento da dor;
- Os doentes podem ser objecto de discriminação;
- O doente terminal/paliativo tem o direito a ser acompanhado.

### Direito do Doente 4

**O doente internado tem direito à continuidade de cuidados.**

- O doente/família têm direito a ser informados das razões da transferência de serviço/instituição;
- Preparação cuidadosa da alta;
- Realização de ensinos ao cuidador.



## Direito do Doente 5

**O doente internado tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados.**

- O doente internado deve ser informado sobre os diferentes serviços existentes;
- Os organogramas dos serviços devem estar afixados;
- Deverá existir um manual de acolhimento para o doente/família;
- Dada informação sobre associações de doentes portadores das diversas patologias.



## Direito do Doente 6

**O doente internado tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde.**

- O doente internado tem o direito de ser informado sobre o seu diagnóstico, prognóstico, tratamentos a efectuar, possíveis riscos e eventuais tratamentos alternativos;
- Informação dada em contexto de empatia, confidencialidade e privacidade.

## Direito do Doente 7

**O doente internado tem direito de obter uma segunda opinião sobre a sua situação clínica.**

O doente internado tem o direito a obter um parecer de um outro médico, permite-lhe complementar a informação sobre o seu estado de saúde ou tratamentos, dando-lhe a possibilidade de decidir de forma mais esclarecida.

## Direito do Doente 8

**O doente internado tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto clínico ou participação em investigação ou ensino.**

- O consentimento do doente é imprescindível para a realização de qualquer acto clínico, após ter sido correctamente informado e esclarecido;
- O consentimento pode ser presumido em situações de emergência e, em caso de incapacidade, deve este direito ser exercido pelo representante legal do doente.

## Direito do Doente 9

**O doente internado tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam.**

A informação referente ao estado de saúde do doente é confidencial.

- Se o doente der o seu consentimento e não houver prejuízos para terceiros, ou a lei o determinar, podem estas informações ser utilizadas.

SIGILO PROFISSIONAL

## Direito do Doente 10

**O doente internado tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico.**

- A informação clínica e os elementos identificativos de um doente estão contidos no seu processo clínico;
- O doente tem o direito de tomar conhecimento dos dados registados no seu processo, devendo essa informação ser fornecida de forma precisa e esclarecedora;
- A omissão de alguns desses dados apenas é justificável se a sua revelação for considerada prejudicial para o doente ou se contiverem informação sobre terceiros pessoas.

## Direito do Doente 11

**O doente internado tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto clínico.**

- Qualquer acto de diagnóstico ou terapêutica só pode ser efectuado na presença dos profissionais indispensáveis à sua execução;
- A vida privada ou familiar do doente não pode ser objecto de intromissão;
- Manter privacidade e intimidade do doente.

## Direito do Doente 12

**O doente internado tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações.**

- O doente internado pode avaliar a qualidade dos cuidados prestados e apresentar sugestões ou reclamações.

## Direito do Doente 13

**O doente internado tem direito à visita dos seus familiares e amigos.**

- O doente internado tem direito à visita dos seus familiares quando o desejar e os horários o permitam, sempre que não exista contra-indicação;
- Os horários de visitas devem ter em conta as necessidades dos serviços, dos doentes e disponibilidade da população.

## Direito do Doente 14

**O doente internado tem direito à sua liberdade individual.**

O doente internado pode, deixar o estabelecimento, salvo nas exceções previstas na lei, depois de ter sido informado dos eventuais riscos que corre, tendo de assinar um termo de responsabilidade pela sua alta.

# E na UCIP???



## Deveres dos doentes

- 1- O Doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde.
- 2- O Doente tem o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias.
- 3- O Doente tem o dever de respeitar os direitos dos outros doentes.
- 4- O Doente tem o dever de colaborar com os profissionais.
- 5- O Doente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde.
- 6- O Doente tem o dever de utilizar bem os serviços de saúde e de evitar gastos desnecessários .

## Bibliografia

- Alves, P. – Módulo Cuidados Intensivos. Viseu: Instituto de Ciências da Saúde, 2009. Mestrado de Enfermagem, Ano lectivo 2009/2010.
- Fernandes, S. – Bioética e Investigação em cuidados Intensivos, in Sinais Vitais, nº90, Maio de 2010, pp.13-15.
- Carta dos Direitos do Doente Internado, consultado a 12 de Novembro, disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/direitos+deveres/Conta+dos+Direitos+do+Doente+Internado.htm>
- Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, consultado a 12 de Novembro, disponível em [http://www.dgs.pt/upload/membro\\_id/ficheiros/i006779.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro_id/ficheiros/i006779.pdf)

FIM...

???

*Obrigada pela vossa atenção...*

## **ANEXO VII**

Estudo de Caso:

“Status pós colecistectomia e pneumonia de aspiração”



**CATÓLICA**

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA / VISEU  
Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

## **Estudo de Caso**

# **Status pós colecistectomia e pneumonia de aspiração**

**Aluno: Cláudia Marques Madeira**

**Sob orientação: Professora Teresa Borges**

**Viseu, Outubro/Novembro de 2010**



**CATÓLICA**

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA / VISEU  
Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

## **Estudo de Caso**

# **Status pós colecistectomia e pneumonia de aspiração**

**Estágio de Cuidados Intensivos/Intermédios**

**Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente**

**Hospital São Teotónio - Viseu**

**Aluno:** Cláudia Marques Madeira

**Sob orientação:** Enfermeira Teresa Borges

**Viseu, Outubro/Novembro de 2010**

## **ABREVIATURAS / SIGLAS**

**CIPE-** Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**FA -** Fibrilhação Auricular

**FC-** Frequência Cardíaca

**FiO<sub>2</sub>-** Fração de Oxigénio inspirada

**IV-** Intravenosa

**K-** Potássio

**Na-** Sódio

**NE-** Nutrição Entérica

**NP-** Nutrição Parentérica

**NPT-** Nutrição Parentérica Total

**O<sub>2</sub>-** Oxigénio

**PA-** Pressão Arterial

**PacO<sub>2</sub>-** Pressão parcial de dióxido de carbono

**PAM-** Pressão Arterial Média

**PaO<sub>2</sub>-** Pressão parcial de oxigénio

**PC-** Pressão controlada

**PVC-** Pressão venosa central

**SatO<sub>2</sub>-** Saturação periférica de oxigénio

**SC-** Subcutânea

**SNG-** Sonda Nasogástrica

**SV-** Sonda Vesical

**Tax-** Temperatura axilar

**TC-** Tomografia Computorizada

**TOT-** Tubo orotraqueal

**UCIP-** Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

**VC-** Volume Controlado

**VMI-** Ventilação Mecânica Invasiva

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
1- CASO CLÍNICO.....	7
1.1- Caracterização do utente.....	7
2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA / DISCUSSÃO.....	11
2.1- Colecistite aguda.....	11
Sinais e sintomas.....	11
Diagnóstico.....	12
Complicações.....	13
Tratamento.....	13
2.2- Pneumonia de aspiração.....	14
Sinais e sintomas.....	15
Tratamento.....	15
2.3- Na UCIP.....	16
3- PLANO DE CUIDADOS.....	25
4- CONCLUSÃO.....	33
5- BIBLIOGRAFIA.....	35



## INTRODUÇÃO

No Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), optou-se pela realização de um estudo de caso, referente a uma situação clínica relativa ao Estágio de Cuidados Intensivos/Intermédios, o qual decorre no Serviço de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital São Teotónio E.P.E. – Viseu (HSTV).

O estudo de caso é um processo específico para o desenvolvimento de uma investigação, procurando descobrir o que há de mais essencial e característico na situação em estudo (Gonçalves e outros, 2005). Assim, o estudo de caso é um método de investigação que pretende descrever de um modo preciso as alterações clínicas do utente em causa, neste caso específico, um utente internado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP).

Este trabalho tem como principais objectivos, não só aprofundar e aplicar conhecimentos teórico-práticos, avaliando a evolução do estado clínico do utente, bem como planificar a prestação de cuidados adequados e individualizados ao utente. Para além disso, serve como elemento de avaliação, promovendo a aquisição de competências na elaboração de trabalhos e investigação.

O Sr. E.A.C. ficou internado na UCIP por apresenta uma pneumonia de aspiração e status pós colecistectomia por colecistite aguda gangrenar, tendo necessidade de entubação traqueal e ventilação mecânica (critério de admissão).

Para a realização do estudo de caso utilizou-se uma metodologia baseada na consulta do processo clínico do utente e colheita de informação junto da equipa médica e de enfermagem, bem como aos familiares do utente, bem como pesquisa bibliográfica, utilizando-se um método descritivo.

O estudo de caso encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro engloba a caracterização do utente, um segundo a fundamentação teórica/discussão dos dados clínicos. No terceiro capítulo apresenta-se o plano de cuidados baseado nos diagnósticos de enfermagem e respectivas acções de enfermagem, de acordo com a linguagem CIPE.





## 1- CASO CLÍNICO

O caso clínico que será apresentado diz respeito a um utente que foi submetido a colecistectomia convencional. Quando iniciou dieta oral ocorreu aspiração de vômito provocando paragem respiratória, tendo-se realizado as respectivas manobras. Em consequência resultou insuficiência respiratória, necessitando de VMI, ficando assim internado na UCIP.

### 1.1- Caracterização do utente

**Nome:** Sr. E. A. C.;

**Idade:** 83 anos;

**Sexo:** Masculino;

**Estado Civil:** Viúvo;

**Naturalidade:** S. João da Pesqueira;

**Profissão:** Reformado da actividade agrícola;

**Antecedentes:** Neoplasia da próstata e FA permanente;

**Medicação do domicílio:** amiodorona 200mg id (excepto domingos);

**Diagnóstico:** Pneumonia de aspiração, status pós colecistectomia por colecistite aguda gangrenar.

No dia 23 de Outubro de 2010 recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de dor abdominal no hipocôndrio direito com 24 horas de evolução. Ao exame físico constatou-se icterícia e abdómen agudo. Diagnosticada colecistite aguda e proposto tratamento conservador com antibiótico (piperacilina e tazobactam).

Por agravamento do quadro clínico decide-se intervenção cirúrgica a 27 de Outubro. Submetido a colecistectomia convencional tendo-se verificado colecistite gangrenada intra-operatoriamente. A intervenção decorreu sem incidentes e manteve vigilância pós-operatória na unidade de cuidados intermédios cirúrgicos (UCINCO).



Boa evolução clínica iniciando dieta oral nas primeiras 24 horas. Na manhã do dia 29 de Outubro faz aspiração de vômito e conseqüente paragem respiratória. Prontamente protegida via aérea com tubo endotraqueal (TOT) e iniciou ventilação mecânica invasiva (VMI). Aspirado conteúdo biliar da árvore brônquica. Radiologicamente apresenta infiltrado na base direita.

É admitido na UCIP no dia 29 de Outubro pelas 22 horas, tendo como critério de admissão necessidade de entubação traqueal e ventilação mecânica. Apresenta Escala de Coma de Glasgow 10 (O4, V1, M5), sedado com bólus de Midazolan, mucosas coradas, hidratadas e ictéricas.

Sinais vitais estáveis:

- PA: 134/77 mmHg;
- FC: 96 bpm;
- Tax: 36,1°C;
- SatO<sub>2</sub>: 100% (apresenta TOT, ventilado com insuflador manual e O<sub>2</sub> a 15l/m).

Apresenta:

- TOT (nº 7,5; 23 cm) sendo conectado à prótese ventilatória em modo de volume controlado (VC) e FiO<sub>2</sub>- 70%;
- Sonda Vesical (SV) Folley (nº16) com drenagem de urina concentrada;
- Sonda Nasogástrica (SNG) (nº18) em drenagem livre apresentado vestígios biliares na tubuladura;
- Sutura cirúrgica abdominal com penso exteriormente limpo (retirar pontos alternados dia 07/11 e restantes dia 09/11) e dreno multicanelado com biotrol com drenagem de conteúdo serohemático em escassa quantidade (retirar dreno dia 05/11);
- Perfusão contínua de polielectrolítico com glicose a 40cc/h.

- Inicia:

- Polielectrolítico com glicose a 40cc/h;
- Soro Fisiológico para balanço hídrico e medicação se Na<sup>+</sup><135mg/dl
- Polielectrolítico simples para balanço hídrico se Na<sup>+</sup>≥135mg/dl  
(perfusão: Na<sup>+</sup>=141mg/dl a 10,7cc/h)
- Soro NaCl 0,45% para medicação s Na<sup>+</sup>≥135mg/dl
- Midazolan (50mg – 50cc de NaCl 0,45%) a 2cc/h;



- Alfentanil (5mg – 50cc de NaCl 0,45%) a 2cc/h;
- Furosemida (60mg – 50cc de NaCl 0,45%) 4cc/h;
- Amiodorona (600mg – 50cc dextrose 5%) a 5cc/h;
- Piperacilina e tazobactam (4,5mg – 50cc água bidestilada) a 8,3cc/h → antibioterapia empírica;
- Ranitidina 50mg 8/8 horas IV (8, 16 e 24 h);
- Enoxaparina 40mg 24/24 horas SC (22 h).





## 2- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA / DISCUSSÃO

Para uma prestação de cuidados de excelência, não só é necessário saber fazer, mas também saber o porquê de se fazer. Assim, ir-se-á realizar uma descrição teórica relacionada com os diagnósticos do utente em estudo, bem como descrever a sua evolução clínica.

### 2.1 - Colecistite aguda

A Colecistite aguda é uma complicação inflamatória da colelitíase que acomete a vesícula com graus variáveis de gravidade. Como na cólica biliar, a colecistite aguda é iniciada pela obstrução do canal cístico devido a cálculo impactado. Embora o início e a característica da dor resultante se assemelhe à de uma cólica biliar, esta não cede e pode persistir durante dias (Doherty e outros, 2005, p.322).

Meniconi (2008, p.1057/8) acredita que a pedra (constituídas por [colesterol](#) ou [bilirrubina](#)) no interior da vesícula biliar obstrua o ducto cístico, impedindo o desagúe do conteúdo biliar presente no interior da vesícula para o colédoco. Essa estase de líquido no interior da vesícula biliar favorece a proliferação bacteriana, muito provavelmente proveniente do duodeno, originando processo infeccioso e inflamatório da vesícula biliar. O processo infeccioso da colecistite aguda comumente tem como agentes patogénicos enterobactérias.

