



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

O caminho percorrido...

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

Susana Marisa Cotas Martins dos Santos Penelas

Março, 2015



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

O caminho percorrido...

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

Por: Susana Marisa Cotas Martins dos Santos Penelas
Sob orientação de: Professora Doutora Irene Oliveira

Março, 2015

Resumo

Este relatório surge no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dá a conhecer de forma reflexiva todo percurso realizado durante o estágio, encontra-se dividido em introdução, desenvolvimento e conclusão.

As atividades desenvolvidas no estágio conduziram ao desenvolvimento de competências na prestação, gestão e na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito de Serviço de Urgência de 15 de Setembro de 2014 a 8 de Novembro de 2014, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de 10 de Novembro de 2014 a 17 de Janeiro de 2015 e Unidade de Cuidados Continuados Integrados de 28 de Abril de 2014 a 30 de Junho de 2014, realizando em cada um o total de 180 horas. Este último, em Tratamento de feridas, foi uma escolha opcional e deveu-se ao interesse existente por esta área, que em tudo faz parte da minha prática diária. A metodologia utilizada foi o método analítico e descritivo, através da reflexão crítica.

Na prestação de Cuidados observou-se, planeou-se, entrevistou-se e avaliou-se para dar uma resposta especializada às necessidades do doente e família em estado crítico, houve uma adaptação à prestação de cuidados no domicílio, ao meio ambiente do doente e família para a resolução dos problemas. No Serviço de Urgência com uma elevada afluência de doentes, prestou-se cuidados imediatos de estabilização, em fase aguda da doença, na Unidade de Cuidados Intensivos conseguiu-se dar continuidade desses cuidados, privilegiando as intervenções autónomas, aplicou-se Escalas de avaliação de Sedação e Dor. Neste ponto descreve-se as atividades realizadas e observadas com base em reflexão na e sobre a prática desenvolvida, realizaram-se estudos de caso para aplicar o processo de enfermagem de forma consciente e organizada, de forma a planear o plano de cuidados mais adequado em realidades para mim desconhecidas.

Na gestão de Cuidados otimizou-se a tomada de decisão, integrou-se o método de trabalho da equipa e verificou-se a importância da liderança e da gestão dos cuidados, de forma a dar uma resposta rápida e eficaz em tempo útil garantindo a segurança.

Na melhoria da qualidade dos cuidados identificou-se situações-problema e deu-se sugestões de melhoria. A comunicação com o doente e família foi uma das áreas que me despertou mais interesse, pelo que se criou um Panfleto com informações úteis sobre o circuito do doente e família no serviço de urgência. Na Unidade de Cuidados Intensivos, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, identificando as intervenções de enfermagem dirigidas ao doente com colar cervical para prevenir o aparecimento de úlcera de pressão. No domicílio, criou-se um documento para monitorização da ferida e um manual de procedimentos para o tratamento de feridas uniformizando e melhorando assim a prestação de cuidados.

Concluiu-se que o estágio foi um processo de aprendizagem prática em resposta às necessidades do doente crítico, os objetivos pré-definidos foram atingidos de forma autónoma e avançada em toda a prestação de cuidados, conduzindo ao desenvolvimento pessoal e profissional, com ganhos em saúde para o doente, profissão e disciplina.

Abstract

This report comes under the 7th Master's Course in Medical-Surgical Nursing, makes known, in a reflexively way, the whole route taken during the training, it is divided into introduction, development and conclusion.

The activities developed in the training led to the development of skills in the provision, management and improvement of the quality of the nursing care in the area of Emergency Service from the 15th of September of 2014 to the 8th of November of 2014, Intensive Care Unit from the 10th of November of 2014 to the 17th of January of 2015 and Multipurpose Unit Continuous Care from the 28th April of 2014 to the 30th of June of 2014, completing the total of 180 hours in each of them. The latter, in treatment of wounds, was an optional choice and was due to existing interest in this area, which is all part of my daily practice. The methodology used was the analytical and descriptive method, through critical reflection. The methodology used was the analytical and descriptive method, through critical reflection.

In the provision of care it was possible to observe, plan, intervene and evaluate to provide a specialized response to the needs of the patient and family in critical condition, there was an adaptation to the provision of home care, in the environment of the patient and family to solve the problems. In the Emergency Service with a large influx of patients, immediate stabilization care were provided, in the acute phase of the disease, in the Intensive Care Unit it was possible to give continuity to such care, emphasizing the autonomous interventions, Sedation and Pain Assessment Scales were applied. At this point the activities performed and observed are described on the basis of reflection in and about the practice developed; case studies were realized to apply the nursing process in a conscious and organized manner, somehow to help to plan the most appropriate care plan in realities unknown to me.

In Care Management the decision-making was optimized, the team method of work was integrated and the importance of leadership and the management of care was checked, somehow to give a quick and effective response in a timely manner ensuring safety.

In the improvement of the quality of care problem-situations were identified and suggestions for improvement were given. The communication with the patient and family was one of the areas that aroused more interest to me, so it was created a leaflet with useful information about the patient and family's circuit in the emergency service. In the Intensive Care Unit, an integrative literature review was performed, identifying the nursing interventions directed to the patient with cervical collar to prevent the occurrence of pressure ulcer. At home, it was created a document for wound monitoring and a manual with procedures for wound treatment to standardize and improve the provision of care.

It was concluded that the training was a practical learning process to respond to the needs of the critical patient, the predefined goals were reached in an autonomous and advanced way in the provision of care conducting to personal and professional development, with gains in health for the patient, for the profession and the discipline.

Pensamento

*“Ser reconhecido, amado, ter a atenção dos outros,
Ser gratificado e apreciado através de palavras e gestos,
São exigências fundamentais para o equilíbrio
E bem-estar psicológico e relacional de todo o ser humano”
(Fachada, 2000:235)*

Agradecimentos

*A todos os que tornaram possível a realização deste estágio,
Aos Enfermeiros Tutores e à Sr.^a Professora Doutora Irene Oliveira que
Sempre se mostraram disponíveis e me proporcionaram
Um Estágio bastante enriquecedor a nível Pessoal e Profissional.
Em especial ao Renato pelo seu apoio e compreensão em todos os momentos
Ao meu pai que me deu força para conseguir chegar ao fim
A minha mãe e irmã que estiveram sempre presentes
A todos o meu Obrigada...
Guardarei cada momento de aprendizagem como uma experiência única que
me fortalecerá na minha vida pessoal e profissional...*

Chave de Siglas

- AVC – Acidente Vascular Cerebral;
- AVD - Atividades de vida diária;
- BIS - Índice Bispectral;
- BPS - Behavioral Pain Scale;
- CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes;
- CVC - Cateter Venoso Central;
- ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados;
- ECG – Eletrocardiograma;
- ECMO - Extracorporeal Membrane Oxygenation;
- EEG – Electroencefalograma;
- EEMC – Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica;
- EPI - Equipamento de Proteção Individual;
- EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel;
- IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde;
- MRSA - Staphylococcus Aureus resistente à Meticilina;
- NANDA - North American Nursing Diagnosis Association;
- NIC- Classificação de Intervenções de Enfermagem;
- NOC- Classificação de Resultados de Enfermagem;
- NPUAP – American National Pressure Ulcer Advisory Panel;
- OBS - Unidade de Observação;
- RASS - Escala de Agitação e Sedação de Richmond;
- SABA - Solução Anti-Séptica de Base Alcoólica;
- UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.

Índice

1. Introdução	17
2. Prestação de Cuidados	23
3. Gestão de Cuidados	45
4. Melhoria da qualidade dos cuidados	51
5. Conclusão	67
6. Referências Bibliográficas	71
7. Anexos.....	79
7.1. Anexo I: “Estudo de Caso: Necessidades do Doente com Pé Diabético”	81
7.2. Anexo II: “Instrumento para Avaliação de Feridas”	93
7.3. Anexo III: “Manual de Procedimentos para Tratamento de Feridas”	99
7.4. Anexo IV: “Estudo de Caso: Necessidades do doente com úlcera venosa no domicílio”	119
7.5. Anexo V: “Estudo de Caso: Necessidades do doente com Pé Diabético no domicílio”	137
7.6. Anexo VI: “Panfleto sobre o circuito do doente no Serviço de Urgência”	155
7.7. Anexo VII: “Estudo de Caso: Necessidades do doente em estado crítico”	161
7.8. Anexo VIII: “Revisão integrativa da literatura: Úlcera de pressão associada ao uso do colar cervical”	185

1. Introdução

De acordo com plano de estudos do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi proposto, a realização de um Relatório de Estágio, perspetivando as dimensões do Saber e que permita o desenvolvimento pessoal e profissional.

Com as exigências da atualidade o conhecimento deve estar em constante evolução, pelo que senti a necessidade de atualizar os meus conhecimentos científicos, de desenvolver o meu espírito crítico e conhecer novas realidades, como refere Costa e Guariente (2014) nos dias de hoje, exige-se que os profissionais de saúde invistam no conhecimento, se aperfeiçoem e conheçam as inovações científicas e tecnológicas existentes para dar resposta aos problemas de saúde atuais.

Decidi assim escolher a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), que aborda áreas do meu interesse relacionadas com a minha prática profissional do dia-a-dia. Nesta área de Especialização, pretende-se que o Enfermeiro Especialista tenha competências de forma a constituir uma ajuda profissional avançada à pessoa que se encontra numa fase de transição, nomeadamente os doentes idosos ou com doença crónica, dependentes ou em fim de vida e doentes em estado crítico. Assim o enfermeiro deve ter uma prática reflexiva, ter um pensamento crítico sobre aquilo que observa em cada contexto. Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros (Portugal, 2011), o enfermeiro especialista tem um conhecimento aprofundado numa determinada área, atua em contextos específicos da prestação de cuidados e adquire competências específicas que lhe confere uma tomada de decisão e autonomia mais avançada.

Neste relatório farei uma reflexão crítica do meu percurso, onde penso ter conseguido aplicar os conhecimentos científicos na prática clínica, desenvolvi autonomia, responsabilidade e competências, de acordo com as definidas no

plano de estudos da minha área de especialização, contribuindo assim para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao doente.

O primeiro módulo de estágio realizado, designa-se como módulo III, opcional, em Tratamento de feridas, este foi realizado numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados Continuados de Campanhã, teve início no dia 28 de Abril até ao dia 30 de Junho de 2014. Este módulo foi opcional, a escolha desta opção, foi para mim muito gratificante uma vez que me permitiu desenvolver conhecimentos, competências e prática numa área do meu interesse, com contributos para a minha prática profissional diária e por este motivo excluí as outras opções. Penso ter sido uma escolha muito acertada, inicialmente fiquei com dúvidas e receios, mas foi enriquecedor desenvolver a prestação de cuidados no domicílio, em tratamento de feridas e conhecer a verdadeira realidade do doente e família no seu meio envolvente. Esta opção encontra-se enquadrada no âmbito do curso, uma vez que é possível acompanhar o doente adulto/idoso no domicílio, quando este se encontra num processo de transição saúde/doença, em adaptação ao seu meio ambiente, cabe ao enfermeiro especialista contribuir para a sua total recuperação.

O segundo módulo de estágio, que se designa como módulo I, em Serviço de Urgência, foi realizado no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano, teve início no dia 15 de Setembro de 2014 até ao dia 8 de Novembro de 2014. Este local foi por mim escolhido por se tratar de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica e como tal o primeiro nível de acolhimento das situações de Urgência/Emergência. Cumpre com os requisitos exigidos pela Direção -Geral de Saúde, sendo uma unidade diferenciada de um hospital distrital, dispondo das valências clínicas e serviços de apoio necessários e estando articulado a um nível superior com o Hospital de São João e Hospital de Santo António no Porto e a um nível inferior (com Urgência Básica) com os Hospitais de Vila do Conde e da Póvoa do Varzim. De modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, sustentado num sistema integrado interinstitucional cuja lógica é centrada nas necessidades da população.

O meu terceiro módulo de estágio, que se designa como módulo II, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral do Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar de São João, entre o período de 10 de Novembro de 2014 a 17 de Janeiro de 2015. Este estágio foi realizado neste hospital por

opção minha, uma vez que é referência e central na cidade do Porto, esta unidade como Polivalente é vocacionada para o atendimento de doentes com diversas patologias, características e tratamentos. A sua finalidade é dar resposta a pessoas vulneráveis, instáveis e em estado crítico, com um elevado grau de risco de vida, em que as condições clínicas se podem alterar constantemente.

Foram realizadas 180 horas em cada módulo, no módulo I e II realizei o horário de manhãs, tardes e noites, no módulo III realizei essencialmente manhãs, todos com o acompanhamento de Enfermeiros Tutores Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que demonstraram interesse, disponibilidade, ajuda e empenho no meu processo de aprendizagem. Todos os módulos foram um processo de aprendizagem, onde penso ter alcançado os objetivos adequados aos diferentes domínios adotados para as competências do Enfermeiro Especialista, segundo o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. Durante os três módulos de estágio tive como finalidade dar resposta aos seguintes objetivos gerais que pré-defini:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão na resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- 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;
- Ser capaz de comunicar as conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a eles subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Desenvolver competências no domínio de saber transformar-se assente numa atitude crítico-reflexiva;
- Incorporar no processo dos Cuidados de Saúde os princípios da gestão;
- Assumir a valorização profissional, a melhoria da qualidade e a formação contínua como vetores de desenvolvimento profissional.

Estes foram os objetivos que guiaram todo o meu percurso para desenvolver competências científicas, técnicas e humanas, para prestar Cuidados de Enfermagem especializados na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo como alvo de intervenção o doente crítico e família num rumo à melhoria da qualidade dos cuidados. Foram ainda definidos objetivos específicos e atividades a desenvolver para cada módulo de estágio, que foram úteis e serviram como linha de orientação. Para o meu desenvolvimento foram facilitadoras as pesquisas bibliográficas, evidências científicas que consultei, bem como, todo o processo reflexivo que me acompanhou, realizei reflexões pertinentes e trabalhos em resposta as necessidades do serviço.

Com a elaboração deste relatório tenho como objetivos:

- Descrever as atividades realizadas para a consecução dos objetivos pré-definidos;
- Realizar uma análise critico-reflexiva das atividades observadas e desenvolvidas;
- Identificar situações/problemas e dar sugestões de melhoria;
- Possibilitar a análise e verificação de competências adquiridas/desenvolvidas.

Este relatório encontra-se estruturado por três áreas de intervenção, prestação de cuidados, gestão de cuidados e melhoria da qualidade dos cuidados, com referência aos três módulos de estágio em cada uma. Para mim esta foi a forma mais simples de evidenciar o meu percurso, apresentando uma reflexão crítica das atividades desenvolvidas e situações/problemas encontrados, dando assim resposta às competências adquiridas/desenvolvidas, que evidencio ao longo do texto. Esta forma de divisão acompanhou-me sempre em todos os mini relatórios realizados, o que me facilitou a realização deste relatório final. Na prestação de cuidados dou a conhecer as atividades observadas e realizadas, com o planeamento de intervenções para a resolução de problemas. Na gestão dos cuidados evidencio a tomada de decisão e liderança para uma resposta rápida e eficaz. Na melhoria da qualidade dos cuidados identifiquei situações-problema e dei o meu contributo para a melhoria.

Na conclusão apresento o atingimento dos objetivos delineados através de uma reflexão geral de toda a aprendizagem especializada na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica. A metodologia utilizada foi o método analítico e

descritivo, através da reflexão crítica, com apoio na pesquisa bibliográfica de evidência científica e de um associar da teoria aprendida à prática. Desta forma dou a conhecer todos os aspetos importantes deste percurso prático, em realidades para mim desconhecidas.

2. Prestação de Cuidados

Todos os momentos da vida das pessoas exigem destas, respostas para que consigam ultrapassar todas as mudanças, diversidades e complexidades para alcançar o equilíbrio, assim o papel do enfermeiro deve incidir no modelo de transição, como refere Zagonel (1999). A Transição é um processo de mudança e adaptação a uma nova condição de vida, logo o objetivo da intervenção de enfermagem será cuidar do doente e família, criando condições condutivas a uma transição saudável de forma a atingir o bem-estar. Deste modo, os enfermeiros surgem como os elementos facilitadores no processo de aquisição de novas competências pela pessoa, necessárias para se adaptar à nova condição de saúde e responder às situações de doença (Meleis,2007).

Ao longo do estágio, em cada módulo, a minha prestação de cuidados, baseou-se na minha capacidade de observação, planeamento, intervenção e avaliação para a resolução dos problemas e para prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente e família em estado crítico, **gerindo e interpretando, de forma adequada, a informação proveniente da minha formação inicial, da experiência profissional, da vida e da formação de pós-graduada das aulas teóricas.**

No módulo I, Serviço de Urgência, no que se refere à sua estrutura física, este serviço está localizado no piso 1 e engloba várias áreas. A triagem, constituída por dois gabinetes para este efeito, a sala de emergência, permite o tratamento de dois doentes em simultâneo, a sala de tratamentos I, que engloba a sala de trabalho/sala de tratamentos, sala de oxigenioterapia e nebulizações, sala para técnicas como algaliação, mudança de fraldas, entubação e outras e, ainda, gabinetes médicos, a área cirúrgica, que engloba a sala de pequena cirurgia, sala de ortopedia, gabinetes médicos e sala de tratamentos II, o gabinete de radiologia, a unidade rápida de diagnóstico e a unidade de observação (OBS), que é constituída por 16 camas e inclui a unidade de dor torácica.

Em todas estas áreas, verifiquei que a missão passa por identificar todas as necessidades emergentes do individuo que recorre ao Serviço de Urgência e planejar os recursos de forma a responder às necessidades de cuidados médicos e de enfermagem, levar à satisfação será a meta que governa a lógica de organização de resposta do serviço. Neste serviço os valores fundamentais no desempenho da sua atividade, passam pela disponibilidade para o atendimento a todos os membros da comunidade, acessibilidade aos cuidados médicos e de enfermagem, de emergência sem restrições, continuidade entre os procedimentos pré-hospitalares, intra-hospitalares e pós-hospitalares a prestar aos doentes, qualidade na observação, avaliação, tratamento e orientação do doente durante a sua permanência no Serviço de Urgência e a humanização dos cuidados a prestar, respeitando os valores individuais.

Na triagem desempenham funções os enfermeiros habilitados com o Curso de Triagem de Prioridades, que atendem o doente aplicando os algoritmos da triagem de prioridades e encaminham o doente para as diferentes áreas de acordo com a prioridade atribuída. Segundo o Grupo Português de Triagem (2015), o método de triagem fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, baseada apenas na identificação de problemas. O modelo de Manchester utiliza cores para classificar a gravidade e prioridade do atendimento, utilizando um algoritmo pré definido, em que a prioridade do doente deve refletir à sua realidade. Este método de organização veio facilitar o atendimento que aumentou muito ao longo dos anos, segundo Acosta et al (2012) este reconhece o doente que necessita de um atendimento imediato e aquele que pode aguardar em segurança pelo atendimento, antes de uma avaliação diagnóstica.

Verifiquei que a afluência de doentes ao serviço é muito grande pelo que exige rapidez, eficácia do enfermeiro e do sistema de triagem, de forma a garantir um atendimento adequado em tempo útil, o recomendado é de 3 minutos, para dar resposta aos doentes que necessitam de tratamento urgente/emergente. Esta área permitiu-me identificar as necessidades do doente que recorre ao serviço de urgência, compreensão das prioridades no atendimento ao doente crítico e reconhecimento precoce do doente em deterioração, **colhendo os dados de forma objetiva e identificando as prioridades/necessidades do doente e família**. Este é um procedimento que exige muita responsabilidade, experiência e conhecimentos por parte do enfermeiro triador nesta área para agilizar todo o

processo de triagem. Segundo Acosta et al (2012), existem estudos que revelam a importância, da experiência dos enfermeiros na priorização, pois esta pode ser simples ou complexa e vai depender muito da experiência do profissional.

Existe uma pulseira de cor roxa, que é colocada ao acompanhante do doente, pois este tem direito a estar acompanhado por uma pessoa, esta fica identificada com uma pulseira com a identificação do doente. Segundo a lei Nº15 (Portugal, 2014:2129) *“Nos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço”*. Achei muito importante que a família acompanhasse o doente, pois desempenha um papel essencial na sua recuperação, assim consegui estabelecer uma relação de ajuda com o doente e família, um relacionamento humano que em muito caracteriza os cuidados de enfermagem. **Demonstrando conhecimentos aprofundados no relacionamento com o doente e família no respeito pelas suas crenças e cultura.** Mendes (2006) comenta que existe qualidade e eficácia quando são prestados cuidados de enfermagem no contexto de uma relação de ajuda ao doente, família e comunidade.

Na triagem é possível a ativação da via verde coronária e da via verde AVC pelo enfermeiro triador, quando há suspeita destes problemas, imediatamente o enfermeiro pode pedir um ECG ao técnico de cardiologia, para não haver perda de tempo, agilizando o atendimento médico. Penso que este procedimento será muito útil para o tratamento precoce de um doente em deterioração, tive oportunidade de assistir e acompanhar esta ativação para um doente com diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio, que rapidamente iniciou o tratamento necessário, **foi-me útil a observação de todos os procedimentos no estabelecimento de prioridades e no desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente crítico.**

Na sala de tratamentos I, a execução da técnica e o encaminhamento do doente é crucial, para uma resposta eficaz às alterações fisiopatológicas do doente, aqui coloquei em prática muitos procedimentos de enfermagem, uma vez que esta sala dá resposta às necessidades do doente em fase aguda e imediata, havendo assim o **desenvolvimento de habilidades técnicas na área médica e cirúrgica, o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz e rápida, de forma a dar uma resposta adequada na assistência ao doente e**

família e, ainda, o desenvolvimento de iniciativas e ser criativo nas decisões para a resolução do problema. Nesta sala, pelo elevado número de doentes e toda a confusão que se instala achei ser difícil a aplicação do Processo de Enfermagem, pois aqui predominam as intervenções interdependentes.

Na sala de tratamentos II, o doente permanece enquanto aguarda uma decisão médica para a alta ou para o internamento. Tem capacidade física para 10 doentes, mas é possível haver mais doentes numa antecâmara da sala e no corredor. Observei que o número de doentes frequentemente ultrapassa o pretendido, havendo assim doentes internados em corredor, o que na minha opinião, compromete toda a segurança, privacidade do doente e a prestação de cuidados de enfermagem. Encarei esta situação como sendo um problema real e atual, por várias vezes expressei a minha preocupação e dificuldade em prestar cuidados nestas condições, **demonstrando assim uma consciência crítica para os problemas atuais da prática profissional relacionada com o doente.**

Tive oportunidade nesta sala de prestar cuidados, para dar resposta às necessidades de uma doente com pé diabético, que me despertou interesse em elaborar um estudo de caso, que segue em **Anexo I**, por ser uma patologia com a qual lido diariamente no tratamento de feridas em doentes do meu serviço. O plano de cuidados refletiu-se apenas no pouco tempo em que acompanhei a doente, no qual senti dificuldades na aplicação do processo de enfermagem, este apliquei-o nos problemas detetados no momento da prestação de cuidados, não me sendo possível uma avaliação mais cuidada da adesão ao regime terapêutico e ainda das repercussões da doença. A elaboração deste estudo de caso e aplicação do processo de enfermagem **contribuíram para manter, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.**

A sala de emergência tem duas unidades equipadas para receber até dois doentes em estado crítico, se necessário, ainda consegue dar resposta a um terceiro doente. Aqui senti mais necessidade de aprendizagem e de uma orientação mais aprofundada, foi-me explicado o funcionamento, os critérios para a entrada na sala, observei a constituição dos carros de emergência, o funcionamento dos monitores/desfibrilhadores, desfibrilhadores de transporte, ventiladores e ventiladores de transporte, os meios de mobilização dos doentes,

kits com material específico para determinados procedimentos e todo o material de consumíveis e farmácia existente na sala.

Na sala é feita a abordagem ABCDE do doente crítico, via área, ventilação, circulação, disfunção e exposição, o que tornou mais fácil a minha prestação de cuidados, pois **consegui aplicar na prática os conhecimentos teóricos e avançados da minha área de especialização**. É importante ter em conta uma avaliação inicial completa, tratar os problemas que ameaçam a vida, reavaliar, avaliar a eficácia dos tratamentos e intervenções efetuadas (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012). Qualquer condição com risco de vida deve ser imediatamente abordada e se possível resolvida antes de continuar o processo de avaliação, ou seja não se deve passar para o passo seguinte da avaliação sem antes resolver a condição que põe em risco a vida.

Os doentes que observei com necessidade de cuidados na sala de emergência possuíam diagnóstico de: Trauma, AVC, Enfarte do Miocárdio, Edema Agudo do Pulmão, Choque hipovolémico, todos estes me despertaram interesse em aprender mais sobre os cuidados de Enfermagem Avançada, de maneira a dar resposta às necessidades do doente crítico. Consegui dar o meu contributo na prestação de cuidados respeitando a abordagem ABCDE e avaliar as necessidades do doente crítico, fiz acompanhamentos do doente na realização de exames e na transferência para outro serviço, **foi importante realizar reflexões na e sobre a prática com o esclarecimento de dúvidas sempre que necessário**, por esta realidade para mim ser tão desconhecida.

Na unidade de OBS, tive a oportunidade de observar e participar na prestação cuidados, comunicar e estabelecer uma relação de ajuda com o doente e família. Este é o serviço mais organizado no que diz respeito aos procedimentos de enfermagem, aqui senti mais segurança e confiança na prestação de cuidados, é composto por 16 camas, sendo 4 delas para a dor torácica, todas têm monitorização contínua e é possível na sala de enfermagem visualizar as monitorizações de todos os doentes. As unidades são compostas por 3 camas, exceto uma que é constituída por 6, sendo todas as unidades mistas, o que exige uma maior preocupação, dos profissionais de saúde em garantir a privacidade dos doentes. Nesta unidade observei uma grande preocupação por parte do doente e família no que diz respeito ao diagnóstico e prognóstico, pois encontram-se em expectativa para saberem qual será o caminho a percorrer numa transição

de saúde/doença. Tentei minimizar este problema, com uma compreensão empática, mostrando-me disponível para escutar e apoiar em resposta às necessidades, utilizei uma linguagem clara e sem termos técnicos, certificando-me de que havia compreensão por parte do doente e família, uma vez que estes se encontravam num local que podia provocar ansiedade e stress, pelo motivo que os conduzia ao serviço de urgência, sendo estes fatores obstáculos para uma boa compreensão, **desenvolvendo assim conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família, relacionando-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e cultura.**

Em todas as áreas tive oportunidade de prestar cuidados ao doente, de conhecer e compreender o circuito desde a sua admissão, realizando intervenções de enfermagem para dar resposta ao doente em fase aguda, estas são maioritariamente interdependentes e focadas no alívio e tratamento de sintomas/doença. A minha principal dificuldade neste serviço foi relacionada com o elevado número de pessoas, pois segundo dados do serviço recebem em média 250 pessoas por dia, pelo que zelei sempre por manter o conforto físico e psicológico do doente, como refere Marques et al (2014), o conforto é um elemento inseparável dos Cuidados de Enfermagem, que está presente desde a sua origem. Para Kolcaba (2003) citada por Apóstolo (2009:67) *“a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e o conforto é o resultado dessa intervenção”*.

Esta é uma realidade muito diferente da minha prática diária, com situações novas para mim, que **contribuíram muito para o meu desenvolvimento pessoal e para uma prática profissional e ética, com a aquisição de habilidades e destreza para dar uma resposta mais eficaz e em tempo útil.**

No módulo II, a Unidade de Cuidados Intensivos, é dotada de autonomia técnica, materiais e recursos humanos próprios, que tem a missão de prestar cuidados de saúde diferenciados ao doente adulto/idoso crítico do foro médico e/ou cirúrgico, com níveis elevados de qualidade e eficiência. Esta unidade recebe doentes críticos provenientes do serviço de urgência/emergência, dos vários serviços de internamento do hospital, pós-operatórios complicados ou com intercorrências importantes, doentes que necessitam de vigilância e monitorização especiais. O internamento em Cuidados Intensivos é, por definição,

um tempo transitório para alguns dos doentes em risco de vida, pelo que é parte de um processo e não um fim em si. (Portugal, 2003).

À chegada ao serviço observei que estava numa realidade que eu desconhecia por completo, senti necessidade de desenvolver a minha capacidade de observação, para identificar e dar resposta às necessidades de cuidados de enfermagem de um doente em estado crítico. Aqui o Enfermeiro exerce um papel determinante na recuperação e manutenção do doente em risco de vida, sendo fundamental, não só a aquisição de conhecimentos técnico-científicos atualizados, como também, muito humanismo. A unidade no que se refere à sua estrutura física está localizado no piso 6º, é uma unidade aberta, um espaço amplo onde se encontram localizadas 16 unidades individuais, uma destas é uma unidade de isolamento, separada por divisórias das outras unidades. Esta esteve sempre com lotação preenchida, o que me proporcionou inúmeras experiências enriquecedoras para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

O enfermeiro responsável pela unidade do doente verifica se todo o material se encontra presente e funcionando, deixando sempre o monitor e ventilador em espera para que à chegada do doente, sejam rapidamente colocados em funcionamento. O balcão de enfermagem é situado no centro da sala que permite uma visualização geral de todos os doentes dispostos na unidade.

No que diz respeito aos registos de Enfermagem, existe uma folha protocolada, onde são realizados todos os registos de vigilância intensiva, não sendo realizados registos informáticos, todos os registos em papel são partilhados pelo enfermeiro e médico. Tive oportunidade de realizar o registo de parâmetros vitais, parâmetros ventilatórios e diurese de duas em duas horas. A monitorização de glicemia capilar é realizada duas vezes por turno, ou mais se necessário, o balanço hídrico é realizado no final de cada turno, com o fecho principal às 24 horas. Utilizei Escalas de Avaliação como: a Escala RASS (Escala de Agitação e Sedação de Richmond) para avaliar o nível de sedação, a Escala de Glasgow para avaliar o nível de consciência quando o doente esta acordado, a Escala BPS (Behavioral Pain Scale) para avaliar a dor no doente que se encontra com sedação, a Escala Numérica da dor para o doente acordado e ainda apliquei a Escala de Braden para avaliar o risco de desenvolver úlceras de pressão. Para mim a aplicação destas escalas foi importante e pertinente, estas ajudam na

monitorização e vigilância do dente, sendo úteis para otimizar a sedação e analgesia, permitem identificar as necessidades afetadas, planejar e prestar cuidados, estabelecendo sempre prioridades de atuação, de forma a manter as funções básicas de vida e a prevenir complicações. Como refere Pinto (2011) a sedação e analgesia deve contemplar planos de avaliação objetivos baseados em escalas validadas para o efeito, pois planos terapêuticos inadequados podem conduzir a estados de sub-dosagem, sobre-dosagem ou induzir/exacerbar outros sintomas.

Ainda consultei as normas, procedimentos, protocolos e regulamentos existentes na unidade e coloquei-os em prática aquando da prestação dos cuidados, desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz na assistência do doente.

Colaborei na prestação de cuidados de higiene e conforto ao doente, que são realizados com Clorexidina sabão, especialmente nos doentes portadores de Cateter Venoso Central (CVC), como medida de controlo de infeção. Os cuidados de higiene oral, são prestados também com clorexidina oral e é realizada a aspiração de secreções ao nível da boca e tubo orotraqueal. Neste procedimento a mobilização incorreta do tubo era para mim uma preocupação, pelo que tentei resolver este problema aprendendo a melhor técnica para o fixar. Os cuidados oculares são realizados com a utilização de cloreto de sódio e aplicação de Clorafenicol Pomada nos doentes sedados e/ou com bloqueio neuromuscular, pois ocorre o relaxamento do músculo orbicular ocular, comprometendo os movimentos oculares aleatórios, o filme lacrimal e perda do reflexo de pestanejar. Ao fim de 48 horas a uma semana o doente corre o risco de desenvolver úlcera de córnea, que é uma lesão que pode deixar como sequela o Leucoma, sendo importante a sua prevenção precoce (Alvarenga et al 2011).

