



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Rumo aos Cuidados Especializados

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

Diana Teresa Ginjo Jantarada

Abril 2013



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Rumo aos Cuidados Especializados

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

Por Diana Teresa Ginjo Jantarada

Sob orientação de Prof^a Maria Amélia Ferreira

Abril 2013

RESUMO

O presente relatório ilustra o percurso realizado durante o período de estágio do quinto curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, que decorreu do período de 26 de Abril de 2012 a 2 de Fevereiro de 2013, dividido em três Módulos cada um com 180 horas. Modulo I - estágio no Serviço de Urgência, Módulo II - estágio no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e Modulo III - Modulo de Opção – estágio na Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente (UCIP). Todos eles realizados na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) – Hospital Pedro Hispano (HPH).

Estruturei-o em três domínios de competências, Prestação de Cuidados, Gestão e Formação, adotando como metodologia o método descritivo analítico, assim como crítico-reflexivo sobre as atividades levadas a cabo, apoiada no Projeto de Estágio e nos Portfólios realizados nos três estágios, procurando obter conhecimento *in loco* mas também conhecimento fundamentado na evidência teórico-científica.

A motivação aliada à vontade de crescer a nível pessoal e profissional, a fácil integração e a autonomia crescente foram facilitadoras da aprendizagem, permitindo-me adquirir habilidades e competências de Enfermeira Especialista. A cada estágio desenvolvi competências e habilidades, o que necessariamente se repercutiu nos estágios seguintes, como foi demonstrado pelo grau de reflexão progressivamente mais profundo, assim como a cada tomada de decisão pude através do juízo crítico tornar-me mais assertiva, reflexiva e com alto grau de responsabilidade.

Todo o documento é acompanhado de reflexão crítica e da demonstração da capacidade de integrar conhecimentos na prática e adequar comportamentos rumo aos cuidados diferenciados e à excelência como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Em suma, o presente relatório apresenta e acompanha o meu crescimento e evolução nas áreas do saber-saber, saber-fazer e saber-estar.

ABSTRACT

This report describes the work achieved during the training period of the fifth Master in Nursing with Specialization in Medical Surgical Nursing, occurred between April 26th and February 2nd 2013, divided into three modules, each one with 180 hours. Module I – training at Emergency Department, Module II – training at Intensive Care Service (SMI) and Module III – Option Module – training at Intermediate Care Multipurpose Unit (UCIP). They were all performed at Local Healthcare Unit of Matosinhos (ULSM) – Hospital Pedro Hispano (HPH).

It is structured into three areas of competence – Healthcare, Management and Training – adopting the descriptive-analytic method, as well as the reflective-critical regarding the activities carried out, supported in the Training Project and in the portfolios of the three trainings, seeking knowledge *in loco* but also knowledge based on theoretical and scientific evidence.

Motivation along with the willingness of personal and professional growth, the easy integration and increasing autonomy were facilitators of learning, allowing me to acquire skills and competences of Specialist Nursing. At each training period I developed skills and competences, which reflected in the next training periods, as demonstrated by the degree of reflection progressively deeper, as well as at every decision-making I became more assertive, reflective and with high level of responsibility.

The all document is accompanied with critical reflection and demonstration of the skill to incorporate knowledge into practice and adapt behaviors towards the differentiated cares and excellence as Specialist Nurse in Medical Surgical Nursing.

In short, this report describes and follows my growth and evolution in the areas of know-know, know-do and know-be.

ABREVIATURAS

Enf.^a – Enfermeira

Enf.^{as} – Enfermeiras

Enf.^o - Enfermeiro

mmHg – Milímetros de mercúrio

SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

CVC - Cateter Venoso Central

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EEMC - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica;

ER – Enfermagem de Reabilitação

EPE - Entidade Pública Empresarial

HCIS – Health Care InformationSystem

HSJ - Hospital São João

IRA – Insuficiência Renal Aguda

IRC – Insuficiência Renal Crónica

LA - Linha Arterial

NE - Nutrição Entérica

OBS – Serviço de Observações

PAC - Pneumonia Adquirida na Comunidade

PIA - Pressão Intra-Abdominal

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SABA - Solução Anti-sética de Base Alcoólica

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SCA - Síndrome Coronário Agudo

SE – Sala de Emergência

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

TC – Tomografia Computorizada

UCP - Universidade Católica Portuguesa

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

UCIP – Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

“O ser humano é um todo unificado possuindo uma integridade individual e manifestando características que são mais do que a soma das suas diferentes partes.”

(Rogers)

AGRADECIMENTOS

Ex^a Sr^a Professora Maria Amélia Ferreira pela orientação, disponibilidade, acompanhamento e sobretudo motivação;

A todos os enfermeiros dos vários serviços onde efetuei estágio e em especial aos meus tutores, que contribuíram para o desenvolvimento de várias competências;

Aos meus amigos e colegas e em especial à minha família que me deu sempre o seu apoio incondicional.

ÍNDICE

1.INTRODUÇÃO	15
2.DOMÍNIOS DE AÇÃO E INTERVENÇÃO	21
2.1. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	23
2.1.1 – Objetivos Específicos	24
2.1.2 – Competências Desenvolvidas	47
2.2. GESTÃO	48
2.2.1 – Objetivo Específico	49
2.2.2 – Competências Desenvolvidas	53
2.3. FORMAÇÃO	53
2.3.1 – Objetivo Específico	54
2.3.2 – Competências Desenvolvidas	59
3.CONCLUSÃO	61
4.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

ANEXOS

Anexo I – Poster “Higienização das Mãos – Sensibilização”	73
Fundamentação teórica	
Planeamento da sessão	
Poster	
Anexo II – Formação “Drenagem Torácica”	83
Fundamentação teórica	
Planeamento da sessão	
Apresentação	
Anexo III – Formação “Nutrição Entérica”	119
Fundamentação teórica	
Planeamento da sessão	
Apresentação	

1.INTRODUÇÃO

A aprendizagem é o processo através do qual o aluno adquire ou aprende algo de novo, estando ligada às modificações das estruturas cognitivas de modo a alterar, melhorar ou completar os conhecimentos já adquiridos ou a adquirir novos conhecimentos. Permite ao ser humano adaptar-se às condições do ambiente assegurando-lhe a flexibilidade do seu comportamento.