O mesmo autor (2008, p.1057) refere que a sua incidência está intimamente relacionada com o envelhecimento, afectando 35% após a sétima década de vida, associado a obesidade, diabetes Mellitus, abuso de estrogénio, gravidez, cirrose e presença de hemólise.

Embora o Sr. E.A.C., apresenta um dos factores de risco da colecistite aguda, ou seja a idade uma vez que tem 83 anos, no entanto não apresenta outro factor de risco conhecido.

#### **Sinais e sintomas**

O utente com colecistite aguda queixa-se de forte dor, de início súbito, no epigastro ou hipocôndrio direito, podendo irradiar para a omoplata ou braço à direita (Davide, 2009). Meniconi (2008, p.1057/8) refere que é possível existir como antecedente intolerância a



alimentos gordurosos ou de algum episódio de cólica na região superior do abdómen, com associação de náuseas, vômitos e febre (costuma ser baixa – 37,5 a 38°C). A presença de febre alta (39 a 40°C) sugere a presença de complicação associada à colecistite aguda. Sinais de irritação peritoneal no hipocôndrio direito ou até mais difusa poderão estar presentes (Doherty e outros, 2005, p.322).

O utente em estudo, recorreu ao SU por apresentar quadro de dor no hipocôndrio direito, com 24 horas de evolução, sem no entanto apresentar outra sintomatologia, quer seja febre ou intolerância alimentar. Contudo, no exame físico constatou-se icterícia (bilirrubina total - 2,8mg/dl) e abdómen agudo, apresentando sinal de Murphy positivo.

A presença do sinal de Murphy - dor à palpação do hipocôndrio direito quando da inspiração profunda – é altamente sugestivo de colecistite aguda. (Meniconi, 2008, p.1058) (Doherty e outros, 2005, p.322)

De acordo com Meniconi (2008, p.1058), no exame físico, não é comum a observação de icterícia, a qual costuma ser discreta e a sua presença torna obrigatória a investigação de complicações associadas (hepatite transmissível, fístula colecistocolélica – síndrome de Mirizzi), pancreatite ou mesmo neoplasia da vesícula biliar. Harken (1991, p.128) refere que a incidência de icterícia é de 20 a 30% das situações de colecistite, com bilirrubina > 1,5mg/dl.

### **Diagnóstico**

O diagnóstico da colecistite depende da constelação de sintomas, sinais e demonstração característica dos sinais pelas imagens diagnósticas.

Uma das alterações laboratoriais é a leucocitose. As provas de função hepática, incluindo bilirrubina sérica, fosfatase alcalina e amilase também podem estar alteradas. No entanto, muitas vezes, a febre e a leucocitose estão ausentes e apenas existe persistência de dor no hipocôndrio direito (Doherty e outros, 2005, p.322).

O utente à entrada no SU apresentava para além da dor no hipocôndrio direito o sinal de Murphy positivo, sinais e sintomas característicos da Colecistite aguda (diagnosticada), apresentava leucocitose (12000 células/ml), amilase com valores relativamente baixos (14 U/l), bilirrubina total aumentada (2,8 mg/dl), não sendo avaliados os valores de fosfatase alcalina.

Os exames complementares de diagnóstico por imagem são também úteis no diagnóstico, no entanto também não foram realizados no SU.

Doherty e outros (2005, p.322/3) referem que a ultra-sonografia não apenas é o exame mais sensível e específico para diagnosticar colelitíase como também é eficaz para avaliar os utentes com suspeita de colecistite aguda. Ocasionalmente, está indicada a colecintilografia com radionuclídeo, para proporcionar informação adicional, nos casos que não estão bem



definidos pela ultra-sonografia. Poder-se-á, realizar TC para avaliar o utente com dor abdominal e doença aguda, podendo-se observar cálculos biliares, presença de colecistite aguda. Na ecografia, pode-se observar um espessamento significativo da parede do órgão (Davide, 2009).

### **Complicações**

Em algumas situações o canal cístico permanece obstruído e pode surgir uma das complicações da colecistite aguda: impiema, gangrena, ou perfuração livre, ou bloqueada da vesícula com formação de abscesso (Doherty e outros, 2005, p.322).

Moricz (2008) acrescenta a possibilidade da existência de fístula bilio-digestiva, pancreatite e peritonite biliar com a possibilidade de ocorrência de sépsis.

### **Tratamento**

O tratamento inicial de utentes com colecistite aguda inclui internamento hospitalar, reposição de líquidos IV e antibioterapia IV, bem como vigilância da curva de febre, exame físico e exames laboratoriais, o que faz com que o problema se resolva na maioria dos casos (Doherty e outros, 2005, p.323).

Embora o Sr. E.A.C. não tivesse ficado internado na primeira ida ao SU (dia 23/10/2010), foi para o domicílio sob tratamento conservador: hidratação oral e medicado com antibiótico (piperacilina e tazobactam).

De acordo com os mesmos autores (2005, p.323), se a situação clínica do utente se agravar ou não melhorar, devem ser realizadas alterações no tratamento. Estas incluem alteração do esquema do antibiótico, colecistostomia percutânea e até colecistectomia.

No dia 27, regressa ao SU por agravamento do estado clínico, no entanto com valores analíticos alterados (leucócitos - 10600 células/ml, bilirrubina total-2,6mg/dl, amilase – 8U/l), tendo sido submetido a colecistectomia convencional não exploradora, no mesmo dia.

Os utentes com colecistite aguda devem ser submetidos a colecistectomia como tratamento definitivo. Meniconi (2008, p.1058/9) afirma que a colecistite aguda é doença de tratamento cirúrgico, podendo ser realizada por via aberta ou laparoscópica.

As vantagens teóricas da colecistectomia por laparotomia sobre o método convencional, consiste na redução do tempo de hospitalização, redução de custos, retorno mais precoce ao trabalho, diminuição da dor e melhoria da aparência cosmética (Schwartz, 1995, p.602) (Meniconi, 2008, p.1058/9).



Harken (1991, p.136) refere que na colecistectomia sem exploração do ducto comum, o uso de dreno não é necessário se o campo operatório estiver seco na hora do fechamento. Os drenos não têm demonstrado aumento na incidência de infecção da ferida operatória e febre pós-operatória.

A cirurgia do Sr. E.A.C. decorreu sem intercorrências, tendo sido diagnosticada no intra-operatório uma colecistite aguda gangrenada (uma das possíveis complicações) sendo aplicado um sistema de drenagem – dreno multitubular que somente drenou vestígios de conteúdo serohemático.

## **2.2- Pneumonia de aspiração**

Pneumonias por aspiração são pneumonias consequentes à entrada anormal de secreções endógenas ou substâncias exógenas no pulmão (Tarantino, 1990, p.170) (Under, 2008, p.643).

A pneumonia de aspiração, também denominada pneumonite de aspiração, ocorre frequentemente na presença de compromisso dos reflexos protectores das vias aéreas. A ocorrência da pneumonia de aspiração após um episódio de aspiração, depende do volume de material aspirado, das suas características, da frequência dos episódios de aspiração e da integridade das defesas do hospedeiro (Brotas, 1993, p.167; Johnson e Hirsch, 2004, p.47).

As pneumonias poderão ser classificadas em microbianas e não microbianas, tendo estas últimas como causa agentes físicos ou químicos (Tarantino, 1990, p.170).

Segundo Johnson e Hirsch (2004, p.45) “a pneumonite química aguda é uma síndrome caracterizada por inflamação aguda das vias aéreas principais e do parênquima pulmonar em resposta a material aspirado.” Substâncias como óleos minerais, hidrocarbonetos e ácido gástrico podem causar tipos de lesões diferentes.

O pós-operatório do Sr. E.A.C. estava a decorrer sem incidentes, com boa evolução clínica, embora com alguns valores analíticos alterados (leucócitos - 4600 células/ml, bilirrubina total – 3,1mg/dl, amilase – 104 U/l), tendo iniciado dieta oral nas primeiras 24 horas, que tolerou. No entanto, no dia 29 ao pequeno-almoço, ocorreu aspiração do vômito tendo sido aspirado conteúdo biliar na árvore brônquica.

O suco gástrico, devido à presença do ácido clorídrico (pH abaixo de 2,5), provoca imediatamente broncoespasmo grave, lesão da árvore brônquica e do parênquima pulmonar,

sendo a gravidade da lesão tanto maior quando mais ácido for o material aspirado (Tarantino, 1990, p.170; Johnson e Hirsch, 2004, p.48).

A pneumonia de aspiração é uma doença potencialmente evitável, exigindo atenção a pequenos aspectos dos cuidados dos utentes. É importante a elevação da cabeceira da cama, para usar a gravidade para prevenir o refluxo e a aspiração do conteúdo gástrico. Os utentes de alto risco devem ser alimentados com a cabeceira elevada (semi-fowler) e não ser descida até 1 a 2 horas após a refeição. O Sr. E.A.C. poder-se-á considerar um utente de risco, uma vez tinha realizado uma cirurgia recentemente (24 horas) sob anestesia geral e que os reflexos de deglutição e tosse podem ainda não estarem presentes. Deverá também existir uma boa higiene oral, nasal e da orofaringe, assim como uma manipulação de forma adequada das sondas de alimentação, se presentes. As complicações da pneumonia de aspiração incluem abscesso pulmonar, impiema e fistula broncopleural (Johnson e Hirsch, 2004, p.55).

### **Sinais e sintomas**

De acordo com Johnson e Hirsch (2004, p.48), após qualquer tipo de aspiração pode ocorrer hipoxémia, que pode ser imediata e colocar a vida em risco, podendo ocorrer paragem respiratória ou cárdio-respiratória. Múltiplos factores contribuem para a hipoxémia, incluindo o broncoespasmo reflexo devido à irritação da traqueia, diminuição da actividade do surfactante acompanhada de atelectasia e do desequilíbrio da ventilação-perfusão e shunt intra-pulmonar resultantes, e lesão alveolar directa. Acessos de tosse com expectoração, cianose, dispneia, taquipneia e hipotensão são frequentes (Tarantino, 1990, p.170). Na pneumonite química aguda são frequentes a febre, leucocitose e infiltrados pulmonares (Johnson e Hirsch, 2004, p.48; Enfermagem em cuidados críticos, 2006, p.387).

O Sr. E.A.C. em consequência da aspiração do vómito, presenciada, apresentou paragem respiratória, sendo realizada aspiração da árvore brônquica apresentando conteúdo biliar. Radiologicamente observa-se infiltrado na base direita.

Não existem exames de diagnóstico específicos para a pneumonia de aspiração. Assim sendo, o diagnóstico é baseado nos sinais e sintomas. O objectivo da realização de hemoculturas e culturas da expectoração brônquica é a identificação de um agente patogénico perigoso e fornecer informação acerca da sua sensibilidade a antibióticos (Johnson e Hirsch, 2004, p.51).

### **Tratamento**

Segundo Johnson e Hirsch (2004, p.51), “a terapêutica inicial da aspiração aguda depende do reconhecimento rápido de que ocorreu a aspiração e envolve o tratamento da



hipoxémia e broncoespasmo agudos.” Neste caso específico, a aspiração do vômito foi presenciada, levando assim a que a actuação fosse nesse sentido.

Deve ser suspensa a alimentação e as vias aéreas devem ser aspiradas. A administração O<sub>2</sub> suplementar também faz parte do tratamento, quer seja por inalação ou insuflação, sendo em casos mais graves necessária entubação e VMI com pressão positiva e hidratação IV para aumentar os espaços intravasculares (Tarantino, 1990, p.170; Johnson e Hirsch, 2004, p.52).

Após paragem respiratória, a via aérea do Sr. E.A.C. foi prontamente protegida com TOT, tendo iniciado VMI e aspirado conteúdo da árvore brônquica, sem que lhe fossem administrados quaisquer alimentos.

Como o utente apresentava critérios de internamento na UCIP, foi solicitada a sua colaboração, sendo admitido na unidade no dia 29 às 22h, onde manteve a VMI, hidratação IV e cobertura antibiótica empírica (perfusão de piperacilina e tazobactam em perfusão a 8,3cc/h).

Johnson e Hirsch (2004, p.52) referem que a maioria dos utentes com pneumonia de aspiração é tratada de forma empírica, pelo menos inicialmente. As recomendações para esquemas de antibióticos baseiam-se principalmente nos factores de risco, cobertura de agentes patogénicos prováveis, as circunstâncias em que ocorreu a aspiração. Normalmente os utentes com pneumonia de aspiração adquirida no hospital devem ser tratados com antibioterapia combinada, sendo um dos antibióticos recomendados piperacilina e tazobactam, observando-se a resposta clínica em 1 a 2 dias.

A terapêutica adjuvante com corticóides poderá ser administrada para reduzir o edema das mucosas melhorando o espasmo brônquico, como indica Tarantino (1990, p.170), no entanto, Johnson e Hirsch (2004, p.52) contradizem esta opinião, dizendo que poderão ser prejudiciais. Na situação inicial não foram administrados corticóides.

### **2.3 - Na UCIP...**

À entrada na UCIP, para além da unidade do utente se encontrar devidamente preparada, é necessário realizar uma colheita de dados sobre o utente, bem como realizar os respectivos registos na folha de registos de enfermagem:

“O Sr. E.A.C. deu entrada na UCIP às 22 horas vindo da UCINCO. Foi submetido a colecistectomia convencional no dia 27 de Outubro por colecistite gangrenosa com boa evolução clínica. Após 24 horas iniciou dieta oral com tolerância até dia 29 de manhã, tendo



aspirado vômitos e como consequência apresentou paragem respiratória, sendo protegida via aérea com TOT e iniciado VMI, aspirado de conteúdo biliar na árvore brônquica.

À entrada na unidade foi conectado à prótese ventilatória em modo de VC com  $FiO_2$  70%, para  $SatO_2$  de 95%, ficando bem adaptado.

Mantém-se em dieta zero, normoglicémico sem suporte de insulina. Soroterapia em curso (polielectrolítico com glicose a 40cc/h e polielectrolítico simples a 10,7cc/h).

SNG em drenagem livre com vestígios na tubuladura de conteúdo biliar. SV em drenagem livre com saída de urina concentrada (aplicado uriméter). Sem dejectão. Penso abdominal exteriormente limpo e dreno multitubular com biotrol no hipocôndrio direito, apresentando conteúdo serohemático em quantidade escassa.