Realizei posicionamentos do doente ao longo do turno, em diferentes decúbitos conforme tolerância de cada doente, melhorando a expansão pulmonar, permitindo uma melhor mobilização das secreções, prevenindo complicações decorrentes da imobilidade, de forma a proporcionar o melhor conforto possível ao doente. Os posicionamentos são importantes também para a vigilância da pele, para a prevenção das úlceras de pressão, Silva et al (2013) referem que apesar dos investimentos em dispositivos médicos para a prevenção das úlceras, estas continuam presentes na prática e com incidência significativa, sendo

importante investir no treino dos profissionais nesta área e implementar protocolos para a sua prevenção. Segundo Santos et al (2010:19) “*a mobilização precoce de doentes críticos em Unidade de Cuidados Intensivos revela-se importante na prevenção de complicações da imobilidade, otimização do transporte de oxigénio, melhoria da ventilação alveolar, facilita o desmame ventilatório e num patamar mais elevado, maximiza a independência e melhora a qualidade de vida*”. Denotei no posicionamento que existe uma elevada preocupação na prevenção do pé equino, recorrendo ao uso de almofadas ou cobertores para minimizar esse problema. Realço que em algumas situações pela instabilidade do doente, se torna complicado realizar o posicionamento, este é um procedimento suficiente para levar a alterações dos parâmetros vitais e ventilatórios, pelo que nestes casos se opta apenas por uma massagem e mediadas de conforto, até que o doente recupere alguma estabilidade.

A monitorização invasiva deve ser rigorosa para se tomar decisões fundamentadas, esta é fundamental na avaliação das principais funções circulatórias, possibilita antecipar a deterioração do estado hemodinâmico e avaliar a eficácia e resposta do doente aos tratamentos terapêuticos realizados. O cuidar de um doente com este tipo de monitorização não é fácil e requer uma atenção redobrada do enfermeiro, que é o responsável por garantir que os dados apresentados no monitor são fiáveis (Azeredo e Oliveira 2013), **pelo que tentei aplicar os meus conhecimentos teóricos para avaliar e interpretar criticamente o doente com base no que observava, para construir decisões fundamentadas.**

Ao nível ventilatório, a maioria dos doentes tinham necessidade de Ventilação Mecânica que é um método de suporte, não curativo, é necessário em doentes com alterações da função respiratória, incapacitados para a realização das trocas gasosas e fornecimento de oxigénio para a perfusão tecidual e ocorrência das reações celulares (Melo et al 2014). O desmame ventilatório, deve acontecer o mais precoce possível, quanto mais tempo de ventilação mecânica maior o risco de complicações que elevam as taxas de morbilidade, mortalidade e consequentemente o aumento dos custos hospitalares (Nunes,2009). Nesta fase, achei que o trabalho do enfermeiro é de extrema importância, para que este ocorra de forma satisfatória sem riscos para o doente, este encontra-se presente para transmitir calma, apoio e segurança, sendo importante a utilização de uma

linguagem simples e acessível, que facilite a compreensão pelo doente. O enfermeiro deve estar atendo às condições fisiológicas do doente, como fatores que prejudiquem a libertação de oxigênio, posicionar o doente, a posição sentado é que permite maior complacência do sistema respiratório, em relação ao decúbito lateral e dorsal, manter a pressão do cuff nos valores normais (entre 20 a 30 cmH₂O), aspiração de secreções e ensinar o doente a respirar e a tossir eficazmente. (Menezes et al,2013)

Ao longo do estágio demonstrei interesse pela prestação de cuidados ao doente em estado crítico que sofre falência renal, observei que há uma elevada incidência deste problema, estes têm necessidade de realizar a Hemofiltração Venovenoso Contínuo (HVVC), que permite a remoção equilibrada de solutos e a modificação do volume e composição do líquido extracelular. Nesta técnica dialítica, colaborei nos cuidados prestados ao doente, esta exige um protocolo de anti coagulação eficiente, para manter a eficácia e permeabilidade do circuito extracorporeal, minimizando complicações como a hemorragia por anti coagulação excessiva ou obstrução do circuito por anti coagulação insuficiente. Uma das preocupações dos enfermeiros é evitar a hipotermia, devido à exposição contínua de sangue extracorporeal a uma solução de dialisante e reposição que estando à temperatura ambiente, provoca alterações da temperatura corporal e consequentes alterações do débito cardíaco e perfusão tecidual. É proporcionado ao doente fontes de aquecimento, com cobertores, aquecedores e ligaduras de algodão nos membros superiores e inferiores para dar conforto.

Vigiei o estado neurológico do doente no sentido de despistar sinais de Hipo perfusão cerebral, avaliando a Escala de Glasgow ou a Escala de RASS, o diâmetro, simetria, reatividade pupilar, e vigiei a pressão intracraniana e a pressão de perfusão cerebral em situações específicas, como no doente neurocrítico ou vítima de trauma. Segundo Vilela e Ferreira (2006:218), *“O nível ideal de sedação corresponde então a um estado de depressão ligeira da consciência, facilmente reversível. Os objetivos da sedação em CI incluem o tratamento de estados de agitação ou ansiedade, indução de amnésia, cooperação do doente, otimização da ventilação mecânica e execução mais fácil de procedimentos invasivos”*. O nível de sedação é avaliado pelo Índice Bispectral (BIS), segundo Duarte (2010:210) *“O BIS foi desenvolvido especificamente para descrever alterações no*

EEG que se relacionam com os níveis de sedação, anestesia, perda de consciência e lembrança”.

O BIS é uma escala numérica que decresce de 100 a 0, sendo que os doentes acordados e sem medicação pré-anestésica apresentam valores de BIS acima de 93, a perda de consciência refere-se aos valores entre 68 e 75, valores abaixo de 60 foram associados a probabilidades baixas de lembrança e elevadas de imobilidade durante a cirurgia sob anestesia geral. Valores entre 45 e 60 foram recomendados durante a manutenção da anestesia geral, valores por volta de 40 representam sedação profunda, à medida que o BIS decresce de 35 a 0 a supressão aumenta até ao silêncio cortical (Duarte, 2010).

Avaliei e registei a Escala de RASS, com a elaboração de uma tabela em três momentos diferentes: no início do turno, após o posicionamento e no final do turno, podendo concluir que os doentes que se encontram num RASS de -5 (Incapaz de ser despertado): Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico, normalmente mantém este RASS mesmo com o posicionamento, estando assim bem sedados. Os doentes que apresentaram um RASS de -4 (Sedação Profunda): Não responde ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física, por vezes aquando o posicionamento passavam para um RASS de -3 (Sedação Moderada): Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz (mas sem contato visual). Não avaliei nenhum doente em RASS de -2 (Sedação leve) e de -1 (Sonolento). Quando o doente não tinha sedação avaliei a Escala de Glasgow. Desta forma **utilizei e apliquei a escala, de forma autónoma, sistemática e crítica.**

Assim a avaliação objetiva do doente crítico é obviamente importante, sobretudo durante a sedação profunda e bloqueio neuromuscular. Segundo Vilela e Ferreira (2006:342) “*O bloqueio neuromuscular em Cuidados Intensivos é utilizado no contexto de intubação traqueal e reservado para os casos em que outras medidas, nomeadamente sedação e analgesia adequadas, resultaram insuficientes na otimização da ventilação artificial*”. Para garantir um bloqueio neuromuscular eficaz, é indispensável a monitorização da atividade neuromuscular, evitando dessa forma fenómenos de acumulação e outras complicações. A monitorização consiste na observação da resposta muscular após estimulação elétrica de nervos periféricos, sobretudo ao nível do nervo facial ou cubital. Esta avaliação é feita pelo Train-of-four (TOF), que tive a oportunidade

de observar, este consiste na aplicação de quatro estímulos periféricos sequenciais, sendo que quando temos resposta zero, indica bloqueio neuromuscular suficiente. Padmaja e Mantha (2002) confirmam que o método mais adequado para monitorizar de forma fiável a função neuromuscular, é a estimulação de um adequado nervo periférico e observar a resposta no músculo fornecido, utilizando o TOF.

Em todos os doentes avaliei também a Dor, segundo Faustino (2014:18) *“Os doentes internados em UCI apresentam muitas vezes dor, mesmo em repouso. Este facto tem sido verificado tanto nos doentes no pós-operatório ou pós-trauma, como nos doentes internados por causa médica. Assim, a dor deve ser avaliada em todos os doentes internados em UCI, de modo a ser conseguido um tratamento adequado e precoce”*. As causas da dor pelo que observei podem surgir relacionadas pela doença subjacente ao internamento, pelo trauma (traumatismos, fraturas, derrames), pela cirurgia, cuidados de enfermagem (como a mobilização, fisioterapia, aspiração de secreções, a presença de tubo orotraqueal, máscaras faciais de Ventilação não invasiva, sonda nasogástrica, colares cervicais, cateteres venosos e arteriais e outras tubuladuras), a imobilização prolongada, procedimentos invasivos (terapêuticos, diagnósticos e de monitorização), infeções ocultas, febre, entre outras. (Ferreira,2008)

A avaliação da dor em cuidados intensivos, é assim, uma meta difícil de atingir para o enfermeiro, mesmo os doentes acordados estão impossibilitados de verbalizar a sua dor porque estão ventilados, havendo necessidade de se adotar outros meios de comunicação. Os doentes sedados fornecem dados fisiológicos como hipertensão, taquicardia, polipneia, dilatação da pupila, outros apresentam dados comportamentais como expressão facial de dor ou aumento da atividade motora com fuga ao estímulo.

Penso que a avaliação do 5.º sinal vital é difícil e se encontra muito comprometida, assim devem ser utilizados métodos de avaliação da dor adaptados a cada doente e à sua capacidade de comunicação, de forma a quantificar a dor e realizar a sua gestão. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008:8) *“É realmente importante valorizar a dor, tomá-la verdadeiramente como o 5.º sinal vital, avaliar e respeitar a avaliação que o outro faz quando pode e a que o enfermeiro realiza por ele, quando o próprio não pode”*.

Nos doentes acordados avalei a dor com a utilização da Escala Numérica e nos doentes com sedação avalei a Escala Comportamental da Dor que inclui três itens comportamentais (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória). Para mim, a utilização destas escalas foi um desafio, uma vez que a avaliação pode ser muita subjetiva, pelo que estive atenta a todos os fatores fisiológicos e comportamentais que o doente manifestou. No ambiente de cuidados intensivos, a presença de dor é um problema muito frequente, é importante controlar a dor, para evitar a ansiedade, o delírio, distúrbios do sono, imunossupressão, catabolismo aumentado e ativação do SNC (Ferreira, 2008).

Nas avaliações que realizei na maioria a doentes com sedação senti dificuldades na aplicação da escala BPS, concluí que quando o doente apresenta um RASS de -5 apresenta uma BPS de 3 (score mais baixo), e aquando o posicionamento se o RASS passar para -4 ou -3 a BPS varia entre 4 a 6. Assim, penso que a avaliação da dor deve ser realizada no início de todos os turnos, antes de iniciar um procedimento doloroso para o doente e após a intervenção farmacológica ou não farmacológica/medidas de conforto. Deve efetuar-se o seu registo regular à semelhança dos outros sinais vitais, para que a presença e a intensidade da dor seja valorizada, de forma a conduzir ao sucesso das estratégias terapêuticas, pelo que **utilizei e apliquei a escala, de forma autónoma, sistemática e crítica**. Segundo a Sociedade Portuguesa dos Cuidados Intensivos (2012) desde Junho de 2003, a Dor é considerada como o 5º sinal vital a ser avaliado como um dever do profissional de saúde, para garantir a humanização dos cuidados de saúde.

Realço a oportunidade de ter observado a técnica Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) que se realiza hoje somente em dois centros hospitalares, nomeadamente no Centro Hospitalar de São João no Porto e no Centro Hospitalar Lisboa Norte, estes centros dão resposta a todas as necessidades a nível Nacional. A manutenção da vida através de meios tecnológicos avançados faz cada vez mais parte das noções de sobrevivência, e o ECMO assume hoje em dia um lugar importante nesse âmbito. Esta evolução contribuiu significativamente para a utilização crescente do ECMO como técnica essencial de resgate no Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (ARDS) grave do adulto.

O ECMO ou membrana de oxigenação extracorporal, é uma técnica de suporte temporário de vida que conecta a circulação corporal a um dispositivo externo capaz de oxigenar o sangue através de uma membrana que efetua as trocas gasosas. Representa um método alternativo de suporte pulmonar para o doente crítico com falência respiratória. É um suporte de vida artificial e extra corporal, que leva o sangue venoso do doente a um dispositivo de troca gasosa (oxigenador), no qual é removido o CO₂ e é enriquecido com oxigénio retornando depois à circulação do doente. Segundo Albuquerque (2010:43), o “*ECMO permite reduzir significativamente os parâmetros ventilatórios, estabelecendo uma ponte para o tratamento e recuperação da lesão pulmonar*”. É uma técnica que tanto pode ser utilizada em situação de resgate de vida ou como adjuvante da proteção dos efeitos negativos do uso da ventilação mecânica invasiva. A técnica ECMO pode ser utilizada através de duas técnicas específicas: ECMO Venoso e/ou ECMO Venoso-Arterial. A escolha entre as duas vertentes depende do tipo de patologia do doente, o ECMO Venoso, permite um excelente suporte respiratório, por sua vez o ECMO Venoso-Arterial fornece suporte cardíaco mas também respiratório (Albuquerque, 2010).

Destas duas técnicas, foi-me possível observar a técnica de ECMO Venoso, logo demonstrei interesse, em conhecer as necessidades do doente submetido a esta técnica. No meu período de estágio houve dois doentes com a necessidade de realizar ECMO, um doente transferido do Centro Hospitalar do Porto com diagnóstico de Pneumonia por Legionella e outro do Centro Hospitalar de Viseu com diagnóstico de Pneumonia com ARDS grave, ambos os doentes do sexo masculino com idade entre os 50-55 anos. Observei atentamente que a técnica remove o sangue da circulação venosa através de uma veia central, normalmente da veia femoral, este passa através de uma membrana oxigenadora e retorna ao organismo normalmente através da veia jugular interna. O principal objetivo é melhorar a oxigenação do doente, reduzindo a quantidade de sangue que passa no pulmão sem ser oxigenado, permitindo assim que o suporte ventilatório possa ser reduzido, evitando a lesão pulmonar induzida por tempos prolongados de ventilação mecânica.

Destes dois doentes com esta necessidade, consegui acompanhar mais de perto um deles, o que tinha diagnóstico de Pneumonia por Legionella. Era um doente que estava acordado e reativo a estímulos verbais e dolorosos, com uma

Escala de Glasgow de 13, com dificuldade em comunicar e se mobilizar pela debilidade que apresentava. Observei que um dos problemas era o frio que sentia, pelo que lhe proporcionei sempre medidas de aquecimento e também se mostrava desconfortável pela imobilidade que tinha, devido a gravidade do seu problema e também pela técnica em si, uma vez que as tubuladuras que são usadas provocam o desconforto, assim proporcionou-se sempre a posição mais confortável possível com o recurso a superfícies de apoio.

Durante o estágio, tive oportunidade de observar e participar nas Provas para diagnóstico de Morte Cerebral, ou seja, com perda irreversível das funções do tronco cerebral, num doente com Hemorragia Cerebral Severa. Estas foram realizadas por um médico Sénior de Neurologia e por uma médica da unidade com experiência há mais de cinco anos na unidade. São realizadas as primeiras provas e após 6 horas são realizadas as segundas provas, que após estas é confirmado o óbito. Até à confirmação do óbito e a transferência para o Bloco Operatório, são mantidas as medidas necessárias para que o doente seja um possível dador de órgãos (Grupo de Trabalho para o Diagnóstico de Morte Cerebral, 2008). Segundo Liberato et al (2012:2523) “*As alterações decorrentes da morte encefálica frequentemente levam à disfunção de múltiplos órgãos e sistemas, colapso cardiovascular e assistolia em 60% dos casos, se não forem adequadamente conduzidos*”. Assim, as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na manutenção do potencial dador de órgãos em morte encefálica são bastante complexas e exigem conhecimentos que vão desde a legislação até às possíveis alterações decorrentes do estado de morte encefálica. É importante que o enfermeiro esteja preparado para atuar em quaisquer umas das etapas do processo de doação, uma vez este processo pode trazer benefícios a outros doentes que poderão ser ainda recuperáveis, **pelo que abordei esta questão complexa, de forma sistemática e criativa.**

A assistência adequada ao potencial dador visa minimizar os efeitos decorrentes das alterações fisiológicas que resultam da morte encefálica e maximizar a efetivação dos potenciais dadores. Por isso, os cuidados destinados a esse indivíduo não devem ser pensados como investimento fútil num doente sem hipótese de recuperação clínica, mas como a única oportunidade de tratamento de outros doentes muito graves (Liberato et al 2012).

Aproveito para referir que a família é informada do diagnóstico, são esclarecidas dúvidas e é proporcionado um ambiente acolhedor e calmo junto do doente com a possibilidade de receber as visitas que a família achar pertinente, durante o tempo necessário. Tentei dar o meu apoio e mostrar-me disponível para escutar, **demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a família, respeitando as suas crenças e cultura**. Observei que a maior necessidade dos familiares nesta situação é a partilha da sua angústia e sofrimento.

Foi-me possível acompanhar e auxiliar o transporte de alguns doentes à realização de exames complementares de diagnóstico, o que me suscitou algum receio pela instabilidade que o doente apresenta e pela possibilidade de surgirem complicações. Neste transporte deve ser mantido o mesmo nível de cuidados, em relação ao serviço de origem, prevendo a eventual necessidade de o elevar (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008), pelo que dei o meu contributo, **zelei pela melhor prestação de cuidados e tentei desenvolver em todas as oportunidades a minha capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas**. O transporte engloba as seguintes fases: decisão, planeamento e efetivação. A decisão de transportar o doente crítico é um ato-médico, o planeamento é feito pelo médico e enfermeiro, este assegura e prepara todo o material necessário como o monitor, ventilador, fonte de oxigénio, mala de transporte com consumíveis de armazém e farmácia, ambu, estetoscópio, suporte de soros para perfusões contínuas e medicação preparada e identificada em caso de necessidade. A efetivação fica a cargo da equipa de transporte, que é constituída pelo assistente operacional, enfermeiro e médico (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

No módulo III, opcional em Tratamento de feridas, na ECCI, tive como objetivos a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontravam em situação de dependência no seu domicílio. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra. A ECCI segundo a lei N^o109 (Portugal, 2006:3862) *“é uma equipa multidisciplinar, da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de*

serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma”.

O encaminhamento dos doentes pode ser feito através do Hospital do Serviço Nacional de Saúde, pela equipa de gestão de altas do hospital, uma equipa multidisciplinar, com o objetivo de preparar e gerir a alta hospitalar em articulação com outros serviços, para os doentes que requerem seguimentos dos seus problemas de saúde e sociais. Através do Centro de Saúde pelo médico de família, enfermeira de família e assistente social. Ou através de outras tipologias da rede. A proposta de ingresso na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é apresentada por estes profissionais à Equipa Coordenadora Local, que vai realizar a gestão das vagas.

A Unidade de Cuidados Continuados Integrados, é formada por uma equipa, que em conjunto prestam cuidados globais ao doente e família. Tem capacidade para 20 doentes, que são distribuídos por quatro enfermeiras, das quais duas a tempo inteiro e as outras duas em tempo parcial, cada uma é gestora de caso de cinco doentes. É também constituída por uma médica de clínica geral com 5 horas, duas fisioterapeutas com 20 horas, uma nutricionista com 5 horas, uma assistente social com 5 horas e uma psicóloga com 1 hora. Nesta equipa **desenvolvi estratégias e estabeleci prioridades para toda a prestação de cuidados em domicílio**, no meio em que o doente e família vivem. Verifiquei as suas necessidades, tal como as condições físicas e estruturais em que habitam, a importância e a necessidade da prestação de cuidados de saúde, como o tratamento de feridas, reabilitação, apoio emocional e social, ensinamentos, entre outros, avaliando todas as necessidades ao nível físico, psicológico, espiritual e social. Ao acompanhar o doente e família em domicílio, obriga a equipa de enfermagem a ver o seu “todo”: o doente, o seu olhar, o seu silêncio, as suas queixas, a sua agressividade, os seus medos não expressos, a família e o seu meio envolvente (Lopes, 2011).

As vagas são preenchidas por doentes com necessidades em cuidados de saúde no domicílio, em que as causas de solicitação são: doente em situação de fragilidade que se encontra dependente nas AVD's; doenças crónicas com

episódio de agudização; necessidade de continuidade de cuidados, como reabilitação; necessidade de vigilância e tratamentos complexos, como o tratamento de feridas; cuidados paliativos, em que são feitas ações paliativas; e necessidade de ensinamentos ao doente/cuidadores, para capacitação do cuidador; e outras causas, como o suporte a cuidadores, reforço de ensinamentos, entre outros. Constatei no período de estágio que a maior percentagem de doentes são do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 55 e os 93 anos, não havendo nenhum limite de idade, todos os doentes têm um prestador de cuidados, sendo este um critério para a admissão na rede. Durante todo o estágio houve admissões de novos doentes, sendo feita uma avaliação inicial das necessidades pelo enfermeiro e médico, que fazem chegar a informação à restante equipa. As altas são efetuadas quando os objetivos são atingidos; por transferência para proximidade, por alteração da morada; para transferência para outra tipologia; alta a pedido; ou por morte.

Relativamente ao tratamento de feridas tive oportunidade de realizar o tratamento e de acompanhar doentes com úlceras de pressão, úlceras venosas, úlceras arteriais, pé diabético, queimadura de 2º grau e ferida cirúrgica de amputação de membro, **dando sempre o meu contributo e opinião fundamentada** acerca do tratamento a utilizar e frequência de mudança do mesmo, **gerindo e interpretando, de forma adequada a informação proveniente da minha formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação de pós-graduada.**

Na avaliação da ferida e monitorização das suas características e evolução, verifiquei a inexistência de um instrumento de avaliação, o que me levou a refletir sobre este assunto, pois senti dificuldade em dar continuidade aos tratamentos dos doentes e avaliar corretamente a ferida. Bajay e Araújo (2006) referem que a avaliação de uma ferida pode ter interpretações divergentes, dependendo dos conhecimentos e experiência dos profissionais, pelo que é importante que cada um realize o registo correto de acordo com o instrumento instituído, que deve ter padrões e critérios definidos, devendo ser preenchido após a realização do tratamento da ferida.

Assim achei pertinente criar um instrumento de avaliação de feridas que segue em **Anexo II**, que para mim se transformou numa linha de orientação que permite uma visualização global da evolução da ferida ao longo dos tratamentos

realizados. Este contempla o registo do protocolo de pensos instituído, com a data de início e de término; o registo das dimensões, comprimento, largura e profundidade; tecidos presentes; pele circundante; sensibilidade; exsudado e grau da úlcera. Sugerir que este instrumento acompanhasse os enfermeiros, anexo a uma capa de argolas de fácil transporte que poderia ser colocada na mala do material consumível. Esta ideia ficou em “cima da mesa”, penso que seria um excelente contributo para a efetivação da melhoria da qualidade dos cuidados, **promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros da equipa.**

Na realização do tratamento de feridas acompanhei todas as enfermeiras da equipa, observando métodos de trabalho diferentes, o que me conduziu à criação de um manual de procedimentos para o tratamento de feridas. Este permitiu dar resposta a uma necessidade do serviço e teve como objetivos estabelecer linhas orientadoras para o tratamento de feridas, normalizar procedimentos que garantam as boas práticas e orientar a execução de procedimentos por princípios científicos e de otimização de recursos, seguindo no **Anexo III, mantendo assim de forma contínua e autónoma o meu processo de autodesenvolvimento, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.**

Em resposta às necessidades do doente no tratamento de feridas complexas, tentei aprofundar os meus conhecimentos na minha área de especialização com a intenção de adquirir competências especializadas capazes de garantir os cuidados ideais ao doente com ferida. Segundo um estudo a nível internacional com a técnica de Delphi, de Eskes et al (2013), conclui-se que os enfermeiros especializados em feridas devem ter competências essenciais para o tratamento como: o conhecimento profissional e experiência, integridade ética e o compromisso com o doente.

As úlceras de pressão são consideradas um problema grave a nível mundial, com uma elevada despesa económica, que continua a ser um desafio para os profissionais de saúde, pois em grande parte estas poderiam ser evitadas, no entanto elas persistem. É importante conhecer os fatores de risco individuais de cada doente para o desenvolvimento de úlcera de pressão e

desenvolver estratégias de prevenção na redução de pressão, cisalhamento e gestão do microclima (Dealey et al, 2013).

Nas úlceras de pressão que acompanhei verifiquei uma evolução positiva, ou seja todas evoluíram para uma fase de granulação e epitelização, não houve nenhuma a evoluir para necrose, exceto uma, mas porque a doente se encontrava em fase terminal, nesta situação proporcionou-se o conforto e o controlo dos sintomas, como a dor, o exsudado e o cheiro. O tratamento passou sempre pela escolha do penso ideal de acordo com as características de ferida, mantendo sempre um ambiente ideal para a cicatrização, proporcionando um ambiente húmido, uma vez que este tem um efeito estimulador na proliferação celular e migração das células epiteliais. Os pensos atuais favorecem a cicatrização rápida, atuam como uma barreira, diminuem ou eliminam a dor, requerem menos mudanças, fornecem desbridamento e podem ser custo-efetivos, se usados apropriadamente. E ainda podem reduzir a amplitude da tensão de cisalhamento e o atrito que atinge a pele, uma vez que redistribuem a pressão (Call et al, 2013).

Para além do tratamento de feridas, a avaliação da pele, é essencial para identificar os primeiros sinais de pressão e vigiar as zonas de humidade excessiva. É também relevante o posicionamento correto para o alívio de pressão, com a frequência necessária, de acordo com as necessidades individuais e pela vigilância de eritemas nas proeminências ósseas, dependendo das superfícies de apoio utilizadas, que devem garantir o envolvimento do corpo (Dealey et al, 2013).

O estado nutricional é outro aspeto a ter em conta, pois um bom aporte nutricional é fundamental para a cicatrização das feridas, como refere Alves (2013), a nutrição é imprescindível no tratamento da ferida, esta é responsável pela regeneração tecidual, é assim importante vigiar fatores de risco como a desnutrição e a deficiência de proteínas e vitaminas.

Relativamente às úlceras de perna, segundo Morison et al (2010) estas são um problema de saúde mundial, que requerem muito dos cuidados de saúde, com um grande impacto na vida da pessoa, ao nível físico, psicológico e social, a maioria tornam-se crónicas e difíceis de cicatrizar. Prestei cuidados a 2 doentes com úlcera venosa, das quais uma me despertou muito interesse, uma vez que tem uma úlcera de perna com 30 anos de evolução, o que me levou a

desenvolver um estudo de caso, que segue em **Anexo IV**, em que apresentei a colheita de dados, o plano de cuidados, a evolução da ferida de acordo com os protocolos instituídos e utilizei o instrumento que criei para a monitorização da ferida. Concluí que não tem havido uma evolução favorável, pois houve um aumento do tecido desvitalizado, do cheiro, do exsudado e da dor. Pelo que fiz uma reflexão com a sugestão de tratamento que acho pertinente e também referência a outros aspetos importantes como o repouso e avaliação do estado nutricional, **tentei de forma criativa dar resposta ao problema**. Penso que esta doente deveria ser observada pela Cirurgia vascular e Dermatologia. Segundo Abbade e Lastória (2006) o doente com úlcera venosa necessita de um atendimento multidisciplinar de cirurgia vascular, dermatologia, enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, entre outros. Todos em conjunto têm como objetivo melhorar a abordagem e favorecer a relação custo/efetividade.

Penso que uma boa alternativa para o tratamento desta ferida seria aplicação da pressão negativa, Tuncel e Erkorkmaz (2012) descrevem que este método requer menos trocas de pensos, diminui o tempo de tratamento e reduz a dor na ferida em relação aos tratamentos convencionais. Esta atua no leito através de uma esponja hidrofóbica de poliuretano conectada por um tubo plástico à bomba de vácuo, a pressão pode ser ajustada de 50 a 125 mmHg, esta permite a drenagem do excesso de fluídos do leito da ferida e do espaço intersticial, reduzindo a infeção e o edema, além de aumentar o fluxo sanguíneo local e a formação de tecido de granulação, levando à cicatrização da ferida (Ferreira e Paggiaro 2010).

Esta terapia tem já resultados positivos na diminuição do tempo de tratamento, menos complicações e menos custos (Ferreira e Paggiaro 2010), já é feita em ambulatório em articulação com o hospital, mas ainda com custos elevados para o doente, logo não é uma opção viável para esta que não tem condições económicas para suportar este custo, deste modo **demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com a doente**.

Tive a oportunidade de realizar tratamento a uma doente com úlcera arterial, verificando durante o estágio que a ferida não teve evolução favorável, pois quando estava em fase de granulação, rapidamente voltou a ficar com tecido desvitalizado. Penso que nesta situação é importante controlar os sintomas, como

a dor que é elevada, sendo a principal queixa da doente, o exsudado e o tecido desvitalizado, para que não aumente de dimensões. Esta doente já foi proposta para amputação há 2 anos, tendo recusado, logo, durante este tempo houve sempre ganhos em saúde, a ferida não cicatrizou mas também não tem aumentado de dimensões, tem-se mantido estabilizada.

O pé diabético é uma complicação frequente e grave da diabetes, que constitui uma ameaça à integridade da vida, limitando e/ou diminuindo a qualidade de vida da pessoa. Contactei com 2 doentes com úlcera de pé diabético, num dos doentes não foi possível realizar muitos tratamentos porque este não cumpria o tratamento e por agravamento da ferida necessitou de internamento hospitalar. O outro doente consegui acompanhá-lo desde o início do estágio, o que me incentivou a realizar um estudo de caso para responder às suas necessidades, que segue em **Anexo V**, pois houve uma rápida evolução da doença, num ano realizou uma amputação até abaixo do joelho e outra transmetatarsica no outro membro, o doente apresentava uma deiscência de sutura da amputação transmetatarsica, com sinais de infeção, pelo que precisou de cuidados no tratamento da ferida. Concluí com a realização dos tratamentos que houve uma evolução favorável da ferida sendo importante que esta cicatrização se realize rapidamente para que o doente possa ficar mais autónomo, sendo igualmente importante a reabilitação física das capacidades motoras, pois existe a possibilidade de o doente conseguir calçar uns sapatos próprios com palmilhas ortopédicas e colocar uma prótese no membro amputado até ao joelho, para que assim possa deambular e ficar autónomo nas suas AVD's.

3. Gestão de Cuidados

Das competências do enfermeiro de cuidados gerais emanam conceitos centrais da gestão de cuidados, nomeadamente ambiente seguro, cuidados de saúde multiprofissionais, delegação de tarefas e sua supervisão. Como tal, é expectável que o enfermeiro especialista seja capaz de otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Para o efeito é igualmente importante que seja capaz de disponibilizar assessoria aos restantes elementos da equipa, sempre que os seus conhecimentos sejam necessários, colaborando nas decisões da equipa multiprofissional e reconhecendo quando é necessária a referência para outros prestadores de cuidados de saúde. (Portugal,2011)

No Serviço de Urgência, devido ao elevado número de doentes, este torna-se confuso e agitado, pelo que é importante uma correta gestão dos cuidados e tomada de decisão desde a admissão do doente até à alta. Verifiquei que no serviço existe um trabalho em equipa, uma excelente articulação entre todos os profissionais de saúde perante situações críticas, que podem potenciar o risco de vida do doente. Este trabalho de equipa foi bastante visível no acompanhamento do doente, desde a triagem até à alta ou internamento e na sala de emergência. Segundo Silva et al (2012) o trabalho em equipa é uma forma eficiente para atingir os resultados pretendidos, envolve conhecimentos, habilidades e atitudes para alcançar o melhor desempenho. É um método que requer uma capacidade individual do enfermeiro para trabalhar em colaboração, com o sentido de responsabilidade compartilhado, o que me parece adequado às necessidades e dinâmica do serviço, **permitindo-me desenvolver a capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

Realço para além do trabalho em equipa, a liderança, muito predominante na sala de emergência, a liderança em enfermagem inclui a direção e orientação de outros, bem como a criação de um ambiente seguro e de condições para o desenvolvimento contínuo e de qualidade dos cuidados. Segundo Balsanelli e

Cunha (2005:118) “ *A enfermagem como se constitui em parte fundamental da estrutura organizacional, precisa preocupar-se com o seu autodesenvolvimento, adquirindo novas habilidades, novos conhecimentos e domínio no uso das tecnologias emergentes, sendo que um dos primeiros itens que o enfermeiro, como coordenador de equipa precisa ter e dominar é a ferramenta da liderança*”. No Programa de Liderança para a Mudança (Ordem dos Enfermeiros, 2007) os Enfermeiros devem ser líderes competentes capazes de melhorar os cuidados de saúde de hoje e de amanhã, **assim liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de EEMC, foi uma competência que observei e explorei ao longo do estágio que penso ser uma componente essencial para uma melhor gestão dos cuidados de saúde.**

Nas oportunidades que tive na sala de emergência, observei em todas as situações um trabalho em equipa coordenado de forma a não se instalar confusão na prática dos cuidados, também observei que a existência do líder é importante na orientação de todos os procedimentos. É importante manter a calma, planear e prever o que poderá acontecer antes de acontecer, pois será um ponto fulcral a antecedência na previsão dos acontecimentos, para dar uma resposta eficaz no momento certo. Devem ser eliminados todos os fatores que possam destabilizar a prestação de cuidados como a presença de muitas pessoas na sala, a presença de familiares, que por vezes insistem em entrar na sala, à procura de informações, equipamentos desnecessários e ainda deve estar sempre assegurado todo o material necessário e equipamentos a funcionar, pois o surgimento de intercorrências é muito comum.