A mudança do paradigma de ensino e aprendizagem introduzido pela Declaração de Bolonha (EUROPEAN HIGHER EDUCATION AREA, 1999) baseado num modelo de aprendizagem centrado no aluno, sendo o desenvolvimento de competências adquiridas em contexto de prática real de trabalho o pilar da educação e da aprendizagem. Veio alterar o percurso de desenvolvimento profissional do aluno/enfermeiro, implicando uma prática em estágio para a aquisição de um saber especializado e um aprofundamento de competências nos diferentes domínios, permitindo ao enfermeiro especializar-se na sua área de intervenção dotando-o de um elevado grau de adequação dos cuidados de enfermagem, demonstrando e mobilizando um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades de resposta às necessidades de saúde do indivíduo.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) define Enfermeiro Especialista como *“é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.”*

O campo de intervenção e ação da Enfermagem Médico-Cirúrgica é o sujeito sob efeitos de processos de saúde/doença crítica ou falência orgânica com possível risco de vida. Com o objetivo de readaptação funcional e reinserção social com vista à promoção da saúde e prevenção da doente e/ou seu tratamento.

No Curso de Pós-Licenciatura com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) pretende-se a aquisição, desenvolvimento e integração de competências e saberes para a assistência de enfermagem avançada à pessoa adulta e idosa com doença

grave ou em estado crítico, permitindo a prestação de cuidados especializados e de excelência. Onde as competências adquiridas resultam de um período de aprendizagem teórica e outro de experimentação e execução prática em campos de estágio em meio hospitalar.

É através e em contexto de prática que a enfermagem se valoriza e evolui, sendo a realização de estágios que permite ao aluno/profissional a aquisição de saberes e competências. Tal como refere SILVA e SILVA (2004: 103) *“a competência só existe quando é aplicada, quer isto dizer que o local da aplicação intervém na produção de competências e significa que a produção de competências não cabe só à escola, mas também ao local de trabalho.”*

O estágio decorreu ao longo do segundo e terceiro semestre e foi constituído por três módulos: Módulo I - Estágio no Serviço de Urgência a decorrer no período compreendido entre 26 de Abril a 23 de Junho de 2012, Módulo II - Estágio no Serviço de Medicina Intensiva a decorrer no período de 1 de Outubro a 24 de Novembro de 2012, e Módulo III - Módulo de Opção – Estágio na Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente no período de 26 de Novembro de 2012 a 2 de Fevereiro de 2013. Todos foram realizados na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E – Hospital Pedro Hispano.

Durante este período e de acordo com o previsto no regulamento de estágio da UCP foram cumpridas 750 horas de trabalho, das quais, 210 horas foram de trabalho individual e as restantes 450 horas foram de contato divididas pelos 3 Módulos cada um com 180 horas. Sendo as 180 horas de cada módulo cumpridas em turnos sob supervisão de um/duos tutor(es) de cada um dos serviços.

A escolha desta unidade hospitalar para a realização de todos os estágios recaiu no facto de ser uma unidade com características diferentes da realidade do Centro Hospitalar São João E.P.E. – Hospital São João (HSJ), instituição onde exerço funções. Assim a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) E.P.E. – Hospital Pedro Hispano (HPH) é uma unidade hospitalar Médico-Cirúrgica com prestação de cuidados ao indivíduo adulto/idoso. Dispondo de valências que tornariam viável a aquisição e produção de conhecimento, assim como o desenvolvimento e aquisição de competências na área de especialização MC. Também por permitir e facilitar a integração na dinâmica e funcionamento comum aos três locais de estágio, como por exemplo o uso de sistema de

informação SAPE, sendo esta unidade hospitalar pioneira no desenvolvimento e aplicação da CIPE/SAPE.

A Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) E.P.E. – Hospital Pedro Hispano (HPH) foi inaugurada oficialmente a 20 de Março de 1997. Trata-se de uma unidade hospitalar Médico-cirúrgica que presta cuidados hospitalares diretos à população do Concelho de Matosinhos, Concelho da Maia e ainda cuidados hospitalares de referência à população de Vila o Conde e Povia de Varzim. Estando articulado a um nível inferior (com Urgência Básica) com o Centro Hospitalar de Vila do Conde - Povia de Varzim, mas também a um nível superior com o Centro Hospitalar de São João E.P.E. e o Centro Hospitalar do Porto E.P.E.

Integrada na Rede de Referência Hospitalar do Norte, mantém relações de complementaridade e apoio técnico com outras instituições como: Hospital Magalhães Lemos, Instituto Português do Sangue, Instituto de Medicina Legal, entre outros.

Toda a rede de articulação da ULSM-HPH com outras instituições permite garantir o acesso de todos os utentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, sustentando um sistema integrado interinstitucional centrado nas necessidades da população.

O primeiro Modulo I - Estágio no Serviço de Urgência decorreu no período compreendido entre 26 de Abril a 23 de Junho de 2012. O Serviço de Urgência (SU) da ULSM – HPH, trata-se de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico sendo o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência. Cumpre com os requisitos exigidos pela Direção Geral de Saúde, dispondo de valências clínicas e serviços de apoio necessários à população que serve. Contempla os seguintes setores: dois Gabinetes de Triagem, Sala de Emergência, Sala de Trabalho de Enfermagem, Sala de Pequena Cirurgia e Gabinete de Cirurgia geral, Sala de Ortopedia com sala de gessos, Sala de Inaloterapia, Unidade de Rápido Diagnóstico, Unidade de Observação (OBS) integrando a Unidade de Dor Torácica (UDT) e Sala de Radiologia. Sendo um SU permanente, 24 horas por dia de segunda a domingo.