Posicionado em semi-fowler e massajado com creme hidratante. Aliviadas zonas de pressão. Apresenta mucosas coradas, hidratadas e ictéricas, ligeiros edemas dos membros superiores.

Sedado com bólus de Midazolan, inicia às 22 horas sedação com perfusão de Midazolan a 2cc/h e analgesia com Alfentanil a 2cc/h, apresentando escala de coma de Glasgow de 10 (O4, V1, M5).

Apirético. Hemodinamicamente estável (PA-134/77mmHg), electricamente em arritmia mas com ritmo sinusal (FC- 102 bpm), gasometricamente (venosa) apresenta hipernatrémia (141mg/l).”

Para assegurar um bom nível de cuidados ao utente que necessita de ventilação mecânica, devem existir conhecimentos adequados do equipamento e dos procedimentos envolvidos, pois existem diferentes tipos de ventiladores, bem como de modos ventilatórios, devendo o enfermeiro (e equipa médica) adequar os cuidados às suas necessidades.

O Sr. E.A.C. deu entrada na unidade com o critério de admissão de necessidade de entubação traqueal e VMI por insuficiência respiratória, por pneumonia de aspiração e consequente paragem respiratória. De acordo com Urden e outros (2008, p.627), a insuficiência respiratória aguda “resulta dum deficiente desempenho do sistema respiratório”, em que “a hipoxémia é o resultado do compromisso da troca gasosa e é um sinal característico.”

Assim sendo, o Sr. E.A.C. foi conectado à prótese ventilatória em modo de VC (indicação médica) para permitir uma adequada ventilação. Segundo Swearingen e Keen (2001, p.21) o modo VC “fornece o gás a um volume corrente e ritmo pré-estabelecido, ignorando o esforço ventilatório do próprio utente (o utente não pode activar esta maquina).”



Este modo ventilatório utiliza-se quando o utente se encontra sedado para além de ser o modo de utilização mais simples, sendo que neste caso será o mais adequado.

Contudo, começam a existir estudos que referem que as complicações associadas ao modo de VC são superiores às do modo de PC, uma vez que se a pressão estiver controlada, reduz a presença de barotrauma e pneumotórax hipertensivo.

Para prevenir as complicações da VMI, é necessário prestar cuidados adequados:

- O barotrauma pode ocorrer quando a pressão intratorácica, causa lesão dos grandes vasos ou órgãos torácicos e determinando também lesões no abdómen (Swearingen e Keen, 2001, p.23).

- O pneumotórax hipertensivo desenvolve-se quando o ar pressurizado entra na cavidade torácica ou espaço pleural (Urden, 2008, p.1013; Swearingen e Keen, 2001, p.24). A pressão elevada da ventilação de pressão positiva pode provocar um orifício no tecido pulmonar lesado e fragilizado, o que determina uma situação de risco de vida.

Urden (2008, p.1013) descreve as manifestações clínicas do pneumotórax como sendo dispneia, taquicardia, hipotensão ou dor torácica de instalação súbita e que irradia para os ombros, bem como a diminuição ou ausência dos sons respiratórios do lado afectado. O desvio traqueal para o lado oposto, embora que seja um sinal tardio, e distensão das veias jugulares devido à pressão intrapleural elevada, desvio do mediastino e pressão cardíaca aumentada também são manifestações possíveis do pneumotórax (Enfermagem em Cuidados Críticos, 2005, p.394).

O Sr. E.A.C. não apresentava manifestações de barotrauma ou pneumotórax hipertensivo, contudo a pressão das vias aéreas – Pico encontrava-se elevada ([45-50]), havendo a necessidade de ajuste do volume corrente e consequente volume inspiratório (de 11 para 12 l/min), revertendo as pressões das vias aéreas – Pico ([35-37]) e assim prevenir tais complicações. Para além disso, manteve-se uma observação atenta e contínua dos sinais vitais e exame físico.

- As complicações gastrointestinais são consequência das pressões fisiológicas e de stress, podendo desenvolver úlceras pépticas com grande hemorragia. Por rotina são administrados antagonistas dos receptores H2 da histamina para prevenção de úlcera de pressão (Swearingen e Keen, 2001, p.24).

No caso do Sr. E.A.C., encontra-se prescrita Ranitidina 50mg 3id IV, o pH gástrico era avaliado uma vez por turno (pH=1,5 a 2), sendo prescrita metoclopramida 10mg 3id IV. No dia 02/11 inicia perfusão de NE (perfusão de 10cc/h tendo-se aumentado para 20cc/h) que auxilia a protecção gástrica, tendo sido suspensa no dia 05/11 por intolerância (estase gástrica de 100cc de conteúdo alimentar e biliar com a perfusão de NE a 20cc/h).



- A hipotensão com diminuição do débito cardíaco desenvolve-se em consequência de uma diminuição do retorno venoso secundária ao aumento da pressão intratorácica. Será necessária a administração de líquidos para manter o volume mínimo de volume intravascular que permite um débito cardíaco suficiente para a perfusão dos órgãos vitais. O aumento da pressão intracraniana pode também acontecer em consequência da diminuição do retorno venoso, que provoca acumulação de sangue na cabeça (Swearingen e Keen, 2001, p.24).

O Sr. E.A.C. encontra-se monitorizado, sendo realizada a avaliação da função cardíaca e sinais vitais horariamente e realizados os respectivos registos. O utente inicia quadro de hipotensão no dia 30/10 (PA: 91/42mmHg; PAM: 58mmHg), sendo administrada perfusão de noradrenalina (5mg – 50cc de dextrose 5%) a 5cc/h e sendo realizado desmame, que suspendeu no dia 05/12 por se encontrar normotenso (PA: 120/43mmHg; PAM: 68mmHg), permitindo assim a irrigação dos órgãos vitais. O traçado electrocardiográfico também é importante e, embora o utente já apresentasse como antecedente FA, houve a necessidade de no dia 30/11 iniciar perfusão de amiodorona a 40cc/h (600mg – 500 dextrose 5%) após impregnação (300mg – 100 dextrose 5%), tendo realizado desmame e suspenso a perfusão e no dia 01/12 iniciado amiodorona 200mg id pela SNG. A avaliação contínua do traçado e a FC demonstraram a melhoria cardíaca, embora se mantivesse em FA (dia 30/11- FC: 121bpm; dia 01/12 – FC: 105bpm; dia 05/11 – FC:82bpm).

O utente mantém perfusão de Polielectrolítico com Glicose a 40cc/h e NaCl 0,45% a 10,7cc/h por hipernatrémia (dia 05/12 Na=145mg/dl), apresentando ligeiros edemas dos membros superiores.

- Desequilíbrio hídrico: o aumento de produção de hormona antidiurética ocorre em consequência do aumento de pressão nos barorreceptores na aorta torácica, o que leva o sistema a reagir como se existisse uma depleção de volume. A hormona estimula o rim a reter água. Podem ser necessários diuréticos se existirem sinais de hipervolemia. (Swearingen e Keen, 2001, p.25)

A necessidade de diuréticos encontra-se presente nesta situação, uma vez que os débitos horários se encontram inferiores aos pretendidos (> 60cc/h), para além de apresentar ligeiro edema dos membros superiores. Assim sendo, inicia no dia 29/11 perfusão de furosemida (60mg – 50cc de NaCl 0,45%) a 4cc/h que foi sendo ajustada para manter balanço hídrico pretendido (prescrição médica) tendo, no dia 05/12 perfusão de furosemida (60mg – 50cc de NaCl 0,45%) a 2cc/h.

- Pneumonia do ventilador: estudos demonstram que 70 a 90% dos utentes ventilados mecanicamente foram colonizados por bactérias hospitalares na orofaringe, traqueia



ou tubo digestivo. A aspiração de bactérias da orofaringe pode ser a causa principal da pneumonia do ventilador (Swearingen e Keen, 2001, p.25).

Para prevenir a pneumonia associada à VMI, é necessário, para além de praticar as medidas gerais, ter atenção às medidas específicas do utente ventilado (Swearingen e Keen, 2001, p.25; Manual de Prevenção de Infecções Nosocomiais, 2005, p.39).

Assim para prevenção da pneumonia do ventilador do utente em estudo tiveram-se as seguintes precauções:

- Avaliar a pressão do cuff;
- Utilizar técnica asséptica durante a aspiração de secreções;
- Aspirar quando necessário e não por rotina (previne também traumatismos);
- Aspirar a árvore brônquica antes da naso e orofaringe (utilizar nova sonda de aspiração);
- Elevar a cabeceira (semi-fowler);
- Utilizar filtro hidrófobo individual para humidificar as vias aéreas;
- Realizar higiene oral uma vez por turno, hidratando as mucosas;
- Substituir material de aspiração conforme indicações/protocolos.

Contudo, no dia 01/12, o Sr. E.A.C. apresentou um pico febril (38,9°C – temperatura central), sendo administrado 1gr de Paracetamol IV, e realizada colheita de secreções brônquicas para cultura (secreções mucopurulentas em quantidade escassa), tendo-se conhecimento no dia 04/12 que a cultura foi positiva para *Cândida Albicans* iniciando perfusão de Vancomicina (500mg – 50cc NaCl 0,45%) a 7cc/h.

• Ansiedade: muitos indivíduos experimentam ansiedade relacionada com o desconforto associado com a perda de controlo do seu processo ventilatório e com a percepção da ameaça ao seu estado de saúde, perda do controlo físico, incapacidade de comunicar e com a presença de dor. Factores ambientais como o ruído, temperaturas extremas e privação do sono agravam a ansiedade e agitação, atrasando a cura e pode aumentar a mortalidade (Swearingen e Keen, 2001, p.25/45).

A dor não controlada em efeitos multissistémicos (Swearingen e Keen, 2001, p.74):

- Cardiovasculares: aumento da FC e da PA, aumento do consumo de O<sub>2</sub> pelo miocárdio, alteração do fluxo sanguíneo;
- Pulmonares: atelectasias, diminuição do esforço da tosse, aumento da retenção de secreções e hipoxémia;



- Gastrointestinais: diminuição da motilidade gástrica e intestinal.
- Geniturinários: retenção urinária.
- Psicológicos: medo, insónia, ansiedade.

A ventilação coordenada e eficaz pode não ser possível em caso de grande ansiedade ou dor manifestada por agitação. Assim, para facilitar a VMI e reduzir o esforço respiratório, o Sr. E.A.C encontrava-se sedado com Midazolam (50mg – 50cc de NaCl 0,45%) a 2cc/h e analgesiado com Alfentanil (5mg – 50cc de NaCl 0,45%) a 2cc/h, sendo também tomadas medidas não farmacológicas, como é o caso das massagens, posicionamentos e gestão do ambiente da unidade.

A sedação e a analgesia encontram-se em perfusão contínua, contudo, em situações em que o utente se encontra agitado ou com manifestação de dor, é possível a administração de bólus, o que aconteceu, nomeadamente antes dos procedimentos invasivos. O ambiente da unidade é um calmo, com pouco ruído, tendo-se o cuidado de gerir o ambiente de acordo com cada utente. A avaliação da dor é realizada através da escala de Campbell (o utente apresenta 0 antes dos procedimentos e 2 após aspiração de secreções – musculatura facial: 1, tranquilidade: 0, tónus muscular: 0, adaptação à VMI: 1, conforto: 0), o grau de sedação avaliado através da escala de Ramsay (utente apresenta 5/6) e Rass (o utente apresenta -5).

“O principal objectivo do suporte nutricional é satisfazer as exigências da temperatura corporal, dos processos metabólicos e da reparação dos tecidos” (Swearingen e Keen, 2001, p.5).

O custo, a segurança e a comodidade são a justificação da preferência pela NE em relação à NP, mas os potenciais benefícios fisiológicos são um argumento mais convincente. Os estudos indicam que a NE evita a passagem de bactérias do tracto gastrointestinal para o sistema linfático e outros órgãos, reduzindo uma fonte importante de sépsis e possíveis insuficiências orgânicas, ao mesmo tempo que melhora a cicatrização das feridas e a imunocompetência (Swearingen e Keen, 2001, p.6; Phipps e outros, 2003, p.1550).

A NP encontra-se indicada em utentes cujo sistema gastrointestinal não funciona como obstrução, inflamação aguda ou má absorção. É também utilizada em utentes que se encontram num estado de hipercatabolismo (Phipps e outros, 2003, p.1554/5), como é o caso dos utentes internados na UCIP. A NPT, administrada por CVC, surge quando não é possível a NE, ou para seu suplemento que é o caso do utente em estudo.

O Sr. E.A.C. inicia administração de NPT no dia 30/10 (Nutriflex N10; 100cc de Dipeptiven; 0,4cc heparina; Vitaminas hidrossolúveis, lipossolúveis e oligoelementos) pelo CVC a 57cc/h, permanecendo normoglicémico sem necessidade de insulina (pesquisa 2 vezes turno



e glicémias de 80 a 160mg/dl). No dia 31/10 inicia perfusão de insulina Actrapid (50unidades – 50cc NaCl 0,45%) a 2cc/h, mantendo-se normoglicémico e no dia 01/11 é prescrita a administração de insulina de acordo com o protocolo do serviço. No mesmo dia é acrescentado à NPT 20ml de fosfato bipotássico e 60meq de KCl para correcção da hipocaliémia e suspensos no dia 02/11 e 03/11, respectivamente, mantendo perfusão da NPT a 57cc/h.

Como a drenagem da SNG era escasso, e com indicação dos médicos da cirurgia, iniciou-se no dia 02/11 NE standard a 10cc/h com indicação de aumentar 10cc por turno se tolerar. Como não apresentava estase gástrica foi aumentada a perfusão para 20cc/h, contudo no dia 05/11 houve necessidade de diminuir novamente a perfusão para 10cc/h por apresentar 100cc de estase gástrica alimentar e biliar e, sendo mesmo suspensa por não tolerar (desperdiçada estase), ficando novamente SNG em drenagem livre com vestígios conteúdo biliar na tubuladura. Como não havia absorção da nutrição também a medicação administrada (amiodorona 200mg) não estava a ser absorvida, sendo por isso também suspensa.

O cateter arterial transmite valores contínuos de PA sistólica e diastólica e PAM. Este geralmente é inserido pela artéria radial porque é mais facilmente acessível e a circulação sanguínea colateral é habitualmente acessível (teste de Allen), podendo ser também inserido na artéria femoral ou braquial (Swearingen e Keen, 2001, p.36; Enfermagem em cuidados críticos, 2006, p.329).