Tudo isto é importante para uma correta gestão dos cuidados, para dar uma resposta rápida e eficaz para a resolução dos problemas ao elevado número de pessoas que recorre ao serviço de urgência. A promoção da segurança do doente deve ser a base de trabalho para toda a prática clínica, é da responsabilidade dos profissionais de saúde tentarem reduzir a ocorrência do erro. Lage (2010) comenta que as pessoas que procuram os Serviços de Saúde, procuram na prestação de cuidados benefícios para melhorar o seu estado de saúde, nos dias de hoje já reconhecem que as principais falhas são de origem do próprio sistema dos Serviços de Saúde e não dos profissionais.

Na unidade de Cuidados Intensivos, com as oportunidades que surgiram e que me foram proporcionadas, **desenvolvi uma gestão dos cuidados**

adequados a cada doente mediante as suas necessidades. Fui capaz de agir de forma diferenciada, perante situações de particular complexidade para mim, observando todo o meio/ambiente envolvente do doente, que me era totalmente desconhecido. Gerir os cuidados não foi um processo de aprendizagem simples, mas o ambiente que observei é muito controlado e isto permitiu-me desenvolver autonomia, tomada de decisão e juízo clínico. O facto de o rácio ser de um enfermeiro para dois doentes, permitiu-me abordar os problemas procurando sempre a melhor abordagem ao doente crítico e família.

O método de trabalho individual prevalece, o que no meu entender permite ter um conhecimento global dos cuidados que se prestam ao doente, individualizando esses mesmos cuidados e estabelecendo prioridades, desta forma **adaptei-me e demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa.** Este método requer mais responsabilidade, conhecimento e humanismo, privilegia a interação, a relação de ajuda que se estabelece entre o enfermeiro, doente e/ou família, o que é muito notório em todos os elementos da equipa.

Em cada turno encontra-se destacado um Enfermeiro como responsável do turno, este é considerado o líder da equipa, que deve-se fazer visível e próximo para dar resposta as necessidades do serviço e do doente, criando condições e um ambiente seguro para o desenvolvimento contínuo da qualidade dos cuidados. Deve enfatizar o respeito, o compromisso com êxito profissional, o acompanhamento das atividades, gerir a utilização eficiente dos recursos e manter a confiança na equipa (Lanzoni e Meirelles 2011).

Neste ponto, aproveito para referir a autonomia do Enfermeiro na gestão da terapêutica do doente, sempre que necessário faz a gestão da sedação, analgesia e curarização, sobretudo quando está a prestar cuidados diretos ao doente, passíveis de serem dolorosos como a mobilização, posicionamentos, a aspiração de secreções, cuidados de higiene, entre outros procedimentos, dando posteriormente conhecimento ao médico destas intervenções. A aplicação das escalas de sedação e da dor também me ajudaram neste sentido, **a realizar a gestão dos cuidados na área de EEMC**, inicialmente tentei perceber as suas definições e depois apliquei-as para realizar uma correta gestão de terapêutica e tomada de decisão, de forma a conseguir a autonomia para prevenir complicações no doente crítico, **incorporei na prática os resultados da**

investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

Na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, a gestão dos cuidados a realizar é feita em equipa, são feitas reuniões de 15 em 15 dias com toda a equipa, para realizarem reflexões e partilharem a informação sobre a evolução de cada doente, mas o método de trabalho é individual, a equipa de enfermagem presta os cuidados a cada doente individualmente, mas no final de cada turno são partilhadas as informações relevantes.

Verifiquei que os cuidados se centram na pessoa e família e tive consciência que as transições são vividas e vivenciadas de forma diferente dependendo de muitas variáveis, quer da pessoa doente, quer do prestador de cuidados, quer da família, quer do contexto sociocultural em que está envolvido, quer ainda das respostas que a sociedade pode dar como ajuda ou complemento do cuidado. Para prestar cuidados de saúde necessitamos de estar alerta para todo um conjunto de comportamentos e atitudes do doente e família que necessitam de uma compreensão mais experimentada e mais atenta quando estamos num ambiente que para nós é desconhecido. Segundo Jorge e Dantas (2003), no domicílio, a prestação de cuidados de saúde está centralizada na casa do doente, um meio sem as condições físicas das instituições de saúde. É o profissional de saúde que vai entrar no ambiente do doente e família, tendo que se adaptar ao contexto, recursos disponíveis, hábitos, crenças e culturas para dar resposta às necessidades em cuidados de saúde, **neste ambiente consegui demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com o doente e família.**

Relativamente às condições habitacionais e condições socioeconómicas tive oportunidade de conhecer a nossa realidade, a maioria dos doentes vivem em casas/bairros sociais, com apoio monetário da reforma. Estas casas já são antigas, sem elevador, a maioria com poucas condições, para a realização dos tratamentos, pelo que tive de me adaptar às condições existentes, **desenvolvi estratégias perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC.** Existem alguns apoios por parte da assistência social, como ajuda ao prestador de cuidados em relação à prestação de cuidados de higiene e às refeições. Quando é necessário o apoio da assistente social da ECCI, esta avalia

a situação dos doentes, para pedir as ajudas necessárias a melhorar a qualidade de vida do doente e família.

Na prestação de cuidados, é necessário realizar uma correta gestão do material que é necessário levar para o domicílio, sendo necessário associar o doente ao tratamento a realizar e aos cuidados a prestar, para que se prepare todo o material necessário e apenas o indispensável. Para além do tratamento de feridas, são feitas outras atividades, nas quais tive a oportunidade de colaborar como: ensinamentos sobre posicionamentos, alimentação saudável e equilibrada, incentiva-se à ingestão hídrica e ao uso de superfícies de apoio.

Nos ensinamentos sobre os posicionamentos, reforcei a importância sobre a sua frequência, o uso de superfícies de apoio e de ajuda para a transferência para evitar a fricção e torção, o doente deve ser sempre levantado e não arrastado enquanto se posiciona. As superfícies de apoio têm sido concebidas para reduzir os efeitos da carga tecidual controlando a intensidade e duração da pressão, forças de deslizamento e fricção. O colchão e almofadas mais adequadas seriam de espuma viscoelástica, porque atuam como uma superfície de autocontorno porque a resposta elástica diminui ao longo do tempo, mesmo após a espuma ter sido comprimida. A grande desvantagem é que este material é mais caro e os doentes não têm possibilidade para o adquirir. Segundo a EPUAP-NPUAP (2009:20) *“um indivíduo deve ser reposicionado com maior frequência quando se encontra sobre um colchão de não redistribuição de pressão, comparativamente a quando se encontra sobre um colchão de espuma viscoelástica. A frequência dos reposicionamentos vai depender das características das superfícies de apoio”*.

É sempre feita uma gestão do regime terapêutico com o doente e/ou prestador de cuidados, verifiquei uma grande preocupação por parte de toda a equipa em relação ao tratamento da dor, para a sua avaliação é utilizada a escala numérica da intensidade da dor. Havendo um grande apoio por parte da médica de Clínica Geral, que a qualquer momento realiza ajustes da terapêutica para eliminar a dor. Baranoski e Ayello (2006) referem que dor é prejudicial, levando ao atraso na cicatrização das feridas e à diminuição da qualidade de vida, pelo que devem ser utilizadas todas as modalidades de tratamento ao nosso alcance. Para além de todas estas atividades realizadas, denotei que um dos papéis fundamentais do enfermeiro nesta área é todo o trabalho com o prestador de cuidados, uma vez que é necessário adaptá-lo ao problema real, ajudando em

todas as dificuldades e esclarecendo todas as dúvidas. A família é vista como parte responsável pela saúde dos seus membros, necessitando assim de ser ouvida, valorizada e estimulada a participar em todo o processo de cuidar. Achei extraordinária a relação de ajuda, a empatia, o carinho, a dedicação e a preocupação que toda a equipa demonstra com o doente e família. Segundo Cerqueira (2005:53) “ *o profissional de saúde deve ter não só competências técnico-científicas como também humanas, uma grande dedicação e compaixão por aquilo que faz e que se traduz num saber fazer, saber estar e saber ser*”. Verifiquei que existe um grau elevado de satisfação pelo doente, prestador de cuidados e família relativamente aos cuidados prestados por toda a equipa da ECCI, **o que me conduziu a refletir na e sobre a prática, de forma crítica.**

4. Melhoria da qualidade dos Cuidados

Ao longo de todo o estágio tentei dar o meu contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente e família, observei situações-problema existentes no serviço, identifiquei-as e tentei dar sugestão de melhoria. Isto contribuiu para **manter de forma autónoma e continua o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.**

No serviço de Urgência, ao longo dos turnos que realizei essencialmente na sala de tratamentos I verifiquei que o doente e o acompanhante sentem necessidade de realizar perguntas e esclarecer dúvidas sobre qual vai ser o seu circuito no serviço de urgência e a quem se devem dirigir. Penso que o enfermeiro através de uma correta comunicação, tem um papel muito importante na informação que deve ser dada ao doente e acompanhante para que estes saibam o que será esperado acontecer e lhe sejam sempre esclarecidas as suas dúvidas na sua área de competência

A comunicação deve ser um indicador de qualidade dos cuidados prestados ao doente, cada Enfermeiro tem a responsabilidade de desenvolver competências nesta área que devem estar em constante atualização tal como as competências técnicas e científicas. A comunicação deve ser centrada no doente, deve ser um elemento ativo e presente no seu processo de saúde, doença e tratamento (Santos et al 2010). A comunicação, como instrumento básico da prática de enfermagem é um ponto crucial, uma vez que constitui uma componente essencial do relacionamento entre o enfermeiro e o doente, bem como entre os enfermeiros e os outros profissionais de saúde. Segundo Braga e Silva (2007:414) *“a competência em comunicação interpessoal é uma habilidade fundamental a ser adquirida pelo enfermeiro, (...) e que esta lhe possibilitará um cuidar consciente, verdadeiro e transformador”*.

O objetivo base da comunicação em saúde consiste em ajudar o doente em concretizar as perceções do que necessita e a desenvolver em conjunto as possíveis estratégias de ajuda que podem ser levadas a cabo. Oriá et al (2004)

referem que a comunicação é essencial nos cuidados de enfermagem para estabelecer uma relação de ajuda entre o profissional de saúde, doente e família.

Neste âmbito, verifiquei a existência de falhas de comunicação na transmissão de informação ao doente e família, pelo que decidi elaborar um panfleto, que segue em **Anexo VI**, com algumas informações importantes para uma melhor orientação neste serviço e colmatar algumas dúvidas, este deveria ser entregue ao doente ou acompanhante pelo enfermeiro triador. O objetivo geral deste documento é dar resposta a uma necessidade por mim detetada, que acho ser pertinente de ser implementada, em que os objetivos específicos deste panfleto foram: promover um melhor funcionamento do serviço; informar o doente e acompanhante dos profissionais que se encontram no serviço; esclarecer sobre as prioridades e os tempos de espera; informar sobre o circuito do doente e dar conselhos úteis. Penso que este panfleto e toda a comunicação que é estabelecida com o doente e acompanhante é importante para informar e para minimizar a confusão que se pode instalar num serviço de urgência, será um princípio básico para efetivar um bom acolhimento. Assim **demonstrei consciência crítica para os novos problemas da prática profissional relacionados com o doente e família.**

Saliento que verifiquei que alguns doentes e acompanhantes não serão capazes de realizar a leitura do panfleto por falta de escolaridade ou pelo seu estado de saúde, assim senti necessidade de criar estratégias para uma boa comunicação, como verbais: promover a empatia, promover um ambiente de interação, repetir a informação sempre que necessário, certifiquei-me que a informação foi compreendida, incentivei à comunicação, utilizei termos simples. E estratégias de comunicação não-verbais: como manter o contacto ocular, expressão facial, adequar os gestos, adequar a postura, utilizar o toque e disponibilizar tempo. Desta forma **demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família e relacionei-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.**

Na sala de emergência tive a oportunidade de observar como é difícil um doente com ventilação invasiva poder exprimir as suas necessidades, que fica agitado quando consciente. Nesta situação torna-se mais difícil compreender a transmissão de informação, logo foi imprescindível desenvolver estratégias de

comunicação e demonstrar interesse, atenção e compreensão ao doente. Relativamente as medidas de controlo de infeção verifiquei que existe uma preocupação elevada no despiste e controlo do *Staphylococcus Áureos* resistente à Meticilina (MRSA), uma vez que este microrganismo é um dos mais frequentes e preocupantes a nível hospitalar. No primeiro dia que cheguei ao serviço fui logo alertada para este problema, o MRSA, é o microrganismo-problema mais isolado na instituição. Este agente multirresistente está associado a morbilidade e mortalidade significativas, bem como utilização de antibioterapia de largo espectro, que se tem tornado um problema e motivo de preocupação também pela resistência antimicrobiana. Como tal, impõe-se a instituição de Isolamento de Contacto em doentes em que há suspeita ou confirmação de colonização ou infeção por este agente.

Verifiquei que os critérios para realizar o rastreio ativo do MRSA são cumpridos no serviço quando o doente fica internado, é realizado o rastreio nasal, com zaragatoa em tubo seco e este pode ser também feito ao nível das axilas e virilhas. É implementado de imediato o isolamento de contacto: quando o doente é transferido de outro hospital, lar ou cuidados continuados, com internamento superior a 24 horas e quando o doente tem antecedentes de infeção/colonização por MRSA, se reinternamento com menos de um mês não realizar rastreio mas manter medidas de isolamento até à alta hospitalar.

Tive a oportunidade de ver algumas situações de isolamento de contacto, em que é colocada uma placa de “*Precaução de Contacto*” de cor amarela na maca do doente, é registado em notas de enfermagem e clínicas e ainda é colocada uma folha de “*Alerta de MRSA*” no processo do doente se houver. Na sala em que se encontra o doente é colocado se possível mais ao canto, com a cortina corrida, é individualizado todo o equipamento, feita uma higienização das mãos antes e após o contacto com o doente ou entre procedimentos, utiliza-se o equipamento de proteção individual como bata e luvas no contacto direto com o doente e máscara tipo PCM 2000 ou cirúrgica, se o microrganismo isolado nas secreções ou no exsudado nasal. Após retirar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), são rejeitados para resíduos do Grupo III. Todos estes procedimentos vão de encontro às recomendações para as precauções de isolamento definidas pela Direção Geral de Saúde (2014).

Nesta temática, **demonstrei um nível aprofundado de conhecimentos**, de forma a promover a adesão das medidas utilizadas para evitar a transmissão, expliquei ao doente o porquê da utilização das medidas instituídas, que deve evitar a sua permanência nos corredores ou contactar com outros doentes e que é importante descontaminar superfícies e equipamentos que tenham o seu contacto. À família expliquei a razão das medidas, a importância da higienização das mãos e da utilização correta dos EPI, a relevância de limitar a mobilidade e contactos com outros doentes e superfícies. Penso que o esforço e todas as medidas preventivas nesta área vão reduzir o aparecimento de novos casos.

Neste serviço observei que a privacidade dos doentes se encontra muito comprometida em qualquer uma das salas, pela falta de recursos materiais como cortinas, pela própria estrutura física do serviço e ainda pelo elevado número de atendimento de doentes. Verifiquei que pela necessidade de se dar uma resposta rápida e eficaz, as intervenções de enfermagem desenvolvidas para dar resposta ao alívio e tratamento de sintomas, são muito influenciadas pelo fator tempo, logo a privacidade fica muitas vezes comprometida. Aproveito para fazer referência que após a primeira avaliação médica, o doente aguarda numa pequena sala de espera, onde muitas vezes as macas não têm um metro de distância entre elas e quando o espaço da sala não é suficiente o doente fica no corredor. Nesta situação, **zelei pelos cuidados prestados na área de EEMC**, tentei reunir as condições necessárias para garantir a privacidade do doente num rumo à melhoria da qualidade dos cuidados.

Os cateteres endovenosos utilizados neste serviço não têm sistema de segurança, exceto na sala de emergência. O sistema de proteção dos cateteres, é um sistema passivo de segurança contra acidentes, que seria importante para o serviço que tem um elevado número de atendimentos por dia. Tem várias vantagens: é um sistema de proteção passivo, ativação automática independente da ação do usuário; sem alteração da técnica de punção; fácil manuseio e sem risco de ativação inadvertida. Diante esta realidade deixei a minha opinião e penso que deve ser analisado o benefício na utilização destes cateteres comparativamente com o número de acidentes/custos por picada com objetos cortantes em profissionais de saúde. No Decreto-Lei Nº121 “*Os acidentes que envolvem a exposição a fluidos orgânicos contaminados têm merecido especial atenção por parte dos serviços de segurança e saúde no trabalho, que na*

generalidade têm protocolos de diagnóstico, registo e acompanhamento” (Portugal, 2013: 5052). **Incorporei na prática os resultados da investigação válidos, relevantes e evidências científicas no âmbito da especialização.** Relativamente aos Resíduos Hospitalares deixei a minha opinião pois os contentores para os resíduos não são de fácil utilização e alguns não tem a informação do grupo a que pertencem. Penso que estes deveriam ser individualizados, cada um deles com tampa de pedal para fácil utilização e todos deveriam ter a informação do grupo a que correspondem.

Na Unidade de Cuidados Intensivos, todos os procedimentos realizados ao doente que se encontra incapaz de comunicar de forma verbal ou não-verbal, são segundo um consentimento presumido, o enfermeiro deve agir pelo princípio da beneficência. Segundo a Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina (Portugal, 2001:28), quando não é possível obter o consentimento numa situação de urgência, como a lei obriga, deve proceder-se de acordo com o artigo 8º, que diz “ *o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa*”. Constata-se ainda no artigo 9º que “*a vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta*”. Assim é possível atuar sem a obtenção antecipada do consentimento ou seja com consentimento presumido, o enfermeiro pode agir e prestar os cuidados necessários ao doente, para seu benefício, mas deve sempre informar o doente dos procedimentos que vai realizar, através da uma correta gestão da comunicação, independentemente do nível de sedação. Correia (2012) afirma que as limitações da sedação e ventilação invasiva não permitem ter acesso à vontade, crenças e valores do doente, pelo que reforça a ideia de Watson (1985) em ser a enfermeira a preservar a dignidade humana na prestação de cuidados.

Para a melhoria da qualidade dos cuidados a comunicação entre os profissionais de saúde, o doente e a família em contexto de cuidados intensivos, é cada vez mais uma componente a valorizar, não só pela sua importância na relação que se estabelece, como pelo facto de constituir um bom avaliador da qualidade dos cuidados. Segundo Rosário (2009:15) “*A comunicação pode definir-se como um processo dinâmico, complexo e em permanente mudança, que ocorre no tempo. Através da comunicação os seres humanos emitem e*

recebem mensagens verbais e não-verbais continuamente, a fim de compreenderem e serem compreendidos pelos outros. A comunicação facilita a adaptação ao ambiente, a transmissão de ideias, sensações ou sentimentos. É assim fácil perceber que é impossível não comunicar, pois todo o comportamento comunica algo”.

Em cuidados intensivos, o enfermeiro é o elemento da equipa que permanece mais tempo junto do doente, logo tem um papel fundamental no estabelecimento de uma comunicação eficaz e é sua responsabilidade desenvolver esforços e estratégias para o conseguir. Na minha realidade o doente consegue comunicar e expressar as suas necessidades, para mim este serviço foi um desafio, levou-me a dar outro valor à comunicação, como intervenção autónoma de enfermagem, assim **demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente.**

Senti a necessidade de observar as estratégias utilizadas, desenvolver técnicas de comunicação verbal e não-verbal, proporcionar um ambiente calmo e seguro, tentar controlar os ruídos, estar atenta a sinais de desconforto físico ou psicológico e ajudar o doente a manter a tranquilidade evitando a agitação, para que assim eu conseguisse estabelecer uma relação de ajuda com o doente. Verifiquei que no serviço existe uma preocupação evidente para se arranjar estratégias verbais e não-verbais para comunicar, existem cartazes ilustrativos que são utilizados com os doentes, com perguntas e respostas simples, fáceis para o doente identificar, como perguntas para identificar como se sente, o que tem vontade de fazer, a escala da dor para identificar o nível da dor e o local.

Nas oportunidades que se proporcionaram com doentes acordados mas intubados, traqueostomizados ou fisicamente incapazes de comunicar verbalmente, notei que estes apresentam necessidades aumentadas de comunicação, em cada situação avaliei a capacidade de comunicação e em todas as situações comuniquei verbalmente com o doente. Tentei chamar pelo seu nome, explicar os procedimentos, informar do dia, da hora, do local onde estava, na tentativa de o orientar para a realidade do presente. Verifiquei que estes fazem um grande esforço para comunicar movendo os lábios, não havendo a saída de som, logo é importante explicar ao doente que deve fazer frases curtas, acentuar a silabação e manter a calma. Mostrei-me sempre disponível, interessada para que o doente não ficasse desmotivado e desistisse de tentar comunicar.

Com os doentes sedados, desenvolvi outra forma de comunicação que foi o toque, este ato é praticamente impossível de não ser feito, é uma intervenção autónoma que o enfermeiro desenvolve no contacto físico com doente, com benefícios tais como: segurança, compreensão, sinceridade, respeito, apoio, preocupação, tranquilização, encorajamento e desejo de ajudar. Segundo Estabrooks (1988) citado in Roxo (2008:80) existem três tipos de toque: “o toque de carinho” que se traduz num toque afetivo, positivo; “o toque tarefa” que se traduz num toque relacionado com a tarefa, também denominado por toque instrumental; “toque de proteção”, usado para proteger o doente fisicamente e para proteger o enfermeiro sob o ponto de vista físico e emocional.

Roxo (2008:82) num estudo empírico questionou vários enfermeiros dos Cuidados Intensivos para perceber se estes utilizam o toque de forma intencional na prestação de cuidados e conclui que o enfermeiro ao abordar o doente utiliza o toque numa perspetiva holística, como parte integrante das suas intervenções. Este constitui um mecanismo fundamental para estabelecer a comunicação de ideias e emoções. Refere que com a utilização do toque nos doentes inconscientes, há reações de reposta que são visíveis na variação dos parâmetros vitais. Em relação aos tipos de toque no decorrer das intervenções de enfermagem, penso que o toque instrumental é o mais utilizado, o qual deve ser adequado face à pessoa doente. Com a intenção de transmitir conforto, apoio, interesse e compreensão, tive oportunidade de utilizar o toque afetivo em vários momentos, perante procedimentos agressivos, onde o toque ajudou a suportar melhor a dor e manter a calma e tranquilidade.

Relativamente à família, quando esta chega ao serviço o enfermeiro e o médico estão sempre presentes e tentam acolher a família de forma calorosa, o enfermeiro recebe o familiar e apresenta-se, mostrando disponibilidade. Instrui sobre os cuidados a ter com a higienização das mãos, de seguida explica a necessidade de todos os tubos e aparelhos que o doente tem e tranquiliza-o relativamente aos toques dos alarmes dos monitores. Incentiva o familiar a comunicar verbalmente e não-verbalmente com o doente, recomenda a utilização do toque. Com a família gostei muito de comunicar, mostrei-me disponível para esclarecimento de dúvidas dentro do possível, para escutar e dar apoio, incentivei a comunicação com o doente, pois verifiquei que a família por receio de poder alterar e agravar o estado do doente tinha medo em comunicar e de tocar no

familiar. Tentei elucidar que essa ideia era errada, que pelo contrário seria benéfico para o doente ter e sentir o apoio familiar. Quando o doente estava acordado tentei ajudar a família a conseguir compreender a comunicação do doente. Desta forma, **demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a família e relacionei-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e cultura.**

É assim importante que o enfermeiro seja capaz de dar resposta às necessidades do doente e família, ajudando-os a perceber e a aceitar a transição de saúde/doença que aconteceu, o tratamento e as consequências que advêm dessa transição. Deve ser estabelecida precocemente uma relação de confiança e ajuda com a família, facilitando assim a interação e uma maior proximidade com o enfermeiro, doente e equipa (Maruiti e Galdeano,2007).

Observei a inexistência de um guia de acolhimento para ser entregue aos familiares/pessoas significativas para os doentes, pelo que de imediato me disponibilizei para realizar um, mas segundo o meu Enfermeiro Tutor existe um que aguarda aprovação. Penso que o guia de acolhimento seria um instrumento de informação muito importante para a família, com o objetivo de informar sobre a dinâmica do serviço e clarificar informações, este deveria ser entregue logo no primeiro contacto. Assim será possível desmitificar o medo existente sobre os cuidados intensivos, que é um ambiente estranho, que por vezes transmite desespero e incertezas em relação ao futuro (Oliveira, 2012).

Seria fundamental ainda, haver instalações que pudessem proporcionar um ambiente calmo e confortável para dar as informações à família antes do contacto com o doente, para tornar o ambiente de cuidados intensivos menos intimidante. Mas não existe nenhuma sala para este efeito, pelo que todas as informações sobre o doente são transmitidas junto do mesmo, no corredor ou à entrada da sala. Assim a informação transmitida verbalmente é dada na presença de ruídos próprios deste ambiente e na presença de outros familiares e doentes.

Pela falta de registo informático, não observei a realização de um processo de enfermagem, nem avaliação inicial à chegada do doente ao serviço. Os registos são apenas realizados em cada turno na folha de registo próprio para cada 24 horas, penso que seria importante a elaboração de um plano de cuidados personalizado e adequado. Por esta falta, senti necessidade, em cada turno, em conversa com o enfermeiro tutor e com a sua ajuda, elaborar o meu plano de

cuidados para identificar os problemas para depois planejar as melhores e mais adequadas intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes para cada doente e coloca-las em prática, **refletindo na e sobre a prática de forma contínua**. Garcia e Nóbrega (2009) referem que a aplicação do processo de enfermagem leva ao alcance de um determinado resultado pretendido, através da observação dos problemas, a avaliação inicial do doente, o planeamento e a implementação das intervenções de enfermagem. Senti necessidade de desenvolver um estudo de caso para avaliar as necessidades de um doente em estado crítico, através da aplicação do Processo de Enfermagem, para poder de forma consciente organizar e estruturar as principais atividades. A prática baseada na evidência é, e sempre será, uma mais-valia para a aquisição de conhecimentos sólidos e válidos. Esta prática permitirá inevitavelmente uma prestação de cuidados de enfermagem mais segura e coerente. Apresentei o caso de um doente que fez Paragem Cardio-Respiratória, que segue em **Anexo VII**, através de um método descritivo e reflexivo, utilizando um plano de cuidados que teve por base a Nomenclatura NANDA, NIC e NOC. Com a ajuda do Enfermeiro tutor, que me proporcionou uma linha de orientação, que para mim foi uma descoberta, pois não tinha experiência na sua aplicação, **mantendo assim de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional**.

Ao nível dos registos na folha própria de registo verifiquei que há falta de registo das Escalas: RASS, a Escala da dor aplicável ao doente e a Escala do Delírium. Pelo que acho que deveriam estar registadas para uma adequada avaliação do doente e continuidade dos cuidados prestados, pois estas técnicas de monitorização através das escalas, são imprescindíveis para a otimização da sedação, analgesia e relaxamento muscular em cuidados intensivos (Vilela e Ferreira 2006). Ao longo do estágio fiz sempre esse registo na folha, no final de cada turno, para mim a aplicação das escalas foi mais fácil através da elaboração de uma grelha para inicialmente treinar a sua aplicação e para depois tirar algumas conclusões que já apresentei no primeiro ponto do desenvolvimento.

Em relação aos ruídos penso que estes poderiam ser mais controlados, em relação aos alarmes estes não podem ser desligados, na minha opinião o que se poderia melhorar é o tom de voz utilizado nas conversas entre a equipa, pois

observei que este é bastante elevado sem justificação para o ser em determinados momentos.

Relativamente à luz esta unidade tem a presença de janelas, o que é muito importante para que o doente consiga distinguir o dia da noite em questão de orientação. As luzes são desligadas apenas no turno da noite após a realização das rotinas, em conversa com 2 doentes presentes na unidade que se encontravam conscientes com uma escala de Glasgow de 15, questionando-os sobre os ruídos e a presença de luz num turno da noite, concluí que estes fatores levam a alteração do padrão normal do sono, estes mostravam-se inquietos pela incapacidade de adormecer. Assim é importante que as intervenções realizadas pelos enfermeiros tenham como principal objetivo diminuir os estímulos sensoriais que prejudiquem o doente. Nos doentes que se encontravam acordados tentei sempre proporcionar medidas para o seu conforto como facilitar a visualização de televisão, pois o serviço dispõe de 3, durante o dia é proporcionada música ambiente.

Em relação à privacidade, esta encontra-se totalmente comprometida, pois é uma unidade aberta, sem cortinas de separação entre as unidades, ficando assim o doente muito exposto aos outros doentes e no horário de visitas aos familiares. Apenas tem biombos, que não são em quantidade suficiente para todos os doentes, o que para mim se mostrou ser um problema que deverá ser solucionado, talvez com a aquisição de mais biombos, penso que no total existem no serviço 5 biombos.

Queria referir a inexistência de avaliação do risco de úlcera de pressão, tal como a falta de registo do tratamento de feridas. Ao longo dos turnos realizados verifiquei que o doente em estado crítico, tem um elevado risco de desenvolver úlcera de pressão, decorrente da situação crítica do doente, de procedimentos terapêuticos, da imobilidade no leito, da conexão de dispositivos médicos específicos, perda da massa muscular e longos períodos de internamento.

Verifiquei que é importante identificar o doente em risco de desenvolver úlcera de pressão e adotar medidas preventivas adequadas para a implementação de estratégias terapêuticas atempadas. Penso que a aplicação da Escala de Braden, deveria ser realizada por todos os enfermeiros da unidade, neste âmbito **produzi um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre este problema de saúde.**

Verifiquei que existe vontade de a aplicar mas pela falta de registo informático não é feita a sua aplicação. Barbosa et al (2014) concluíram num estudo transversal, prospetivo que a utilização da Escala de Braden é necessária, deve ser partilhada pelos enfermeiros nos diversos turnos de trabalho e deve subsidiar a prescrição de enfermagem na prevenção de úlcera de pressão em cuidados intensivos.

Tradicionalmente as úlceras de pressão ocorrem em zonas de proeminências ósseas, mas também associadas a dispositivos médicos para fins de diagnóstico ou terapêutico, estas tem uma elevada incidência nas unidades de cuidados intensivos, pela perceção sensorial prejudicada e pela capacidade diminuída de comunicar o desconforto (Black et al 2013). Deste modo realço que todas as úlceras de pressão que observei estavam associadas a dispositivos médicos, estas eram provocadas pelo: uso do colar cervical na região occipital, mento e clavícula; pela presença do tubo orotraqueal na comissura labial; pelas tubuladuras da técnica dialítica e do ECMO ao nível da veia jugular e femoral; pelos fios da monitorização em várias zonas da pele; pelo saturímetro nos leitos ungueais; pela imobilidade e ainda pela elevada quantidade de noradrenalina que leva à isquemia nos vasos periféricos, entres outras. Perante esta observação, este problema tornou-se para mim uma preocupação, **refleti na e sobre a prática de forma crítica**, o que me levou em todos os turnos a avaliar o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão com a aplicação da Escala de Braden, através da formulação de uma grelha, com a qual concluí e dei a conhecer que em todos os doentes o risco é elevado. Penso que esta intervenção é importante para que assim se possa planear as melhores intervenções para reduzir o risco, nestes doentes em estado critico, que apresentam instabilidade e risco de falência de um ou mais sistemas fisiológicos (Barbosa et al 2014).