De acordo com o MINISTÉRIO DA SAUDE (2001) os serviços de urgência são: “(...) *serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médica.*” Entendendo-se, segundo o mesmo, por urgência e emergência

médica “(...) a situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais.”

O enfermeiro em Serviço de Urgência tem de ter a capacidade de lidar com situações complexas e imprevistas requerendo e exigindo deste conhecimentos, capacidade de inovar, de se antecipar, intuição e sensibilidade com uma prática alicerçada e baseada na evidência.

A abordagem e avaliação do doente em contexto de urgência/emergência tem por base uma tomada de decisão rápida e objetiva em equipa multiprofissional, onde o enfermeiro deve saber o seu plano de atuação, existindo uma perfeita sintonia e integração com a correta metodologia de atendimento.

O Módulo II - Cuidados Intensivos – foi realizado no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e decorreu no período de 1 de Outubro a 24 de Novembro de 2012. É um Serviço do foro médico-cirúrgico, localizado no piso -1 da ULSM-HPH com abertura a 29 de Março 2004.

É constituído por uma equipa multiprofissional de 50 elementos dos quais 29 são enfermeiros, onde detém uma Enf^a Chefe, uma Enf^a Especialista em Enfermagem de Reabilitação, uma Enf^a de Referência, vários Enfermeiros e Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A lotação da Unidade é de 12 camas das quais 7 distribuídas em "Open Space" e 5 unidades de isolamento, tendo também uma zona de acesso ao serviço e uma zona de apoio ao mesmo.

A minha prática e experiência profissional decorre de um Serviço de Medicina Interna no Centro Hospitalar São João, E.P.E. – Hospital São João, E.P.E. (HSJ). Pelo que os cuidados intensivos são uma área que me é desconhecida e posso mesmo dizer que é um "mundo novo" na prática e de conhecimentos a nível pessoal e profissional. Tendo prestado cuidados ao doente crítico com patologias diversas, evidenciando-se os distúrbios do foro respiratório, secundários a uma doença de base e/ou a complicações decorrentes de situações súbitas e em situação de disfunção multiorgânica. Contudo durante este percurso fui adquirindo competências que se foram aperfeiçoando.

Trabalhar numa UCI requer por parte do enfermeiro conhecimentos teóricos e práticos atualizados bem como empenho e dedicação para dar resposta a todas as necessidades inerentes às alterações de saúde neste tipo de doentes.

A escolha do SMI da ULSM – HPH recaiu no facto de considerar que era um serviço que me iria permitir adquirir, e que se concretizou, uma grande variedade de

experiências e o desenvolvimento de competências no domínio da abordagem, estabilização e acompanhamento do doente com disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, em que a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica e de cuidados de Enfermagem de elevada qualidade.

O Modulo III - Modulo de Opção – foi realizado na Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente (UCIP) no período de 26 de Novembro de 2012 a 2 de Fevereiro de 2013. Fica localizada no piso 1 da ULSM-HPH e foi aberto em Maio de 2011. Constituída por uma equipa de 23 enfermeiros dos quais: Enf^ª Chefe – EEMC, Enf^ª Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Enf^ª de Referência - com EEMC e uma Enf^ª com EEMC, também constituída por médicos, assistentes operacionais e uma assistente técnica.

É uma unidade que foi reestruturada a nível de espaço físico e da equipa multiprofissional, unindo a Unidade de Cuidados Intermédios Médica e a Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgica. É constituída por 2 áreas clínicas perfazendo um total de 13 camas, uma principal constituída por 10 camas: 4 quartos de isolamento com antecâmara de pressão negativa e 2 sem antecâmara e pressão negativa, as restantes 6 camas e a área secundária constituída por 3 camas que se encontram separadas por cortinas. Também contempla uma zona de apoio a estas duas áreas clínicas com vários gabinetes, salas e armazéns e uma zona de apoio exterior à UCIP.

A UCIP da ULSM – HPH é uma unidade que tal como o nome indica, polivalente, recebe doentes do foro médico, cirúrgico, cardíaco, ortopédico, otorrino, trauma, entre outros, onde a possibilidade de contactar com toda esta multiplicidade de situações fez-me optar por esta unidade e considera-la um excelente local para a aquisição e aperfeiçoamento de competências na área de especialização de EMC. O doente do foro cirúrgico foi aquele ao qual direcionei mais atenção, mas sem descorar todas as oportunidades de aprendizagem proporcionadas pela abordagem de outro tipo de doentes presente. O doente do foro cirúrgico é uma área que me fascina e da qual sempre gostei. Também, e porque a minha prática diária decorre de um Serviço de Medicina Interna, a abordagem do doente com AVC, DPOC agudizada com necessidade ou não de ventilação não invasiva, PAC, SCA com necessidade ou não de cateterismo cardíaco torna-se prática recorrente no meu serviço.

O relatório encontra-se organizado de forma a ilustrar o caminho realizado na concretização dos objetivos delineados no Projeto de Estágio assim como ser elucidativo

das competências desenvolvidas no domínio da EMC. Está estruturado em três domínios de competências: Prestação de Cuidados, Gestão e Formação com o intuito de o leitor compreender o meu percurso e evolução, tendo sempre por base o REPE e o Código Deontológico. Adotei como metodologia o método descritivo analítico, assim como crítico-reflexivo sobre as atividades levadas a cabo, apoiada no Projeto de Estágio e nos Portfolios realizados nos três estágios, procurando obter conhecimento *in loco* mas também conhecimento fundamentado na evidência teórico-científica.

Este relatório descreve o processo de desenvolvimento pessoal e profissional ao longo dos três locais de estágio: Serviço de Urgência, Serviço de Medicina Intensiva e Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente.