Existem factores mecânicos que influenciam as ondas como sendo os amortecimentos das ondas, a deslocação súbita do cateter e a calibração inadequada (Swearingen e Keen, 2001, p.36). Assim, para uma avaliação correcta é necessário calibrar o hemopod e verificar se a onda não se encontra alterada. Se a avaliação da PA apresentar um valor muito discordante será necessária uma avaliação não invasiva (por braçadeira).

Os sistemas respiratório e metabólico agem em conjunto para manter o equilíbrio ácido-básico. É através da gasometria (colheita de sangue arterial através do cateter arterial) que se podem avaliar os valores de gases no sangue. No entanto, para estes resultados serem mais fidedignos é necessário registar o valor da temperatura e o FiO<sub>2</sub> do utente no momento da colheita. Outras condições que podem influenciar os resultados dos exames são as bolhas de ar na seringa e presença de heparina (Enfermagem em cuidados críticos, 2006, p.329).

O Sr. E.A.C. apresenta cateter arterial na radial esquerda desde dia 30/10, o que facilita a sua monitorização. As ondas encontram-se normais, no entanto existiram alterações significativas da PA, que cederam com a perfusão de noradrenalina (5mg – 50cc de NaCl 0,45%), que foi sendo ajustada à medida que a hipotensão cedia.

A realização da gasometria encontra-se prescrita duas vezes turno e SOS, quando existiam valores desajustados ou alterações dos valores do ventilador. Para além disso,



mantém hipernatrémia (Na=145 meq) – provável disfunção renal ou grande volume de perdas insensíveis - com perfusão de NaCl 0,45% a 10,7cc/h e hipocaliémia (K=3,2 meq) – provável disfunção renal, sendo realizada reposição com 30meq de KCl em 100cc de NaCl 0,45% no dia 01/11 e administrado 60 meq de KCl (suspende dia 03/11) e 20 ml de fosfato bipotássico (suspende no dia 02/11) na NPT, apresentando no dia 03/11 K=3,3 meq e Na=147meq.

Não se verificam nenhuma das possíveis complicações associadas ao cateterismo arterial: trombose arterial com isquemia, sinais de infecção local, infiltração ou perda de sangue por desconexão (Swearingen e Keen, 2001, p.36). O penso é realizado segundo protocolo (7 em 7 dias) ou em SOS, tendo sido realizado no dia 03/11 por se encontrar descolado.

O CVC pode ser introduzido na jugular, subclávia ou em outra grande veia ou um dos orifícios de um cateter da artéria pulmonar. Para além da administração de terapêutica, hemoderivados, a avaliação da PVC realiza-se no seu lúmen distal. A PVC é a medição da pressão venosa sistémica a nível da aurícula direita (Swearingen e Keen, 2001, p.38). O valor normal é de 1 a 6 mmHg, no entanto num utente com VMI o valor normal será de 6 a 10mmHg (Alves, 2010). A variação dos valores da PVC pode indicar sobrecarga do volume de líquidos, insuficiência dos ventrículos, etc. (se aumentada) ou hipervolemia, dilatação venosa provocada por sépsis, etc. (se diminuída).

O Sr. E.A.C. apresenta CVC de 5 lúmenes na jugular direita desde dia 30/10, sendo realizado o penso no dia 03/11 por se encontrar descolado, não apresentando sinais inflamatórios. Para além de estar a ser avaliada a PCV, que variou entre os 8/10 mmHg, utiliza-se também para a perfusão da terapêutica prescrita, tendo sempre em atenção as incompatibilidades, a NPT e a insulina encontram-se em perfusão num lúmen isolado, bem como as aaminas. A restante medicação compatível é administrada num lúmen através de uma rampa.

No dia 05/12, o Sr. E.A.C. foi observado pela Cirurgia Geral, sendo realizado o penso da região abdominal não apresentando sinais inflamatórios visíveis, com indicação de retirar os pontos alternados no dia 07/11 e os restantes no dia 09/11. O dreno foi também retirado, tendo drenado somente conteúdo serohemático em quantidade escassa – aplicado opsite.

Quando o utente entrou na unidade apresentava SV Folley de curta duração. No entanto, como a temperatura central é mais fiável, foi realgaliado no dia 31/10 com SV aramada com avaliação da temperatura.

Ao longo do internamento também realizou exames complementares de diagnóstico. No dia 02/11 realizou TC do tórax, abdómen superior e suplemento de contraste IV que



revelou, entre outros achados embolização séptica pulmonar bilateral e derrame pleural bilateral, confirmado na ecografia abdominal do dia 04/11 e Rx.



### **3- PLANO DE CUIDADOS**

É de extrema importância a elaboração de um plano de cuidados individualizando as necessidades de cada indivíduo. A elaboração do plano de cuidados para o utente em estudo tem por base a CIPE.

A CIPE é uma classificação de fenómenos de enfermagem, acções e resultados. Tem como objectivos fundamentais estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de Enfermagem, melhorando assim a comunicação entre os enfermeiros e outros, bem como descrever os cuidados de Enfermagem a pessoas (indivíduos, famílias e comunidades) universalmente (CIPE/ICNP beta2, 2003).

Assim sendo, e de acordo com as necessidades do utentes foi realizado o seguinte plano de cuidados.





## Plano de cuidados

Diagnostico de enfermagem	Objectivo	Plano de acção	Avaliação
Dependente em grau elevado no auto-cuidado: higiene 29/10/2010	Manter corpo limpo e integridade cutânea durante o internamento	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dar banho no leito;</li><li>- Massajar parte do corpo com creme hidratante;</li><li>- Realizar higiene oral e nasal;</li><li>- Vigiar integridade cutânea;</li><li>- Registar no processo do utente.</li></ul>	05/11/10 Manteve grau de dependência no internamento. Pele íntegra (excluindo ferida cirúrgica)
Dependente em grau elevado no auto-cuidado: rodar-se 29/10/2010	Manter integridade cutânea durante o internamento	<ul style="list-style-type: none"><li>- Posicionar frequentemente (2/2h) em decúbitos com tolerância;</li><li>- Avaliar o risco de úlceras de pressão segundo a escala de Braden;</li><li>- Massajar partes do corpo com creme hidratante;</li><li>- Registar no processo do utente.</li></ul>	05/11/10 Manteve grau de dependência no internamento. Não apresenta úlceras de pressão.
Senso-percepção alterada 29/10/2010	Manter sedado, analgesiado e parâmetros vitais dentro dos parâmetros normais	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar nível de consciência, movimentos, sinais pupilares, padrão respiratório;</li><li>- Avaliar sinais vitais;</li><li>- Registar no processo do utente.</li></ul>	05/11/10 Ramsay: 5/6 Rass: -5 Escala de Campbell- 0 Pupilas isocóricas isoreactivas, não abre os olhos, não interage. Inicia noradrenalina dia 30/10/2010 por hipotensão. Taquicardico por FA com perfusão de amiodorona até dia 1/11/2010, iniciando pela SNG, suspendendo no dia 05/11/2010 por intolerância à NE



Diagnostico de enfermagem	Objectivo	Plano de acção	Avaliação
Susceptibilidade de infecção pela presença da SV 29/10/2010	Manter utente sem sinais de infecção	<ul style="list-style-type: none"><li>- Optimizar SV;</li><li>- Monitorizar características da eliminação vesical e débito horário;</li><li>- Vigiar sinais e sintomas de infecção;</li><li>- Administrar furosemida conforme prescrição médica (para manter débito)</li><li>- Administrar soroterapia conforme prescrição médica (para manter débito)</li><li>- Registrar no processo do utente.</li></ul>	05/11/10 Mantém perfusão de Furosemida. Débitos urinários superior a 60cc/h com ajuste de diurético e soroterapia.
Limpeza ineficaz as vias aéreas (TOT) 29/10/2010	Manter vias aéreas permeáveis	<ul style="list-style-type: none"><li>- Optimizar TOT;</li><li>- Higiene oral 1x turno e SOS;</li><li>- Aspiração de secreções brônquicas, orais e nasais sempre que necessário, humidificando-as;</li><li>- Manter humidificação e temperatura do gás inspirado;</li><li>- Vigiar valores de SatO<sub>2</sub>;</li><li>- Manter alinhamento seguro e adequado das vias aéreas artificiais;</li><li>- Elevar cabeceira 30 a 45°;</li><li>- Manter ambiente sossegado e utente sem agitação;</li><li>- Registrar no processo do utente.</li></ul>	05/11/10 Aspiradas secreções mucopurulentas em quantidade escassa
Susceptibilidade de lesão traqueal 29/10/2010	Manter integridade traqueal e das mucosas durante o internamento	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mobilizar e fixar TOT;</li><li>- Verificar pressão do cuff;</li><li>- Vigiar integridade das mucosas;</li><li>- Substituir fita de nastro;</li><li>- Evitar aspirações traumatizantes;</li><li>- Registrar no processo do utente.</li></ul>	05/11/10 Sem lesão traqueal ou nas mucosas.



Diagnostico de enfermagem	Objectivo	Plano de acção	Avaliação
Troca gasosa prejudicada 29/10/2010	Manter utente adaptado à prótese ventilatória	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vigiar gases sanguíneos pela gasometria arterial 2 x turno e SOS;</li><li>- Vigiar adaptação do utente à prótese ventilatória;</li><li>- Vigiar sinais de alteração metabólica;</li><li>- Vigiar frequência respiratória;</li><li>- Manter permeabilidade das vias aéreas;</li><li>- Posicionar o utente de forma a permitir a máxima ventilação alveolar e conforto;</li><li>- Registrar no processo do utente.</li></ul>	05/11/10 Apresenta $FiO_2/PaO_2$ aproximados dos 100. Ajuste dos volumes, apresentando-se bem adaptado. Gasometricamente: pH= 7,47 $PaO_2= 42$ mmHg $PaCO_2=70$ mmHg
Susceptibilidade de diminuição do débito cardíaco 29/10/2010	Manter estabilidade hemodinâmica	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ajustar tempo inspiratório;</li><li>- Manter volémia adequada;</li><li>- Vigiar PVC e restantes sinais vitais;</li><li>- Registrar no processo do utente.</li></ul>	05/11/10 PVC entre os 8 e 10 mmHg. Perfusão de noradrenalina de dia 30/10 a 5/11/2010 por hipotensão. Taquicardico por FA com perfusão de amiodorona até dia 1/11/2010, inicia pela SNG, suspendendo no dia 05/11 por não tolerar NE
Susceptibilidade de infecção relacionada com a VMI 29/10/2010	Manter utente sem sinais de infecção	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vigiar sinais e sintomas de infecção;</li><li>- Manter insuflação adequada do cuff;</li><li>- Elevar cabeceira de 30 a 45°;</li><li>- Vigiar intolerância à NE e risco de aspiração;</li><li>- Utilizar técnica asséptica na aspiração de secreções;</li><li>- Aspirar quando necessário e não por rotina;</li><li>- Aspirar árvore brônquica e posteriormente orofaringe, com sonda de aspiração nova;</li><li>- Humidificar as secreções;</li><li>- Substituir material de aspiração conforme indicação/protocolo;</li><li>- Registrar no processo do utente.</li></ul>	05/11/10 Apresenta secreções mucopurulentas em quantidade escassa. Cultura de secreções brônquicas positivas para <i>Cândida Albicans</i> (antibioterapia). No dia 01/11/2010 inicia quadro de hipertermia (38,9°C) sendo administrado paracetamol 1gr IV



Diagnostico de enfermagem	Objectivo	Plano de acção	Avaliação
Alteração da integridade cutânea – ferida cirúrgica 29/10/2010	Manter utente sem sinais de infecção	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vigiar características e drenado da ferida cirúrgica (sutura e dreno);</li><li>- Vigiar sinais e sintomas de infecção;</li><li>- Realizar penso com indicação médica ou SOS;</li><li>- Registrar no processo do utente.</li></ul>	05/11/10 Ferida sem sinais inflamatórios. Retirado dreno e realizado penso com opsite. Exteriormente limpo.
Edema dos membros 30/10/2010	Apresentar ausência de edemas	<ul style="list-style-type: none"><li>- Elevar os membros superiores e inferiores;</li><li>- Vigiar função cardíaca e restantes sinais vitais;</li><li>- Vigiar débito urinário;</li><li>- Avaliar balanço hídrico 3 vezes dia;</li><li>- Avaliar peso diariamente;</li><li>- Registrar no processo do utente.</li></ul>	05/11/10 Balanço hídrico dentro dos valores pretendidos. Mantém ligeiro edemas dos membros superiores.
Metabolismo energético alterado 30/10/2010	Apresentar valores de glicémia dentro dos valores pretendidos (80-160 mg/dl)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Monitorizar glicémia arterial/capilar conforme prescrição médica, protocolo ou SOS;</li><li>- Administração de insulina ou ajuste da perfusão segundo prescrição;</li><li>- Registrar no processo do utente.</li></ul>	05/11/10 Normoglicémico com perfusão de insulina Actrapid (50unidades – 50cc NaCl 0,45%) a 2cc/h
Hipotensão arterial 30/10/2010	Manter utente normotenso	<ul style="list-style-type: none"><li>- Monitorizar horariamente valores de PA e PAM;</li><li>- Administrar medicação prescrita (noradrenalina);</li><li>- Vigiar sinais de má perfusão;</li><li>- Registrar no processo do utente.</li></ul>	05/11/10 Perfusão de noradrenalina de dia 30/10 a 5/11/2010 por hipotensão. PVC: 8 a 10 mmHg



Diagnostico de enfermagem	Objectivo	Plano de acção	Avaliação
Precaução de segurança: cateter arterial na radial esquerda 30/10/2010	Manter utente sem sinais de infecção	<ul style="list-style-type: none"><li>- Optimizar cateter arterial;</li><li>- Vigiar sinais de infecção;</li><li>- Executar realização do penso transparente de 7/7 dias ou em SOS;</li><li>- Manutenção asséptica;</li><li>- Registrar no processo do utente.</li></ul>	05/11/10 Sem sinais inflamatórios locais. Realizado penso no dia 03/11/2010
Precaução de segurança: cateter venoso central na jugular direita 30/10/2010	Manter utente sem sinais de infecção	<ul style="list-style-type: none"><li>- Optimizar cateter venoso central;</li><li>- Vigiar sinais de infecção;</li><li>- Executar realização do penso transparente de 7/7 dias ou em SOS;</li><li>- Manutenção asséptica;</li><li>- Registrar no processo do utente.</li></ul>	05/11/10 Sem sinais inflamatórios locais. Realizado penso no dia 03/11/2010
Hipertermia 01/11/2010	Manter utente apirético	<ul style="list-style-type: none"><li>- Monitorizar temperatura corporal periférica ou central continuadamente;</li><li>- Executar arrefecimento periférico;</li><li>- Administrar analgésico prescrito;</li><li>- Registrar no processo do utente.</li></ul>	Avaliação da temperatura periférica até dia 31/10/2010 e central depois dessa data. No dia 01/11/2010 inicia quadro de hipertermia (38,9°C) sendo administrado paracetamol 1gr IV



Diagnostico de enfermagem	Objectivo	Plano de acção	Avaliação
Intolerância à NE 05/11/2010	Manter utente com aporte nutricional adequado durante o internamento	<ul style="list-style-type: none"><li>- Administrar NE;</li><li>- Optimizar SNG;</li><li>- Vigiar risco de aspiração;</li><li>- Manter cabeceira elevada 30 a 45°;</li><li>- Vigiar tolerância: estase gástrica e pH gástrico 1x turno ou SOS;</li><li>- Agir em conformidade com estase gástrica;</li><li>- Informar a equipa médica da intolerância ou alteração dos valores de pH;</li><li>- Preparar NPT com técnica asséptica</li><li>- Substituir frasco/bolsa de nutrição e sistema conforme protocolo;</li><li>- Vigiar estado nutricional;</li><li>- Registar no processo do utente.</li></ul>	Inicia NPT dia 30/10/2010. Inicia NE dia 02/11/2010 e suspende dia 05/11/2010 por intolerância, mantendo perfusão de NPT conforme necessidades metabólicas.