Pelo elevado número de doentes vítimas de trauma que o serviço recebe, verifiquei ser um problema, a elevada incidência de úlceras de pressão associadas ao uso do colar cervical, sendo este um dispositivo médico necessário para manter a estabilização da coluna vertebral. **Neste âmbito identifiquei as necessidades formativas do serviço na área da EEMC**, desenvolvi uma revisão integrativa da literatura que segue em **Anexo VIII**, com o objetivo de identificar os fatores de risco e as intervenções dirigidas ao doente com colar cervical para prevenir o aparecimento de úlcera de pressão. Na busca de **uma melhoria**

continua da qualidade dos cuidados prestados ao doente, de forma, a contribuir para a atualização e aperfeiçoamento do conhecimento.

Pela revisão integrativa da literatura que realizei concluí que estas úlceras de pressão podem causar problemas significativos no período de recuperação e adicional dependência dos cuidados de saúde. A necessidade de manter o colar cervical mesmo com elevado risco de desenvolver úlcera de pressão, incute nos profissionais de saúde um olhar muito atento e exigente das complicações inerentes, assim devem ser realizadas intervenções de enfermagem para diminuir a sua incidência. Com este estudo dei resposta a minha questão de partida, pelo que apresento as intervenções dirigidas ao doente com colar cervical para prevenirem o aparecimento de úlcera de pressão.

Ham et al (2014) e Black et al (2013) consideram importante o alívio de pressão através da substituição do colar rígido que é colocado no momento do acidente, por um colar semi-rígido à chegada ao serviço, com a escolha adequada do seu tamanho. O único colar cervical existente no hospital é o colar Philadelphia, que não é o mais indicado pela pressão que exerce, deveria ser utilizado o colar de Aspen, que possui células abertas, que não provocam o fechamento capilar, não restringindo o fluxo de sangue, por exercer uma pressão abaixo de 32 mmHg (Jacobson et al, 2008 e Powers et al, 2006).

Ham et al (2014), Black et al (2013) e Cooper (2013) referem que a inspeção da pele deve ser realizada diariamente ou o número de vezes necessário, é importante que seja também realizada à chegada ao serviço uma vez que a maioria das lesões de coluna vertebral acontecem por acidente na rua.

Walker (2012) indica as áreas específicas de preocupação para vigilância da integridade da pele são: a região occipital, mandíbula, mento, orelhas, ombros, proeminência da laringe, supra-escapular, esterno e outras áreas que apresentem a pele macerada.

Cooper (2013) refere que o pescoço é particularmente uma zona propensa a transpiração e humidade que pode macerar a pele e torná-la vulnerável a pressões. Assim aconselham-se cuidados de higiene, secagem e a utilização de espumas de poliuretano no colar cervical que são flexíveis, ajustando-se com facilidade, absorvem a humidade, previnem e reduzem a fricção. Estas devem ser trocadas sempre que se encontrem húmidas ou sujas. Não deve ser aplicado creme hidratante nesta área para não haver presença de humidade.

Torna-se assim um desafio prevenir o aparecimento de úlceras de pressão associadas ao uso do colar cervical, um dispositivo médico necessário, que pode deixar cicatrizes na pele e provocar alopecia no couro cabeludo e face (barba) para o resto da vida do doente, deve ser feita uma avaliação constante para se efetuar a sua remoção o mais precocemente possível. Com esta revisão integrativa da literatura espero que sejam alcançados resultados positivos, com a aplicação destas intervenções de enfermagem na prática dos cuidados, **incorporei na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, com base em evidência científica.**

Sobre as medidas de controlo de infeção associadas aos cuidados de saúde utilizadas nesta unidade foi implementada a medida de isolamento de contacto para o contacto com todos os doentes, pela Comissão de Controle de Infeção do hospital, com indicação para a utilização de bata e luvas sempre que se entre em contacto com o doente, e segundo informação dada pelo meu Enfermeiro Tutor, tem-se verificado uma redução das infeções associadas aos cuidados de saúde, dados revelados pela comissão, também todo o material necessário para o doente é individualizado em cada unidade. Todos os profissionais de saúde devem cumprir as normas e orientações, na sua prática, de forma a prevenir e reduzir a incidência de infeções. Devem conhecer as Precauções Básicas de prevenção e controlo de infeção a serem aplicadas em todas as situações. Da intervenção correta dos profissionais de saúde depende a real prevenção das IACS e a segurança dos doentes, desta forma **zelei sempre pelos cuidados prestados na área de EEMC**, a capacidade de evitar as infeções pode e deve constituir um indicador da qualidade dos cuidados prestados. (Franco,2010). Todas as unidades possuem SABA para a desinfeção das mãos e todas apresentam contentores de lixo do grupo III. Pela existência de apenas uma unidade de isolamento, observei que alguns doentes infetados se mantêm na mesma unidade, sendo colocada uma sinalética “cartão vermelho” na unidade do doente para identificar que se trata de um doente infetado.

Nas unidades de cuidados intensivos o risco de infeção associado ao uso de dispositivos invasivos é elevado, a Pneumonia Associada ao Ventilador que é uma infeção respiratória nosocomial que se desenvolve como consequência da entubação e ventilação mecânica, é uma causa importante de mortalidade. Verifiquei ser uma preocupação dos profissionais de saúde a sua prevenção

mantendo a cabeceira elevada entre 30° a 45°, é feita a avaliação da possibilidade de extubação diariamente, profilaxia da úlcera péptica, avaliação do resíduo gástrico, cuidados de higiene oral com clorexidina, a não substituição por rotina dos filtros do sistema interno do ventilador, manter a pressão do cuff do tubo endotraqueal entre 20 e 30 mmHg (Pina et al 2010).

Relativamente à inserção do CVC, que é uma prática comum nas unidades de cuidados intensivos para se ter acesso vascular de alto débito e para a monitorização hemodinâmica invasiva, este pode conduzir à infeção local e sistémica, pelo que é importante ter os cuidados de assepsia necessários aquando a colocação, utilizar clorexidina para a antisepsia da pele, escolher o local ideal (preferencialmente a veia subclávia à direita) e remove-lo o mais precocemente possível (Pina et al 2010).

Na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, verifiquei na maioria dos doentes, que as condições no domicílio não são as mais adequadas para a realização dos tratamentos e para a prevenção das IACS, sugeri que em todos os doentes se utiliza-se uma bata ou avental descartável, para depois do tratamento ser rejeitado, propus que o campo do kit de pensos, fosse utilizado apenas para dispor o material para a realização do tratamento e se levasse um campo cirúrgico com óculo para expor a área do tratamento. É importante que o material levado para cada domicílio seja reduzido, apenas o indispensável para a prestação de cuidados. Os produtos de limpeza utilizados devem ser no formato mais pequeno (monodoses) para que depois da realização do tratamento estes se rejeitem, isto porque muitas vezes estes produtos estão em contacto com objetos ou roupa da cama dos doentes ou deixar com o doente para o tratamento seguinte se o produto tiver estabilidade. Em relação ao material de penso verifiquei que se este não é gasto na totalidade é guardado no saco para reutilizar noutro doente, o que pode comprometer a sua esterilidade e estabilidade, havendo risco de infeção associada aos cuidados de saúde. Em relação a bisnagas sugeri que depois de abertas ficassem no domicílio do doente a cargo do prestador de cuidados ou então fossem individualizadas para cada doente. Desta maneira **incorporei na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização.**

No domicílio deparei-me com a impossibilidade de higienizar das mãos, o que me gerou muita confusão. Sugeri que se realize sempre a higienização das

mãos com solução alcoólica antisséptica no local e à chegada ao carro depois de depositar o saco do lixo de risco biológico na mala térmica. Logo é necessário que a solução alcoólica se leve sempre no saco do material e esteja disponível no carro, esta é uma das medidas mais importantes para redução dos riscos de transmissão de IACS.

Os sacos de lixo de risco biológico são de tamanho muito pequeno em alguns tratamentos como é realizado muito lixo, de risco biológico, o tamanho do saco existente não é suficiente pelo que é necessário pedir um saco de plástico ao doente ou prestador de cuidados para depositar o lixo, o qual não tem as características necessárias pois não tem o método de selagem com fita adesiva, pelo que sugeri pedir sacos de pelo menos dois tamanhos, um mais pequeno e o outro maior. Neste âmbito, **tomei iniciativas e fui criativo na interpretação e resolução de problemas na área de EEMC e refleti sempre na e sobre a prática de forma crítica para a Melhoria da Qualidade dos Cuidados.**

5. Conclusão

Neste ponto do relatório, faço um balanço positivo sobre a forma como a aprendizagem prática contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional, todos os módulos de estágio, foram uma descoberta de realidades diferentes e complexas, onde senti dificuldades, as quais me levaram a refletir, pensar, questionar e aprender, sobre e para uma melhor prática na prestação de cuidados avançados na minha área de especialização.

Perante o doente em estado crítico, tive a oportunidade de constatar que o predomínio de situações complexas são frequentes, envolvem o risco de vida e a permanente necessidade de cuidados, para manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar as incapacidades, com o objetivo de alcançar a recuperação total.

No Serviço de Urgência é importante detetar precocemente o doente em deterioração, dar uma resposta rápida e eficaz em tempo útil, estabelecer uma relação de ajuda e confiança com o doente e família, é importante a correta gestão dos cuidados face ao elevado número de doentes, garantindo a segurança e a inexistência do erro.

Na Unidade de Cuidados Intensivos, o doente encontra-se sob uma monitorização hemodinâmica rigorosa, a qual requer um olhar muito atento para se detetar precocemente as alterações que possam surgir, mas denoto que olhar o doente como um todo, é sim imprescindível, para se proporcionar o conforto e dar resposta às suas necessidades, com intervenções de enfermagem autónomas capazes de garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem. Saliento ainda a importância da comunicação e relação de ajuda que se estabelece com doente e família, que se torna um auxílio para ultrapassar a ansiedade e o medo que persiste nesta transição da vida.

Na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, o acompanhamento do doente no tratamento de feridas, no seu meio ambiente ajuda-o a adaptar-se ao seu problema real de saúde, sendo executadas intervenções autónomas com

ganhos em saúde. Observei que as feridas têm uma grande influência na qualidade de vida dos doentes, família e da sociedade, pelo que é importante atuar ao nível da prevenção e desenvolver conhecimentos e habilidades no tratamento de feridas, uma vez que é uma área em constante evolução.

Todos estes locais foram importantes, implicaram possuir uma base consciente de conhecimentos atuais, científicos, técnicos e humanos, para que, com uma prática profissional e ética nas três áreas se produzissem resultados e melhorias no estado crítico do doente e família.

Penso que alcancei os objetivos inicialmente delineados ao nível da prestação, gestão e melhoria da qualidade dos cuidados, desenvolvi conhecimentos, aptidões e atitudes, consegui através da prestação de cuidados desenvolver as competências no âmbito do enfermeiro especialista, avaliando, planeando e prestando cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade, dando resposta aos problemas identificados. No domínio da gestão dos cuidados, desenvolvi método de trabalho, tomada de decisão e liderança, garantindo a correta gestão da dor, da comunicação e relação de ajuda. Dei o meu contributo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através da análise de situações-problema que requerem atenção e cuidados de enfermagem. Com os trabalhos que elaborei dei sugestões de melhoria, espero que estes possam ser aplicados na prática ou que sejam observados como o primeiro passo, um estímulo para a investigação científica e formação contínua, realço que a revisão integrativa que elaborei para a Unidade de Cuidados Intensivos que documenta uma situação preocupante, para a qual é ainda necessário mais conhecimento e evidência científica, na procura das melhores e atuais respostas para o problema. Todas as aprendizagens que levo desta experiência foram únicas, estas não se resumem apenas a uma componente prática das intervenções de enfermagem mas também à vertente humana que deve estar sempre presente.

A elaboração deste relatório foi importante, permitiu-me refletir sobre a minha prestação de cuidados e sobre os cuidados observados, descrevi o meu percurso demonstrando quais as experiências significativas que contribuíram para a aprendizagem e desenvolvimento de competências, as dificuldades sentidas estiveram relacionadas com a melhor forma de organização e articulação dos conteúdos, a maior limitação foi o fator tempo.

Em síntese, o estágio superou as minhas expectativas, consciencializei-me do verdadeiro papel e real valor dos cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A sensação de que tenho muito para aprender não me abandonou, pelo contrário, mais do que nunca tenho consciência que a aprendizagem é contínua e só poderá emergir da minha própria reflexão.

Para o meu futuro levo uma sabedoria única de cada momento, que me foi proporcionado ao longo deste curso, a qual me faz sentir neste momento uma pessoa diferente, cresci desde o primeiro dia, num rumo à Excelência profissional.

6. Referencias Bibliográficas

- Abbade, Luciana; Lastória, Sidnei (2006). Abordagem de pacientes com úlcera de perna de etiologia venosa. *“Revista Anais Brasileiros de Dermatologia”*. Educação Médica Continuada. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu- Brasil, N.º 81, p.517;
- Acosta, Aline; Duro, Carmem; Lima, Maria (2012). Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. Artigo de Revisão. *“Revista Gaúcha Enfermagem”*, N.º 33, p.182-187;
- Albuquerque, Roncon (2010). ECMO como Opção Terapêutica no ARDS Grave. *“Revista Portuguesa de Medicina Intensiva”*. Serviço de Medicina Intensiva, Hospital de São João. p.43-44;
- Alvarenga, Andreza; Ercole, Flávia; Botoni, Fernando; Oliveira, José; Chianca, Tânia (2011). Lesões na córnea: incidência e fatores de risco em Unidade de Terapia Intensiva. Artigo de Revisão. *“Revista Latino-Americana de Enfermagem”*, N.º19, p.3-8;
- Alves, Paulo (2013). *“Nutrição: o seu papel na prevenção e tratamento de feridas”*. Tv Culinária. Saúde e Bem-Estar, p.25;
- Apóstolo, João (2009). O Conforto nas Teorias de Enfermagem- análise do conceito e significados teóricos. Artigo de Revisão. *“Revista Referência”*, 2.ª Série, N.º 9, Março de 2009, p.67;
- Azeredo, Thereza; Oliveira, Luís (2013). Monitorização Hemodinâmica Invasiva. *“Revista Sinais Vitais”*. Ciência e técnica, Abril de 2013, p.54;
- Bajay, Helena; Araújo, Isilda (2006). Validação e Confiabilidade de Avaliação de um Instrumento de Feridas. Artigo Original. *“Revista Acta Paulista de Enfermagem”*, N.º19, Universidade Federal de São Paulo, p.291;

- Balsanelli, Alexandre; Cunha, Isabel (2005). Liderança no contexto da enfermagem. Revisão da literatura. “Revista de Enfermagem USP”, N.º40, p.118;
- Baranoski, Sharon; Ayello, Elizabeth (2006). “O essencial sobre o tratamento de feridas. Princípios práticos”. Loures: Lusodidacta, ISBN: 972-8930-03-8, p.272;
- Barbosa, Taís; Beccaria, Lúcia; Poletti, Nádia (2014). Avaliação do risco de úlcera por pressão em UTI e assistência preventiva de enfermagem. Artigo de Pesquisa. “Revista de Enfermagem UERJ”, Rio de Janeiro, N.º22, p.353-357;
- Black, Joyce; Alves, Paulo; Brindle, Christopher; Deaely, Carol; Santamaria, Nick; Call, Evan and Clark, Michael (2013). Use of Wound dressings to enhance prevention of pressure ulcers caused by medical devices. Original Article. “International Wound Journal”, ISSN 1742-4801, p.1-6;
- Braga, Eliana; Silva, Maria (2007). Comunicação Competente- visão de enfermeiros especialistas em comunicação. Artigo Original. “Revista Acta Paul Enfermagem”, N.º20, p.414;
- Call, Evan; Pedersen, Justin; Bill, Brian; Black, Joyce; Alves, Paulo; Brindles, Tod; Dealey, Carol; Santamaria, Nick; Clark, Michael (2013). “Enhancing pressure ulcer prevention using wound dressings: what are the modes of action?” Original Article. International Wound Journal. ISSN 1742-4801, p.1-6;
- Cerqueira, Maria (2005). “O Cuidador e o doente paliativo: análise das necessidades/dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio”. Coimbra: Formasau- Formação e Saúde. ISBN 972-8485-49-2, p.53;
- Cooper, Karen (2013). Evidence-Based Prevention of Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit. “American Association of Critical-Care Nurses”, Volume N.º 33, N.º 3, p.57-66;
- Correia, Maria (2012). “Processo de Construção de Competências nos enfermeiros em UCI”. Doutorado em Enfermagem, Universidade de Lisboa, p.23;
- Costa, Talita; Guariente, Maria (2014). Egressos de Enfermagem do Currículo integrado da Universidade estadual de Londrina: Aprimoramento profissional e científico. “Revista Ciência, Cuidado e Saúde”, Volume 13, p.487;

- Dealey, Carol; Brindle, Tod; Black, Joyce, Alves, Paulo; Santamaria, Nick; Call, Evan; Clark, Michael (2013). Challenges in pressure ulcer prevention. Original Article. "*International Wound Journal*". ISSN 1742-4801, p.1-3;
- Direção Geral de Saúde (2014). "*Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de internamento de cuidados continuados integrados*". Norma I, da Direção Geral de Saúde, 018/2014 de 09-12-2014, p.1-23;
- Duarte, Leonardo (2010). "*Índice Bispectral – Bis*". TSA/SBA, Capítulo 32, p.210-211;
- European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) (2009). "*Guia de Referência Rápida-Prevenção*". Guidelines Internacionais Úlceras de Pressão, Versão Final, p.20;
- Eskes, Anne; Maaskant, Jolanda; Holloway, Samantha; Dijk, Nynke; Alves, Paulo; Legemate, Dink; Ubbink, Dirk; Vermeulen, Hester (2013). Competencies of specialized wound care nurses: a European Delphi study. Original Article. "*International Wound Journal*". ISSN 1742-4801, p.665-637;
- Fachada, Maria (2000). "*Psicologias das relações interpessoais*". 3ª Edição. Edições Rumo, p.235;
- Faustino, Alexandra (2014). "*Abordagem do Delírium no Doente Crítico*". Monografia apresentada no âmbito de avaliação final de estágio em Unidade de Cuidados Intensivos. Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, p.18;
- Ferreira, Anselmo (2008). "*Dor no doente Crítico*". Dor em Cuidados Intensivos, Universidade Católica do Porto, Instituto de Ciências da Saúde, p.4-5;
- Ferreira, Marcus; Paggiaro, André (2010). Terapia por pressão negativa-vácuo. "*Revista de Medicina -São Paulo*", N.º89, p.143-146;
- Franco, Gonçalves. (2010). "*Infeção Associada aos Cuidados de Saúde*". Artigo de Opinião. Centro Hospitalar Barlavento Algarvio, EPE. p.5;
- Garcia, Telma; Nóbrega, Maria (2009). Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Relato de Experiência. Escola Anna Nery, "*Revista de Enfermagem*", N.º13, p.189;

- Grupo Português de triagem (2015). “*Triagem de Manchester*”. Disponível em: www.grupoportuguestriagem.pt/jm/index.php/component/content/article/14-conteudos/91-historia-da-triagem-de-manchester (Acesso em Março de 2015);
- Grupo de trabalho para o Diagnóstico de Morte Cerebral (2008). “*Norma para o Diagnóstico de Morte Cerebral*”. Porto, Hospital de São João, EPE., p.6;
- Ham, Wietske; Schoonhoven, Lisette; Galer, Anju; Shortridge-Baggett. (2014). Cervical Collar–Related Pressure Ulcers in Trauma Patients in Intensive Care Unit. “*Journal Of Trauma Nursing*”. Volume: 21, N.º 3, p.94-101;
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). “*Abordagem à vítima*”. Manual TAS/TAT. Versão 2.0, ISBN 978-989-8646-12-5, p.52;
- Jacobson, Therese; Tescher, Ann; Miers, Anne (2008). Improving Practice. Efforts to reduce occipital pressure ulcers. “*Journal Nurse Care Qual*”, Volume 23, N.º 3, p.283-288;
- Jorge, Sílvia; Dantas, Sónia (2003). “*Abordagem Multiprofissional do tratamento de feridas*”. São Paulo, Editora Atheneu. ISBN: 85-7379-575-1, p. 363;
- Lage, Maria (2013). Segurança do doente: da teoria à prática clínica. Artigo Original. “*Revista Portuguesa de Saúde Pública*”, Elsevier Doyma, p.13;
- Lanzoni, Gabriela; Meirelles, Betina (2011). Liderança do Enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. Artigo Original. “*Revista Latino-Americana de Enfermagem*”, N.º19, p.6;
- Liberato, Samilly; Mendonça, Ana; Freire, Izaura; Dantas, Rodrigo; Torres, Gilson (2012). “*Cuidados de Enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica: Revisão integrativa*”. Journal of Nursing. ISSN: 1981-8963. p.2523-2525;
- Marques, Maria; Chaves, Débora; Alminhas, Sílvia; Mendes, João; Frade, Anjos (2014). O conforto do doente no Serviço de Urgência Geral na perspetiva dos doentes e enfermeiros. “*Comunicação N.º 4 do Livro de Resumos do 1.º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica*”. Ordem dos Enfermeiros, p.24;
- Maruiti, Marina; Galdeano, Luiza (2007). “Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos”. Artigo

Original. “*Revista Acta Paulista de Enfermagem*”. Universidade Federal de São Paulo, N.º30, p.37-43;

- Meleis, Afaf (2007). “*Transitin Theory*”. Property Ofelsevier Sample Content- Not Final. Nursing Theories, Unit IV, Capítulo 20, Alligood 978-0-323-05641-0/0029, p.420;

- Melo, Elizabeth; Teixeira, Carlos; Oliveira, Rogério; Almeida, Diva; Veras, Jolena; Frota, Natasha; Studart, Rita (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. Artigo de Investigação. “*Revista de Enfermagem Referência*”. Série IV - N.º1. p.56;

- Mendes, João (2006). A Relação de Ajuda: Um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. “*Informar – Revista de Formação Contínua em Enfermagem*”, Ano XII, N.º36, p.71;

- Menezes, Gabrielle; Carvalho, Maiara; Gois, Alisson (2013). “*Cuidados de Enfermagem no Desmame da Ventilação Mecânica Invasiva*”. Cadernos de Graduação. Ciências Biológicas e da Saúde, Volume 1, N.º 17, p.93-102;

- Morison, Moya; Moffatt Christine; Peter Franks (2010). “*Úlceras de Perna. Uma abordagem de aprendizagem baseada na resolução de problema*”. Loures: Lusodidacta, ISBN: 978-989-8075-25-3, p.XI;

- Nunes, Michele (2009). “*Desmame da Ventilação Mecânica*”. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE, p.12;

- Oliveira, Elina (2012). “*O Primeiro Contacto da Família com a UCI*”. Relatório Final, 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Saúde de Viseu. p.33;

- Ordem dos Enfermeiros (2007). “*Programa de liderança para a Mudança. Um Programa de Aprendizagem ativa para o desenvolvimento dos enfermeiros como líderes e gestores efetivos num ambiente de saúde em mudança constante*”. Conselho Internacional, p.3;

- Ordem dos Enfermeiros (2008). “*Dor: Guia orientador de Boa Prática*”. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, Série 1, N.º 1, p.8;

- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *“Transporte de doentes críticos. Recomendações”*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, p.10;
- Oriá, Mônica; Moraes, Leila; Victor, Janaína (2004). A Comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *“Revista Eletrônica de Enfermagem”*, Volume 06, Nº 02, p.294;
- Padmaja, D; Mantha, Srinivas (2002). *“Monitoring of Neuromuscular junction”*. Indian Journal of Anaesthesia, N.º46, p.278-288;
- Pina, Elaine; Ferreira, Etelvina; Marques, Alexandre; Matos, Bruno (2010). Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Artigo Original. *“Revista Portuguesa de Saúde Pública”*. Elsevier Doyma, Volume Temático, N.º 10, p.27-30;
- Pinto, Filipe (2011). *“Sedação e Analgesia em Cuidados Intensivos em Portugal- resultados de um inquérito nacional”*. Artigo de Investigação. Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, p.2;
- Portugal, Assembleia Geral (2001). Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. Diário da República, I Série- A, N.º 2- 01-01-03, Capítulo II, Artigo 8 e 9, p.28;
- Portugal, Ministério da Saúde (2003). Cuidados Intensivos. Recomendação para o seu desenvolvimento. Direção de Serviços de Planeamento. Lisboa: Direção Geral de Saúde. ISBN: 972-675-097-0. p.6;
- Portugal, Ministério da Saúde (2006). Lei N.º 101/2006 de 6 de Junho: Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, 1.ª Série A, N.º 109- 06-06-06, Secção VIII, Artigo 27, p.3862;
- Portugal, Ministério da Saúde (2011). Regulamento N.º122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª Série, N.º 35- 11-02-18, p.8652;
- Portugal, Ministério da Saúde (2013). Decreto de Lei N.º121/2013 de 22 de Agosto. Diário da República, 1.ª Série, N.º161- 13-08-22, p.5052;

- Portugal, Ministério da Saúde (2014). Lei N.º15/2014 de 21 de Março: Lei Consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República, 1.ª Série, N.º57- 14-03-21, p.2129;
- Powers, Jan; Daniels, Dawn Daniels; McGuire, Carolyn; Hilbish, Chris (2006). The Incidence of Skin Breakdown Associated With Use of Cervical Collars. “*Journal of trauma Nursing*”, Volume: 13, N.º4, p.198-200;
- Rosário, Elsa (2009). “*Comunicação e cuidados de Saúde, Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos*”. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta. Lisboa, p.15;
- Roxo, José (2008). O Toque na prática clínica. Artigo de investigação. “*Revista Referência*” - II - N.º6, p.80-82;
- Santos, Ana; Oliveira, Isabel; Silveira, Teresa (2010). Mobilização precoce em UCI. Artigo de Revisão de literatura. “*Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*”, Volume 2, p.19;
- Santos, Margarida; Grilo, Ana; Andrade, Graça; Guimarães, Teresa; Gomes, Ana (2010). Comunicação em Saúde e a Segurança do doente: Problemas e desafios. Artigo Original. “*Revista Portuguesa de Saúde Pública*”, Elsevier Doyma, Volume Temático N.º10, p.28;
- Silva, Ana; Munari, Denize; Brasil, Virginia; Chaves, Lucieli; Bezerra, Ana; Ribeiro, Luana (2012). Trabalho em equipa de enfermagem em unidade de urgência e emergência. “*Revista Ciência, Cuidado e Saúde*”. Volume 11, p.549;
- Silva, Maria; Caminha, Rafaela; Oliveira, Simone; Diniz, Edienne; Oliveira, Joab; Neves, Vanusa (2013). Úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva: análise da incidência e lesões instaladas. Artigo Original. “*Revista Rene*”. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, ISSN: 2175-6783, N.º14, p.938;
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2012). “*Resultados: Plano Nacional de Avaliação da Dor*”. Grupo de Avaliação da Dor, p.6;
- Tuncel, Umut; Erkorkmaz, Unal (2012). “*Clinical evaluation of gauze-based negative pressure wound therapy in challenging wounds*”. Original Article. International Wound Journal. ISSN 1742-4801, p.152;
- Vilela, Hugo; Ferreira, Daniel (2006). Analgesia, Sedação e Relaxamento Neuromuscular no Doente Ventilado em Cuidados Intensivos

Cardíacos Parte I: Analgesia, Parte II: Sedação, Parte III: Relaxantes Musculares. Artigo de Revisão. “Revista Portuguesa de Cardiologia”, N.º25, p.89-98; p.217-229; p.341-350;

- Zagonel, Ivete (1999). O Cuidado Humano transicional na trajetória de enfermagem. “*Revista Latino-Americana de Enfermagem*”. Ribeirão, Volume 7, N.º 3, p.30;

- Walker. J. (2012). Pressure ulcers in cervical spine immobilisation: a retrospective analysis. “*Journal of wound care*”. Volume 27, N. 07, p.323-326.

7. Anexos

7.1. Anexo I

Estudo de Caso:

Necessidades do doente com Pé Diabético



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Estudo de Caso

Necessidades do doente com Pé Diabético

Aluna: Susana Santos

Nº: 361613008

Porto, Novembro de 2014

Estudo de Caso:

No âmbito do Estágio em Enfermagem Médico-cirúrgica, módulo I, em Serviço de Urgência, apresento um estudo de caso, de uma doente com Pé Diabético.

Doente do sexo feminino, de 63 anos, que recorreu ao serviço de urgência por dor descontrolada no membro inferior direito e prostração. Na triagem foi lhe atribuída a prioridade amarela e foi encaminhada para a Clínica Geral, que seguidamente encaminhou para a Cirurgia Geral e Ortopedia.

Avaliação Inicial:

Dados Pessoais:

Doente com 68 kg, altura 1,60 cm, IMC de 21.25 (peso normal), de raça caucasiana, viúva, reformada de uma indústria de conservas, vive sozinha com apoio das filhas.

Antecedentes Patológicos:

Uma cirurgia à mama esquerda; Diabetes Mellitus tipo 2, com mais de 20 anos de evolução, com repercussão multiorgânica; um AVC isquémico em 2011, sem sequelas; Retinopatia diabética; Doença arterial periférica: amputação transmetatarsica do pé direito em 2008 e do membro inferior esquerdo abaixo do joelho em 2013; Dislipidemia e HTA.

Exame físico:

- **Sistema Neurológico e Discurso:**

Doente consciente, orientado no tempo e no espaço, calmo e colaborante dentro das suas possibilidades. Escala de Glasgow de 15.

- **Sistema Sensitivo:**

Doente utiliza óculos, Retinopatia Diabética.

- **Sistema tegumentar:**

Apresenta no membro inferior esquerdo amputação abaixo do joelho e no membro inferior direito amputação transmetatarsica, onde apresenta uma úlcera, com tecido desvitalizado e granuloso, área circundante ruborizada e macerada, com exsudado seroso e purulento, com presença de cheiro. Apresenta dor que aumenta aquando a realização do tratamento. A pele encontra-se fria, fina e brilhante. Apresenta sensibilidade nos membros inferiores e edema.

- **Sistema Circulatório:**

Apresenta ausência de pulsos pediosos, uma tensão arterial de 116/87mmHg e uma frequência cardíaca de 77 bpm.

- **Sistema Respiratório:**

Apresenta saturação de O₂ de 95% a ar ambiente.

- **Sistema Gastrointestinal:**

Sem alterações. Refere realizar 4 a 6 refeições por dia, refere ter cuidados com a alimentação e tenta realizar uma dieta (diabética) equilibrada e saudável.

- **Sistema Locomotor:**

Deambula de cadeira de rodas, dependente em grau moderado nas AVD's.

- **Condições sócio económicas:**

Vive com o apoio económico da reforma. Tem uma filha que lhe presta auxílio.

- **Reação à doença:**

Quando deu entrada no serviço mostrou-se muito preocupada com a ferida no membro inferior direito e com receio de necessitar de mais uma amputação.

- **Adesão ao regime terapêutico:**

É a doente que faz a gestão da medicação e controlo da glicemia capilar e administração de insulina. Em relação aos cuidados a ter com o penso, cumpre as

indicações que lhe são dadas para manter a sua integridade. Estes cuidados são prestados pela enfermeira do Centro de Saúde que vai ao domicílio.

- **Atividades diárias e repouso:**

Durante o dia permanece sempre em casa, e tenta realizar algumas atividades de casa com o auxílio da cadeira de rodas.

- **Dependência/ Independência:**

Doente dependente em grau moderado nas AVD's, consegue realizar algumas atividades com os membros superiores, alimentar-se, empurrar a cadeira de rodas e faz as transferências da cama para a cadeira e vice-versa, com a força muscular dos membros superiores.

- **Dor:**

Refere dor moderada, na escala numérica atribuiu a pontuação de 3.

História e Evolução da Doença:

Antes da doente dar entrada no serviço no dia em que eu a acompanhei, já tinha recorrido ao serviço por dor, pelo que fez analgesia e o tratamento da ferida.

Quando entrou novamente vinha com sinais de prostração marcada e o penso da ferida no membro inferior direito encontrava-se repassado de líquido purulento esverdeado e com cheiro intenso. Apresentava também um descontrolo metabólico com uma glicemia de 399mg/dl.