Os objetivos deste relatório são:

- *Descrever as atividades desenvolvidas durante os três módulos de estágio;
- *Demonstrar capacidade de reflexão, decisão e pensamento crítico sobre a prática clínica e ações realizadas;
- *Fundamentar a prática e a evolução em estágio;
- *Descrever as competências adquiridas/desenvolvidas durante o estágio.

2. DOMÍNIOS DE AÇÃO E INTERVENÇÃO

À medida que aumentam os conhecimentos, aumenta a panóplia de escolhas para a prestação de cuidados, pelo que as decisões se tornam cada vez mais significativas e assertivas e com repercussões na qualidade dos cuidados. Obrigando a Enfermagem a uma constante e contínua adaptação, redefinição e à constante mudança provocada pelo que a rodeia, obrigando também o enfermeiro a toda uma aquisição de saberes e competências diferenciadas no domínio da prestação de cuidados, gestão e formação, tendo sempre como ponto de referência e base de atuação o REPE e o Código Deontológico.

MONIZ (2003: 27) citando WALTER afirma, *“os saberes mobilizados no contexto da profissão de enfermagem, são fruto de uma mobilização teórica e prática de uma multiplicidade de conhecimentos especializados, adquiridos ao longo de toda a formação inicial e, posteriormente, com a experiência profissional.”*

O REPE no artigo 4 define Enfermagem como *“a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenha, melhores ou recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”* Sendo o enfermeiro um profissional que cuida de pessoas, tem conhecimentos de componente científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

O Cuidar da pessoa ao longo do ciclo vital requer um conjunto de competências gerais e cabe ao Enfermeiro Especialista, tal como refere a Ordem dos Enfermeiros (2007), *“(...) proporcionar benefícios essenciais para a saúde da população, nomeadamente de cuidados. Contribuir igualmente para o progresso da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática baseada na evidência.”*

A prestação de cuidados de saúde reveste-se de uma particular complexidade e de uma multiplicidade de fatores intervenientes, desde fatores fisiológicos, aos fisiopatológicos, aos psicológicos, aos emocionais, aos económicos e sócio-familiares, entre outros, onde nem sempre a compreensão integral e integrada se revela eficazmente na prática.

A necessidade de aprofundar conhecimentos fez-me procurar mais informação, para isso recorri a pesquisa bibliográfica, assim como á troca de ideias com os tutores bem como com os restantes elementos das equipas de enfermagem, abordando por vezes as equipas médicas.

Desta forma, a prática do Enfermeiro Especialista em EMC, tem como princípio básico a prestação de cuidados fundamentados numa moral de cooperação e respeito mútuos, baseada na igualdade, na reciprocidade, nas relações humanas e no acordo ou contratos sociais, respeitar os direitos humanos, a liberdade e dignidade da pessoa humana, sem nunca discriminar em função de convicções (políticas, religiosas, ideológicas, filosóficas) ou de diferenças étnicas, sociais e económicas.

Foi sempre uma das preocupações e algo que demonstrei ao longo dos estágios e também como profissional, manter respeito pela ética profissional atuando de acordo com os princípios éticos universais de beneficência e não maleficência, justiça e autonomia; aceitando os valores dos costumes, das crenças espirituais e das práticas de indivíduos e grupos, prestando cuidados culturalmente e socialmente aceites e prestando cuidados respeitando a privacidade e singularidade de cada indivíduo, salvaguardado a sua autonomia, como descrito no Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro) SECÇÃO II Do código deontológico do enfermeiro.

Especialista é *“o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.”* (Regulamento n.º 122/2011).

Competências são segundo PHANEUF (2003: 177) *“um conjunto integrado de conhecimentos, de adquiridos experienciais e de evolução pessoal, próprio de um aspeto científico dos cuidados de enfermagem que (...) permite à enfermeira fazer apelo às suas habilidades cognitivas, psicomotoras, organizacionais e técnicas e manifestar comportamentos sócio afetivos adequados.”*

O Regulamento n.º 124/2011, no seu Artigo 4.º - Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica define *“1 — As*

competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica são as seguintes:

- a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;*
- b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação;*
- c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.”*

Todo este percurso visa adquirir e melhorar competências na área de especialização de EMC através de um conjunto de intervenções e atividades realizadas em campo.

2.1 - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A prestação de cuidados de enfermagem foi um dos pontos da formação à qual dei importância e valorização, por considerar que como Enf^a Especialista de EMC devo de estar junto do doente de forma a poder dar resposta ou minimizar todo o tipo de alterações que provoquem dano ou desconforto neste. PINHEIRO (1994), refere que *“O foco da enfermagem é o cliente pretendendo-se que receba cuidados individualizados de alta qualidade, nos quais participem tão ativamente, quanto possível.”*

A Ordem dos Enfermeiros (2007), refere que *“a prática clínica é a atividade nuclear do enfermeiro especialista implica competências especializadas adequadas às necessidades específicas da pessoa em cuidados de Enfermagem.”*

O REPE no seu CAPÍTULO II - Disposições gerais - Artigo 4.º Conceitos. Ponto 4, define Cuidados de enfermagem como *“as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.”* No seu Artigo 5.º Caracterização dos cuidados de enfermagem - Os cuidados de enfermagem são caracterizados por: *“1) Terem por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade.”*

A enfermagem vive numa fase onde uma das suas prioridades é a humanização dos cuidados, visando a pessoa na sua globalidade, tratar a pessoa doente em vez de tratar a

doença, sendo o seu principal objetivo proporcionar o máximo de conforto e cuidado para o doente como pessoa. Este é um conceito já bastante antigo no entanto com o passar do tempo ganhou mais importância e atenção.

O Código Deontológico no Artigo 89.º - Da humanização dos cuidados, refere: “*O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.*”

2.1.1 - Objetivos Específicos

* Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-me de forma terapêutica mantendo o respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

No Artigo 5.º do REPE, Caracterização dos cuidados de enfermagem, estes são caracterizados por: “2) *Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente.*” Aqui está presente a componente humana, onde o enfermeiro desenvolve esta capacidade da melhor forma, dando ênfase ao ouvir, ao toque, à observação atenta do doente e meio que o rodeia, à forma de expressão e reação do doente, de modo a poder ajudar a resolver ou minimizar todo o desconforto presente ou possível de surgir.