## 4- CONCLUSÃO

A pneumonia de aspiração pode levar a consequências muito graves, inclusive a morte. Embora o utente se encontrasse debilitado pela cirurgia efectuada, há que ter em atenção a todos os factores de risco. O estado clínico do Sr. E.A.C. começou-se a degradar e entrou em falência multiorgânica, ainda realizando técnica de substituição renal, mas contudo acabou por falecer no dia 15/11/2010.

Os cuidados prestados na UCIP têm de ser precisos e especializados, pois a instabilidade e a complexidade dos utentes assim o exige, obrigando à busca de conhecimento contínuo e actualizado. O planeamento das necessidades afectadas bem como o plano de acção torna-se assim de extrema importância.

A elaboração deste trabalho permitiu aprofundar e desenvolver conhecimentos relacionados, não só com a colecistite e pneumonia de aspiração, mas também relacionados com o utente crítico, pensando ter atingido os objectivos propostos.





## 5- BIBLIOGRAFIA

📖 Alves, P. – Módulo Cuidados Intensivos. Viseu: Instituto de Ciências da Saúde. Mestrado de Enfermagem, Ano Lectivo 2009/2010.

📖 CIPE/ICNP: Classificação internacional para a prática de enfermagem. 2ªed. Versão beta 2. Lisboa, 2003.

📖 Davide, J. (2009) – Colecistite aguda. Consultado a 08 de Dezembro de 2010, disponível em <http://www.alert-online.com/pt/medical-guide/colecistite-aguda>.

📖 Doherty, G; Lownwy, J.; Mason, J.; Reznik, S.; Smith, M. – Washington manual de cirurgia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. ISBN: 85-277-0948-1.

📖 Enfermagem em cuidados críticos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. ISBN: 85-277-1084-6.

📖 Gonçalves, E.; Sá, L.; Caldeira, M. (2005) – Estudo de Caso. Consultado a 11 de Dezembro de 2010, disponível em [http://www.unemat-net.br/prof/foto\\_p\\_downloads/gon%C3%87alves\\_-\\_estudo\\_de\\_caso\\_-\\_slides.pdf](http://www.unemat-net.br/prof/foto_p_downloads/gon%C3%87alves_-_estudo_de_caso_-_slides.pdf).

📖 Harken, C. e colaboradores – Segredos em cirurgia. Porto alegre: Artes médicas, 1991.

📖 Manual de Prevenção de Infecções Nosocomiais. 3ª ed. Viseu, 2005.

📖 Meniconi, M - Colecistite e colangite aguda, in Clínica cirúrgica. São Paulo: editora Manole, 2008. (pp.1057 1059). ISBN: 978-85-204-2495-7.



📖 Moricz, A. (2008) – Colecistite aguda: curso continuado de cirurgia para residentes do colégio brasileiro de cirurgiões. Consultado a 05 de Dezembro de 2010, disponível em <http://www.cbccsp.org.br/aulas/ColecistiteAguda.pdf>.

📖 Phipps, W.; Sands, J.; Marek, J. – Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica. 6ªed. Loures: Lusociência, 2003. pp.1565-1571. ISBN: 972-8383-65-7.

📖 Schwatz; Shires; Spencer – Princípios de cirurgia. 6ªed. Alfragide: McGraw-Hill, 1995. pp.595-605. ISBN: 972-8298-06-4.

📖 Swearingen, P.; Keen, J. – Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções de enfermagem independentes e interdependentes. 4ªed. Loures: Lusociência, 2001. ISSN: 972-8383-52-5.

📖 Urden, L; Stacy, K; Lough, M. – Enfermagem de Cuidados Intensivos: diagnóstico e intervenção. 5ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISSN: 978-989-8075-08-6. 1265p.

## **ANEXO VIII**

Acção de formação:

“Gestão de stock: contributo do Assistente Operacional na Unidade de Nefrologia/Diálise”

## PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

<b>TEMA:</b> Gestão de Stock – contributo do Assistente operacional				LOCAL: Stock da Unidade Nefrologia/Diálise	
<b>FORMADOR:</b> Cláudia Madeira; Cristina Fernandes Alunas do Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica				DATA: 21 de Fevereiro de 2011	
<b>DESTINATARIOS:</b> Assistentes Operacionais da UCIP				DURAÇÃO: 1 hora	
<b>OBJECTIVOS GERAIS:</b> - Reconhecer o contributo do Assistente operacional na gestão do stock		<b>OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:</b> - Verificar as condições de armazenamento de material esterilizado na unidade, bem como o material de consumo clínico e hoteleiro; - Apresentar propostas de melhoria.			
	<b>Actividades</b>	<b>Métodos</b>	<b>Material</b>	<b>Tempo</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Introdução</b>	- Apresentação dos formadores; - Apresentação do tema; - Comunicação dos objectivos; - Motivação para o tema.			5 Minutos	Os assistentes operacionais da unidade são bastante perspicazes, demonstrando ao longo da apresentação interesse, tendo sido no final debatidos as respostas ao questionário bem como alguns aspectos de melhoria no serviço.
<b>Desenvolvimento</b>	- Preenchimento do questionário; - Apresentação dos conteúdos: armazenamento do material esterilizado e não estéril; monitorização de consumíveis; rotatividade do material do stock; transporte do material; higienização e condições físicas do local de armazenamento.	- Exposição - Interrogativo - Demonstrativo - Activo	- Apresentação power point - Computador - Vídeo projector - Stock	35 Minutos	
<b>Conclusão</b>	- Síntese dos conteúdos abordados; - Apresentação de questões/pontos de vista; - Discussão das respostas ao questionário; - Saudação.			20 Minutos	



## Objectivos

- Verificar as condições de armazenamento de material esterilizado na unidade, bem como o material de consumo clínico e hoteleiro;
- Apresentar eventuais propostas de melhoria.



O serviço utilizador (Unidade de Nefrologia/Diálise) deve dar continuidade e garantir qualidade da desinfectação/esterilidade e integridade do material através do seu correcto manuseamento e armazenamento.



### A gestão de material no stock visa:

- Facilidade

- Segurança

- Economia



## Recepção do material desinfectado/estéril

- Contacto com o menor número de pessoas possível;
- Lavagem das mãos antes da recepção do material;
- Monitorizar a quantidade recepcionada na respectiva requisição;
- Verificar data de validade e eventuais danos e comunicá-los à UCE.



## Armazenamento de material desinfectado/estéril

- O armazenamento dos estéreis deve ser fisicamente separado para evitar a contaminação dos artigos não estéreis;



- A pressão em relação às áreas circundantes deve ser positiva.

## Armazenamento de material desinfectado/estéril

- Assegurar que a esterilidade do material não fique comprometida:

- Embalagens amassadas;
- Embalagens apertadas (gavetas);
- Acondicionadas com material não estéreis.



## Armazenamento de material desinfectado/estéril

- Não utilizar caixas de papelão;
- Devem ser utilizadas caixas laváveis;
- Respeitar a integridade das embalagens.



## Armazenamento de material desinfectado/estéril

- Não voltar a guardar no stock material que já tenha sido deslocado para junto do utente;
- Não deve ser utilizado material caído no chão.



## Armazenamento de material desinfectado/estéril e não estéril

- A primeira prateleira da estante deve estar colocada a 30 cm do chão;
- A última prateleira da estante deve estar colocada a 30 cm das grelhas de ventilação.

30 cm



## Armazenamento de material desinfectado/estéril e não estéril

- Não colocar material no pavimento pois dificulta a procura e circulação das pessoas;



- Os artigos frágeis, difíceis de manipular deverão ficar em locais mais acessíveis e de fácil controlo visual.

## Armazenamento de material desinfectado/estéril e não estéril

- Artigos de maior rotação posicionados numa altura de melhor acesso;

- Ordenação em altura de artigos (por ordem descendente de altura):

- Artigos leves e menos movimentado;

- Artigos muito movimentados;

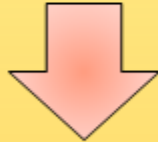
- Artigos pesados ou com maior volume

e /ou menos movimentados.



## Monitorização de consumíveis

- Consumo hoteleiro;
- Consumo Clínico;
- Material esterilizado na UCE.



Realizar sinalização quando atingem níveis mínimos.

## Rotatividade do stock

- Todos os artigos em stock mantido na unidade devem ser usados numa rotação que permite assegurar o seu uso dentro dos prazos de validade segundo a lógica:

- FEFO (first expire first out);
- FIFO (first in first).



### **Transporte de material desinfectado/estéril**

- Transportar o material em carro próprio de consumo clínico, saco de cristal ou mesa de apoio;
- Não transportar o material debaixo dos braços ou nas mãos.



Para não por em causa a integridade das embalagens ou cair ao chão

### **Higienização e condições físicas do local de armazenamento**

Cumprir com plano de higienização do local de armazenamento:

- Lavagem do pavimento diariamente;
- Limpeza das prateleiras de 8/8 dias.

# Respostas ao questionário

1- O material estéril ~~não~~ necessita de estar identificado com a data de esterilização, identificação do produto, lote ~~e~~ prazo de validade.

**NÃO**

2- O profissional que recebe o material esterilizado deve confirmar a data de validade e eventuais danos.

**SIM**

3- Para receber o material estéril o profissional deve ter as mãos higienizadas.

**SIM**

4- O material esterilizado e não esterilizado deve ser armazenado conjuntamente.

**NÃO**

5- O material com data de validade a expirar deve ser colocado mais à frente do que o restante.

**SIM**

6- Se uma embalagem estiver danificada deve ser  
~~a primeira a ser utilizada.~~

**NÃO**

7- A primeira prateleira da estante deve estar colocada a  
**30 cm** do chão.

**NÃO**

8- As embalagens armazenadas não devem estar apertadas de modo a não danificar o material.

**SIM**

9- O material levado do stock para o consumo imediato ~~NÃO~~ deve ser transportado “em braços”.

**NÃO**

10- O pavimento e prateleiras do stock devem ser higienizados diariamente e de 8/8 dias, respectivamente.

**NÃO**



# Bibliografia

Reis, R.; Paulino, A. – Gestão de stocks e compras. Lisboa: edições Internacional, 1998.

Melo, E.; Patrício, J.; Borges, T. – Auditoria à UCE e serviços utilizadores. Viseu: Comissão de controlo de infecção, Hospital São Teotónio, E.P.E. Abril de 2010.

Comissão de controlo de infecção nosocomiais - Manual de prevenção de infecção nosocomiais. Viseu: Hospital São Teotónio, E.P.E. 3ª ed., 2005.



## **ANEXO IX**

Estudo de caso:

“A Plasmaférese como tratamento da Esclerose Múltipla”



**CATÓLICA**

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA / VISEU  
Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

## **Estudo de Caso**

# **A Plasmaférese como tratamento da Esclerose Múltipla**

**Aluno: Cláudia Marques Madeira**

**Viseu, Janeiro/Fevereiro de 2011**



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA / VISEU  
Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

## **Estudo de Caso**

# **A Plasmaférese como tratamento da Esclerose Múltipla**

**Estágio de Opção: Unidade de Nefrologia/Diálise**

**Hospital de São Teotónio - Viseu**

**Aluno: Cláudia Marques Madeira**

**Sob orientação: Professora Teresa Borges**

**Viseu, Janeiro/Fevereiro de 2011**

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**CVC** – Cateter Venoso Central

**EM** – Esclerose Múltipla

**EMC** – Enfermagem Médico-Cirúrgica

**FC** – Frequência Cardíaca

**gr** – grama

**id** – uma vez dia

**KCL** – Cloreto de Potássio

**NaCl** – Cloreto de Sódio

**PA** – Pressão Arterial

**PO** – perós (via oral)

**RMN**- Ressonância Magnética Nuclear

**SatO<sub>2</sub>** – Saturação periférica de oxigênio

**TAC** – Tomografia Axial Computorizada

**Tax** – Temperatura axilar

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
1- CASO CLÍNICO.....	7
1.1- Caracterização do utente.....	7
2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA / DISCUSSÃO.....	9
2.1- Esclerose Múltipla.....	9
2.2- Plasmaférese.....	13
3- PLANO DE CUIDADOS.....	17
4- CONCLUSÃO.....	23
5- BIBLIOGRAFIA.....	25



## INTRODUÇÃO

No Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, optou-se pela realização de um estudo de caso, referente a uma situação clínica relativa ao Estágio de opção, o qual decorre no Unidade de Nefrologia/Diálise do Hospital São Teotónio E.P.E. – Viseu.