Medicação Habitual:

- AAS 100mg;
- Ramipril 1.25 mg;
- Insulina Glargina 24 unidades;
- Gabapentina 300mg;
- Vildagliptina 50mg;
- Atorvastatina 20mg.

O estudo realizado foi análises ao sangue, Gasimetria e Rx.

Exames laboratoriais:

- Hemoglobina: 10.4 g/dl;
- Leucócitos: 6100;
- Neutrófilos: 71.1%;
- Plaquetas: 266000;
- PCR: 193,80mg/l;
- Ureia: 58mg/l;
- Creatinina: 1,3 mg/dl;
- Sódio: 127mEq/l.

Gasimetria:

- Ph: 7.38;
- PCO₂: 58 mmHg;
- PO₂: 70 mmHg;
- Saturação de O₂: 94%;
- HCO₃: 34.1 mmol/l;
- Sódio: 128 mmol/l;
- Potássio: 4,9 mmol/l.

Rx do tórax sem alterações de relevo.

Com estes valores verifica-se uma hemoglobina ligeiramente baixa com anemia, leucócitos e neutrófilos ligeiramente aumentados, que indicam uma infeção bacteriana, PCR elevada, este é um marcador de eleição e tem uma elevada sensibilidade e especificidade, uma ligeira hiponatremia e uma lesão renal por creatinina e ureia aumentados, que indicam uma desidratação.

Na Gasimetria o ph encontra-se dentro dos valores normais, com um PCO₂ aumentado que indica acidose respiratória e um HCO₃ também aumentado indicando uma alcalose metabólica. Como o ph esta normal os distúrbios são compensados, não requerendo tratamento.

Após estes exames complementares de diagnóstico, foi realizado o diagnóstico de Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémico, com provável foco em úlcera infetada no coto da amputação transmetatarsica do pé direito, hiponatrémia e glicemias descontroladas.

Foi realizado tratamento da ferida inicialmente com Inadine, passando-se depois para o alginato com prata, fez colheita de exsudado para zaragatoa e deu início ao tratamento antibiótico empírico, com piperacilina/tazobactam, que é um antibiótico de largo espectro, pela possibilidade de infeção por pseudomonas. Foi realizada uma zaragatoa para que depois seja possível saber qual o antibiótico sensível mais adequado.

Após este diagnóstico a doente fica internada na sala de tratamentos II para continuidade dos cuidados, deu início a perfusão de NaCl a 20% a 63ml/h e controlo das glicemias capilares, com correção insulínica. A hiponatrémia deverá estar relacionada com as hiperglicemias.

Realizou Rx por possibilidade de diagnóstico de osteomielite. O Rx não revelou sinais de lesão óssea. Fez ecodoppler e Tac. No ecodoppler arterial do Membro Inferior Direito visualiza-se placas de ateroma com oclusão total. Na artéria tibial anterior é evidente ainda fluxo com relativa boa amplitude, sem sinais de estenose ou oclusões significativas. Na artéria tibial posterior o fluxo é de baixa amplitude em parte relacionado com oclusão montante, mas também em provável relação com estenoses críticas/oclusivas. Assim posso concluir que existe obstrução que se encontra compensada pelo doente por apresentar estenoses inferiores a 50%. Na Tac as alterações ósseas visíveis não podem confirmar se existe osteomielite, por isso a ortopedia sugeriu a realização de RMN para despiste. Foi algaliada para registo de diurese, pelas alterações renais.

Verifiquei que este acompanhamento em fase aguda foi minucioso, mas esta doente ainda ficou 3 dias na Sala de tratamentos II, em maca, penso que deveria ser transferida para um serviço especializado nesta área, como Endocrinologia. O hospital não tem este serviço logo deveria fazer a transferência para outro hospital.

Plano de Cuidados:

É importante referir que estive apenas em um turno com a doente, pelo que não me vai ser possível realizar um plano de cuidados de enfermagem muito pormenorizado. Neste plano vai ser utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Diagnósticos de Enfermagem:	Intervenções de Enfermagem	Resultado esperado:
Dor não controlada	Vigiar o 5º sinal vital com a utilização da escala numérica; Gerir medicação analgésica; Proporcionar medidas de conforto; Gerir ambiente físico.	Melhorar a dor
Metabolismo energético alterado	Monitorizar a glicemia capilar; Ensinar a reconhecer os sinais de alerta das hipoglicemias e hiperglicemias; Administrar insulina segundo protocolo instituído; Promover o autocontrolo e autovigilância; Informar sobre a importância de manter um bom controlo da diabetes; Informar sobre a importância de uma alimentação equilibrada e fracionada.	Melhorar o controlo metabólico
Integridade cutânea alterada, pela presença de ferida	Vigiar o penso da ferida; Vigiar sinais de comprometimento neurocirculatório; Vigiar a coloração e temperatura da pele;	Melhorar a evolução da cicatrização da ferida.

	<p>Realizar limpeza da ferida;</p> <p>Realizar zaragatoa ou biópsia;</p> <p>Utilizar Prontosan e deixar atuar durante 14 minutos;</p> <p>Aplicar vitamina A nos bordos da ferida;</p> <p>Aplicar Aquacel Ag para absorver o exsudado e controlar a infeção;</p> <p>Aplicar creme hidratante;</p> <p>Tratar as calosidades;</p> <p>Aplicar ligadura de algodão e ligadura elástica;</p> <p>Elevar o membro inferior direito;</p> <p>Vigiar o coto do membro inferior esquerdo;</p> <p>Realizar o penso de 2/2 dias ou diariamente em sos;</p> <p>Realizar diariamente os registos relativos ao tratamento e à evolução da ferida.</p>	
Mobilidade Alterada	<p>Incentivar ao exercício físico dos membros superiores, para fortalecer os músculos;</p> <p>Ensinar sobre exercícios de reabilitação, para prevenir a rigidez muscular nos membros superiores;</p> <p>Incentivar ao autocuidado de higiene, vestir-se e alimentar-se.</p>	Melhorar a locomoção
Risco de queda	<p>Ensinar sobre técnicas de mobilização e transferência;</p> <p>Ensinar sobre técnicas de deambulação com a cadeira de</p>	Evitar as quedas

	rodas;	
Estado emocional alterado	Escutar a pessoa, a fim de conhecer os seus medos; Esclarecer dúvidas; Dar apoio emocional; Interpretar crenças e mitos sobre a doença.	Promover a adaptação à doença

Este plano de cuidados reflete-se apenas no pouco tempo em que acompanhei a doente, aquando a entrada no serviço, tive oportunidade de lhe realizar analgesia e o tratamento da ferida.

Na minha opinião esta doente precisava de acompanhamento hospitalar, para tratamento da descompensação metabólica e para o tratamento adequado do pé diabético, para a prevenção de mais uma amputação e outras sequelas da patologia. Posteriormente deve ter acompanhamento dos cuidados de saúde primários, mas sem perder o contacto com o hospital, especificamente com o serviço de endocrinologia.

7.2. Anexo II

Instrumento para a Avaliação de Feridas



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

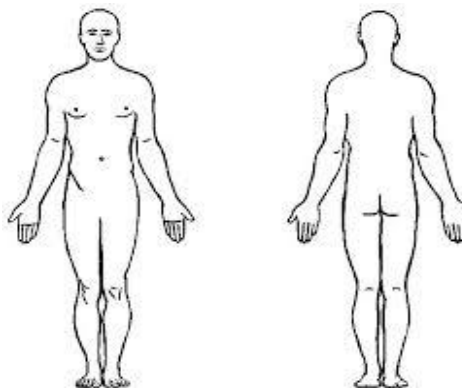
Instrumento para a Avaliação de Feridas

Aluna: Susana Santos

N.º: 361613008

Porto, Junho de 2014

Localização da Ferida:



Folha de Tratamento de Feridas

Identificação do Doente:

Morada:

Número do SNS:

Protocolo de Penso:

Data:

Frequência:

Enf.^a

Suspensão:

Protocolo de Penso:

Data:

Frequência:

Enf.^a

Suspensão:

Data/Local						
Dimensão:						
Comprimento						
Largura						
Profundidade						
Tecidos Presentes						
Necrosado						
Desvitalizado						
Granular						
Epitelial						
Pele Circundante						
Ruborizada						
Macerada						
Seca						
Descamativa						
Sensibilidade						
Intensa						
Suportável						
Ausente						
Exsudado						
Quantidade						
Odor						
Seroso						
Hemático						
Purulento						
Grau da Úlcera						
Rubrica						

Legenda: o Ausente; + Ligeiro; ++ Moderado; +++ Intenso

7.3. Anexo III

Manual de Procedimentos para o Tratamento de Feridas



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Manual de Procedimentos para o Tratamento de Feridas

Aluna: Susana Santos

N.º: 361613008

Porto, Junho de 2014

Manual de procedimentos UCC Campanhã

Código:	Procedimento nº 1	UCC Campanhã
Data: Junho 2014		
Edição nº: 1		
Revisão nº:		
Procedimento para tratamento de Feridas		
ÂMBITO:		
Destina-se a todos os profissionais de enfermagem da ECCI.		
DEFINIÇÃO:		
Segundo a CIPE, Ferida é um tipo de tecido com as características específicas: lesão do tecido habitualmente associada com agressão física ou mecânica; os estádios são graduados de acordo com a gravidade, desde o esfacelo e tunelização dos tecidos, drenagem serosa, sanguínea ou purulenta, eritema da pele, eritema e edema em torno da ferida, pele circundante com bolhas, macerada e anormal, elevação da temperatura da pele, odor da ferida, sensibilidade dolorosa em torno da ferida; tecido de granulação vermelho, necrose do tecido gordo, feridas negras marcadas pela necrose.		
OBJECTIVOS:		
<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a taxa de infeção associada aos cuidados de saúde; • Uniformizar o procedimento na execução do tratamento de feridas; • Proporcionar um ambiente adequado à cicatrização da ferida; • Proteger a ferida de traumatismos mecânicos e de contaminação bacteriana; • Promover conforto físico e psicológico ao doente. 		
FREQUÊNCIA:		
De acordo com a prescrição do enfermeiro/médico, protocolo do serviço em vigor e necessidade do utente (sempre que o penso se encontre molhado, repassado, descolado ou sujo).		

Junho 2014

ORIENTAÇÕES QUANTO ÀS INTERVENÇÕES:

- Verificar o protocolo do tratamento da ferida;
- Proceder à recolha de dados para individualizar, diagnosticar, planejar os cuidados e avaliar os resultados;
- Reunir o material necessário: luvas limpas, avental, máscara, resguardo, kit de pensos, compressas esterilizadas, soro fisiológico 0.9%, material de penso e saco branco;
- Preparar o material e levar para junto do doente;
- Gerir ambiente físico: temperatura, ventilação e iluminação;
- Garantir a privacidade do doente;
- Explicar o procedimento ao doente;
- Posicionar corretamente e confortavelmente o doente;
- Colocar o resguardo descartável de forma a recolher eventuais resíduos;
- Expor unicamente a região necessária à execução do penso;
- Colocar máscara cirúrgica e avental se necessário;
- Proceder à higienização das mãos utilizando a fricção antisséptica com SABA;
- Abrir o kit de pensos, sem contaminar a face interna;
- Dispor o material do kit de pensos de forma adequada sobre o campo;
- Calçar luvas limpas;
- Retirar o penso da periferia para o centro colocando uma das mãos sobre a pele e humedecer com soro fisiológico 0.9% se este se encontrar muito aderente à pele;
- Colocar o penso sujo no saco de risco biológico (grupo III);
- Retirar luvas utilizadas e colocar no saco de risco biológico (grupo III);
- Proceder à higienização das mãos utilizando a fricção antisséptica com SABA;
- Proceder à limpeza ou irrigação da ferida e pele circundante com Soro fisiológico 0.9% (de cima para baixo ou do centro para a periferia dependendo do grau da contaminação) à temperatura de 37°, utilizando apenas uma vez a compressa num movimento único, exercendo uma ligeira pressão;
- Aplicar compressas humedecidas com Solução de Polihexanida 0.1%+Betaina 0.1%, à temperatura de 37°e deixar atuar durante 14 minutos;
- Avaliar a ferida quanto à localização, dimensão, tecidos presentes, pele circundante, sensibilidade, exsudado e categoria;
- Executar tratamento à ferida;
- Recolher o material e colocar o mesmo no respetivo contentor;
- Proceder à higienização das mãos utilizando a fricção antisséptica com SABA;
- Realizar todos os registos relativos ao procedimento.

Elaborado por:	Susana Santos (7º Curso de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica 2013/2014)
Aprovado	Enfermeira Cristina Gonçalves
Homologado	
Próxima revisão	

Código:	Procedimento nº 2 Procedimento para Úlceras de Pressão	UCC Campanhã
Data: Junho 2014		
Edição nº: 1		
Revisão nº:		
ÂMBITO: Destina-se a todos os profissionais de enfermagem da ECCI.		
DEFINIÇÃO: Segundo a CIPE, Úlcera de Pressão é um tipo de úlcera com as características específicas: inflamação ou ferida sobre as proeminências ósseas devido a compressão e fricção da pele entre o osso e a superfície subjacente, em que os estádios são graduados segundo a gravidade; lesão superficial (úlceras de pressão de grau I) que evolui para uma situação de flictenas ou solução de continuidade superficial (úlceras de pressão de grau II); solução de continuidade da pele com perda de toda a sua espessura e drenagem sanguinolenta (úlceras de pressão de grau III) progredindo para úlcera profunda tipo cratera, com exposição da fascia e do tecido conjuntivo, músculo ou osso (úlceras de pressão de grau IV).		
OBJECTIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Realizar o diagnóstico, alívio dos fatores de pressão e prevenção; • Uniformizar procedimentos na execução do tratamento da úlcera de pressão; • Assegurar a seleção adequada dos produtos a utilizar que favoreçam a formação do tecido de granulação e epitelização; • Proteger a ferida de traumatismos mecânicos e de contaminação bacteriana; • Melhorar os resultados e os custos. 		
FREQUÊNCIA: De acordo com a prescrição do enfermeiro/médico, protocolo do serviço em vigor e necessidade do utente (sempre que o penso se encontre molhado, repassado, descolado ou sujo).		
ORIENTAÇÕES QUANTO ÀS INTERVENÇÕES: <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar um plano de cuidados e utilizar a escala de avaliação PSST (UP); • Identificar fatores de risco e observar os locais mais comuns onde se desenvolvem úlceras de pressão (occipital, orelha, ombro, escápula, cotovelos, crista ilíaca, sacro, trocânter, região isquiática, maléolos, calcâneo ou outros); • Reunir material necessário; • Garantir a privacidade do doente; • Explicar o procedimento ao doente; • Posicionar corretamente e confortavelmente o doente; • Expor unicamente a região necessária para a execução do tratamento; • Proceder à higienização das mãos utilizando a fricção antisséptica com SABA e utilizar uma técnica asséptica; 		

- Avaliar a úlcera de pressão quanto à localização, dimensão, tecidos presentes, pele circundante, sensibilidade, exsudado e categoria;
- Avaliar a dor e sensibilidade utilizando uma escala;
- Identificar a deslocação de planos de tecidos e formação de fístulas;
- Observar os sinais clínicos de infeção, pois enquanto a infeção da úlcera de pressão não estiver controlada, a úlcera não cicatriza;
- Proceder à limpeza ou irrigação da úlcera e pele circundante com Soro fisiológico 0.9% (de cima para baixo ou do centro para a periferia dependendo do grau da contaminação) à temperatura de 37º, para reduzir a carga bacteriana, remover detritos orgânicos e inorgânicos e facilitar a cicatrização. A limpeza deve ser feita com produtos que não prejudiquem o ambiente da cicatrização, é importante alcançar um balanço correto entre os efeitos benéficos da limpeza da ferida e os potenciais efeitos secundários de um desnecessário distúrbio do delicado equilíbrio que existe naturalmente na superfície da úlcera;
- Aplicar compressas humedecidas com Solução de Polihexanida 0.1%+Betaina 0.1% à temperatura de 37º e deixar atuar durante 14 minutos;
- Remover tecido desvitalizado da úlcera de pressão, pois a presença de tecido necrótico desvitalizado promove o crescimento de organismos patológicos e impede a cicatrização;
- Utilizar técnicas de desbridamento cirúrgico, enzimático, autolítico, químico, mecânico ou biológico que são cruciais para o processo de cicatrização;
- Aplicar o penso ideal, adaptando-o às características do leito da ferida. Um princípio orientador é manter um ambiente húmido. A quantidade de exsudado é extremamente importante na preparação do leito da ferida. É fundamental encontrar o equilíbrio entre o leito “muito seco” e o “muito húmido”, para que a proliferação celular e os mecanismos de cicatrização não sejam inibidos ou destruídos;
- Avaliar o número de dias que o penso pode permanecer no local;
- Proteger a pele circundante: emolientes, hidratação, prevenção de traumatismos;
- Avaliar o estado nutricional do doente, é importante aumentar as reservas de proteínas nos doentes desnutridos com úlceras de pressão, deve ser orientado para o nutricionista;
- Estar atento para os sinais de alerta como o eritema branqueável, edema, calor, endurecimento, descoloração, que podem ser o início do desenvolvimento de uma úlcera de pressão;
- Redistribuir a pressão, usando superfícies de apoio que sejam capazes de retardar o aparecimento de uma úlcera de pressão e reduzir as deformações dos tecidos internos;
- Aconselhar a utilização de colchões viscoelásticos. As espumas de poliuretanos viscoelásticas possuem “memória”, ou seja, têm a capacidade de voltar à sua forma original. Atuam como superfícies de autocontorno, porque a resposta elástica diminui ao longo do tempo, mesmo após a espuma ter sido comprimida;
- Aconselhar a utilização de almofadas de debaixo das pernas para elevar os calcâneos. E use almofadas de assento de redistribuição de pressão em doentes sentados numa cadeira;
- Realizar ensinamentos sobre a frequência dos posicionamentos, que será influenciada pelo uso de superfícies de apoio, e é importante evitar a fricção e torção, levantando o doente e não o arrastando

enquanto se reposiciona;

- Incentivar a colaboração da família e/ou prestador de cuidados;
- Realizar todos os registos relativos ao procedimento.

Elaborado por:	Susana Santos (7º Curso de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica 2013/2014)
Aprovado	Enfermeira Cristina Gonçalves
Homologado	
Próxima revisão	

Código:	Procedimento nº 3 Procedimento para Úlceras Venosas	UCC Campanhã
Data: Junho 2014		
Edição nº: 1		
Revisão nº:		
ÂMBITO: Destina-se a todos os profissionais de enfermagem da ECCI.		
DEFINIÇÃO: Segundo a CIPE, Úlcera Venosa é um tipo de úlcera com as características específicas: lesão circunscrita semelhante a uma cratera, situada acima do maléolo da perna, edema em torno da ferida, pele seca em torno da ferida, com descamação acastanhada, lipodermatoesclerose, atrofia da pele, exantema, dor e dor na ferida, associada a insuficiência venosa crónica, lesão dos retalhos venosos e diminuição do retorno do sangue venoso dos membros inferiores para o tronco.		
OBJECTIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer a informação necessária para o tratamento adequado da úlcera venosa; • Uniformizar procedimentos na execução do tratamento da úlcera venosa; • Proporcionar um ambiente adequado à cicatrização da úlcera venosa; • Proteger a ferida de traumatismos mecânicos e de contaminação bacteriana; • Promover conforto físico e mental do doente; • Melhorar os resultados e os custos. 		
FREQUÊNCIA: De acordo com a prescrição do enfermeiro/médico, protocolo do serviço em vigor e necessidade do utente (sempre que o penso se encontre molhado, repassado, descolado ou sujo).		
ORIENTAÇÕES QUANTO ÀS INTERVENÇÕES: <ul style="list-style-type: none"> • Realizar o diagnóstico de úlcera venosa (pois um diagnóstico incorreto pode levar a condutas inapropriadas); • Realizar uma avaliação venosa pelo exame físico, usando um doppler ultra-som, palpar os pulsos pediosos e tibial e avaliar o índice de pressão tornozelo-braço (que é o resultado da divisão da pressão sistólica na artéria do pé pela pressão sistólica do braço); • Avaliar as características da úlcera venosa: <ol style="list-style-type: none"> 1. Dor: Crónica, progressiva durante o dia; 2. Coloração: Normal a cianótica, mais comum na doença avançada; 3. Temperatura da pele: Normalmente sem efeito na temperatura; 4. Pulsos: Habitualmente normais podendo ser difíceis de palpar, secundária à presença de edema; 5. Edema: Presente desde médio a severo, pode haver drenagem de fluidos; 6. Alterações Tecidulares: Dermatite de estase com pele seca, descamativa; 7. Feridas: Úlceras superficiais no terço inferior da perna, podendo localizar-se desde o pé e tornozelo, habitualmente na região média; 8. Bordos: Arredondados; 		

9. Exsudado: Abundante.

- Elaborar um plano de cuidados e utilizar uma escala de avaliação;
- Reunir material necessário;
- Garantir a privacidade do doente;
- Explicar o procedimento ao doente;
- Posicionar corretamente e confortavelmente o doente;
- Expor unicamente a região necessária para a execução do tratamento;
- Proceder à higienização das mãos utilizando a fricção antisséptica com SABA e utilizar uma técnica asséptica;
- Avaliar a úlcera venosa quanto à localização, dimensão, tecidos presentes, pele circundante, sensibilidade, exsudado e categoria;
- Avaliar a dor e sensibilidade utilizando uma escala;
- Observar os sinais clínicos de infecção, pois enquanto a infecção da úlcera de venosa não estiver controlada, a úlcera não cicatriza;
- Lavar o membro com água corrente e sabão suave;
- Proceder à limpeza ou irrigação da úlcera e pele circundante com Soro fisiológico 0.9% (de cima para baixo ou do centro para a periferia dependendo do grau da contaminação) à temperatura de 37º, para reduzir a carga bacteriana, remover detritos orgânicos e inorgânicos e facilitar a cicatrização. A limpeza deve ser feita com produtos que não prejudiquem o ambiente da cicatrização, é importante alcançar um balanço correto entre os efeitos benéficos da limpeza da ferida e os potenciais efeitos secundários de um desnecessário distúrbio do delicado equilíbrio que existe naturalmente na superfície da úlcera;
- Aplicar compressas humedecidas com Solução de Polihexanida 0.1%+Betaina 0.1% à temperatura de 37º e deixar atuar durante 14 minutos;
- Secar suavemente com compressas esterilizadas, sem movimentos de tração;
- Remover tecido desvitalizado da úlcera de venosa, pois a presença de tecido necrótico desvitalizado promove o crescimento de organismos patológicos e impede a cicatrização;
- Utilizar técnicas de desbridamento cirúrgico, enzimático, autolítico, químico, mecânico ou biológico que são cruciais para o processo de cicatrização;
- Aplicar o penso ideal, adaptando-o às características do leito da ferida. Um princípio orientador é manter um ambiente húmido. A quantidade de exsudado é extremamente importante na preparação do leito da ferida. É fundamental encontrar o equilíbrio entre o leito “muito seco” e o “muito húmido”, para que a proliferação celular e os mecanismos de cicatrização não sejam inibidos ou destruídos;
- Avaliar o número de dias que o penso pode permanecer no local;
- Proteger a pele circundante: emolientes, hidratação, prevenção de traumatismos;
- Utilizar a terapia compressiva que é importante para diminuir a hipertensão e sua repercussão na macro circulação e microcirculação. A compressão do membro aumenta a pressão nos tecidos favorecendo a reabsorção do edema e melhorando a drenagem linfática. Ainda diminui a saída de

líquidos e estimula a atividade fibrinolítica. A compressão realizada ao nível do tornozelo deve ser de 35 a 40mmHg e gradualmente menor na região abaixo do joelho;

- Avaliar a possibilidade de aplicação tópica de pressão negativa, pois existem pequenos aparelhos portáteis que permitem que este tratamento se faça em ambulatório. Esta consiste em criar vácuo no leito da lesão, sugando todo o líquido para um reservatório. O vácuo vai melhorar a circulação local, reduzir o edema e remover o excesso de exsudado, estimulando o tecido de granulação;
- Numa úlcera de perna sem evolução favorável após tratamento, é indicada a realização de uma biópsia da lesão;
- Avaliar o estado nutricional do doente, pois se houver risco nutricional, deve ser orientado para o nutricionista;
- Realizar ensinios ao doente sobre a prevenção de úlcera venosa: usar meias de compressão; evitar temperaturas elevadas na pele; evitar roupas apertadas nas extremidades inferiores; manter o peso corporal ideal; proteger as extremidades inferiores do trauma; evitar a posição vertical ou a posição sentada prolongada; elevar os pés acima do coração durante o dia sempre que possível; evitar a ingestão do sal e evitar o tabagismo;
- Incentivar a colaboração da família e/ou prestador de cuidados;
- Realizar todos os registos relativos ao procedimento.

Elaborado por:	Susana Santos (7º Curso de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica 2013/2014)
Aprovado	Enfermeira Cristina Gonçalves
Homologado	
Próxima revisão	

Código:	Procedimento nº 4 Procedimento para Úlceras Arteriais	UCC Campanhã
Data: Junho 2014		
Edição nº: 1		
Revisão nº:		
ÂMBITO: Destina-se a todos os profissionais de enfermagem da ECCI.		
DEFINIÇÃO: Segundo a CIPE, Úlcera Arterial é um tipo de úlcera com as características específicas: lesão circunscrita semelhante a uma cratera, situada no calcanhar, maléolos ou dedos do pé, pele em torno da ferida pálida ou púrpura escura, úlcera serosa com zonas de necrose amarelas e pretas, exposição de tendões secos, pés frios, forte dor na ferida e dor ao andar e em repouso; associada a insuficiência arterial.		
OBJECTIVO: <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer a informação necessária para o tratamento adequado da úlcera arterial; • Uniformizar procedimentos na execução do tratamento da úlcera arterial; • Proporcionar um ambiente adequado à cicatrização da úlcera arterial; • Proteger a ferida de traumatismos mecânicos e de contaminação bacteriana; • Promover conforto físico e mental do doente; • Melhorar os resultados e os custos. 		
FREQUÊNCIA: De acordo com a prescrição do enfermeiro/médico, protocolo do serviço em vigor e necessidade do utente (sempre que o penso se encontre molhado, repassado, descolado ou sujo).		
ORIENTAÇÕES QUANTO ÀS INTERVENÇÕES: <ul style="list-style-type: none"> • Realizar o diagnóstico de úlcera arterial (pois um diagnóstico incorreto pode levar a condutas inapropriadas). • Realizar uma avaliação arterial pelo exame físico e avaliar o índice de pressão tornozelo-braço (que é o resultado da divisão da pressão sistólica na artéria do pé pela pressão sistólica do braço) • Avaliar as características da úlcera arterial: <ol style="list-style-type: none"> 1. Dor: Claudicação intermitente, que pode progredir para dor em repouso; 2. Coloração: Pálida a rubor permanente, brilhante; 3. Temperatura da pele: Mais fria que a temperatura corporal normal; 4. Pulsos: Diminuídos a ausentes; 5. Edema: Normalmente não esta presente; 6. Alterações tecidulares: fina e brilhante, perda de pilosidades, alterações tróficas das unhas e atrofia muscular; 7. Feridas: úlceras distais, profundas, especialmente nos maléolos e entre os espaços 		

interdigitais, pode desenvolver gangrena e perda tecidual severa;

8. Bordos: Leito circular, bem demarcado.

- Elaborar um plano de cuidados e utilizar uma escala de avaliação;
- Reunir material necessário;
- Garantir a privacidade do doente;
- Explicar o procedimento ao doente;
- Posicionar corretamente e confortavelmente o doente;
- Expor unicamente a região necessária para a execução do tratamento;
- Proceder à lavagem e desinfecção das mãos e utilizar uma técnica asséptica;
- Avaliar a úlcera arterial quanto à localização, dimensão, tecidos presentes, pele circundante, sensibilidade, exsudado e categoria;
- Avaliar a dor e sensibilidade utilizando uma escala;
- Observar os sinais clínicos de infeção, pois enquanto a infeção da úlcera de arterial não estiver controlada, a úlcera não cicatriza;
- Lavar o membro com água corrente e sabão suave;
- Proceder à limpeza ou irrigação da úlcera e pele circundante com Soro fisiológico 0.9% (de cima para baixo ou do centro para a periferia dependendo do grau da contaminação) à temperatura de 37º, para reduzir a carga bacteriana, remover detritos orgânicos e inorgânicos e facilitar a cicatrização. A limpeza deve ser feita com produtos que não prejudiquem o ambiente da cicatrização, é importante alcançar um balanço correto entre os efeitos benéficos da limpeza da ferida e os potenciais efeitos secundários de um desnecessário distúrbio do delicado equilíbrio que existe naturalmente na superfície da úlcera;
- Aplicar compressas humedecidas com Solução de Polihexanida 0.1%+Betaina 0.1% à temperatura de 37º e deixar atuar durante 14 minutos;
- Secar suavemente com compressas esterilizadas, sem movimentos de tração;
- Remover tecido desvitalizado da úlcera de arterial, pois a presença de tecido necrótico desvitalizado promove o crescimento de organismos patológicos e impede a cicatrização;
- Utilizar técnicas de desbridamento cirúrgico, enzimático, autolítico, químico, mecânico ou biológico que são cruciais para o processo de cicatrização;
- Aplicar o penso ideal, adaptando-o às características do leito da ferida. Um princípio orientador é manter um ambiente húmido. A quantidade de exsudado é extremamente importante na preparação do leito da ferida. É fundamental encontrar o equilíbrio entre o leito “muito seco” e o “muito húmido”, para que a proliferação celular e os mecanismos de cicatrização não sejam inibidos ou destruídos;
- Avaliar o número de dias que o penso pode permanecer no local;
- Proteger a pele circundante: emolientes, hidratação, prevenção de traumatismos;
- Avaliar o número de dias que o penso pode permanecer no local;
- Não utilizar terapia compressiva;
- Numa úlcera de perna sem evolução favorável após tratamento, é indicada a realização de uma

biópsia da lesão;

- Avaliar o estado nutricional do doente, pois se houver risco nutricional, deve ser orientado para o nutricionista;
- Realizar ensinios ao doente sobre a prevenção de úlcera arterial: começar e manter um programa regular de exercício; reduzir o peso; tratar a hipertensão, as hiperglicemias e dislipidemia; realizar cuidados aos pés; gerir o tratamento da úlcera;
- Incentivar a colaboração da família e/ou prestador de cuidados;
- Realizar todos os registos relativos ao procedimento.