Ao longo do estágio constatei a importância que a comunicação tem na vida das pessoas, sejam elas profissionais de saúde ou não, mas principalmente para a pessoa em situação de doença e sua família. É pela comunicação que ocorre o primeiro contato com o doente e familiar, através desta é realizada uma colheita de dados – anamnese, que é analisada e interpretada no sentido de dar resolução às necessidades identificadas elaborando um plano de cuidados direcionado ao doente e de modo a prestar cuidados de enfermagem diferenciados e de excelência.

A correta e mais adequada comunicação é aquela que é apropriada para cada pessoa em função da situação em que se encontra, no seu tempo e com determinado objetivo, usando uma linguagem verbal e não-verbal.

Comunicar é um aspeto importante na abordagem ao doente. Comunicamos a todo o momento, não só quando proferimos o uso da palavra mas também pela postura adotada, pela expressão facial ou pelo toque.

Na passagem pelo SU deparei-me com situações que requereram mais atenção e preocupação. Doentes com alteração do estado de consciência, como confusão e desorientação tempo-espacial e outras limitações na comunicação como afasia exigiram uma abordagem mais cuidadosa. Uma das estratégias foi deixar o doente exprimir-se e tentar perceber o fio lógico da conversa, não o tentando orientar para a realidade. FEIL (2010), citada por PINTO et al (2011: 4) afirma que, *“a orientação para a realidade gera grande sofrimento nestes sujeitos e poucos ganhos terapêuticos e que, lhes será mais importante e benéfico validar sentimentos e emoções destes.”*

Nos doentes com limitações como afasia, a comunicação torna-se mais complexa, no sentido de não conseguir obter uma resposta verbal, no entanto, foi colmatada essa limitação usando apenas uma comunicação unidirecional, explicando todos os passos e intervenções que seriam realizados e utilizando um discurso explicativo tentando dar resposta às possíveis dúvidas que poderiam existir.

Sabia que no SMI iria encontrar doentes durante grande parte do tempo de internamento com ventilação invasiva e sedados, anulando por completo a possibilidade de comunicação. Esta situação obrigou e exigiu mais atenção e o desenvolvimento de mais sensibilidade na perceção de pequenos sinais, como a observação da expressão facial e/ou o esgar de dor.

Pude colaborar na extubação de doentes e verificar a importância que a comunicação tem nestas situações, pois a orientação que é dada ao doente passando pelo incentivo positivo após cada fase de "libertação do ventilador" são de extrema importância, são doentes que na maioria das vezes se encontram desorientados, confusos ou com afasia mista e que se encontraram privados do uso da palavra. Um doente sob sedação é um doente que pode estar em completo isolamento do mundo que o rodeia, onde o momento do acordar e do extubar poderá ser gerador de grande ansiedade. O enfermeiro está presente para minimizar ou mesmo eliminar este tipo de sentimentos e orientar o doente na melhor recuperação.

Constatee ao longo deste percurso, mas principalmente na passagem pela UCIP, talvez porque encontrei doentes que já tinham passado por um tempo de espera em enfermaria ou no SU ou mesmo por reinternamentos por complicação e agravamento do seu estado de saúde, em que estes não necessitavam de palavras, mas sim de alguém que

estive-se ao seu lado, de um gesto de compreensão ou de uma mão que pudessem tocar. No entanto verifiquei que nem sempre existia esta disponibilidade por parte de alguns enfermeiros, talvez relacionada com a rotina dos cuidados ou por ser uma característica de personalidade.

A comunicação com a família também requer uma atenção especial uma vez que este se pode apresentar ansioso, inseguro, preocupado e cheio de questões com a condição do familiar, devendo ter sempre em conta aspetos éticos e deontológico, considerando sempre a sua integração num determinado contexto social. Assim procurei sempre realizar uma comunicação correta, coerente e assertiva para com o doente e familiares.

A comunicação torna-se um dos vetores mais importantes para estabelecer uma relação terapêutica com o doente e família, está presente apenas quando a confiança é estabelecida e existe por parte do doente uma exposição de todas as dúvidas e contradições que o invadem, requerendo por parte do enfermeiro estratégias que permitam ao doente um estado de empatia e entrega. PONTES et al (2007: 313) referem, "*a comunicação não é simplesmente uma troca de mensagens entre a enfermeira e o paciente, mas é uma ação que deve ser planejada e individualizada, não sendo realizada somente por impulsos e de forma intuitiva.*" COLLIÈRE (1999: 285), referindo-se a Florence Nightingale, refere que esta já defendia que "*distribuir medicamentos e fazer pensos de feridas não seria suficiente para assegurar a sobrevivência dos doentes, mas era necessário desencadear tudo o que mobiliza a sua energia, o seu potencial de vida*". A comunicação em saúde integra-se na vida do indivíduo, da família e grupos sociais e muda conforme cada ambiente particular, sendo um valor e uma experiência pessoal e única.

*Demonstrar um nível de conhecimentos na área da EEMC.

*Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente em situação de doença aguda e donde possa resultar a morte, sequelas graves ou sofrimento, tomando decisões fundamentadas.

É prioritário nos cuidados ao indivíduo a manutenção das funções vitais, em que para isso acontecer é necessário recorrer ao progresso tecnológico usando avanços realizados na medicina aliados aos tecnológicos que têm surgido com o decorrer do tempo. Onde a ventilação invasiva ganha terreno assim como as técnicas dialíticas e toda a gama de fármacos necessários para o suporte hemodinâmico.