O estudo de caso é um processo específico para o desenvolvimento de uma investigação, procurando descobrir o que há de mais essencial e característico na situação em estudo. (Gonçalves e outros, 2005) Assim, o estudo de caso é um método de investigação que pretende descrever de um modo preciso as alterações clínicas do utente em causa, neste caso específico, um utente a realizar uma técnica na unidade de diálise.

Este trabalho tem como principais objectivos, não só aprofundar e aplicar conhecimentos teórico-práticos, avaliando a evolução do estado clínico do utente, bem como planificar a prestação de cuidados adequados e individualizados ao utente. Para além disso, serve como elemento de avaliação, promovendo a aquisição de competências na elaboração de trabalhos e investigação.

O Sr. A.T.R. ficou internado no serviço de Neurologia com diagnóstico de Esclerose Múltipla, mantendo as manifestações clínicas após várias terapêuticas indicadas como primeira e segunda linha para a patologia. Assim, após observação das especialidades de Neurologia, Imuno-Hemoterapia e Nefrologia optou-se pela realização de plasmaférese.

Para a realização do estudo de caso utilizou-se uma metodologia baseada na consulta do processo clínico do utente e colheita de informação junto da equipa médica e de enfermagem, bem como do utente, pesquisa bibliográfica, utilizando-se um método descritivo.

O estudo de caso encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro engloba a caracterização do utente, um segundo a fundamentação teórica/discussão dos dados clínicos. No terceiro capítulo apresenta-se o plano de cuidados baseado nos diagnósticos de enfermagem e respectivas acções de enfermagem, de acordo com a linguagem CIPE.





## 1- CASO CLÍNICO

O caso clínico que será apresentado diz respeito a um utente que apresenta como patologia de base Esclerose Múltipla, mantendo manifestações clínicas da patologia após vários tratamentos. Assim o Neurologista decidiu o internamento para vigilância dos sinais e sintomas, tendo-se optado por executar um novo tratamento – a plasmaférese.

### 1.1- Caracterização do utente

**Nome:** Sr. A.T.R.;

**Idade:** 22 anos;

**Sexo:** Masculino;

**Estado Civil:** Solteiro;

**Naturalidade:** Viseu;

**Profissão:** Estudante;

**Antecedentes:** Apendicectomia em 2002; Diabetes Mellitus tipo I diagnosticados em 2005;

**Medicação do domicílio:** insulina Glargina/Lantus; insulina aspártico/Novorapid Penfill em SOS; Gabapentina 600 3id; Neurobion id; Copaxone id.

**Diagnóstico:** Esclerose Múltipla

No dia 12 de Janeiro de 2011 recorreu ao serviço de Urgência por astenia e desequilíbrio na marcha, alterações visuais e alteração da sensibilidade.

Consciente, orientado, independente. Apresenta na escala de coma de Glasgow 15 (O4, V5, M6), mucosas coradas e hidratadas. Cateter venoso periférico obturado.

Sinais vitais estáveis: - PA: 139/82 mmHg;

- FC: 95 bpm;

- Tax: 36,5°C;

- SatO<sub>2</sub>: 100%;

- Glicémia capilar: 202mg/dl.





## 2- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA / DISCUSSÃO

Para uma prestação de cuidados de excelência, não só é necessário saber fazer, mas também saber o porquê de se fazer. Assim, ir-se-á realizar uma descrição teórica relacionada com os diagnósticos do utente em estudo, bem como descrever a sua evolução clínica.

### 2.1 – Esclerose Múltipla

A EM, também chamada de esclerose em placas (Valença, 2002, p. 82) é uma doença crónica, auto-imune, inflamatória, desmielinizante e degenerativa que afecta o SNC onde qualquer lesão origina sintomas no cérebro e na espinhal medula (Marques, 2001, p. 30; Campilho, 2002, p. 34; Leal, 2010, p. 15). Surge principalmente na idade de jovem adulto (numa média de idades entre os 20 e os 40 anos – 60 a 70% dos casos) sendo mais frequente no sexo feminino e na raça caucasiana (Cambier e outros, 2005, p. 170). O utente em estudo, de raça caucasiana, no entanto do sexo masculino, na data de diagnóstico apresentava 18 anos, não se encontrando dentro da faixa maioritariamente considerada, no entanto, Finkelsztein (2008, p. 351) refere que actualmente parece haver uma crescente incidência da doença em crianças e adolescentes.

É a doença neurológica mais comum e a maior causa de incapacidade durante a idade activa, exceptuando os acidentes de aviação, tendo por isso uma grande relevância social, interferindo na vida profissional e familiar. Em Portugal estima-se que existam pelo menos 5 mil pessoas com esta patologia (Valença, 2002, p.82). O Sr. A.T.R. não é excepção, embora estas alterações sejam mais visíveis aquando da ocorrência dos surtos e respectivos internamentos.

A EM é uma doença imunomediada, predominantemente inflamatória, mediada pelas células T. A sua fisiopatologia pode ser dividida em três tipos de processos, que ocorrem simultaneamente (Valença, 2002, p. 82; Finkelsztein, 2008, p. 351/352):

- Inflamação: o indivíduo com EM possui linfócitos T pré-activados contra antígenos presentes na molécula da mielina. Estes linfócitos penetram no SNC estimulando a produção de citocinas inflamatórias que activam o aumento da cascata de eventos pró-inflamatório e, por sua vez desencadeiam a produção de citocinas antiinflamatórias, existindo assim um equilíbrio entre essas produções. Contudo, na EM existe uma superestimulação das



células produtoras de citocinas tóxicas e da sua adesão à barreira hematoencefálica, penetra no SNC, destruindo bainha de mielina, particularmente a proteína básica da mielina.

- Desmielinização: resultando de danos directos das células de Schwann provocando células inflamatórias ou dano indirecto, pelo ambiente provocado pela inflamação, sendo a remielinização dificultada.

- Perda paroxal: ocorre em qualquer estágio da doença, podendo ser mais intensa nos primeiros anos. No entanto, em todos os estádios da doença a velocidade da perda neuronal e consequente atrofia se encontra aumentada.

Investigadores descobriram a existência de proteína (myelinphalon specific protease) que se encontra extremamente desenvolvida no tecido cerebral das pessoas com EM, particularmente onde o revestimento da mielina que isola as fibras nervosas está sob ataque activo do sistema imunitário. Esta proteína pode facilitar a entrada de células imunes no cérebro, contribuindo para a destruição de tecido e prejudicando as células produtoras de mielina (ANEM, 2002, p. 5).

Factores genéticos como o complexo major de histocompatibilidade herdado e genes que regulam o sistema imunitário influenciam também a predisposição à doença, podendo ser co-responsáveis factores ambientais, o uso de determinados medicamentos (Marques, 2001, p. 30; Campilho, 2002, p. 34) ou mesmo de causa infecciosa (vírus do sarampo, da varicela, coronavírus, herpesvírus, etc.) (ANEM, 2001, p. 4). Teles (1999, p. 69) refere que outros factores contribuem para a EM, como a industrialização, urbanização, estatuto socioeconómico, dieta/nutrição, higiene e condições sanitárias. Embora todas estas causas sejam possíveis, ainda não se encontram certezas, e como assim, também o Sr. A.T.R. não tem definido as causas do aparecimento da sua patologia. Contudo, é um utente diabético, cumprindo com as restrições alimentares adequadas.

A doença inicia-se normalmente por surtos de exacerbação/remissão, em que existem sintomas neurológicos transitórios que traduzem o atingir da substância branca do SNC e que podem inicialmente desaparecer completamente, ou deixar sequelas definitivas. Dependendo da proporção das lesões decorrentes do quadro de EM, surgem sintomas diversos, mas que podem não ocorrer em simultâneo. (Sá, 2003, p. 26)

A visão pode sofrer alterações nas suas faculdades, ficando turva, com o surgimento de dores transitórias no interior ou por detrás do globo ocular quando o olho se movimenta (Sá, 2003, p.26). A alteração do quinto par cranianos, manifestado por dor paroxística na face, semelhante a nevralgia do trigémio e fraqueza muscular facial dificultam o abrir da boca para comer ou para falar. Uma pessoa com EM tem dificuldade em se equilibrar convenientemente, de coordenar os movimentos, podendo apresentar fraqueza muscular nos membros, mono, hemi ou tetraparésia, espasticidade e ataxia da marcha (Silva e outros, 2010, p.85). Os



espasmos têm influência negativamente na locomoção e nas alterações cognitivas atingem a capacidade de raciocínio, a percepção ou a rapidez na execução de determinadas tarefas. A tudo isto juntam-se as alterações emocionais (tristeza, desmotivação, ansiedade), problemas urinários, disfunção intestinal (obstipação) e disfunção sexual (Sá, 2003, p.27).

O Sr. A.T.R. inicialmente apresentou diplopia vespertina com visão conjugada, desaparecendo com visão de cada olho isoladamente, surgindo cefaleias com agravamento progressivo, negando queda ou traumatismo associado. Apresentava também dificuldade na abdução do olho direito, parésia da abdução e nistagmus horizontal do olho esquerdo para o direito.

O diagnóstico é basicamente clínico, baseado nas queixas do utente, no seu historial clínico e, na sintomatologia apresentada. São realizados testes para avaliação da coordenação, reflexos e sensibilidades (Silva e outros, 2010, p.85). Os meios complementares de diagnóstico utilizados com mais frequência são a RMN, avaliação do LCR através da PL e potenciais evocados (Cambier e outros, 2005, p. 174/175). A parte invisível da doença pode ser observada pela RMN, permitindo apreciar mais alterações que as referidas pelos sinais e sintomas que o utente apresenta. Funciona como meio de diagnóstico, marcador da doença, avaliando a eficácia da terapêutica, permitindo planear novas intervenções, no sentido de prevenir o aparecimento da incapacidade (Campilho, 2002, p. 36; Valença, 2002, p. 83).

O utente realizou uma TAC crânio-encefálica revelando hipodensidade arredondada subcortical frontal bem definida sem efeito de massa local de significado etiológico pouco preciso. A RMN revelou imagens compatíveis com EM.

Apesar de não ter cura, a EM tem tratamento, sendo este sintomático.

O tratamento pode ser considerado de três tipos:

- Tratamento do surto: os surtos são encarados como resultado de um processos inflamatório subjacente que leva à demielinização de determinadas áreas do SNC ou dos nervos ópticos. Assim, o tratamento baseia-se em corticóides, mais precisamente a pulsoterapia com metilprednisolona IV durante 3 a 5 dias, que enquanto anti-inflamatórios podem melhorar a condução nervosa (Finkelsztejn, 2008, p. 356; Silva e outros, 2010, p.85). Caso haja contra-indicação para uso desta terapêutica ou não existir melhoria após duas sessões espaçadas por 15 dias, deverá realizar-se a administração de imunoglobulina G Humana e caso não resulte poder-se-á utilizar a plasmaférese (Finkelsztejn, 2008, p. 358).

- Tratamento da doença: a história natural da EM pode ser modificada através da imunomodulação ou imunossupressão. A imunomodulação é utilizada como tratamento de primeira linha, como é o caso do Interferão Beta ou o acetato glatiramero (Copaxone). Finkelsztejn, 2008, p. 357) A administração de Interferão Beta é em geral bem tolerada e sobretudo isenta de efeitos secundários importantes. O Copaxone é administrado diariamente



por via SC, exceptuando a possibilidade de sensação de opressão précordial é um fármaco bem tolerado, demonstrando uma redução anual no número de surtos de cerca de 30% (Marques, 2001, p.30/32).

- Tratamento da síndrome de clínica isolada: após o primeiro surto, mesmo sem que se possam preencher os critérios diagnósticos de EM, pode-se prever o risco de conversão na doença. Estudos têm demonstrado que o tratamento precoce com uso de imunomoduladores, retarda a evolução para EM. Finkelsztejn, 2008, p. 357)

Após diagnóstico da EM ao Sr. A.T.R. o tratamento iniciou-se pela administração de megadose de Metilprednisolona 1gr IV durante 3 dias com uma toma diária, várias sessões que, uma vez que não revertem a totalidade dos sintomas (apresentava alterações da sensibilidade, alterações da visão e tonturas) iniciou imunoglobulina G Humana e posteriormente corticóides que apresentaram alguns efeitos positivos no alívio dos sintomas, mantendo como terapêutica adjuvante a administração do Copaxone. No entanto, os surtos continuaram e, de forma progressiva, tendo apresentado diversos internamentos. Assim, neste internamento decidiu-se pela realização da plasmaférese.

Para além da instituição da terapêutica, o utente com esta patologia deve ter atenção a alguns aspectos que certamente ajudam o seu bem-estar, retardando a incapacidade, como é o caso da prática de exercício físico, regular e adaptado às suas necessidades/capacidades, (Valença, 2002, p. 83) bem como a fisioterapia (terapia da fala, terapia ocupacional), evitando assim a espasticidade, ataxia, disfunção vesical, intestinal e sexual, disfagia e sintomas respiratórios, dor, fadiga, etc (ANEM, 2003, p.6).

A prevenção da depressão (sintomas transitórios, síndromes depressivas ou perturbações psiquiátricas) deve ser tomada em consideração, uma vez que esta pode ser multifactorial, desde factores neurológicos, psicológicos, sociais, imunológicos e mesmo farmacológicos (Sena, 2002, p. 34). Do ponto de vista alimentar, o objectivo é, sempre que possível a adequação da alimentação às necessidades/défices do utente para assim melhorar a qualidade nutricional (Oliveira e Armada, 2003, p. 38).

Embora o utente não realiza-se nenhuma actividade física específica, por vezes, realizava caminhadas. Para além disso, a diabetes faz com que a sua alimentação seja controlada até porque, o utente administra a insulina Novorapid conforme os equivalentes ingeridos. Por vezes apresenta períodos em que se encontra mais deprimido, ansioso, referindo que teve dificuldade na aceitação do diagnóstico da Diabetes e de EM também, que revertem espontaneamente.



## 2.2 – Plasmaférese

A aférese terapêutica, é um procedimento extracorpóreo no qual a tecnologia de separação do sangue é usada para remover as células sanguíneas e os constituintes do plasma (Ismail e outros, 2003, p. 236). A plasmaférese, também denominada de terapia substituição de plasma, consiste na remoção de determinada quantidade de plasma, e sua substituição por um soluto de reposição (plasma fresco ou albumina humana) de forma a evitar grandes alterações na quantidade de líquido intravascular (Guerra, 1997, p. 241).