Elaborado por:	Susana Santos (7º Curso de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica 2013/2014)
Aprovado	Enfermeira Cristina Gonçalves
Homologado	
Próxima revisão	

Código:	Procedimento nº 5	UCC Campanhã
Data: Junho 2014		
Edição nº: 1		
Revisão nº:		
Procedimento para Tratamento do pé diabético		
ÂMBITO:		
Destina-se a todos os profissionais de enfermagem da ECCI.		
DEFINIÇÃO:		
O Pé Diabético é uma infeção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associados com anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores.		
OBJECTIVOS:		
<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir as complicações que conduzem à amputação; • Distinguir o pé neuropático e isquémico; • Uniformizar procedimentos na execução do tratamento do pé diabético; • Assegurar a seleção adequada dos produtos a utilizar que favoreçam a formação do tecido de granulação e epitelização; • Proteger a ferida de traumatismos mecânicos e de contaminação bacteriana; • Melhorar os resultados e os custos. 		
FREQUÊNCIA:		
De acordo com a prescrição do enfermeiro/médico, protocolo do serviço em vigor e necessidade do utente (sempre que o penso se encontre molhado, repassado, descolado ou sujo).		
ORIENTAÇÕES QUANTO ÀS INTERVENÇÕES:		
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o diagnóstico de Pé diabético Neuropático: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pé quente e com pelos; 2. Pé com deformação; 3. Pele seca com hiperqueratoses; 4. Ingurgitamento venoso; 5. Zonas de hiperpressão; 6. Sem sensibilidade; 7. Com pulsos; 8. Bordos da ferida “grossos”. • Realizar o diagnóstico de Pé diabético Isquémico: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pé frio e sem pelos; 2. Pé sem deformações; 3. Sem ingurgitamento venoso; 		

4. Pele de cor violácea e fina;
 5. Sem zonas de hiperpressão;
 6. Com sensibilidade e dor;
 7. Sem pulsos (pedioso e tibial posterior);
 8. Bordos da ferida fina;
- Avaliar os pulsos pedioso e tibial posterior através da palpação e do uso do doppler;
 - Elaborar um plano de cuidados e utilizar escala de avaliação segundo o SAPE;
 - Reunir material necessário;
 - Garantir a privacidade do doente;
 - Explicar o procedimento ao doente;
 - Posicionar corretamente e confortavelmente o doente;
 - Expor unicamente a região necessária para a execução do tratamento;
 - Proceder à higienização das mãos utilizando a fricção antisséptica com SABA e utilizar uma técnica asséptica;
 - Avaliar a ferida quanto à localização, dimensão, tecidos presentes, pele circundante, sensibilidade, exsudado e categoria;
 - Avaliar a dor e sensibilidade utilizando uma escala;
 - Observar os sinais clínicos de infeção, pois enquanto a infeção não estiver controlada, a ferida não cicatriza;
 - Lavar o membro com água corrente e sabão suave;
 - Proceder à limpeza ou irrigação da ferida e pele circundante com Soro fisiológico 0.9% (de cima para baixo ou do centro para a periferia dependendo do grau da contaminação) à temperatura de 37º, para reduzir a carga bacteriana, remover detritos orgânicos e inorgânicos e facilitar a cicatrização. A limpeza deve ser feita com produtos que não prejudiquem o ambiente da cicatrização, é importante alcançar um balanço correto entre os efeitos benéficos da limpeza da ferida e os potenciais efeitos secundários de um desnecessário distúrbio do delicado equilíbrio que existe naturalmente na superfície da úlcera;
 - Aplicar compressas humedecidas com Solução de Polihexanida 0.1%+Betaina 0.1% à temperatura de 37º e deixar atuar durante 14 minutos;
 - Secar suavemente com compressas esterilizadas, sem movimentos de tração;
 - Utilizar técnicas de desbridamento cirúrgico, enzimático, autolítico, químico, mecânico ou biológico, que são cruciais para o processo de cicatrização. Os desbridamentos mais aconselháveis são o cirúrgico e autolítico no Pé Neuropático. No Pé Isquémico deve ser evitado o desbridamento;
 - Aplicar o penso ideal, adaptando-o às características do leito da ferida. Um princípio orientador é manter um ambiente húmido. A quantidade de exsudado é extremamente importante na preparação do leito da ferida. É fundamental encontrar o equilíbrio entre o leito “muito seco” e o “muito húmido”, para que a proliferação celular e os mecanismos de cicatrização não sejam inibidos ou destruídos;
 - Proteger a pele circundante: emolientes, hidratação, prevenção de traumatismos;
 - Avaliar o número de dias que o penso pode permanecer no local;

- Avaliar a possibilidade de aplicação tópica de pressão negativa, pois existem pequenos aparelhos portáteis que permitem que este tratamento se faça em ambulatório. Esta consiste em criar vácuo no leito da lesão, sugando todo o líquido para um reservatório. O vácuo vai melhorar a circulação local, reduzir o edema e remover o excesso de exsudado, estimulando o tecido de granulação;
- Sem evolução favorável após tratamento, é indicada a realização de uma biópsia da lesão;
- Avaliar o estado nutricional do doente, pois se houver risco nutricional, deve ser orientado para o nutricionista;
- Promover controlo glicémico adequado;
- Realizar ensinamentos ao doente sobre os cuidados a ter com os pés: lavar regularmente os pés e inspecionar os pés, a pele, os dedos do pé, unhas, deformidades ósseas, rigidez articular, lesões interdigitais, o calçado e meias. Utilizar calçado adequado, tratar calosidades e unhas, corrigir deformações e evitar traumatismos;
- Incentivar a colaboração da família e/ou prestador de cuidados;
- Realizar todos os registos relativos ao procedimento.

Elaborado por:	Susana Santos (7º Curso de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica 2013/2014)
Aprovado	Enfermeira Cristina Gonçalves
Homologado	
Próxima revisão	

7.4. Anexo IV

Estudo de Caso: Necessidades do doente com úlcera venosa no domicílio



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Estudo de Caso

Necessidades do doente com úlcera venosa no domicílio

Aluna: Susana Santos

N.º: 361613008

Porto, Junho de 2014

I. Introdução

No âmbito do Estágio em Enfermagem Médico-cirúrgica, módulo III, em tratamento de feridas, foi-me pedida a realização de um estudo de caso, e eu achei pertinente para a minha formação e desenvolvimento estudar a patologia da Úlcera de Perna, nomeadamente a Venosa.

As úlceras de perna são um dos problemas de saúde de maior importância, afetam pessoas em todo o mundo e consomem uma fatia considerável dos recursos de cuidados de saúde. Estas têm um impacto a vários níveis na vida de um doente, a nível físico, psicológico e social. E apesar de um aumento dos conhecimentos nesta área ao longo dos anos, na realidade prática, muitas das úlceras de perna se tornam crónicas e não conseguem cicatrizar.

Assim decidi escolher para o meu estudo uma doente com uma Úlcera Venosa há aproximadamente 30 anos. Esta ferida despertou em mim muito interesse, uma vez que no meu dia-a-dia lido com este tipo de úlceras de perna, mas não com tanto tempo de evolução.

Com a elaboração deste estudo de caso tenho como objetivos:

- Aprofundar conhecimentos teórico-práticos sobre esta patologia;
- Melhorar a prestação de cuidados;
- Desenvolver a capacidade de aplicação do Processo de Enfermagem;
- Transmitir conhecimentos a todos que consultem este estudo;
- Servir como instrumento de avaliação;

Na elaboração deste estudo a metodologia utilizada foi a seguinte:

- Colheita de dados de Enfermagem;
- Entrevista informal com o doente ao longo do estágio;
- Consulta do processo clínico do doente e dos registos de enfermagem;
- Pesquisa bibliográfica.

7. Abordagem teórica da Patologia

A avaliação do doente tem-se tornado cada vez mais importante no tratamento dos doentes com úlcera crónica dos membros inferiores, o diagnóstico correto vai permitir escolher o tratamento mais adequado.

Segundo Nelzén (2010), existem várias componentes importantes para a avaliação primária de doentes com úlcera de perna, como a história médica, a história da úlcera, o exame clínico, a inspeção da úlcera e avaliação por Doppler.

A úlcera de perna de etiologia venosa é definida como uma solução de continuidade da pele dos membros inferiores, geralmente localizada entre o maléolo medial e o joelho, sem tendência para a cicatrização espontânea e que ocorre na presença de doença venosa crónica, definida pela presença de sinais e sintomas, nomeadamente trajetos varicosos, edema, pigmentação cutânea acastanhada, lipodermatoesclerose, atrofia branca, e confirmada por eco doppler venoso dos membros inferiores documentando insuficiência ou obstrução do sistema venoso profundo e/ou superficial.

O desenvolvimento de úlceras venosas é complexo e multifatorial, sendo o mecanismo de base a presença de obstrução/insuficiência venosa dos membros inferiores. A falência dos mecanismos fisiológicos responsáveis pelo retorno venoso, resultam da estase e hipertensão venosa que induzem alterações microcirculatórias e isquemia localizada dos tecidos, promovendo a ulceração.

Sintomas da doença Venosa crónica:

- Dor e edema da perna;
- Agravamento no final do dia;
- Alívio com a elevação dos membros inferiores.

Sinais de doença Venosa Crónica:

- Veias Varicosas;
- Edema;
- Hiperpigmentação;
- Lipodermatoesclerose;
- Atrofia branca da pele;
- IPTB>0.9.

Características:

- Dor moderada;
- Bordos arredondados;
- Expansão á superfície;
- Exsudado abundante;
- Leito com tecido de granulação e fibrina.

Segundo Abbade, et al (2006:517) “*Os portadores de úlcera venosa necessitam que atendimento seja feito por uma equipa multidisciplinar como cirurgiões vasculares, dermatologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros. Que devem prestar assistência de modo conjunto e integrado, com o objetivo de melhorar a abordagem e favorecer a relação custo/efetividade*”.

8. Colheita de dados

A colheita de dados permite estabelecer um contacto privilegiado com o doente. É um processo contínuo e dinâmico na qual a observação, consulta e investigação é fundamental. Através da colheita de dados é nos possível obter informações subjetivas (relatados pelo doente) e objetivas (observados pelo enfermeiro), tornando-se de certo modo a chave da planificação de cuidados.

Dados pessoais:

A doente do sexo feminino de 80 anos, com 71Kg e 1,50m de altura, IMC de 31.55 (apresenta obesidade grau I), raça caucasiana, viúva, reformada e residente numa freguesia da cidade do Porto, vive num bairro social, num prédio no 5º andar sem elevador, acompanhada de um filho.

Antecedentes Patológicos:

Hipertensão Arterial, anticoagulada, dislipidemia, obesidade, patologia osteoarticular degenerativa, cataratas e insuficiência venosa periférica.

Exame físico:

- **Sistema Neurológico e Discurso:**

Doente consciente, orientada no tempo e no espaço, calma e colaborante.

- **Sistema Sensitivo:**

Sem alterações.

- **Sistema tegumentar:**

Sinais de insuficiência venosa periférica, com extremidades frias e com úlcera venosa no membro inferior esquerdo, com comprimento de 15cm, largura 17cm e profundidade 0,3cm (variando em algumas zonas). Apresenta tecido desvitalizado, área circundante ruborizada, macerada e seca com exsudado seroso em quantidade elevada. A sensibilidade é suportável aquando a realização do penso, refere dor normalmente ao fim do dia.

- **Sistema Cardiocirculatório:**

A doente apresenta pulsos pediosos rítmicos, pouco amplos, regulares e simétricos, uma tensão arterial de 112/78mmHg e frequência cardíaca de 90bpm. Apresenta Fibrilação Auricular, teve enfarte agudo do miocárdio no ano de 2010.

- **Sistema Respiratório:**

Sem sinais de dificuldade respiratória. Apresenta uma frequência respiratória regular de 16 ciclos por minuto.

- **Sistema Gastrointestinal:**

A doente refere, por vezes, não se alimentar bem por falta de apetite. Refere fazer normalmente 4 a 5 refeições por dia.

- **Sistema Locomotor:**

Deambula com auxílio de um dispositivo de apoio (bengala), saindo de casa para ir ao hospital e ao fim-de-semana a casa das filhas.

- **Sistema hematológico:**

Apresenta valor de hemoglobina de 10.5mg/dl e ferro 20ug/dl, encontra-se a fazer suplemento de ferro.

- **Condições sócio económicas:**

A doente vive num bairro social da cidade do Porto, sozinha, recentemente tem em casa a presença de um filho que se divorciou, o qual presta algum auxílio nas tarefas de casa. Vive com o apoio económico da sua reforma.

- **Reação à doença:**

Com o aparecimento da doença, a doente teve necessidade de antecipar a sua reforma, uma vez que não havia melhorias, ao longo do tempo, a doente foi-se conformando. Nos dias de hoje faz a sua vida normal, uma vez que a ferida não se torna impeditivo para realizar as suas atividades de vida diárias. Durante toda a sua evolução não apresentou períodos de negação.

- **Adesão ao regime terapêutico:**

Doente faz a gestão de toda a medicação que toma. Em relação aos cuidados a ter com o penso, cumpre as indicações que lhe são dadas para manter a sua integridade. Apenas começa a remove-lo aquando a chegada das enfermeiras para lhe realizar tratamento.

- **Atividades diárias e repouso:**

Durante os dias da semana permanece em casa, fazendo as atividades de casa, como refeições e arrumações. Refere fazer repouso no período da tarde. Ao fim-de-semana sai de casa para ir com a filha às compras e passear e aproveita o dia para ficar em casa da filha. Durante a noite refere dormir bem, quando não sente dores no membro inferior.

- **Dependência/ Independência:**

Doente independente nas atividades de vida diárias.

- **Dor:**

Refere ter dor mais ao final do dia, segundo a escala numérica da dor, atribui a pontuação 3 a 4. Aquando a realização do penso, não manifesta sinais de dor.

História e Evolução da Doença

Há cerca de 30 anos, a doente refere ter surgido um rubor e prurido espontâneo, os quais foram aumentando de intensidade até aparecer uma pequena lesão no membro inferior esquerdo, tendo recorrido ao Centro de Saúde, onde iniciou o tratamento da mesma.

Com o passar do tempo a lesão não apresentou sinais de cicatrização, pelo que foi encaminhada para o Hospital de São João, consulta de Cirurgia Vascular, tendo ali sido feito o diagnóstico de úlcera venosa.

Neste local realizou três internamentos onde foi submetida a tratamentos da úlcera venosa, antibioterapia e repouso, tendo melhorado.

Após a alta clínica, a úlcera deteriorava-se rapidamente, exceto no período de tempo em que se encontrava em casa das filhas, porque ali conseguia repousar mais.

A doente foi referenciada para a ECCI no ano de 213, onde já foram efetuados diversos tratamentos, com diversos materiais de penso e antibioterapia, mas sem sucesso, uma vez que a úlcera não cicatriza, mantendo-se com uma película de biofilme difícil de desbridar e com muito exsudado seroso e purulento, sendo realizado diariamente.

Medicação Habitual:

- Sinvastatina Basi, 40mg, Comprimido Revestido, Blister;
- Furosemida Pharmakern, 40mg, Comprimido, Blister;
- Lisinopril Basi, 5 mg, Comprimido, Blister;
- Bisoprolol Aurobindo, 5 mg, Comprimido revestido por película, Blister;
- Varfarina (Varfine), 5 mg, comprimido, Blister.

Para a dor em SOS, faz Paracetamol (1g) ou Ibuprofeno (400mg).

Eco doppler do sector Arterial dos membros inferiores: Discretas lesões ateromatosas ao longo do eixo femoro-popliteo, não condicionando significativas alterações hemodinâmicas ou estenoses.

Apresento os registos por mim realizados na folha criada para o tratamento de feridas, que me acompanha aquando a realização dos tratamentos e também apresento o registo na escala PUSH Tool 3.0.

A doente encontra-se agora a aguardar uma consulta de Dermatologia no Hospital de São João, para ser avaliada.

4. Plano de Cuidados

Diagnósticos de Enfermagem:	Intervenções de Enfermagem:	Resultado esperado:
Alteração da integridade Cutânea, relacionada com a úlcera venosa.	Incentivar a doente para não remover o penso, de forma a mante-lo íntegro; Vigiar o penso da úlcera venosa; Lavar a pele com água e sabão de ph neutro; Aplicar e massajar com creme hidratante na zona circundante à ferida; Realizar o penso segundo o protocolo instituído que segue em anexo, de forma a dar continuidade ao tratamento; Pesquisar sinais inflamatórios e de infeção; Registar diariamente a evolução e características da úlcera venosa; Ensinar sobre as complicações de úlcera venosa;	Melhorar a evolução da cicatrização da ferida.

<p>Alteração da Mobilidade, relacionada com a dor.</p>	<p>Vigiar a dor; Monitorizar a dor através da escala de dor; Ensinar como gerir a medicação analgésica; Incentivar ao repouso; Incentivar à elevação dos Membros Inferiores; Utilizar meia elástica no membro inferior direito; Proteger as extremidades do trauma.</p>	<p>Melhoria na evolução da ferida e diminuição da quantidade de exsudado.</p>
<p>Alteração do apetite.</p>	<p>Incentivar à ingestão hídrica, 1,5l por dia; Incentivar à ingestão de uma alimentação equilibrada, realizando várias refeições de 3 em 3 horas; Incentivar a ingestão de alimentos ricos em ferro e proteínas, de acordo com as possibilidades da doente; Realizar Suplementos nutritivos; Manter o peso corporal ideal, reduzindo o seu peso, uma vez que apresenta obesidade grau I.</p>	<p>Melhorar o aporte nutricional, para melhoria do estado da úlcera.</p>

<p>Alteração dos tecidos da ferida, com presença de infecção.</p>	<p>Vigiar sinais de infecção; Proceder à realização de zaragatoa, para iniciar antibioterapia sensível; Limpeza da ferida; Desbridamento; Seleção e Aplicação do material de penso.</p>	<p>Reduzir a carga bacteriana e melhorar a cicatrização da úlcera, através do controle da infecção.</p>
<p>Alteração do padrão do sono, provocada pela dor que aumenta ao final do dia.</p>	<p>Ensinar na gestão terapêutica; Pedir colaboração médica; Ensinar medidas de relaxamento.</p>	<p>Melhorar a qualidade do sono.</p>

5. Reflexão

A realização deste trabalho permitiu-me conhecer a problemática desta patologia, e explorar um caso prático de forma a poder contribuir para a sua melhoria. Na minha opinião verifiquei que esta úlcera crónica de difícil cicatrização, não tem tido uma evolução favorável ao longo do tempo, já foram utilizadas várias opções terapêuticas, sem sucesso. De forma a conseguir dar uma resposta a este problema, consultei um perito especializado na área de Cirurgia Vasculuar, para expor esta problemática.

Assim proponho que seja feita uma zaragatoa após limpeza da ferida com cloreto de sódio, para verificar qual o microrganismo presente, para assim proceder à instituição da antibioterapia sensível e a realização de uma biópsia com uma cureta para despiste de úlcera maligna.

È importante que a doente cumpra o repouso com a elevação dos membros inferiores acima do coração, para ajudar na redução do exsudado, uma vez que ajuda a diminuir os efeitos da hipertensão venosa. E deve fazer uma alimentação equilibrada, para tal sugiro o acompanhamento por uma nutricionista, pois deveria fazer suplementos nutritivos.

Aconselho a utilização de meia elástica compressiva no membro inferior direito. As meias reduzem a pressão venosa pela diminuição do refluxo venoso e melhoram a capacidade de ejeção muscular dos gémeos durante o uso.

Deve ser confirmada a origem venosa, sendo possível através de um exame físico usando um doppler ultra-som, comprimindo a perna manualmente, pode aumentar-se o fluxo nas veias e registar-se pelo sinal do doppler audível. Poderia ainda realizar a fletismografia ou a imagem venosa duplex dupla.

Deve ser confirmada a presença de pulsos pediosos e tibial e deve ser avaliado o IPTB, que será > 0.9 , este procedimento consiste: em avaliar a pressão sanguínea braquial bilateral, deve ser utilizada a maior das duas pressões. De seguida colocar a braçadeira de pressão sanguínea na perna, logo acima dos maléolos e colocar a sonda do doppler num ângulo de 45° em relação à artéria pediosa ou tibial posterior. Deve ser insuflada a braçadeira até que o sinal de doppler desapareça. Com a sonda do doppler sobre a artéria, desinsuflar lentamente até o sinal do doppler voltar, deve ser registado este número como a

pressão sistólica do tornozelo. No final dividir a pressão do tornozelo pela maior das duas pressões sistólicas do braço. A relação obtida é o IPTB.

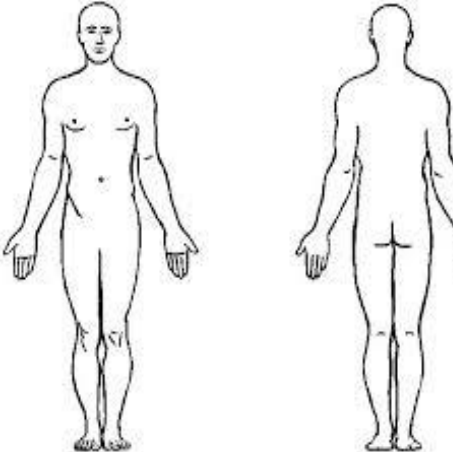
Em relação ao tratamento proponho:

- A limpeza com imersão em H₂O e Sabão: Esta técnica consiste em mergulhar a ferida em água, cerca de 5' a 10', isto permite limpar o leito da ferida e hidratação da pele circundante ou utilizando o chuveiro;
- Desbridamento mecânico ou Cirúrgico (se doente mais jovem devia ser pensada a hipótese de enxerto cutâneo), de forma a facilitar a cicatrização;
- Desinfecção com Polihexanida 0.1%+Betaina 0.1%, aplicar durante 14 minutos;
- Pode ainda ser utilizado o Solutio de Dakin, neutralizado com cloreto de sódio, uma vez que apresenta cheiro fétido (mas apenas durante uma semana);
- Utilização da ligadura de óxido de Zinco desde os dedos do pé até ao joelho (abaixo da fossa poplítea) de forma a promover a circulação;
- Utilização de Penso de Carvão Ativado com prata, para absorver as toxinas e os produtos de degradação da ferida através do seu carvão ativado bem como as aminas voláteis e ácidos gordos responsáveis pela produção de odor da ferida, as bactérias presentes no exsudado da ferida são também atraídas para a superfície do penso onde são destruídas pela atividade antimicrobiana da prata;
- Ligadura de Suporte Vascular para realizar compressão, uma vez que a terapia compressiva é importante para diminuir a hipertensão e sua repercussão na macro circulação e microcirculação. A compressão do membro aumenta a pressão nos tecidos favorecendo a reabsorção do edema e melhorando a drenagem linfática. Ainda diminui a saída de líquidos e estimula a atividade fibrinolítica. A compressão realizada ao nível do tornozelo deve ser de 35 a 40mmHg e gradualmente menor na região abaixo do joelho;
- Outra alternativa seria a terapia de pressão negativa, que é um método auxiliar para o tratamento de feridas de difícil cicatrização, mas em ambulatório não é participado;

A pressão negativa atua no leito através de uma esponja hidrofóbica de poliuretano conectada por um tubo plástico à bomba de vácuo. A pressão pode ser ajustada de 50 a 125 mmHg e usada de forma contínua ou intermitente. A

bomba ao ser ligada produz pressão negativa no sistema e na ferida. Essa pressão negativa promove a drenagem do excesso de fluídos do leito da ferida e do espaço intersticial, reduzindo a população bacteriana e o edema, além de aumentar o fluxo sanguíneo local e a formação do tecido de granulação, efeitos que levam à cicatrização da ferida.

Instrumento de Avaliação por mim realizado, que serviu como guia de orientação:

Localização da Ferida:		Folha de Tratamento de Feridas		
		Identificação do Doente: Sr.^a I.P		
		Protocolo de Penso: Enf. ^a G.C Data: 02/05/2014 Frequência: Diário Suspensão: 14/05/2014 Lavagem c/H2O e sabão, desinfecção com Protusan, Aplicação de Aquacel		
		Protocolo de Penso: Enf. ^a G.C Data: 14/05/2014 Frequência: Diário Suspensão: 29/05/2014 Lavagem c/H2O e Sabão, desinfecção com protusan, aplicação de Hidrogel e Ulcerase e Aquacel		
		Protocolo de Penso: Enf. ^a G.C Data: 29/05/2014 Frequência: Diário Suspensão: Lavagem c/ H2O e sabão, desinfecção com protusan, aplicação de Aquacel Ag		
Data	14/05/14	29/05/2014	18/06/2014	
Dimensão:				
Comprimento	14 cm	15cm	15	
Largura	17cm	17cm	17	
Profundidade	0.2 cm	0.3 cm	0.3	
Tecidos Presentes				
Necrosado				
Desvitalizado	++	+++	+++	
Granular	+			
Epitelial				
Pele Circundante				
Ruborizada		+	++	

Macerada		+	++
Seca	+		
Descamativa		+	
Sensibilidade			
Intensa			
Suportável	+	+	+
Ausente			
Exsudado			
Quantidade	+++	+++	+++
Odor	+	+++	+++
Seroso	+	+	+
Hemático		+	+
Purulento	+	+	+
Categoria da Úlcera	Úlcera Venosa	Úlcera Venosa	Úlcera Venosa
Rubrica			

Legenda: o Ausente; + Ligeiro; ++ Moderado; +++ Intenso

Escala de Avaliação PUSH Tool 3.0

Item	Data: 14/05/2014	Data: 29/05/2014	Data: 18/06/2014
Comprimento X Largura	9	10	10
Quantidade de Exsudado	3	3	3
Tipo de Tecido	3	3	3
Total:	15	16	16

Verificou-se a deterioração da cicatrização da úlcera venosa com avançar do tempo, pois o valor total aumentou.

7.5. Anexo V

Estudo de Caso:

Necessidades do doente com pé diabético no domicílio



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Estudo de Caso

Necessidades do doente com Pé Diabético no domicílio

Aluna: Susana Santos

N.º: 361613008

Porto, Junho de 2014

1.Introdução

No âmbito do Estágio em Enfermagem Médico-cirúrgica, módulo III, em tratamento de feridas, apresento um estudo de caso, de um doente com Pé Diabético. A diabetes é uma doença crónica em larga expansão em todo o mundo. Atinge mais de 382 milhões de pessoas em todo o mundo, correspondendo a 8.3% da população mundial e continua a aumentar em todos os países. Estima-se que em 2035 o número de pessoas com diabetes no mundo atinja os 592 milhões, o que representa um aumento de 55% da população atingida pela doença, segundo os números de Internacional Diabetes Federation (IDF). O crescimento acentuado da prevalência de diabetes é atribuído às rápidas mudanças sociais e culturais das últimas décadas, com adoção de estilos de vida de risco, e ao envelhecimento populacional.

Com a elaboração deste estudo de caso tenho como objetivos:

- Aprofundar conhecimentos teórico-práticos sobre esta patologia;
- Melhorar a prestação de cuidados;
- Desenvolver a capacidade de aplicação do Processo de Enfermagem;
- Transmitir conhecimentos a todos que consultem este estudo;
- Servir como instrumento de avaliação;

Na elaboração deste estudo a metodologia utilizada foi a seguinte:

- Colheita de dados de Enfermagem;
- Entrevista informal com o doente ao longo do estágio;
- Consulta do processo clínico do doente e dos registos de enfermagem;
- Pesquisa bibliográfica.

2. Abordagem teórica da Patologia

Uma complicação frequente e grave da diabetes é o chamado pé diabético, que constitui uma ameaça à integridade da vida, limitando e/ou diminuindo a qualidade de vida da pessoa com diabetes, sendo causa comum de internamentos prolongados. O pé diabético é caracterizado por infecção, ulceração ou destruição dos tecidos profundos a nível dos pés, causadas por neuropatia (alteração da sensibilidade) e agravadas pela doença arterial periférica (micro e macroangiopatia) ao nível das extremidades inferiores da pessoa com diabetes, conduzindo à redução nutricional e má oxigenação dos tecidos. A agravar esta situação surge a suscetibilidade às infeções, que poderá culminar em amputações, sejam elas minor ou major.

O pé diabético pode ser classificado em função das alterações predominantemente neuropáticas (da sensibilidade) ou isquémicas (da circulação arterial).

Características do pé neuropático:

- ✓ Pé quente e com pelos;
- ✓ Pé com Deformações;
- ✓ Pele seca com hiperqueratoses;
- ✓ Ingurgitamento Venoso;
- ✓ Zonas de Hiperpressão;
- ✓ Sem Sensibilidade;
- ✓ Com Pulsos;
- ✓ Bordos da ferida “grossos”.

Características do pé isquémico:

- ✓ Pé frio e sem pelos;
- ✓ Pé sem deformações;
- ✓ Sem ingurgitamento venoso;
- ✓ Pele de cor violácea e fina;
- ✓ Sem zonas de hiperpressão;
- ✓ Com sensibilidade e dor;

- ✓ Sem pulsos (pedioso /tibial posterior.);
- ✓ Bordos da ferida finos.

As úlceras Neuropáticas ocorrem mais frequentemente na região plantar. As úlceras Isquêmicas são mais comuns nas extremidades dos dedos e bordo lateral do pé. A neuropatia diabética é uma das complicações mais frequentes da diabetes Mellitus tipo 1 ou tipo 2. Esta é definida com a presença de sintomas e sinais de disfunção do sistema nervoso periférico em doentes com diabetes. O diagnóstico é estabelecido por um exame físico cuidadoso dos membros inferiores, mostrando diminuição da sensibilidade tátil e perda dos reflexos aquilianos. Muitos dos doentes mantêm-se assintomáticos, pelo que o rastreio para a deteção da diminuição da sensibilidade protetora é importante para a prevenção de úlceras de pé.

A patologia do pé isquémico resulta sempre da doença arterial obstrutiva dos grandes vasos da coxa e perna. Alterações micro e macro vasculares produzem isquemia dos tecidos e alterações na pele, que podem causar ulcerações, infeções e impedir a cura. A correlação de todos estes fatores contribuem para lesões que podem resultar em gangrena e, por fim, na amputação do membro.

3. Colheita de dados

A colheita de dados permite estabelecer um contacto privilegiado com o doente. É um processo contínuo e dinâmico na qual a observação, consulta e investigação é fundamental. Através da colheita de dados é nos possível obter informações subjetivas (relatados pelo doente) e objetivas (observados pelo enfermeiro), tornando-se de certo modo a chave da planificação de cuidados.

Dados pessoais:

Doente do sexo masculino de 80 anos, de peso de 68.4 Kg, altura de 1.71m e IMC de 23.42 (normal), raça caucasiana, casado, reformado, com a 4ª classe de escolaridade residente numa freguesia da cidade do Porto, vive acompanhado da esposa que é dependente nas AVD'S num bairro social, no 1º andar sem elevador.

Antecedentes Patológicos:

Diabetes Mellitus tipo 2 desde os 40 anos com insulinoaterapia há 8 anos, doença vascular periférica, hipertensão arterial, dislipidemia, doença cerebrovascular.

Exame físico:

- **Sistema Neurológico e Discurso:**

Doente consciente, orientado no tempo e no espaço, calmo e colaborante dentro das suas possibilidades

- **Sistema Sensitivo:**

Doente utiliza óculos para ler e apresenta hipoacusia moderada

- **Sistema tegumentar:**

Apresenta no membro inferior esquerdo amputação transtibial e no membro inferior direito amputação transmetatarsica, onde apresenta duas deiscências de sutura, uma (A) com 3cm de comprimento, 4cm de largura e 1cm de

profundidade, a (B) com 0,5cm de comprimento, 1 cm de largura e 1cm de profundidade. Apresentam ambas tecido desvitalizado, área circundante ruborizada e macerada, com exsudado seroso e purulento, com presença de cheiro. Apresenta dor que aumenta aquando a realização do tratamento. A pele encontra-se fria, fina e brilhante. Apresenta sensibilidade nos membros inferiores.

- **Sistema Circulatório:**

Apresenta ausência de pulsos pediosos, uma tensão arterial de 154/70mmHg e uma frequência cardíaca de 70 bpm.

- **Sistema Respiratório:**

Doente ex-fumador. Apresenta uma frequência respiratória de 18 ciclos por minuto.

- **Sistema Gastrointestinal:**

Sem alterações. Refere realizar 4 a 6 refeições por dia, refere ter cuidados com a alimentação e tenta realizar uma dieta (diabética) equilibrada e saudável.

- **Sistema Locomotor:**

Deambula de cadeira de rodas, necessitando de auxílio parcial nas AVD's e nas transferências. Apresenta alguma força muscular ao nível dos membros superiores, encontra-se a realizar sessões de fisioterapia no hospital de São João.

- **Condições sócio económicas:**

Vive com o apoio económico da reforma. Tem uma filha que lhe presta auxílio nas atividades de casa e refeições.

- **Reação à doença:**

Quando deu entrada na rede, encontrava-se triste com a situação, mostrando-se preocupado com o facto de apresentar uma ferida aberta no coto do membro inferior direito. Ao longo dos dias foi ficando mais motivado, e quando deu início à fisioterapia no Hospital de São João ficou mais alegre e animado para

a sua recuperação. Esta tem como objetivo capacitar o doente para a colocação da prótese no membro inferior esquerdo.

- **Adesão ao regime terapêutico:**

É a filha do doente que faz a gestão da medicação, em relação ao controlo da glicemia capilar e administração de insulina é o doente que gere. Em relação aos cuidados a ter com o penso, cumpre as indicações que lhe são dadas para manter a sua integridade.

- **Atividades diárias e repouso:**

Durante o dia permanece sempre em casa a ver televisão e consegue sair com a cadeira de rodas até à varanda da casa. Sai de casa para ir à fisioterapia e quando vai ao médico.

- **Dependência/ Independência:**

Doente parcialmente dependente nas AVD's, consegue realizar algumas atividades com os membros superiores, como alimentar-se, empurrar a cadeira de rodas e faz realizar transferências da cama para a cadeira e vice-versa, com a força muscular dos membros superiores.

- **Dor:**

Refere dor durante o dia que aumenta na realização do tratamento à ferida.

História e Evolução da Doença:

Doente foi encaminhado para a ECCI no início do mês de Maio, vindo do Hospital de São João, do serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, sendo a terceira vez que foi referenciado para a rede.