Nos últimos anos os cuidados intensivos transformaram-se numa importante subespecialidade, abrangendo áreas como a medicina interna, cirurgia e anestesia. Esta é uma área que está em constante evolução e numa procura de melhores estratégias de atuação perante o doente crítico, cabe também ao enfermeiro especialista manter o seu leque de conhecimentos sempre atualizado fundamentando todas as suas ações em bases científicas e recentes.

Segundo o Ministério da Saúde (2003: 6), Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos são *“locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais.”* O SMI no seu Guia de Integração define o próprio serviço como sendo *“...um serviço cujo pessoal, instalações e equipamento, são capazes de assegurar um tratamento eficaz a doentes, com uma ou mais funções vitais em risco imediato e que não é possível efetuá-lo noutra serviço do hospital.”*

Em Cuidados Intensivos o acesso a meios de monitorização diagnóstica e terapêutica permite implementar medidas de controlo contínuo de qualidade, onde e segundo HUDDLESTON e FERGUSON (2006: 10), *“assistir um doente crítico requer e exige por parte da enfermeira uma compreensão profunda dos conceitos essenciais da fisiologia, ventilação, trocas gasosas, perfusão tecidual, equilíbrio ácido-base.”*

A procura de um ambiente terapêutico onde fatores como a luminosidade e o silêncio são de grande importância e permitem diminuir a sobrecarga sensorial e um período de sono e repouso de qualidade são de elevada importância e a ter em consideração na prestação de cuidados. THELAN (1996: 622) refere *“Modifique as luzes. A iluminação ambiente deve simular os ciclos do dia/noite (...). Uma luz intensa e contínua agrava a ansiedade e promove a dessincronização do ritmo circadiano.”* Verifiquei que esta era uma “luta” da Enf^a Chefe do SMI, onde todas as manhãs existia uma necessidade de abrir as persianas das janelas do serviço de forma a entrar luz natural e assim iniciar o dia. Prática que realizo no meu local de trabalho, onde no início do turno da noite fecho as persianas e ao amanhecer as abro. O Guia Enfermagem – Enfermagem e Saúde (2011), refere como funções do sono: *Redução da fadiga, Relaxamento dos sentidos, Relaxamento dos músculos, Estabilização dos humores, Melhora do fluxo sanguíneo para o cérebro, Manutenção dos mecanismos detetores de doença do sistema imunológico, Promoção do crescimento e do reparo das células”,* funções essas que estão alteradas ou em risco de sofrerem alterações.

Em todos os atos de abordagem ao doente seja ela invasiva ou não, deixa o doente em alerta perante o desconhecido, perante algo que ele não sabe o motivo e que por conseguinte poderá gerar stress, onde a exposição de toda ou parte do corpo deste é gerador de desconforto e ansiedade. THELAN, (1998: 622) refere “*a nudez e a exposição física, embora pareça de pálida importância em comparação com prioridades como a avaliação e estabilização fisiológicas, constituem indignidades fundamentais para o indivíduo.*” A nível de estrutura física dos três locais de estágio existia sempre a possibilidade de cortinas, biombos, em alguns casos fazendo uso da imaginação e do material disponível, evitando os olhares indiscretos dos outros doentes, familiares e outras pessoas que se encontravam no serviço.

Denotei este tipo de prática ser uma preocupação de todos os elementos de todas as equipas de enfermagem nas quais estive integrada ao longo do estágio, sendo esta também uma grande preocupação como aluna e como profissional. No entanto, verifiquei que esta era uma prática descorada por alguns elementos das equipas médicas, pelo que muitas das vezes após observação médica me dirigi ao doente para o cobrir e assim diminuir a sua exposição. Na Lei de Bases da Saúde, Capítulo I Base XIV, Estatuto dos utentes, 1- Os utentes têm direito a: “*c) Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito.*”

O Código Deontológico no seu Artigo 86.º Do respeito pela intimidade, diz que “*Atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de: a) Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; b) Salvar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.*”

Quando abordei o doente para prestar algum tipo de cuidado e tive conversas com este, existiu a preocupação de ter a noção exata do conhecimento que o doente detinha do seu estado de saúde, evolução e tratamento naquele momento, bem como de tudo aquilo que estava presente na sua unidade, correndo o risco de que a informação por mim dada naquele momento pudesse causar ansiedade, desconforto ou medo. No entanto considero que deve de ser dada ao doente e família toda a informação sobre a sua evolução clínica. Assim, na Lei de Bases da Saúde, Capítulo I Base XIV, Estatuto dos utentes, 1- Os utentes têm direito a: “*e) Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado.*” A Carta dos Direitos e Deveres dos doentes no seu ponto 6 refere: “*O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde. Esta informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta*

a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente. Especificamente, a informação deve conter elementos relativos ao diagnóstico (tipo de doença), ao prognóstico (evolução da doença), tratamentos a efetuar, possíveis riscos e eventuais tratamentos alternativos. O doente pode desejar não ser informado do seu estado de saúde, devendo indicar, caso o entenda, quem deve receber a informação em seu lugar.”

Para além da procura em proporcionar um ambiente terapêutico a diminuição e eliminação de sintomas como a dor são de extrema importância.

A dor foi definida pela Direcção-Geral da Saúde como 5.º sinal vital sendo o controlo da dor um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Segundo a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) citando a International Association for the Study of Pain, a dor “*é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.*” A dor não é apenas algo físico mas também emocional onde a incapacidade de comunicar verbalmente não exclui a possibilidade de que um indivíduo esteja a experienciar dor e a necessitar de tratamento para alívio da mesma.