Existem vários mecanismos pelos quais a plasmaférese exerce efeitos benéficos. Julga-se que causa uma rápida depleção de elementos circundante no plasma, associados à patogenia de determinadas doenças, de natureza imunológica, inflamatória e tóxica (Ismail e outros, 2003, p. 236).

Com a plasmaférese é possível a depuração de proteínas plasmáticas de alto peso molecular que possam participar do processo inflamatório e, através do soluto de reposição, permite a administração de componentes plasmáticos em défice (por exemplo, factores da coagulação) (Guerra, 1997, p. 241). Existem evidências de que também contribui para a modulação imune por outros processos que não a remoção mecânica de anticorpos ou de outros componentes intravasculares, melhorando a função do sistema reticuloendotelial e a depuração endógena de anticorpos ou de complexos imunes (Ismail e outros, 2003, p. 236).

Contudo, considerando que a plasmaférese é um tratamento economicamente dispendioso e não isento de riscos, torna-se imprescindível definir as suas indicações e utilizá-la criteriosamente.

A sua eficácia está relacionada com o volume de plasma depurado e com a sua frequência, devendo-se pelo menos, para obter resultados satisfatórios, retirar uma vez e meia a massa plasmática em cada sessão, o que corresponde a 75% das proteínas plasmáticas, sendo realizada pelo menos três sessões semanais (Aleixo, 1996, p. 9). Contudo, Ismail e outros (2001, p. 241) referem que a realização da técnica deve ocorrer durante cinco dias consecutivos.

A execução da plasmaférese, para além do processo manual já em desuso, pode ser efectuada por centrifugação de fluxo contínuo ou descontínuo em que as células sanguíneas são separadas por gravidade consoante a sua densidade (Ismail e outros, 2003, p. 242). O outro processo é a filtração, em que a separação do plasma é obtida por passagem do sangue através de uma membrana (filtro), de porosidade variada, permitindo um menor tempo por sessão, com a vantagem de que o plasma é eliminado completamente livre de elementos celulares, no entanto, necessita de um acesso venoso duplo, utilizando-se normalmente um CVC ou FAV quando associado a hemodiálise (Aleixo, 1996, p. 9; Guerra, 1997, p. 245).



Sousa (1988) citado por Aleixo (1996, p. 10) refere que “o soluto de substituição ideal é aquele que possui uma boa função de enchimento vascular e uma média de vida suficiente, não promove depleção proteica, não é tóxico, é facilmente utilizável e tem um preço acessível.” Como será necessária a reposição com uma solução de composição proteica semelhante à plasmática, normalmente utiliza-se plasma fresco ou albumina (Ismail e outros, 2003, p. 249). O plasma fresco permite repor as proteínas normais que foram removidas de forma a que não surjam défices de proteínas importantes, como factores de coagulação ou imunoglobulinas. No entanto, a incidência de complicações e de riscos é muito superior à ocorrida na utilização de albumina, podendo ocorrer reacções anafilácticas, transmissão viral ou hipocalcémia (Guerra, 1997, p. 246). A albumina numa concentração de 5g/dl em solução salina 0,9%, pode ser usada em volume igual a do filtrado removido, no entanto, não é feita a reposição de todos os elementos plasmáticos podendo levar a complicações por défice de factores de coagulação ou infecção (Ismail e outros, 2003, p. 251).

As indicações da plasmaférese são várias, podendo esta técnica ser utilizada como terapêutica de primeira linha em situações de Crioglobulinémia, Doença de Goodpasture, Síndrome de Guillain Barré, Síndrome de Hiperviscosidade, Púrpura Trombocitopénica, Síndrome Hemolítico-urémico, Miastenia *gravis*, Doença Hemolítica do Recém-nascido, intoxicação com certas drogas (digitálicos) ou envenenamento por toxina com forte ligação proteica (cogumelos, paraquat). Como terapêutica adjuvante ou de segunda linha, pode-se considerar na Vasculite sistémica, na Doença de cadeias leves com envolvimento renal, no Mieloma Múltiplo, no Lúpus Eritematoso Sistémico e na EM (Guerra, 1997, p. 248/249; Ismail e outros, 2003, p. 254).

A troca de plasma combinada com a terapia com drogas imunossupressoras pode ser uma terapia efectiva para a EM, em certas circunstâncias, tanto para formas crónicas progressivas como para formas agudas recorrentes.

Segundo Ismail e outros (2001, p. 251) a plasmaférese poderá ser utilizada na EM crónica progressiva quando a terapia convencional é ineficaz ou contra-indicada. Também estará indicada na EM aguda recorrente quando a terapêutica convencional com corticóides é ineficaz, o surto é particularmente grave ou a terapia convencional se encontra contra-indicada (diabetes, hipertensão, etc.). Nas formas agudas, três trocas por semana por duas semanas seguidas por um curto tratamento de manutenção (uma sessão por semana por cinco semanas) estão recomendadas.

No entanto, Lobo (2004, p. 60) refere que quando a plasmaférese foi considerada eficaz em doenças imunomediadas, o número de indicações e procedimentos foi aumentando rápida e progressivamente até chegar à actualidade em que as indicações são cada vez mais restritas, uma vez que a investigação tem demonstrado a eficácia de outros tratamentos com menos riscos. Nos 1986 e 1987, a EM era a quarta mais comum indicação para plasmaférese,



em 1988 representava 10% das indicações e em 1995 investigadores demonstram que será benéfica em utentes com EM crónica progressiva que tinham piorado progressivamente nos últimos 12 a 24 meses. Metha e Goodman (2007, p. 165) fazem referência a estudos que confirmam a eficácia da plasmaférese como tratamento em recaídas fulminantes e em que os corticóides não obtinham a resposta esperada.

No caso em estudo, em unanimidade entre as especialidades (Neurologia, Imuno-Hemoterapia e Nefrologia) optou-se pela realização de plasmaférese por filtração, pela impossibilidade de acesso periférico para a realização da técnica por centrifugação. Assim, houve a necessidade de da colocação de um acesso central, sendo colocado um CVC de curta duração na região femoral direita, que decorreu sem incidentes. Iniciou tratamento com plasmaférese, no dia 13/01/2011, com duração de 3 horas, durante seis dias consecutivos e mais três sessões em dias alternados, com indicação de colheita de gasometria horária durante a técnica. Inicialmente o soluto de reposição foi o plasma (3,8 litros no primeiro dia), no entanto por indisponibilidade realizou-se os restantes tratamentos com reposição de albumina 20% e NaCl 0,9% numa proporção de 40/60. Para além disso, é necessário ter especial atenção à velocidade bomba, indo aumentando em horas consecutivas de 80ml/min para 100ml/min e nas restantes horas manter a 130ml/min) para não ocorrer hemólise nem desequilíbrio electrolítico. A PTM deverá ser apresentar valores inferiores 75mmHg, prevenindo o bloqueio proteico ou hemólise (Ismail e outros, 2003, p. 244/245).

A plasmaférese, como qualquer outro método terapêutico, não se encontra isenta de complicações, sejam inerentes ao seu procedimento, à doença que se encontra na base do tratamento ou ainda associada com a solução do fluido de reposição (Aleixo, 1996, p. 10/11; Ismail e outros, 2003, p. 251-254):

- Distúrbios cardiocirculatórios: podem ocorrer quando a solução de reposição é o plasma em que o citrato inibe o efeito do cálcio sérico podendo-se manifestar por extrasístoles, taquicardia sinusal e fibrilhação auricular. A hipotensão ou sinais de sobrecarga cardíaca podem ocorrer quando existe um desequilíbrio entre as entradas e saídas de fluidos.

- Intolerância aos solutos de substituição: estas situações podem ocorrer devido à presença de alérgenos nestas soluções manifestando-se por reacção alérgicas como erupções cutâneas, edema palpebral ou prurido. Quando é utilizada albumina como reposição, é possível ocorrer calafrios, febre, vômitos e bradicardia. Podem surgir parestesias, náuseas e vômitos como manifestação da hipocalcémia. O edema agudo do pulmão, cuja origem se encontra num conflito imunológico, manifesta-se clinicamente por hipertemia, dispneia, cianose e tosse seca.

- Hemorragia: pode acontecer devido à depleção dos factores de coagulação ou não reposição no caso da albumina, ou excesso de anticoagulação.



- Coagulação do CEC/hemólise: surge quando não é realizada uma correcta reposição de fluídos ou pelo défice de anticoagulação do CEC. A hemólise pode suceder quando existe incompatibilidade transfusional ou à elevação da temperatura do CEC, mas também quando existe locais de constrição nas linhas.

- Alterações na temperatura do CEC: o arrefecimento do sangue extracorporal devido a um ambiente frio ou falta de aquecimento pode conduzir à sensação de frio ou tremores.

- Reacções de hipersensibilidade: as reacções ao material sintético que constitui as membranas e todo o CEC manifestam-se por febre, rush cutâneo, urticária ou prurido, podendo ocorrer alterações gastrointestinais, respiratórias ou circulatórias.

- Diminuição do efeito de terapêutica concomitante: devido à depleção plasmática e consequente diminuição da concentração de medicação pode ser necessário o seu ajuste.

- Infecção: a depleção das imunoglobulinas e o uso de terapêutica imunossupressora, assim como a manipulação dos acessos vasculares, contribuem para que o risco infeccioso esteja sempre presente.

- Fenómenos tromboembólicos: a grande extracção do plasma pode levar à depleção da antitrombina III e à superactivação do factor VII.

- Anemia: se a realização da técnica ocorrer durante um período de tempo prolongado pode provocar anemia relacionada com o risco de espoliação eritrocitária no CEC e às repetidas colheitas de sangue para análise.

Durante a primeira sessão, o Sr. A.T.R. apresentou hipocaliémia (2,59 mmol/l) sendo administradas quatro ampolas de KCl que reverteu e hipocalcémia (1,21 mmol/l) manifestando ligeiras parestesias pós tratamento nos membros superiores, tendo mantido perfusão de Dextrose 5% e Glocunato de Cálcio conforme valores de cálcio (administrados bólus e aumentada perfusão durante plasmáfereze mantendo perfusão a 42cc/h no tempo restante). No dia 16/01 apresentou um pico febril isolado (Tax-38°C), sendo administrado antipirético. O penso do CVC apresenta-se ligeiramente repassado, tendo sido necessário realizar ao longo do internamento, apresentando ligeiro hematoma no local de inserção. Não se verificaram outras alterações/complicações durante o tratamento.

A regressão da sintomatologia foi observada desde a primeira sessão da plasmáfereze. Assim, no final do tratamento o Sr. A.T.R. já não apresentava alterações visuais, nem tonturas, referindo somente alterações de sensibilidade a nível da mão esquerda, podendo-se concluir que a plasmáfereze foi eficaz neste caso, no entanto não se sabe até quando...



### **3- PLANO DE CUIDADOS**

É de extrema importância a elaboração de um plano de cuidados individualizando as necessidades de cada indivíduo. A elaboração do plano de cuidados para o utente em estudo tem por base a CIPE.

A CIPE é uma classificação de fenómenos de enfermagem, acções e resultados. Tem como objectivos fundamentais estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de Enfermagem, melhorando assim a comunicação entre os enfermeiros e outros, bem como descrever os cuidados de Enfermagem a pessoas (indivíduos, famílias e comunidades) universalmente (CIPE/ICNP beta2, 2003).

Assim sendo, e de acordo com as necessidades do utentes foi realizado o seguinte plano de cuidados.



**Plano de cuidados**

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>Objectivo</b>	<b>Plano de acção</b>	<b>Avaliação</b>
Risco de dispneia 13/01/11	Manter utente eupneico	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vigiar respiração;</li><li>- Monitorizar sinais vitais (SatO<sub>2</sub>);</li><li>- Registar no processo do utente.</li></ul>	Utente eupneico durante a realização das sessões de plasmaférese.
Risco de hipotensão, taquicardia e de alteração do traçado electrocardiográfico 13/01/11	Manter utente com valores dentro dos parâmetros pretendidos e	<ul style="list-style-type: none"><li>- Manter monitorização electrocardiográfica e sua vigilância;</li><li>- Vigiar sinais e sintomas de hipotensão, taquicardia;</li><li>- Monitorizar sinais vitais (PA, FC);</li><li>- Vigiar causa das manifestações e complicações associadas;</li><li>- Realizar plasmaférese, mantendo velocidade bomba e PTM dentro dos valores adequados;</li><li>- Monitorizar valores de potássio e cálcio por possibilidade de alteração de ritmo cardíaco e FC;</li><li>- Vigiar complicações relacionadas com a solução de reposição;</li><li>- Registar no processo do utente.</li></ul>	Utente mantém-se normocárdico com ritmo sinusal e normotenso durante a realização das sessões de plasmaférese. Aumenta velocidade bomba e mantidas PTM conforme indicação, sem complicações.
Risco de hemorragia 13/01/11	Manter utente sem sinais de hemorragia	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vigiar sinais e sintomas de hemorragia;</li><li>- Monitorizar sinais vitais (PA, FC, SatO<sub>2</sub>);</li><li>- Monitorizar valores de hemoglobina (prevenção da anemia);</li><li>- Registar no processo do utente.</li></ul>	Penso com ligeiro repasse hemático, sendo realizado nos dias 16, 18 e 19/01. Apresenta ligeiro hematoma no local de inserção do CVC.
Risco de alteração do padrão intestinal 13/01/11	Manter padrão intestinal	<ul style="list-style-type: none"><li>- Instruir o utente com técnicas de prevenção da obstipação;</li><li>- Vigiar eliminação intestinal e características das dejeções;</li><li>- Administrar de laxante (lactulose) em SOS;</li><li>- Registar no processo do utente.</li></ul>	Utente mantém padrão intestinal sem alterações.