Inicialmente, há 1 ano, quando tudo começou, foi realizada a amputação do hallux direito por várias fases por problemas de cicatrização. Sendo posteriormente feita a amputação transmetatarsica do pé no início do mês de Fevereiro de 2014. Sendo necessário realizar desbridamento cirúrgico no final do mês de Fevereiro.

No membro inferior esquerdo começou por uma amputação do hallux provocada por uma queimadura com um saco de água quente, tendo sido feita

amputação até abaixo do joelho. E foi encaminhado para a ECCI para cuidados de reabilitação e tratamento de ferida, que é classificada como um pé isquémico.

Medicação Habitual:

- Amlodipina 5mg;
- Tansulosina 0.4 mg;
- Aspirina 100mg;
- Furosemida 40mg;
- Carvedilol 6.25mg;
- Insulatard 40 U/dia;
- Insulina Actrapid de acordo com a glicemia;
- Sertralina 50mg;
- Darbopoetina 20mg;
- Atorvastatina 20;
- Transtec.

Apresento os registos por mim realizados na folha criada para o tratamento de feridas, que me acompanha aquando a realização dos tratamentos e também apresento o registo na escala PUSH Tool 3.0 para a ferida A.

4. Plano de Cuidados

Diagnósticos de Enfermagem:	Intervenções de Enfermagem	Resultado esperado:
Alteração da integridade cutânea, pela presença de deiscência de ferida cirúrgica	<p>Vigiar o penso da ferida;</p> <p>Vigiar sinais de comprometimento neurocirculatório;</p> <p>Vigiar a coloração e temperatura da pele;</p> <p>Realizar limpeza e desinfeção da ferida;</p> <p>Utilizar Prontosan e deixar atuar durante 14 minutos;</p> <p>Aplicar vitamina A nos bordos da ferida;</p> <p>Utilizar a técnica de desbridamento autolítico com o Hidrogel;</p> <p>Aplicar Aquacel Ag para absorver o exsudado e controlar a infeção;</p> <p>Aplicar creme hidratante;</p> <p>Tratar as calosidades;</p> <p>Aplicar ligadura de algodão e ligadura elástica;</p> <p>Elevar o membro inferior direito;</p> <p>Vigiar o coto do membro inferior esquerdo;</p> <p>Realizar o penso de 2/2 dias ou diariamente em sos;</p> <p>Realizar os registos relativos ao tratamento.</p>	Melhorar a evolução da cicatrização da ferida

Alteração da mobilidade	<p>Incentivar ao exercício físico dos membros superiores, para fortalecer os músculos;</p> <p>Ensinar sobre exercícios de reabilitação, para prevenir a rigidez muscular;</p> <p>Ensinar sobre técnicas de deambulação com a cadeira de rodas;</p> <p>Ensinar sobre técnicas de transferência;</p> <p>Incentivar ao autocuidado.</p>	Melhorar a locomoção
Dor não controlada	<p>Avaliar as características da dor, intensidade, duração, frequência e fatores que a aumentam ou a diminuem;</p> <p>Confirmar se faz a toma correta da medicação analgésica;</p> <p>Analisar se esta a ser suficiente a analgesia que se encontra a tomar;</p> <p>Ensinar medidas de conforto.</p>	Melhorar a dor
Controle metabólico	<p>Promover o autocontrolo e autovigilância;</p> <p>Ensinar a reconhecer os sinais de alerta das hipoglicemias e a usar o açúcar sem demora;</p> <p>Informar sobre a importância de manter um bom controlo da diabetes;</p> <p>Informar sobre uma alimentação equilibrada e fracionada.</p>	Melhorar o controlo metabólico

Risco de queda	<p>Ensinar sobre técnicas de transferência;</p> <p>Realizar adaptações no interior da casa;</p> <p>Incentivar à utilização de um dispositivo urinário (urinol), durante a noite.</p>	Evitar as quedas
Alteração do estado emocional	<p>Ajudar o doente a realizar a transição saúde-doença;</p> <p>Esclarecer dúvidas, medos e receios;</p> <p>Informar o doente da existência de sapatos e palmilhas ortopédicas próprios para o seu pé direito;</p> <p>Dar apoio emocional.</p>	Promover a adaptação à doença

5. Reflexão

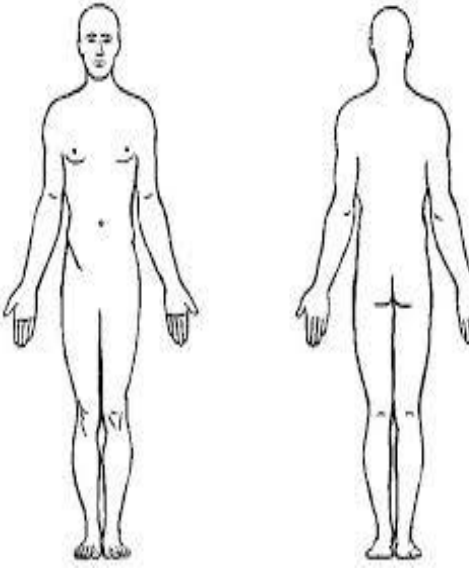
A realização deste estudo caso demonstrou ter muito interesse, face a rápida evolução desta doença e também a nível profissional. O pé diabético é uma das complicações da diabetes de maior impacto, quer pela morbilidade que causa, quer pelo impacto socioeconómico que gera. Este doente em um ano de evolução teve necessidade de se adaptar à nova condição de vida, que o limitou a uma cadeira de rodas e parcialmente dependente de outros, era uma pessoa independente nas atividades de vida diárias e muito ativo.

Penso que com a melhoria da ferida que apresenta, vai ser possível melhorar a sua qualidade de vida, com a possibilidade de voltar a andar, uma vez que o que se pretende após a cicatrização é adquirir uma prótese para o membro inferior esquerdo e no membro inferior direito calçar uns sapatos ortopédicos específicos para esta situação. Em relação ao tratamento, concordo com o que esta a ser utilizado, e a ferida tem apresentando sinais de melhoria desde o início do mês de Maio quando o doente deu entrada para iniciar o tratamento, como é possível observar na folha de avaliação de feridas que segue em anexo.

O uso do hidrogel, cria um ambiente húmido que potencia a autólise e remoção do tecido desvitalizado/necrótico por rehidratação. Impede a formação de tecido necrosado através do aumento da quantidade de humidade na interface ferida-penso. O uso da hidrofibra com prata tem como mecanismo de ação reter e matar os microrganismos. Assim quando estão em contacto com o leito da ferida, os iões de sódio do exsudado ligam-se ao penso provocando a libertação de iões da prata na concentração correspondente à sua máxima solubilidade, deste modo a prata está continuamente disponível no interior deste ambiente húmido, garantindo uma atividade antimicrobiana sustentada durante todo o período de utilização do penso.

Em conclusão, penso que para atenuar o efeito devastador destas lesões, devem ser adotadas estratégias na vertente da prevenção, que se constitui na melhor arma e tratamento, para tal é importante apostar na educação terapêutica, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida dos doentes e para a redução dos custos económicos.

Instrumento de Avaliação por mim realizado, que serviu como guia de orientação:

<p>Localização da Ferida:</p> 	Folha de Tratamento de Feridas		
	Identificação do Doente: Sr. ^a A,M		
	Protocolo de Penso:	Enf.^a G.C	
	Data: 02/05/2014	Frequência: 2/2 dias	Suspensão:
Lavagem e Desinfecção com Prontosan, Aplicação de Hidrogel, Aquacel Ag e vitamina A nos bordos com ligadura elástica,			
Protocolo de Penso:		Enf.^a	
Data	Frequência:	Suspensão:	
Protocolo de Penso:		Enf.^a	
Data:	Frequência:	Suspensão:	

Data	02/05/20 ^a 4		29/05/2014		21/06/2014	
Dimensão:	A	B	A	B	A	B
Comprimento	4	0,5	3,5	0,5	3	0,5
Largura	4		4		4	
Profundidade	1,5		1,2			
<u>Tecidos Presentes</u>						
Necrosado						
Desvitalizado	+++	+	++	+	++	+
Granular					+	+
Epitelial						
<u>Pele Circundante</u>						
Ruborizada	+					
Macerada	+	+	+	+	+	+
Seca						
Descamativa						
<u>Sensibilidade</u>						

Intensa			
Suportável	+ +	+ +	+ +
Ausente			
Exsudado			
Quantidade	+++ ++	++ +	+ +
Odor	++		
Seroso	+++ +	++ +	+ +
Hemático			
Purulento	+++ +		
Categoria da Úlcera	Pé diabético Isquémico	Pé diabético Isquémico	Pé diabético Isquémico
Rubrica			

Legenda: o Ausente; + Ligeiro; ++ Moderado; +++ Intenso

Escala de Avaliação PUSH Tool 3.0 para a avaliação da ferida A:

Item	Data: 02/05/2014	Data: 29/05/2014	Data: 21/06/2014
Comprimento X Largura	9	9	8
Quantidade de Exsudado	3	2	1
Tipo de Tecido	3	3	3
Total:	15	14	12

Verifiquei que houve uma melhoria na cicatrização da úlcera de pé diabético com avançar do tempo, pois o valor total diminuiu.

7.6. Anexo VI

Panfleto sobre o circuito do doente no Serviço de Urgência



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Panfleto: sobre o circuito do doente no Serviço de Urgência

Aluna: Susana Santos

N.º: 361613008

Porto, Novembro de 2014

Após a segunda reavaliação do Médico pode ser encaminhado para a **Sala de Tratamentos II ou Serviço de OBS**, onde vai aguardar uma decisão médica para a Alta Clínica ou para o Internamento num Serviço de Especialidade;

Pode ser também encaminhado diretamente após triagem do Enfermeiro para a **Área da Cirurgia ou Ortopedia**;

Existem algumas especialidades que não se encontram disponíveis neste hospital pelo que pode haver a necessidade de encaminhamento para outro hospital.



Informações

- Nas salas de espera deve aguardar sentado em cadeira, cadeira de rodas ou maca;
- Em caso de dúvidas deve procurar um Profissional de Saúde;
- Só se pode ausentar do serviço após Alta Médica;
- Nunca se esqueça de passar pela Sala de Enfermagem para retirar o seu cateter ou outro dispositivo;
- Após a alta deve providenciar um pedido de ajuda para o transporte se necessário.



Unidade local de Saúde de Matosinhos

Circuito do Doente no Serviço de Urgência



Morada: Rua Dr. Eduardo Torres

4464-513 Senhora da Hora

Contacto: 229391000

No Serviço de Urgência Quem pode encontrar?

- Funcionários administrativos ;
- Seguranças;
- Auxiliares de Ação Médica (farda de cor bege);
- Enfermeiros (farda de Cor Branca);
- Médicos (farda de cor amarela, azul ou bata branca);
- Técnicos de exames complementares de diagnóstico (farda: túnica branca e calça verde escuro).

À chegada ao serviço deve realizar a inscrição nos **Serviços Administrativos** e aguardar a chamada para a Triagem, que é realizada pelo **Enfermeiro Triador**.

A **Triagem** é realizada segundo a **Triagem de Manchester** por atribuição de cores mediante a prioridade clínica.

Triagem de Manchester:

Primeiro Vermelho	EMERGENTE atendimento imediato
Segundo Laranja	MUITO URGENTE atendimento quase imediato (+/- 10 m)
Terceiro Amarelo	URGENTE tempo para atendimento (+/- 60 m)
Quarto Verde	POUCO URGENTE tempo para atendimento (+/- 2 h)
Quinto Azul	NÃO URGENTE tempo para atendimento (+/- 4 h)

Após Triagem:

Vai ser acompanhado pelo **Auxiliar de Ação Médica** para a sala de espera onde deve aguardar pela **Triagem Médica**.

Após **observação Médica** vai ser encaminhado se necessário para as **Salas de Enfermagem**, onde o **Enfermeiro** lhe vai prestar os Cuidados de Enfermagem necessários.

Irá realizar exames complementares de diagnóstico acompanhado pelo **Auxiliar de Ação Médica**.

Após todos os procedimentos realizados deve aguardar na sala de espera por nova chamada do **Médico**, para decidir a Alta Clínica ou Internamento.

Pulseira Roxa: Acompanhante do cliente

7.7. Anexo VII

Estudo de Caso:

Necessidades do doente em estado crítico



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Estudo de Caso

Necessidades do doente em estado crítico

Aluna: Susana Santos

N.º: 361613008

Porto, Dezembro de 2014

0. Introdução

No âmbito do estágio em unidade de Cuidados Intensivos decidi realizar um estudo de caso, sobre um doente em estado crítico, que me despertou um especial interesse. Decidi assim aplicar o Processo de Enfermagem, para poder de forma consciente organizar e estruturar as principais atividades que o enfermeiro Especialista em Enfermagem à pessoa em Situação Crítica deve realizar.

A prática baseada na evidência é, e sempre será, uma mais-valia para a aquisição de conhecimentos sólidos e válidos. Esta prática permitirá inevitavelmente uma prestação de cuidados de enfermagem mais segura e coerente. Durante o meu desempenho, e perante o doente em estado crítico tive a oportunidade de constatar que o predomínio de situações complexas que frequentemente envolvem risco de vida e a permanente necessidade de cuidados são frequentes. Assim o cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica, implica possuir uma base consciente de conhecimentos atuais e científicos, para que a nossa prática produza resultados e melhorias no estado clínico do doente.

Com a elaboração deste estudo de caso tenho como objetivos:

- Aprofundar conhecimentos teórico-práticos;
- Melhorar a prestação de cuidados;
- Desenvolver a capacidade de aplicação do Processo de Enfermagem;
- Transmitir conhecimentos a todos que consultem este estudo;
- Servir como instrumento de avaliação.

Na elaboração deste estudo a metodologia utilizada foi a seguinte:

- Colheita de dados de Enfermagem através da observação;
- Consulta do processo clínico do doente e dos registos de enfermagem;
- Pesquisa bibliográfica.

Irei assim apresentar o caso de um doente que fez Paragem Cardio-Respiratória, que necessitou de cuidados intensivos, através de um método descritivo e reflexivo, utilizando um plano de cuidados que vai ter por base a Nomenclatura NANDA E NIC.

1. Estudo de Caso

O estudo de caso que de seguida apresento, retrata um internamento de 5 dias na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de São João.

Sexo: Masculino;

Idade: 67 Anos;

Estado Civil: Casado;

Filho (s): dois filhos, uma rapariga de 28 anos e um rapaz de 32 anos;

Profissão: Reformado (ex. serralheiro mecânico), independente nas atividades de vida diárias, vive num bairro na cidade do Porto com a esposa e com os filhos.

Antecedentes Pessoais de Saúde:

- Dor Torácica recorrente (seguido em consulta de Cardiologia por Suspeita de Angina Instável);
- Anemia normocítica normocrómica crónica;
- Patologia Hemorroidária;
- Stress pós-traumática;
- Ex. fumador;
- Etilismo pesado no passado.

Alergias: alérgico à Penicilina.

Medicação habitual:

- Mononitrato 60mg;
- Sertralina 50mg;
- Kereon;
- Complexo vitamínico;
- Ferro.

História de doença atual:

Doente recorreu ao serviço de urgência do hospital de São João, por queixas de dor torácica, sendo-lhe atribuída uma prioridade amarela, foi observado por clínica geral, realizou terapêutica analgésica (Acetilsalicilato de Lisina 1800 mg endovenoso), fez colheita de sangue para análise, Eletrocardiograma e Rx.

Enquanto aguardava resultados dos exames complementares de diagnóstico na zona amarela, fez uma paragem cardíaca com constatação de Fibrilhação Ventricular. Foi iniciado o Suporte Avançado de Vida, com recuperação da circulação espontânea no fim do 2º ciclo. Foi submetido a Entubação Oro traqueal, Ventilação Mecânica, Entubação Nasogástrica, Algaliação e fez Cateterismo Cardíaco.

Após foi internado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral por estado de pós Paragem Cardio-Respiratória por Fibrilhação Ventricular no contexto de Síndrome Coronário Agudo por Vasospasmo Coronário.

Com a admissão na Unidade são mantidos cuidados de Enfermagem de excelência, o doente é conectado ao ventilador e monitor definitivo, inicia a partir deste momento uma reavaliação completa e um ajuste de cuidados mediante as suas principais necessidades. Inicia perfusão contínua de sedo-analgésia e terapêutica focada no seu quadro clínico.

De uma forma breve e sucinta, vou expor de seguida alguns dos parâmetros de vigilância mais importantes que traduzem a evolução da doente ao longo do internamento.

Neurológico:	
Estado de Consciência:	Sedação: com midazolam (perfusão contínua) Analgesia: Fentanilo (perfusão contínua) RASS: -5 (Incapaz de ser despertado – não responde ao som da voz ou à estimulação física).
Pupilas:	Simétricas, mióticas, Hiporreativas
Função Sensitiva/motora:	Inicialmente sem movimentos Ao 3º dia esboça movimentos com os braços e pernas
Observações:	Manteve sempre sedação e analgesia com ritmos oscilantes mediante o objetivo de estado de consciência.

Respiratório	
Ventilação:	5º dia de Ventilação Mecânica Controlada por Volume (560) FiO2 – 30% SpO2- 90%-100% FR- 18 ciclos/minuto
Secreções:	TOT- mucopurulentas em moderada quantidade Orofaringe- mucopurulentas em moderada quantidade
Drenos Torácicos:	Não tem
Observações:	Polipneico e febril, por suspeita de infecção é feita colheita de rastreio séptico (hemoculturas, secreções e urina)

Cardiovascular	
Hemodinâmica:	Instabilidade hemodinâmica com hipotensão, necessidade permanente de perfusão de Noradrenalina ao longo de todo o internamento, gerida para PAM > 60mmHg.
ECG:	Ritmo Sinusal, com períodos de taquicardia.
Perfusão Periférica/Pulsos:	Conservada
Observações:	Doente mais instável quando reativo, iniciou perfusão de Nitratos

Dor	
Escala Comportamental da Dor:	Expressão facial: Relaxado -1 Membros Superiores: Sem movimentos – 1 Adaptação à ventilação mecânica: tosse mas tolera movimentos na maior parte do tempo – 2 Total: 4

Digestivo	
Tolerância Alimentar:	Iniciou dieta entérica à admissão com Fresubim, no 2º dia por apresentar um vômito aquoso após mobilização, fez uma pausa alimentar de 6 horas, tendo depois reiniciado e atingiu a dose alvo sem intercorrências.
Observação abdominal:	Abdómen normal: mole e depressível
Trânsito intestinal:	Mantido, 1 dejeção de 2 em 2 dias.

Nutrição	
Suporte nutricional:	Entérico na dose alvo, sem resíduo gástrico
Perfil Glicémico:	Normoglicémico, sem necessidade de Insulina Actrapid
Necessidades:	Calórico-proteicas

Renal	
Suporte Renal:	Não teve necessidade de iniciar furosemida
Urina:	Volume normal
Balanço Hídrico:	Positivo

Cutâneo		
Coloração, edemas e hidratação:	Mucosas descoradas e desidratadas Edemas nas mãos e membros inferiores	
Integridade cutânea:	Pele íntegra, sem sinais de zonas de pressão. Alternados decúbitos e massajada ao longo do turno. Canto labial com pele descamativa pela pressão do TOT. Lacrimação ocular	
Úlceras/ Escala de Braden:	Percepção sensorial – 1 Humidade – 3 Atividade – 1 Mobilidade – 1 Nutrição – 3 Fricção e forças de cisalhamento – 1 Total: 10 – Alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão	
Dispositivos Médicos	Características	Observações
Cateter Arterial	Artéria Radial Direita	
Cateter Venoso Central	Veia Jugular Esquerda	Só de uma via
TOT	Nº7,5	À 5 dias
SNG	Silicone nº16	Trocar aos 15 dias
Sonda Vesical	Folley nº16	Trocar aos 15 dias

A família do doente está presente no horário da visita e encontra-se preocupada, faz perguntas e esclarece dúvidas. Foi orientada pelo médico e pela equipa de enfermagem. Nas horas em que não pode haver visita como durante a manhã e à noite liga para o serviço para saber o estado do doente e se houve alterações. Denota-se a ansiedade e o medo presente na esposa e filha do doente, sobre o seu prognóstico.

2. Plano de Cuidados

Desde o primeiro contacto com o doente em estudo que me foquei na identificação das suas principais necessidades, pelo que defini as intervenções de enfermagem, autónomas e interdependentes. Assim apresento o plano de cuidados focalizado nos principais focos de atenção detetados neste doente.

2.1. Diagnóstico de Enfermagem

❖ **Conforto Prejudicado** (NANDA,2010): Falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e social.

Caraterísticas definidoras: Efeitos secundários relacionados ao tratamento (medicação e tubuladuras). Falta de controlo da situação.

Fatores relacionados: Agentes lesivos.

Intervenções/Atividades

Controle do Ambiente (NIC,2010): Manipulação do ambiente ao redor do doente para promover o máximo de conforto.

- Criar um ambiente calmo e de apoio;

- Proporcionar um ambiente seguro e limpo;
- Explicar ao doente os procedimentos que vão ser executados;
- Determinar as origens do desconforto, como pensos húmidos, posição de sondas, roupa da cama com rugas e ruídos ambientais;
- Promover o conforto da temperatura, conforme indicação;
- Ajustar a iluminação de modo a atender às necessidades de atividades individuais, evitando a luz direta nos olhos;
- Posicionar o doente para facilitar o conforto;
- Monitorizar a pele, em especial, sobre saliências ósseas, quanto a sinais de pressão ou irritação.

Controle da dor (NIC,2010): Alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto aceite pelo doente.

- Realizar uma avaliação completa da dor, utilizando o registo da Escala Comportamental da dor;
- Observar a ocorrência de indicadores não-verbais de desconforto;
- Determinar a frequência necessária para fazer uma avaliação do conforto do doente;
- Controlar fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do doente ao desconforto;
- Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a experiência de dor;
- Assegurar analgesia pré-tratamento e/ou estratégias não farmacológicas antes de procedimentos dolorosos, como no posicionamento;
- Oferecer ao doente um alívio da dor mediante a analgesia prescrita.

2.2. Diagnóstico de Enfermagem:

❖ **Mobilidade no Leito prejudicada** (NANDA,2010): Limitação para movimentar-se de forma independente de uma posição para outra no leito.

Características definidoras: doente tem a capacidade prejudicada de reposicionar-se na cama.

Fatores relacionados: Medicamentos sedativos.

Intervenções/Atividades:

Cuidados com o repouso no leito (NIC, 2010): Promoção de conforto, segurança e prevenção de complicações em doente incapaz de sair do leito.

- Manter a roupa da cama limpa, seca e sem dobras;
- Elevar as grades laterais da cama, conforme apropriado;
- Usar recursos na cama que protejam o doente;
- Aplicar dispositivos que evitem a queda plantar;
- Monitorizar a condição da pele;
- Aplicar meias anti embolia conforme apropriado.

Posicionamento (NIC, 2010): Posicionamento deliberado do doente, ou de parte do corpo, para promover bem-estar fisiológico e/ou psicológico.

- Colocar o doente sobre colchão/cama terapêutica adequada;
- Explicar ao doente que serão feitas mudanças de posição, conforme apropriado;
- Posicionar o doente considerando o alinhamento correto do corpo;
- Posicionar o doente para facilitar a combinação entre a ventilação/perfusão;
- Minimizar o atrito e o cisalhamento ao posicionar e virar;

- Oferecer apoio para áreas edemaciadas;
- Elevar a cabeceira da cama a 30°;
- Virar o doente, conforme indicação da condição da pele;
- Usar os recursos adequados para apoiar os membros.

2.3. Diagnóstico de Enfermagem:

❖ **Déficit no autocuidado para a alimentação** (NANDA,2012): Capacidade prejudicada de desempenhar ou completar atividades de alimentação.

Características definidoras: Incapacidade de ingerir alimentos de forma segura, pela sedação. Escala de RASS de -5 (Incapaz de ser despertado – não responde ao som da voz ou à estimulação física).

Fatores relacionados: Prejuízo cognitivo, por medicação de sedação.

Intervenções/Atividades:

Controle da Nutrição (NIC, 2010): Auxílio ou oferta de ingestão nutricional equilibrada de alimentos e líquidos.

- Determinar a quantidade de calorias e o tipo de nutrientes necessários para atender às exigências nutricionais do doente;
- Monitorizar a ingestão, registando o conteúdo nutricional e as calorias consumidas;
- Pesar o doente em intervalos adequados.

Alimentação por sonda enteral (NIC, 2010): Oferecimento de nutrientes e água por sonda Naso gástrica.

- Inserir sonda nasogástrica, conforme protocolo da instituição;
- Verificar a correta posição da sonda;
- Marcar a sonda no local de saída para manter a colocação correta;
- Fornecer dieta mediante prescrição;
- Verificar o resíduo gástrico a cada 6 horas em alimentação contínua;
- Mudar o local da inserção e a sonda de infusão conforme o protocolo da instituição.

2.4. Diagnóstico de Enfermagem

❖ **Déficit no autocuidado para o banho** (NANDA, 2010): Capacidade prejudicada de realizar ou complementar as atividades de banho/ higiene por si mesmo.

Características definidoras: Incapacidade de lavar o corpo, pela sedação. Escala de RASS de -5 (Incapaz de ser despertado – não responde ao som da voz ou à estimulação física).

Fatores Relacionados: Prejuízo cognitivo.

Intervenções/atividades:

Banho (NIC,2010): Limpeza do corpo com o propósito de relaxamento, asseio e restabelecimento.

- ❖ Lavar o doente com água e clorohexidina sabão com temperatura agradável;
- ❖ Lavar os cabelos conforme necessidade;
- ❖ Proporcionar medidas de higiene, como desodorizante;
- ❖ Monitorizar a condição da pele durante o banho;
- ❖ Monitorizar a capacidade funcional durante o banho;
- ❖ Prestar cuidados de higiene oral com clorohexidina oral.

2.5. Diagnóstico de Enfermagem

❖ **Comunicação Verbal Prejudicada** (NANDA,2010): Habilidade Diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e usar um sistema de símbolos.

Caraterísticas definidoras: Dificuldade para manter o padrão usual de comunicação.

Fatores Relacionados: Barreiras físicas como a intubação e efeitos colaterais de medicamentos.

Intervenções/atividades:

Toque (NIC,2010): Oferecimento de conforto e comunicação por meio de contacto tátil com um propósito.

- Avaliar a disposição do doente quando o toque é oferecido;
- Segurar a mão do doente para oferecer apoio emocional;
- Incentivar a família a tocar no doente;
- Avaliar o efeito do uso do toque.

2.6. Diagnóstico de enfermagem

❖ **Risco de integridade da pele prejudicada** (NANDA, 2010): Risco da pele ser alterada de forma adversa.

Caraterísticas definidoras: a necessidade prolongada de repouso no leito.

Fatores de risco: fatores mecânicos (pressão), imobilização física, humidade, estado nutricional desequilibrado, sensações prejudicadas.

Intervenções/atividades:

Prevenção de úlceras de pressão (NIC,2010): Prevenção de úlceras de pressão em indivíduo com alto risco de desenvolvê-las.

- Usar um instrumento conhecido de avaliação de riscos para monitorar os fatores de risco individuais (Escala de Braden – Doente com um resultado de Alto risco para o desenvolvimento de úlcera de pressão);
 - Documentar todas as incidências anteriores de formação de úlcera de pressão;
 - Documentar a condição da pele na admissão e diariamente;
 - Monitorizar o surgimento de áreas avermelhadas atentamente;
 - Remover a humidade excessiva da pele;
 - Aplicar barreiras de proteção como creme;
 - Alternar o decúbito com cuidado para evitar lesão;
 - Examinar a pele sobre as proeminências ósseas e outros pontos de pressão ao reposicionar;
 - Registrar o horário dos posicionamentos;
 - Evitar massagem sobre proeminências ósseas;
 - Posicionar com almofadas para afastar da cama pontos de pressão;
 - Manter limpa, seca e sem rugas a roupa da cama;
 - Utilizar dispositivos de apoio;
 - Hidratar a pele;
 - Garantir uma ingestão adequada de alimentos.

Relativamente à família do doente foi identificado um diagnóstico:

Diagnóstico de Enfermagem:

❖ **Medo** (NANDA, 2010): Reação à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo.

Caraterísticas definidoras: Relato de estar assustada, relato de nervosismo e de pânico.

Fatores relacionados: Separação do sistema de apoio em situação potencialmente preocupante, como a hospitalização e procedimentos hospitalares.

Intervenções/atividades:

Redução da Ansiedade (NIC, 2010): Redução da apreensão, do receio, do pressentimento ou do desconforto relacionados a uma fonte não identificada de perigo antecipado.

- Usar uma abordagem calma e tranquilizadora;
- Explicar os procedimentos que são realizados ao doente;
- Permanecer junto do doente durante a visita para promover a segurança e diminuir o medo;
- Escutar a família com atenção;
- Criar uma atmosfera que facilite a comunicação.

Apoio Familiar (NIC,2010): Promoção de valores, interesses e metas da família.

- Garantir à família que o doente está recebendo o melhor cuidado possível;

- Avaliar a reação emocional da família à condição de doente;
- Determinar a carga psicológica do prognóstico sobre a família;
- Escutar as preocupações, sentimentos e perguntas da família;
- Promover uma relação de confiança com a família.

Escutar Ativamente (NIC,2010): atenção criteriosa e atribuição de significados às mensagens verbais e não-verbais.

- Demonstrar interesse pelas necessidades da família;
- Estimular a expressão de ideias, sentimentos e preocupações;
- Evitar barreiras ao escutar ativamente;
- Usar o silêncio para estimular a manifestação de sentimentos, pensamentos e preocupações.

3. Reflexão

Com a realização deste estudo de caso, tive a oportunidade de aplicar a NANDA, NIC e NOC, com a ajuda do Enfermeiro tutor, que me proporcionou uma linha de orientação, que para mim foi uma descoberta, pois não tinha experiência na sua aplicação.

A aplicação do processo de enfermagem indica um trabalho profissional específico, a adoção de um determinado método ou modo de fazer, fundamentado em um sistema de valores, crenças morais e no conhecimento técnico-científico. Segundo Garcia (2009:189) *“A implementação do Processo de Enfermagem demanda habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, que ajudam a determinar o fenômeno observado e o seu significado; os julgamentos que são feitos e os critérios para sua realização; e as ações principais e alternativas que o fenômeno demanda, para que se alcance um determinado resultado”*.

Assim tentei observar o doente e família, identificar as suas necessidades, de forma a visualizar o problema/diagnóstico de enfermagem pela classificação da NANDA (2010), que *“define um diagnóstico de enfermagem como um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção de intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados de enfermagem pelos quais o enfermeiro é responsável”*.

E criei as intervenções mais adequadas, utilizando a NIC. Segundo Garcia (2009:191), *“quanto às intervenções executadas, pode-se, com o auxílio da pesquisa científica, não somente procurar conhecer seu custo operacional, como responder algumas questões que se impõem: que intervenções funcionam melhor para o alcance de um determinado resultado, diante de um diagnóstico de enfermagem específico; que intervenções são usualmente executadas em conjunto e que intervenções são usualmente executadas em determinadas áreas ou especialidades”*.

Consultei a NOC (2010) que apresenta uma terminologia padronizada e indicadores para a mensuração de resultados decorrentes das intervenções de enfermagem.

Posso concluir que com as intervenções implementadas, foram atingidos os resultados esperados, com o tipo de comunicação não-verbal utilizada, que se encontra gravemente comprometida, verifiquei que houve satisfação para doente e família, houve estimulação da função sensorial e orientação cognitiva. Sendo também importante para evitar a confusão e agitação que o doente não apresentou.

No Risco de integridade da pele prejudicada, todas as zonas de pressão foram protegidas com um correto posicionamento do corpo, foi iniciada uma alimentação adequada às necessidades. Foi utilizada a Escala de Braden para a avaliação do risco. Não apresentou lesões na pele, nem eritema ou branqueamento.

Relativamente ao medo observado na família, tentou-se aliviar o seu desconforto e inquietação, mas raramente houve a eliminação dos precursores do medo e consistentemente foi demonstrada a busca de informações com a equipa para reduzir o medo.

Verifica-se que é muito importante que haja uma continuidade na implementação das intervenções, e uma constante reavaliação das mesmas, uma vez que este serviço será apenas uma passagem apenas pelo tempo necessário. E este doente vai ter de se adaptar à sua transição de saúde/Doença.