A dor é sempre subjetiva, é aquilo que o doente refere como tal. Cada indivíduo aprende o uso da palavra dor através de experiências relacionadas com traumatismos no início da sua vida. É de forma inquestionável uma sensação em parte ou partes do corpo, mas é também sempre desagradável, e conseqüentemente também uma experiência emocional. Segundo a CIPE (2011) dor é “*o aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de auto-proteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.*”

O doente é acompanhado pela dor em todos os processos de situação patológica, sejam eles de ordem psicológica, espiritual, social ou orgânica, podendo no seu conjunto existir uma dor total. Segundo a Direcção Geral de Saúde (2003: 1) “*A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde.*”

Antes de realizar qualquer tipo de tratamento é necessário decifrar que tipo de dor se trata assim com avaliar a sua intensidade, existindo várias escalas para esse efeito: escala analógica visual, escala numérica, escala qualitativa, escala de faces. Preconizando a

Direção Geral de Saúde (2003: 1) que a *“avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.”*

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008: 17) *“O controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa.”*

Existe uma larga variedade de terapêutica analgésica para controlo da dor, obedecendo a uma escalada terapêutica para uma dor leve são utilizados não-opioides, para uma dor moderada são usados opioides fracos e no caso de uma dor intensa são usados opioides fortes. São vários os seus meios de administração atendendo à condição em que o doente se encontra, podendo ir de uma administração oral, subcutânea, endovenosa ou transdérmica.

No entanto muitas das vezes a dor que o doente sente não precisa de uma terapêutica, mas sim de atenção, de uma conversa e do apoio do enfermeiro. Deve existir uma interação e combinação entre o tratamento farmacológico e os procedimentos não farmacológicos no alívio da dor. Procedimentos não farmacológicos como técnicas de relaxamento, de estimulação cutânea (massagem e aplicação de calor/frio), aromaterapia e musicoterapia, ou o ato de promover o conforto através do posicionamento, da diminuição do barulho, do tocar e conversar com o doente, de explicar o motivo da dor e de desviar a atenção do doente da dor que sente, e o apoio psicológico e orientação quanto às medidas tomadas para o alívio da dor; são fatores que promovem o relaxamento, a distração e, consequentemente, permitem ao doente sentir-se mais confortável.

Da prática em estágio, esta componente foi foco de atenção e preocupação em todos os doentes, pois um doente com dor apresenta um nível muito baixo de qualidade de vida, e esta altera por completo toda a recuperação, evolução e eficácia do tratamento. Pude verificar a preocupação que este sinal vital tem para todos os elementos com os quais interagi em estágio. No SMI, verifiquei que existia sempre uma perfusão de Fentanil, e a sua dose em perfusão era ajustada de acordo com a expressão facial de dor do doente em repouso ou aquando da sua mobilização e posicionamento. Na passagem pela UCIP, foram vários os doentes onde identifiquei este sinal vital e à qual a resolução era a administração de terapêutica ou mesmo ensinar o doente na auto administração através da bomba de

infusão de analgésicos controlada pelo paciente (PCA), outras vezes uma simples conversa e atenção resolveu e diminuiu a sua intensidade.

O doente quando recorre a um serviço de saúde e perante o seu estado não é o único a sentir e a sofrer a doença e a hospitalização em caso de necessidade desta. Os familiares e outras pessoas envolvidas diretamente com o doente, como o caso de cuidadores sentem e compartilham esse mesmo sofrimento, medo e dor. Aqui o enfermeiro tem um papel muito importante de orientação e ajuda para a compreensão de todo o processo e alteração recorrente do estado de saúde daquele doente. VILA (2002: 141), refere que *“é importante que o profissional de saúde dispense atenção aos familiares, ajudando-os a compreender, a aceitar e a enfrentar a doença, o tratamento e as consequências que essa nova situação impõe à vida familiar.”*

Aquilo que se pretende é que o enfermeiro não faça *“tudo ocultando ao doente a maioria das coisas (...) distrai a sua atenção. Anima-o sem lhe mostrar nada do que se vai passar nem do seu estado atual...”* (HIPOCRATES – *Sobre a decência*).

A família é por vezes o principal apoio do doente, e esta deve de ser integrada nos cuidados, sendo ela um ótimo meio de ajuda e facilitadora de todas as intervenções e cuidados necessários ao doente. VILA (2002: 141) refere, *“é preciso ter em mente que, para a família cumprir o seu papel e dar suporte à situação vivenciada pelo doente, ela também precisa de suporte para as suas necessidades físicas e emocionais.”* Foram várias as oportunidades de abordar familiares em conjunto com o doente podendo reunir a mais variada informação sobre este, desde situação habitacional, conviventes significativos, estado de dependência no domicílio, assim como dar orientações aos familiares integrando-os nos cuidados.

Em cuidados Intensivos, os cuidados são direcionados na recuperação do doente grave, onde muitos são os cuidados direcionados para o conhecimento técnico. Tal como RATTON e SERUFO (2005), referem *“os cuidados intensivos fundamentam-se no tripé: paciente grave, equipamentos de alta tecnologia e equipe multiprofissional especializada. Com conhecimentos e experiência para operacionalizar a aparelhagem e tratar o paciente.”*

Esta foi uma realidade presente ao longo do estágio, da qual sempre procurei obter e assimilar toda a experiência e informação que foi proporcionada. Assim pude colaborar com os tutores e outros elementos da equipa de enfermagem, bem como a equipe médica na colocação de CVC, LA, entubação endotraqueal.

A insuficiência renal é um quadro clínico complexo que se desenvolve quando os rins são incapazes de remover substâncias tóxicas e manter um estado de volemia adequado colocando em causa o funcionamento de diversos sistemas de órgãos. Quando não se consegue reverter a IRA é necessário implementar medidas invasivas como a colocação de um cateter de diálise e escolher a técnica dialítica que melhor se adequa à situação do doente.

Tive oportunidade de colaborar com os enfermeiros tutores do SMI na execução de várias técnicas dialíticas, na montagem, preparação e colocação em funcionamento do sistema. Assistir e colaborar na colocação do cateter de diálise. Cada vez mais o avanço tecnológico para a resolução e tratamento de complicações e alterações sistémicas está presente, sendo as técnicas dialíticas reflexo dessa evolução a passos largos.