Diagnóstico de enfermagem	Objectivo	Plano de acção	Avaliação
Metabolismo energético alterado 13/01/11	Apresentar valores de glicémia dentro dos valores pretendidos (80-160 mg/dl)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Monitorizar glicémia capilar conforme prescrição médica (antes das refeições e às 23 horas) ou SOS;</li><li>- Administração de insulina conforme prescrição (Lantus – horário e dose fixos) e em SOS (Novorapid) conforme equivalentes ingeridos;</li><li>- Instruir o utente sobre a dosagem de hidratos de carbono dos alimentos e dextrose da terapêutica;</li><li>- Registrar no processo do utente.</li></ul>	Utente tem apresentado hipoglicémias aquando da realização da plasmaférese. Nos dias 14/01 (54mg/dl) e 20/01 (53 mg/dl) foi administrada uma ampola de glicose hipertónica e oferecido alimentos. Utente refere administrar mais uma unidade de insulina devido à administração de dextrose 5% - realizados ensinios acerca da constituição da terapêutica e alimentos.
Hipertermia 13/01/11	Manter utente apirético	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vigiar sinais de hipertermia;</li><li>- Monitorizar Tax;</li><li>- Vigiar sinais de infecção ou de reacção hipersensibilidade;</li><li>- Executar medidas de arrefecimento;</li><li>- Administração de antipirético em SOS;</li><li>- Colheita de sangue para hemoculturas se pico febril;</li><li>- Registrar no processo do utente.</li></ul>	Utente apresentou pico febril (Tax-38°C) isolado no dia 16/01 às 7h, sendo administrado antipirético (Paracetamol 1 gr PO).
Risco de alteração do padrão vesical 13/01/11	Manter padrão vesical	<ul style="list-style-type: none"><li>- Instruir o utente com técnicas de prevenção da alteração do padrão vesical;</li><li>- Vigiar eliminação vesical e características da urina;</li><li>- Registrar no processo do utente</li></ul>	Utente mantém padrão vesical sem alterações. Urina de características normais segundo o utente.



Diagnóstico de enfermagem	Objectivo	Plano de acção	Avaliação
Alteração da actividade motora e alterações visuais 13/01/11	Manter independência nas actividades	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vigiar alterações da sensibilidade;</li><li>- Vigiar desequilíbrio, espasticidade, ataxia;</li><li>- Vigiar alterações visuais;</li><li>- Vigiar dor;</li><li>- Avaliar necessidade de meios auxiliares;</li><li>- Monitorizar valores de cálcio por possibilidade de ocorrência de parestesias;</li><li>- Registrar no processo do utente.</li></ul>	Utente após realização da primeira sessão de plasmaférese refere melhoria das alterações visuais com diminuição da diplopia, bem como do aumento da sensibilidade, as quais Dora melhorando até que no final das sessões manteve somente diminuição da sensibilidade da mão esquerda.
Risco de alteração do estado nutricional	Manter utente nutrido e hidratado	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vigiar presença de náuseas e vômitos;</li><li>- Instruir o utente acerca dos alimentos que lhe fornecem mais vitaminas e minerais;</li><li>- Instruir o utente acerca dos equivalentes dos alimentos;</li><li>- Registrar no processo do utente.</li><li>- Monitorizar glicémia capilar e administração de insulina;</li><li>- Registrar no processo do utente.</li></ul>	Utente alimenta-se de acordo com as suas necessidades, referindo ligeira dificuldade na mastigação relacionada com a alteração da sensibilidade facial, sintomas que foi desaparecendo ao longo do tratamento.
Presença de Ansiedade 13/01/11	Manter utente calmo	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identificar causa da ansiedade;</li><li>- Explicar procedimento da inserção do CVC e realização da plasmaférese bem como clarificar outras dúvidas;</li><li>- Manter ambiente calmo, mantendo relação terapêutica;</li><li>- Registrar no processo do utente.</li></ul>	Utente apresentou períodos de maior ansiedade relacionada a possibilidade de não alívio dos sintomas. Restante tempo calmo e colaborante.



<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>Objectivo</b>	<b>Plano de acção</b>	<b>Avaliação</b>
Presença de Dor 13/01/11	Manter utente sem queixas álgicas	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vigiar presença de dor;</li><li>- Administrar analgesia em SOS;</li><li>- Vigiar sinais de infecção;</li><li>- Registrar no processo do utente.</li></ul>	Utente referiu dor no local de inserção do CVC no dia 13/01 (data de colocação do cateter) e no dia 16/01 sendo administrada analgesia com efeito. No dia 18/01 referiu odinofagia sendo novamente administrada analgesia com alívio dos sintomas.
Risco de infecção 13/01/11	Mater utente sem sinais de infecção	<ul style="list-style-type: none"><li>- Optimizar CVC;</li><li>- Manipulação e manutenção asséptica do CVC;</li><li>- Utilização exclusiva para realização de plasmaférese;</li><li>- Vigiar sinais de infecção;</li><li>- Executar do penso do CVC;</li><li>- Registrar no processo do utente.</li></ul>	Utente apresenta ligeiro hematoma no local de inserção do cateter, sendo aplicado gelo. Sem outros sinais de infecção (pico febril dia 16/01 isolado).
Risco de hemorragia 22/01/11	Manter utente sem sinais de hemorragia	<ul style="list-style-type: none"><li>- Retirar CVC e realizar compressão local;</li><li>- Realizar penso compressivo;</li><li>- Vigiar perdas hemáticas (do ex. local de inserção do cateter ou outras formas de hemorragia devido à possibilidade de hipocoagulação);</li><li>- Registrar no processo do utente.</li></ul>	22/01: Retirado CVC sem intercorrências. Penso exteriormente limpo. Sem sinais nem sintomas de hemorragia.



## 4- CONCLUSÃO

A EM é uma doença crónica progressiva, embora com possibilidade de evolução mais ou menos rápida, que embora ainda não estejam definidas as suas causas, sabe-se que esta provoca bastante incapacidade ao nível de vários sistemas.

Não existem estudos que comprovem que esta técnica seja realmente eficaz, uma vez que nem sempre se obtêm resultados concordantes ou que a sua eficácia se torna pouco evidente.

O SR. A.T.R. mantém a sua independência, no entanto refere um desconforto relacionado com as suas manifestações, referindo que com a plasmaférese se obtiveram os melhores resultados em termos de diminuição dos sinais e sintomas.

Os cuidados de enfermagem são de extrema importância uma vez que a técnica é realizada pelo enfermeiro, para além de ser ele manter a vigilância do utente, seja a nível das manifestações clínicas ou complicações, devendo realizar o planeamento das necessidades potencialmente afectadas ou mesmo afectadas, bem como o plano de acção. Os ensinamentos devem abranger todos os aspectos anteriormente focados assim a melhoria da qualidade de vida do utente com EM.

A nível da EM investigam-se novos tratamentos, como é o caso do auto-injector electrónico (Leal, 2010, p. 15), e a nível da plasmaférese estudam-se novos tratamentos possíveis bem como novas técnicas, mais fáceis de utilização, mais económicas e sobretudo com menos complicações.

A elaboração deste trabalho permitiu aprofundar e desenvolver conhecimentos relacionados, não só com a EM, mas também relacionados com a plasmaférese e desta como seu tratamento.





## 5- BIBLIOGRAFIA

- 📖 Aleixo, F. – Plasmaférese, in Nursing, nº106, Dezembro, 1996. pp. 9-11.
- 📖 Cambier, J; Masson, M.; Dehen, H. – Neurologia. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. ISBN: 85-277-1066-8. p. 323.
- 📖 Campilho, C. – Esclerose Múltipla: Uma vida de esperança, in Medicina e Saúde, nº57, Julho, 2002. pp. 34-36.
- 📖 CIPE/ICNP: Classificação internacional para a prática de enfermagem. 2ªed. Versão beta 2. Lisboa, 2003.
- 📖 Esclerose Múltipla como doença auto-imune, in Associação Nacional de Esclerose Múltipla (ANEM), nº6, 2001. pp. 4-5.
- 📖 Finkelsztenjn, A; Chaves, M; Stefani, M. – Rotinas em neurologia e neurocirurgia. São Paulo: Artmed, 2008. ISBN: 978-85-363-1609-3. p. 861.
- 📖 Gonçalves, E.; Sá, L.; Caldeira, M. (2005) – Estudo de Caso. Consultado a 11 de Dezembro de 2010, disponível em [http://www.unemat-net.br/prof/foto\\_p\\_downloads/gon%C3%87alves\\_-\\_estudo\\_de\\_caso\\_-\\_slides.pdf](http://www.unemat-net.br/prof/foto_p_downloads/gon%C3%87alves_-_estudo_de_caso_-_slides.pdf).
- 📖 Guerra, A. – Plasmaférese, in Manual de hemodiálise. Lisboa: Clínica das doenças renais, 1997. pp. 241-250.
- 📖 Ismail, N.; Neyra, R.; Hakin, R. – Plasmaférese, in Manual de Diálise. 3ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2003. ISBN: . pp. 236-267.
- 📖 Leal, D. – Rebismart: o primeiro auto-injector electrónico, in Nursing, nº262, Outubro, 2010, pp.15.
- 📖 Lobo, C. – Plasmaférese terapêutica na patologia neurológica, in Revista de medicina trasnfusional ABO, nº20, Dezembro, 2004. pp. 60.
- 📖 Marques, P. – Perspectivas actuais o tratamento da Esclerose Múltipla, in Mundo Médico, nº18, Setembro/Outubro, 2001. pp. 30-32.



- 📖 Metha, L.; Goodman, A. – Multiple Sclerosis: disease – modifying therapies, in Continuum: lifelong learning in neurology, nº5, Outubro, 2007.
- 📖 Oliveira, M.; Armada, A. – Alimentação do doente com Esclerose Múltipla, in Nutrícias, nº3, Junho, 2003. pp. 38-39.
- 📖 Perspectiva fisiátrica da Esclerose Múltipla, in Associação Nacional de Esclerose Múltipla (ANEM), nº6, 2003. pp. 5-7.
- 📖 Proteína recentemente descoberta pode contribuir para a destruição de tecido na Esclerose Múltiplas, in Associação Nacional de Esclerose Múltipla (ANEM), nº6, 2002. p. 5.
- 📖 Sá, J. – É possível controlar a Esclerose Múltipla, in Medicina e Saúde, nº70, Agosto, 2003. pp. 26-27.
- 📖 Sena, N. – Esclerose Múltipla: A tendência para a depressão, in Medicina e Saúde, nº58, Agosto, 2002. pp. 34-35.
- 📖 Silva, A.; Silva, M.; Rocha, M.; Topa, P. – Quais as informações que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação consideram essenciais para incluir nas cartas de alta/transferência hospitalar de doentes portadores de patologia neurodegenerativa e, que são reinseridos na comunidade?, in Revista de Investigação em Enfermagem, nº21, Fevereiro, 2010. pp. 82-95.
- 📖 Teles, N. – Esclerose Múltipla: Múltiplos problemas, in Medicina e Saúde, nº18, Abril, 1999. pp. 68-69.
- 📖 Valença, Â. – Esclerose Múltiplas ou esclerose em placas, in Mundo Médico, nº20, Janeiro/Fevereiro, 2002. pp. 82-84.

## **ANEXO X**

Panfleto:

“Unidade do Utente”



### Bombas e seringas infusoras

Os doentes internados na UCIP necessitam da administração de medicação de forma contínua e em ritmo constante. Para isso é necessário a utilização das bombas e seringas infusoras, para assim se manter a perfusão adequada.



## Visitas

### Horários

- 14:00h às 14:30h

- 18:30h às 19:30h

### Informação

- Vestir a bata;
- Lavar as mãos à entrada e saída;
- Permanecer junto do seu familiar;
- Permitida a presença de uma visita de cada vez, até três visitas.

### Contacto da UCIP

- Geral: 232 420 500

- Directo: 232 420 545

Cláudia Madeira

Cristina Dias

Isabel Marinho

Alunas do 3º curso de Mestrado em Enfermagem -  
Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

**Bibliografia:** Alves, P. (2010) - Módulo de Unidade de Cuidados Intensivos. Universidade Católica Portuguesa, Visu

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS  
POLIVALENTE (UCIP)

Hospital São Teotónio, E.P.E. — Visu

# Unidade do doente



Visu, Novembro de 2010



### Monitor

Todos os doentes na UCIP encontram-se monitorizados, ou seja, estão ligados a um aparelho que avalia de forma contínua Pressão Arterial, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória, Saturação de Oxigénio e o traçado básico de electrocardiograma, emitindo um alarme sonoro quando existe um valor desajustado.

Este dados são importantes para uma avaliação contínua, quer da equipa mé-

### Ventilador mecânico

Alguns dos doentes apresentam falência do sistema respiratório, necessitando de suporte de oxigénio suplementar, que poderá ser administrado através de traqueostomia ou por tubo orotraqueal. Para isso, utiliza-se o ventilador mecânico.



### Prisma - hemodiálise

A insuficiência renal aguda poderá ser uma das complicações do doente na UCIP.

A “prisma” (máquina de hemodiálise) procura fazer o papel dos rins controlando o volume de água no corpo, os níveis de electrólitos, filtrando os tóxicos do organismo.

## **ANEXO XI**

Poster:

“Unidade do Ut

# UNIDADE DO DOENTE NA UCIP

## Bombas e seringas infusoras

Os doentes internados na UCIP necessitam da administração de medicação de forma contínua e em ritmo constante. Para isso é necessário a utilização das bombas e seringas infusoras, para assim se manter a perfusão adequada.



## Monitor

Todos os doentes na UCIP encontram-se monitorizados, ou seja, estão ligados a um aparelho que avalia de forma contínua Pressão Arterial, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória, Saturação de Oxigénio e traçado básico de electrocardiograma, alarmando quando existe um valor desajustado.

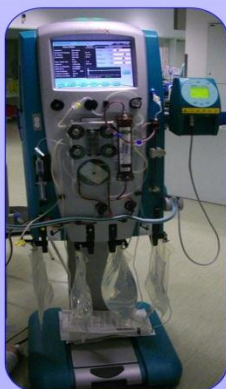
Este dados são importantes para uma avaliação contínua, quer da equipa médica, quer da equipa de enfermagem.



## Prisma - hemodiálise

A insuficiência renal aguda poderá ser uma das complicações do doente na UCIP.

A prisma (máquina de hemodiálise) procura fazer o papel dos rins controlando o volume de água no corpo, os níveis de electrólitos, filtrando os tóxicos do organismo.



## Ventilador mecânico

Alguns dos doentes apresentam falência do sistema respiratório, necessitando de suporte de oxigénio suplementar, que poderá ser administrado através de traqueostomia ou por tubo orotraqueal. Para isso, utiliza-se o ventilador mecânico.