Segundo Meleis (2000:12) *“As mudanças no estado de saúde podem constituir oportunidades para melhorar o bem-estar, expor os indivíduos a maior risco de desenvolvimento de doenças ou despoletar um processo de transição. A vulnerabilidade da pessoa está relacionada com as experiências de transição, com as interações e com as condições ambientais que expõem o indivíduo a potenciais perigos, podendo retardar o processo de transição e conduzir a um Coping ineficaz. O quotidiano da pessoa, o ambiente e as suas interações são influenciados pela natureza, condições, significados e processos de experiências de transições. Assim, as transições resultam de e em mudanças na vida, na saúde, nas relações e no ambiente”*.

Os enfermeiros, como cuidadores da pessoa e da família, acompanham diretamente o processo de transição, uma vez que, atendem às mudanças e exigências que surgem na vida da pessoa e da família que está a viver a transição. Deste modo, os enfermeiros surgem como os elementos facilitadores no processo de aquisição de novas competências pela pessoa, necessárias para se adaptar à nova condição de saúde e responder às situações de doença. A transição, segundo MELEIS, consiste num processo de mudança e adaptação da pessoa para fazer face a um evento destabilizador, que exige a aquisição de competências, no sentido de readquirir o equilíbrio na vida da pessoa.

O processo de Enfermagem, em todas as suas etapas, é muito importante para a organização e planeamento das principais atividades de um enfermeiro. Este estudo de caso foi para mim muito produtivo.

4. Referências Bibliográficas

- Bulechek, Glória; Butcher, Howard; Dochterman, Joanne (2010). “*NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem*”. Elsevier Editora;
- Garcia, Telma, Nóbrega, Maria (2009). “*Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa*”. Relato de Experiência, p.188-193;
- Meleis, Afaf (2000). “*Experiencing transitions: An Emerging Middle - Range Theory*. s.l. : Advances in Nursing Science Sep” Vol. 1, p.12-27;
- Moorhead, Sue; Johnson, Marion; Maas, Meridean; Swanson, Elizabeth (2010). “*NOC – Classificação dos Resultados de Enfermagem*”. Elsevier Editora, ISBN: 978-85-352-343-5;
- NANDA, International (2010). “*Diagnósticos de Enfermagem da NANDA*”. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed;

7.8. Anexo VIII

Revisão Integrativa da Literatura: Úlcera de Pressão Associada ao Uso do Colar Cervical



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Revisão Integrativa da Literatura: Úlcera de Pressão Associada ao Uso do Colar Cervical

Por: Susana Marisa Santos

Sob Orientação de: Professora Doutora Irene Oliveira

Porto, Janeiro de 2015

Introdução

A úlcera de pressão é considerada como um grave problema de saúde, representando um desafio constante para o doente, profissionais e instituições de saúde, pela elevada incidência e prevalência, como pelas consequências geradas em relação ao aumento da morbidade, mortalidade e custos elevados.

É definida pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) como área localizada de tecido necrótico que tende a se desenvolver quando um tecido é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por tempo prolongado, sendo observada em quatro estádios de desenvolvimento.

Em Unidade de Cuidados Intensivos existe um elevado risco para o desenvolvimento de úlcera de pressão, uma vez que o doente se encontra em estado crítico, apresentando instabilidade e risco de falência de um ou mais sistemas fisiológicos. Segundo Barbosa (2014) estes doentes possuem condições clínicas graves ou necessidade de controlos mais rigorosos e frequentes, associados à terapia de maior complexidade de carácter invasivo ou não. Devido ao défice de mobilidade que apresentam, requerem cuidados de saúde contínuos em busca da manutenção e da integridade da pele e tecidos subjacentes.

Neste contexto tive a oportunidade de observar a existência de úlceras de pressão, decorrentes da situação crítica do doente, de procedimentos terapêuticos, da imobilidade no leito, da conexão de dispositivos médicos específicos, perda da massa muscular e longos períodos de internamento. Verifiquei que é importante identificar o doente em risco de desenvolver úlcera de pressão e adotar medidas preventivas adequadas para a implementação de estratégias terapêuticas atempadas.

A observação de úlceras de pressão provocadas pela utilização de um dispositivo médico como o colar cervical, levou-me a sentir a necessidade de fundamentar, segundo as evidências atuais, os fatores de risco e as intervenções terapêuticas preventivas mais adequadas para este problema. A questão problema deste trabalho é: Quais as intervenções dirigidas ao doente com colar cervical para prevenirem o aparecimento de úlcera de pressão?

Assim tenho como objetivo geral identificar intervenções dirigidas ao doente com colar cervical para prevenir o aparecimento de úlcera de pressão. Na

busca de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao doente e contribuindo para a atualização e aperfeiçoamento do conhecimento.

Esta temática despertou-me muito interesse, pois os doentes em que observei o uso do colar cervical, necessitam de o manter, até indicação médica para o retirar, pela necessidade de estabilização da coluna vertebral. É também uma preocupação do serviço, uma vez que, o número de internamentos com o diagnóstico de vítima de trauma, tem aumentado a sua frequência nos últimos tempos e compreende idades muito jovens. Para evitar sequelas, o uso do colar cervical torna-se uma necessidade, pelo que o profissional de saúde, deve desenvolver intervenções para que este dispositivo médico só tenha benefícios e não prejudique o doente.

Método

Foi realizada pesquisa bibliográfica e revisão integrativa da literatura de forma a reunir conhecimentos sobre esta temática e uma prática baseada na evidência. Para o levantamento dos artigos na literatura, realizei uma busca no mês de Janeiro de 2015 nas seguintes bases de dados: EBSCO (CINAHL; NURSING; COCHRANE; MEDICLATINA; MEDLINE); PUBMED; B-ON e RCAAP.

Foram utilizados, para a busca de artigos, os seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa: “Úlcera de pressão”, “Colar Cervical”, “Unidade de Cuidados Intensivos”, “Dispositivos médicos”, “Pressure ulcer”, “cervical collar”, “intensive care unit” e “medical device”.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol; artigos na íntegra que retratassem a temática e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos quinze anos entre o ano de 2000 e 2015.

A amostra potencial selecionada, foi através da leitura do título, do resumo, conclusão e sempre que necessário, a leitura do texto integral, de acordo com os critérios de inclusão.

Resultados

A amostra final desta revisão foi constituída por oito artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. O quadro a seguir representa todos os elementos de cada um dos artigos por ordem cronológica, do mais recente para o mais antigo. Foram excluídos dois artigos por não darem resposta à minha questão-problema.

Quadro 1: Artigos Científicos Selecionados pelos critérios de inclusão:

1º	Ham, Wietske; Schoonhoven, Lisette; Galer, Anju; Shortridge-Baggett. (2014). <i>“Cervical Collar–Related Pressure Ulcers in Trauma Patients in Intensive Care Unit”</i> ., Volume: 21, N.º 3;
2º	Black, Joyce; Alves, Paulo; Brindle, Christopher; Deaely, Carol; Santamaria, Nick; Call, Evan and Clark, Michael (2013). <i>“Use of Wound dressings to enhance prevention of pressure ulcers caused by medical devices”</i> . Original Article. International Wound Journal ISSN 1742-4801;
3º	Cooper, Karen (2013). <i>“Evidence-Based Prevention of Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit”</i> . American Association of Critical-Care Nurses, Volume N.º 33, N.º 3;
4º	Walker. J. (2012). <i>“Pressure ulcers in cervical spine immobilization: a retrospective analysis”</i> . Journal of wound care, Volume 27, N.º 7;
5º	Como, John; Diaz, Jose; Dunham, Michael; Chiu, William; Duane, Therese; Capella; Holevar, Michele; Khwaj, Kosar; Mayglothling, Julie; Shapiro, Michael (2009). <i>“Practice Management Guidelines for Identification of Cervical Spine Injuries Following Trauma: Update From the Eastern Association for the Surgery of Trauma Practice Management Guidelines Committee”</i> . The Journal of Trauma, Volume: 67, N.º 3;
6º	Jacobson, Therese; Tescher, Ann; Miers, Anne (2008). <i>“Improving Practice. Efforts to reduce occipital pressure ulcers”</i> . JNurs Care Qual, Volume 23, N.º 3;
7º	Powers, Jan; Daniels, Dawn Daniels; McGuire, Carolyn; Hilbish, Chris (2006). <i>“The Incidence of Skin Breakdown Associated With Use of Cervical Collars”</i> . Journal of trauma Nursing, Volume: 13, N.º4;
8º	Jones,Joan; Thomas, Carmei; Bordeaux, Robert. (2002). <i>“The Management and Prevention of Rigid Cervical Collar Complications”</i> . Orthopaedic Nursing, Volume: 21, N.º 4;

De seguida, apresento em quadros as características do estudo e os principais resultados.

Quadro 2: Características e resultados do estudo de Ham et al (2014):

Artigo	Autor Ano	Tipo de Estudo	Objetivos	Amostra
1º	Ham et al (2014)	Estudo Retrospectivo	Comparar a ocorrência de úlcera de pressão antes e após a implementação de intervenções preventivas e identificar fatores de risco.	88 Doentes vítimas de trauma em Unidade de Cuidados Intensivos, avaliados até aos 14 dias de internamento no período de 2006 a 2008.

Principais Resultados

Na unidade de cuidados intensivos o colar rígido deve ser substituído por um colar de longa duração, semirrígido. Vigiar a pele e aliviar a pressão.
--

Dos 88 doentes da amostra, 44 foram internados em 2006 e os outros 44 foram internados em 2008, em 2006 as intervenções preventivas passavam pela utilização de colchões de alívio de pressão, em 2008 foram acrescentadas duas intervenções de enfermagem que passavam pela remoção do colar cervical precoce (<24horas) para otimização do diagnóstico e a colocação de um anel de espuma na região occipital. Na admissão a maior parte dos doentes tinha risco de desenvolver úlcera de pressão, mas apenas 1 desenvolveu nos primeiros 14 dias, logo uma incidência de 1/88. Devido a esta baixa incidência, não foi possível identificar fatores de risco significativos para o desenvolvimento de úlceras de pressão relacionadas com o uso do colar cervical nem avaliar o efeito das intervenções preventivas. A amostra tinha como fatores de risco a considerar: o tempo de permanência do colar, o tempo de internamento, a ventilação mecânica e a gravidade do traumatismo. Consideram como intervenções importantes relatadas em outros estudos: a mudança de um colar rígido para um colar semirrígido, a avaliação da pele e o alívio da pressão. Sugerem mais investigação nesta área, com estudos experimentais e amostras maiores.

Quadro 3: Características e resultados do estudo de Black et al (2013):

Artigo	Autor Ano	Tipo de Estudo	Objetivos	Amostra
2º	Black et al (2013)	Descritivo	Conhecer as medidas para a prevenção das úlceras de pressão relacionadas com os dispositivos médicos	Utilizaram amostras de outros autores

Principais Resultados

Os dispositivos médicos devem ser removidos logo que possível e mudados de posição quantas vezes seja possível para o alívio da pressão. É importante avaliar a pele na mudança de posição e ter material seguro que não aumente o risco de desenvolver úlcera de pressão.

Neste estudo, evidencia-se que o número de úlceras tradicionais tem reduzido o seu número, tornaram-se mais evidentes as úlceras de pressão relacionadas com os dispositivos médicos. Os doentes com maior risco de desenvolver úlcera de pressão relacionada com dispositivos médicos são aqueles com perceção sensorial prejudicada, tais como neuropatia e com um comprometimento da capacidade de comunicar o desconforto.

Como fatores de risco que podem causar lesão referem: a humidade da pele devido à sudorese e secreções, que em contacto com o dispositivo podem macerar a pele; o edema sob o dispositivo pode causar pressão; o material do dispositivo pode ser rígido, o que pode causar atrito e pressão; o uso incorreto, o mau posicionamento e falhas na avaliação da pele.

Comentam que os pensos de espuma podem ter benefícios na redução da pressão e absorção da humidade, os pensos como os hidrocoloíde não são recomendados por não absorverem a humidade.

O mais importante será ter um olhar atento sobre os dispositivos médicos e a pele que se encontra por debaixo deles.

Quadro 4: Características e resultados do estudo de Cooper (2013):

Artigo	Autor	Tipo de Estudo	Objetivos	Amostra
3º	Cooper (2013)	Descritivo	Abordar a evidência sobre intervenções destinadas à prevenção de úlceras de pressão.	Utilizaram amostras de outros autores.

Principais Resultados

A inspeção da pele deve ocorrer em cada turno ou mais frequentemente em doentes com risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

Em unidade de cuidados intensivos o risco de desenvolver úlcera de pressão aumenta por causa da instabilidade hemodinâmica, do uso de medicamentos vasoativos e pelo aumento do uso de dispositivos médicos.

O colar cervical é um dispositivo que aumenta o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, em estudos com vítimas de trauma com colares cervicais, o maior tempo de uso do colar está associado ao aumento do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão. O uso do colar por mais de 5 dias está associado a um risco de 38% a 55% de desenvolvimento de úlceras de pressão. O colar cervical de Aspen ou Miami podem evitar o desenvolvimento de úlcera de pressão por aplicação de menor pressão sobre a pele.

Refere que o pescoço é particularmente uma zona propensa a transpiração e humidade que pode macerar a pele e torná-la vulnerável a pressões. Assim aconselha a utilização de penso de espuma, que devem ser substituídos após a limpeza e secagem da pele do pescoço. Os pensos hidrocolóide não aliviam a pressão mas fazem reduzir a fricção e cisalhamento.

Quadro 5: Características e resultados do estudo de Walker (2012):

Artigo	Autor	Tipo de Estudo	Objetivos	Amostra
4º	Walker (2012)	Retrospectivo	Determinar a incidência de úlceras de pressão em doentes tratados com a imobilização da coluna cervical.	90 doentes com lesão da coluna entre 2005 e 2010

Principais Resultados

Este estudo abordou a importância de avaliar regularmente e acompanhar os doentes que utilizam colar cervical para minimizar complicações e garantir a otimização dos resultados.

Os doentes com imobilização cervical têm um risco aumentado de desenvolver úlceras de pressão, requerem um acompanhamento atento para monitorizar o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, bem como a gestão global da condição médica. As áreas específicas de preocupação para manter a integridade da pele são: occipital, mandíbula, queixo, orelhas, ombros, proeminência da laringe, supraescapular, esterno e outras áreas que apresentem a pele macerada.

Quadro 6: Características e resultados do estudo de Como et al (2009):

Artigo	Autor	Tipo de Estudo	Objetivos	Amostra
5º	Como et al (2009)	Retrospectivo	Gerir e Prevenir as complicações inerentes ao uso do colar cervical	Apoiaram-se em estudos já existentes

Principais Resultados

A Pressão exercida por um colar rígido é uma possível causa de úlcera de pressão, se esta estiver acima de 32mmHg, é responsável pela degradação da pele.

O colar cervical deve ser removido logo que possível (com um nível de evidência 3), citado por Ackland que corrobora, pois diz que o desenvolvimento de

úlceras de pressão aumentam em 66% por cada dia que utiliza o colar. E apresenta como fatores de risco a admissão em cuidados intensivos, a necessidade de ventilação mecânica e o tempo de libertação do colar cervical.

Assim na unidade de cuidados intensivos a remoção precoce do colar cervical diminui o aparecimento de úlcera de pressão, diminui a pressão intracraniana, diminui o número de dias de ventilação e o número de dias em unidade de cuidados intensivos e em hospital, assim como diminui a incidência de pneumonia e delírium.

Quadro 7: Características e resultados do estudo de Jacobson et al (2008):

Artigo	Autor	Tipo de Estudo	Objetivos	Amostra
6º	Jacobson et al (2008)	Experimental	Descrever os esforços de melhoria de qualidade que foram realizados para reduzir a incidência de úlceras de pressão na região occipital	44 voluntários saudáveis

Principais Resultados

Neste estudo concluíram que o colar cervical Miami J e Aspen devem ser o colar cervical padrão.

Este estudo indica os fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera de pressão: inclui o choque, o uso de vaso pressores, a imobilização da coluna cervical, o transporte pré-hospitalar longo, sobrecarga de líquidos, agitação, excesso de humidade, escala de Braden com uma pontuação de 16 ou inferior e uma incorreta observação da pele.

Descreve o medo dos profissionais de saúde no momento de avaliação da pele, pela instabilidade da coluna cervical. O que pode comprometer esta avaliação.

É importante que o colar que é colocado no local do acidente seja trocado antes das 24 horas, estes são muito rígidos e pela pressão exercida na pele provocam o fechamento capilar restringindo assim o fluxo de sangue.

O colar Philadelphia é feito de uma espuma de células fechadas, os colares Miami J e Aspen são compostos por células abertas, sendo estes últimos os aconselhados.

Quadro 8: Características e resultados do estudo de Powers et al (2006):

Artigo	Autor	Tipo de Estudo	Objetivos	Amostra
7º	Powers et al (2006)	Prospetivo e descritivo	Observar a incidência de lesão na pele relacionada com o uso de colar cervical	Uma amostra de Conveniência com 484 pessoas

Principais Resultados

A rutura de pele em estágio I e II é a complicação mais comum no uso do colar cervical, que diminui com a utilização do colar de Aspen.

Segundo Powers, a complicação mais comum associada à imobilização cervical é a rutura da pele, num estudo prospetivo, descritivo, numa amostra de conveniência de 484 doentes, a rutura de pele foi observada em 33 (6,8%) doentes com úlcera no estágio I e II e 2 com úlcera no estágio III. E verificou-se que quanto mais dias com colar cervical, será significativo para o desenvolvimento de úlcera de pressão.

Neste estudo observou que havia uma incidência muito baixa para a rutura de pele quando se utilizava o colar cervical de Aspen, que são eficazes para utilizar em doentes com suspeita de lesões na cabeça e coluna vertebral.

Testou em 20 voluntários saudáveis a pressão exercida pelo colar “*Capillary closing pressure*” (CCP) no couro cabeludo e face e verificou com os resultados obtidos no estudo que houve um aumento de pressão exercida pelo Stiff-neck e Filadélfia, e uma menor pressão exercida pelo Miami-J e Aspen. Este relata que à uma diminuição de 19 úlceras para 0 na mudança para o colar de Aspen.

E ainda conclui com 76 doentes adultos que se houver os cuidados com a pele necessários e a mudança para um colar que exerça menos pressão na pele,

a rutura na pele associada ao colar cervical pode ser eliminada. Referiu ser importante reduzir o número de dias com o colar cervical. Segundo ele estes aspetos foram os únicos encontrados na literatura, até ao momento, não houve grandes estudos que identifiquem o risco e a incidência de rutura de pele associada ao colar cervical.

Neste estudo incluíram algumas variáveis importantes como a altura e peso para o índice de massa corporal, idade, o uso de terapêutica vasoativa, ajuste apropriado, extensão do edema, nível de atividade e o tempo que permanece em cuidados intensivos.

Quadro 9: Características e resultados do estudo de Jones et al (2002):

Artigo	Autor	Tipo de Estudo	Objetivos	Amostra
8º	Jones et al (2002)	Descritivo	Descrever as intervenções de enfermagem que ajudem a prevenir as complicações do uso do colar	Não utilizam amostra

Principais Resultados

A persistência no ensino de intervenções de Enfermagem pode reduzir a incidência e a severidade das complicações do uso do colar.

O colar cervical, é utilizado no trauma da região cervical, com o objetivo de restringir a flexão e extensão do pescoço, inclinação lateral e rotação, para evitar possíveis danos na coluna vertebral, na fase aguda e reabilitação. Existem 4 colares cervicais que são usados diariamente na prática: Stiff-neck, Filadélfia, Miami-J e Aspen.

A rutura de pele foi documentada e refere que cinquenta e cinco por cento dos doentes que tiveram colar cervical desenvolveram úlcera de pressão durante 5 dias na região occipital, queixo, mandíbula, ouvidos, ombros e maceração na pele do pescoço. Refere que a pressão de 32 mmHg exercida pelo colar cervical é a causa que leva ao aparecimento de úlcera de pressão sobre os tecidos, uma vez que causa a isquemia.

Quando o doente entra no serviço é importante estabilizar a região cervical para observar a pele e couro cabeludo, avaliar a existência de erupções cutâneas, cortes, escoriações e áreas de pressão. Sendo importante manter a pele seca para evitar a maceração e abertura de pele. Deve ser verificado o tamanho, e os colares que chegam à unidade de cuidados intensivos devem ser trocados, quando estes ainda são os colares utilizados para fazer a estabilização da coluna cervical no local do acidente. Ou seja o colar utilizado inicialmente deve ser utilizado por um período curto, deve aguardar a chegada à sala de emergência e a avaliação de Rx, logo que seja possível deve ser substituído por um de longa duração. Este estudo refere ainda a importância da manutenção do colar: lavar o colar, aplicar diariamente o colar limpo e seco.

Discussão

Apesar dos avanços na área de saúde, a imobilização da coluna vertebral continua a ser o elemento chave em lesões da coluna vertebral. E assim torna-se um desafio para os profissionais de saúde prevenir o aparecimento de úlceras de pressão associadas aos dispositivos médicos que podem causar problemas significativos no período de recuperação, prolongado e adicional dependência dos cuidados de saúde.

Analisei que a literatura evidencia as diretrizes da National and the European Pressure Ulcer Advisory Panel (2009), para a prevenção da úlcera de pressão baseada na evidência. Diretrizes que recomendam a implementação de uma política de avaliação de risco estruturada, a avaliação regular da pele, hidratação da pele, avaliação e otimização do estado nutricional, o reposicionamento e o alívio da pressão.

Mas estas são diretrizes gerais para prevenir a úlcera de pressão, não são especificamente dirigidas para a prevenção da úlcera de pressão associadas a dispositivos médicos, que nos dias de hoje sem tem tornado um problema, que requer especial atenção.

Ao longo do estágio observei ser uma preocupação na Unidade de Cuidados Intensivos, a prevenção de úlceras de pressão associadas aos

dispositivos médicos, uma vez que a sua incidência é elevada. Em relação ao uso do colar cervical observei úlceras de pressão desde o estágio I até ao estágio III, desde o eritema não branqueável até à ferida com presença de tecido necrótico. Para Cooper (2013:65) os Enfermeiros da Unidade dos Cuidados Intensivos têm um desafio único de identificar as intervenções apropriadas para prevenir o aparecimento e desenvolvimento de úlceras de pressão nos doentes que se encontram em estado crítico, acompanhados de inúmeros dispositivos médicos e terapêutica vasopressora.

As intervenções de enfermagem realizadas devem contribuir para a prevenção do aparecimento de úlcera de pressão, assim penso que o ponto de partida deve ser a utilização da Escala de Braden, para a avaliação do risco. Nenhum estudo investigou o valor preditivo da utilização da Escala de Braden em doentes com trauma, com risco de desenvolver úlcera de pressão associada ao uso do colar cervical. Mas é importante que os Enfermeiros a apliquem, estejam atentos aos fatores de risco e desenvolvam intervenções preventivas. Verifiquei no serviço onde me encontro a realizar o estágio que os Enfermeiros mostram interesse sobre este registo, mas não é registado pela falta de registo informático.

Nos estudos analisados, as intervenções preventivas documentadas para prevenir o aparecimento de úlcera de pressão associada ao uso de colar cervical, devem compreender o alívio da pressão, a inspeção da pele e couro cabeludo e cuidados de higiene da pele.

Relativamente ao alívio de pressão, verifiquei que é realizada a troca do colar cervical à chegada ao serviço, e é feita a escolha do tamanho adequado do colar Philadelphia para a substituição, este é único colar cervical disponível no serviço, este é confeccionado em espuma, com suporte mentoniano e occipital em plástico rígido. Nos estudos encontrados este não é o mais indicado pela pressão que exerce, recomendam o uso do colar de Aspen que é constituído por duas peças semirrígidas de polietileno, com um forro macio de espuma, uma abertura anterior para uma traqueostomia, e tiras de velcro para fácil colocação e retirada. A sua tecnologia inovadora permite o ajuste da altura. As restrições de movimento são flexão e extensão (55-60%), a rotação (60%) e flexão lateral (60%). A substituição do colar é feita, mas não pelo colar recomendado nos estudos, pelo que consegui apurar no serviço o colar Philadelphia é único colar existente no hospital para substituir os colares que são colocados no momento do acidente.

A inspeção da pele é realizada à chegada ao serviço uma vez que a maioria das lesões de coluna vertebral acontecem por acidente na rua, são prestados os cuidados de higiene no local com água e sabão, a pele é observada e seca. Estes cuidados são realizados o número de vezes necessário para evitar o calor e humidade nesta zona, com a estabilização da região cervical. E ainda são aplicadas espumas de poliuretano no colar cervical que são flexíveis, ajustando-se com facilidade, absorvem a humidade, previnem e reduzem a fricção. Estas são trocadas sempre se encontrem húmidas ou sujas. Não é aplicado creme hidratante nesta área para não haver presença de humidade.

Esta necessidade de manter o colar cervical mesmo com elevado risco de desenvolver úlcera de pressão, incute nos profissionais de saúde um olhar muito atento e exigente das complicações inerentes, assim devem ser realizadas intervenções de enfermagem para diminuir a sua incidência. Apresento assim, o Diagnóstico de Enfermagem segundo a NANDA (2012) e Intervenções de Enfermagem que os enfermeiros da unidade devem realizar segundo a NIC (2010) (uma vez que a linguagem CIPE não está implementada), com o apoio da revisão integrativa da literatura que realizei:

Diagnóstico de enfermagem

❖ **Risco de integridade da pele prejudicada** (NANDA, 2012): Risco da pele ser alterada de forma adversa.

Caraterísticas definidoras: a necessidade prolongada de uso do colar cervical.

Fatores de risco: fatores mecânicos (pressão exercida pelo colar), humidade, imobilização física, sensações sensoriais prejudicadas.

Intervenções/atividades:

Prevenção de úlceras de pressão (NIC,2010): Prevenção de úlceras de pressão em indivíduo com alto risco de desenvolvê-las.

- Usar um instrumento conhecido de avaliação de riscos para monitorizar os fatores de risco individuais (Escala de Braden – Doentes com um resultado de Alto risco para o desenvolvimento de úlcera de pressão);
- Documentar a existência de úlcera pelo trauma à chegada ao serviço;
- Trocar o colar cervical para o colar de Aspen, por exercer menos pressão (como este colar não existe nos recursos materiais do hospital, deve ser utilizado o colar Philadelphia);
 - Adequar o tamanho do colar ao doente;
 - Observar a condição da pele na admissão e diariamente;
 - Monitorizar o surgimento de áreas avermelhadas atentamente;
 - Prestar os cuidados de higiene na região cervical com água e sabão nos cuidados de higiene, no posicionamento ou o número de vezes necessário;
 - Secar a pele;
 - Remover a humidade excessiva da pele;
 - Examinar a pele e couro cabeludo no posicionamento ou o número de vezes necessário;
 - Não aplicar creme para reduzir a humidade;
 - Aplicar as espumas de poliuretano;
 - Remover o colar logo que seja possível por indicação médica.

Estas intervenções de enfermagem vão de encontro à evidência científica existente sobre este assunto, penso que à sua aplicação na prestação de cuidados é um processo simples, pelo que devem ser colocadas em prática para minimizar os efeitos secundários provocados por um dispositivo médico que é tão necessário na estabilização da coluna vertebral. Não me foi possível definir o nível de evidência destas intervenções, estas foram elaboradas de acordo com os estudos encontrados, pelo que observei ao longo do estágio e pela minha prática profissional.

Penso que um aspeto muito importante a ter em conta nos doentes com lesão vertebral, é uma avaliação médica diária e sempre que necessário com o

recurso de meios complementares de diagnóstico para retirar o mais precoce possível o colar cervical.

É igualmente importante que o enfermeiro responsável do doente aplique as intervenções de enfermagem descritas, elabore o melhor plano de cuidados e faça uma correta gestão dos cuidados.

Ao longo das 180 horas de permanência no serviço, acompanhei de perto 4 doentes com lesão da coluna vertebral e com necessidade do uso de colar cervical, nestes tive oportunidade de trocar o colar cervical, observar a pele, prestar cuidados de higiene, manter a pele seca e utilizar espumas de poliuretano nos posicionamentos e cuidados de higiene. Observei que dois doentes mantiveram a pele íntegra, os outros dois desenvolveram úlcera de pressão, um deles em estágio I na região da clavícula e mento, sendo feita uma maior vigilância nestas zonas, mantidas as espumas de poliuretano e os cuidados de higiene para remover a humidade, o outro doente desenvolveu uma úlcera de pressão no estágio III na região occipital, com presença de tecido desvitalizado e necrótico, sendo realizados os cuidados de tratamento da ferida necessários e foi realizada a remoção do colar cervical por indicação médica.

Conclusão

Com toda a revisão integrativa da literatura, aprofundei conhecimentos que responderam a minha questão problema, assegurei a pertinência do estudo, clarifiquei a informação, dando resposta a uma necessidade do serviço.

Analisei 8 artigos com metodologia quantitativa, que me permitiram identificar os fatores de risco e as intervenções de enfermagem dirigidas ao doente com colar cervical para prevenir o aparecimento da úlcera de pressão. Concluí que os cuidados mais importantes centram-se no alívio de pressão e observação da pele, sendo importante que as intervenções de enfermagem evidenciadas nesta revisão façam parte integrativa do plano de cuidados do doente com colar cervical. Com refere Albuquerque (2014), é imperativo que medidas preventivas sejam institucionalizadas com envolvimento de toda a equipa de enfermagem.

Penso que seria importante mais investigação sobre este assunto, uma vez que as lesões na pele provocadas pelo colar cervical deixam cicatrizes bem visíveis na pele do doente e o couro cabeludo com alopecia. Espero ter dado um contributo pertinente e positivo ao serviço, e que as minhas conclusões se façam a chegar a toda a equipa do serviço.

Este tema para mim foi muito gratificante, apresentou algumas limitações pela pouca informação existente sobre este assunto, também pela inexistência de evidência científica na língua portuguesa e ainda porque foi a primeira vez que realizei este tipo de revisão da literatura.

Referências bibliográficas

- Albuquerque, Montenegro; Souza, Maria; Torres, Valdicleia; Porto, Virginia; Soares, Maria; Torquato, Isolda (2014). “*Avaliação e Prevenção da Úlcera por pressão pelos Enfermeiros de Terapia Intensiva: Conhecimento e Prática*”. Artigo original. Revista de Enfermagem UFPE, p.1-12;
- Barbosa, Taís; Beccariall, Lúcia; Polettill, Nádia (2014). “*Avaliação do risco de úlcera por pressão em UTI e assistência preventiva de Enfermagem*”. Revista de Enfermagem UREJ, p.353-357;
- Black, Joyce; Alves, Paulo; Brindle, Christopher; Deaely, Carol; Santamaria, Nick; Call, Evan and Clark, Michael (2013). “*Use of Wound dressings to enhance prevention of pressure ulcers caused by medical devices*”. Original Article. International Wound Journal ISSN 1742-4801;
- Como, John; Diaz, Jose; Dunham, Michael; Chiu, William; Duane, Therese; Capella; Holevar, Michele; Khwaj, Kosar; Mayglothling, Julie; Shapiro, Michael (2009). “*Practice Management Guidelines for Identification of Cervical Spine Injuries Following Trauma: Update From the Eastern Association for the Surgery of Trauma Practice Management Guidelines Committee*”. The Journal of Trauma, Volume: 67, N.º 3;
- Cooper, Karen (2013). “*Evidence-Based Prevention of Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit*”. American Association of Critical-Care Nurses, Volume N.º 33, N.º 3;
- Ham, Wietske; Schoonhoven, Lisette; Galer, Anju; Shortridge-Baggett. (2014). “*Cervical Collar–Related Pressure Ulcers in Trauma Patients in Intensive Care Unit*”, Volume: 21, N.º 3;
- Jacobson, Therese; Tescher, Ann; Miers, Anne (2008). “*Improving Practice. Efforts to reduce occipital pressure ulcers*”. JNurs Care Qual, Volume 23, N.º 3;
- Jones,Joan; Thomas, Carmei; Bordeaux, Robert. (2002). “*The Management and Prevention of Rigid Cervical Collar Complications*”. Orthopaedic Nursing, Volume: 21, N.º 4;

- Powers, Jan; Daniels, Dawn Daniels; McGuire, Carolyn; Hilbish, Chris (2006). "*The Incidence of Skin Breakdown Associated With Use of Cervical Collars*". Journal of trauma Nursing, Volume: 13, N.º 4;
- Walker. J. (2012). "Pressure ulcers in cervical spine immobilisation: a retrospective analysis. Journal of wound care". Volume 27, N.º 7.