Existe uma grande variedade de opções disponíveis para o tratamento da IRA. A ultrafiltração consiste no uso de uma membrana semi-permeável capaz de permitir a passagem de água, eletrólitos e outras substâncias de baixo peso molecular, através dos seus poros. As células do sangue, as proteínas e as substâncias de peso molecular elevado não atravessam os poros da membrana dos ultrafiltros sendo mantidas em circulação. A pressão que favorece a passagem das moléculas pelos poros da membrana é a pressão hidrostática. Esta é mais eficiente na remoção de água. No caso da hemodiálise, segundo NASCIMENTO e MARQUES (2005: 719) *“é o processo de filtração e depuração do sangue de substâncias indesejáveis como a creatinina e a ureia que necessitam ser eliminadas da corrente sanguínea humana devido à deficiência no mecanismo de filtração nos pacientes portadores de IRC. Na hemodiálise, a transferência de solutos ocorre entre o sangue e a solução de diálise através de uma membrana semipermeável artificial (filtro de hemodiálise ou capilar) por três mecanismos: a difusão, que é o fluxo de soluto de acordo com o gradiente de concentração, sendo transferida massa de um local de maior concentração para um de menor concentração, isso depende do peso molecular e características da membrana.”*

Em doentes de cuidados intensivos com IRA são usadas cada vez mais as técnicas contínuas de substituição da função renal. Estas são baseadas na hemofiltração promovendo a remoção rápida de fluidos isotónicos, sem provocar hipotensão, permitem controlo rápido e mantido da azotemia e a administração de grandes quantidades de fluidos. As técnicas contínuas podem ser divididas em arteriovenosas e venovenosas, estas últimas requerem a utilização de bomba de sangue. O equipamento utilizado no SMI era a Prisma Flex.

São vários os métodos de depuração renal, sendo os principais: hemodiálise venovenosa contínua (CVVD); a hemofiltração venovenosa contínua (CVVH), neste caso a bomba de sangue garante o adequado fluxo de sangue para manter graus de ultrafiltração (UFR) adequados. O acesso venoso é habitualmente a veia subclávia, jugular ou femoral usando um cateter de duplo lúmen e um soluto de reposição. A hemodiafiltração venovenosa contínua (CVVHD) utiliza uma bomba para infusão de soluto de hemofiltração de modo a compensar as perdas excessivas de fluidos. É o método de escolha em doentes críticos hemodinamicamente instáveis. Técnica que combina a hemofiltração e a diálise.

É importante referir o papel que o enfermeiro tem na execução desta técnica, requerendo da parte deste conhecimentos profundos sobre a sua montagem, execução e todos os cuidados para o seu correto funcionamento e cuidados para com o doente, prevenindo complicações e alterações como: hemorragia, hipotermia, alterações eletrolíticas, realizando uma monitorização hemodinâmica e avaliações eletrolíticas pelo uso da gasometria.

Por se tratar de uma técnica sobre a qual os conhecimentos eram básicos obrigou a procurar e pesquisar bibliografia, a aproveitar e estar presente em todos os momentos em que poderia ter contato com esta técnica, de modo a aprofundar e integrar nova informação e conhecimentos.

A hospitalização implica uma mudança de estatuto para o indivíduo, particularmente quando o seu estado de saúde é grave, ou envolve um procedimento invasivo, como a intervenção cirúrgica. O desconhecimento acerca do que o espera potencia bastante a intensidade da ansiedade experimentada pelo doente.

O doente cirúrgico, é um tipo de doente que é um desafio para toda uma equipa de enfermagem e médica. Dele decorre toda uma panóplia de intercorrências e alterações como necessidade de resolução, vigilância e monitorização. Onde o que se pretende é a resolução de um problema mantendo a funcionalidade, independência e o bem-estar do doente. Tal como refere FERNANDES e VENÂNCIO (2004), *“a cirurgia afeta a homeostasia do indivíduo, assim o enfermeiro na relação que estabelece com este tende desde o início a promover o restabelecimento da independência indo de encontro as suas necessidades.”*

Este tipo de doentes por norma após cirurgia, seja ela a nível de otorrino - laringectomia, ortopédico - colocação de prótese total da anca (PTA) ou gástrico - hépato-

colecistectomia, são doentes que apresentam drenos. Drenos que podem ser de pezzet, aspirativos ou mesmo com a aplicação de terapia de vácuo. Estes requerem uma vigilância da quantidade e características do conteúdo drenado, assim como da presença de sinais inflamatórios como edema, calor, rubor, exsudado no local de inserção dos drenos e da sutura operatória.

A terapia de vácuo, é uma terapia que utiliza a pressão negativa (vácuo) na ferida para melhorar e agilizar o processo de cicatrização. Toda a ferida precisa de uma boa circulação e de um bom microambiente local para cicatrizar. Aqui a pressão negativa atua de maneira muito eficiente a circulação local além de manter um microambiente ideal, fazendo com que a ferida cicatrize em um tempo muito menor que o convencional.

FERREIRA e PAGGIARO (2010: 143) referem sobre este tipo de terapia que, "*a pressão negativa atua no leito da ferida através de 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. Essa pressão negativa promoveria drenagem do excesso de fluidos 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 levariam à melhor cicatrização das feridas.*"

Em qualquer indivíduo, qualquer intervenção cirúrgica, provoca um aumento da intensidade da ansiedade, independentemente do suporte e representações que tenha acerca do acontecimento cirúrgico. Assim, num doente internado numa UCIP ou num SMI que tem sempre uma conotação de gravidade, esta ansiedade fica mais acentuada e evidente no doente e família. O enfermeiro deve recorrer a estratégias que minimizem este sentimento, sendo algumas delas a psicologia e a espiritualidade em conjunto com uma comunicação direcionada ao doente, família e/ou prestador de cuidados, de modo a proporcionar cuidados verdadeiramente holísticos. Estratégia que foi utilizada.

Tive oportunidade de contactar em larga escala com doentes do foro cirúrgico, prestar cuidados de enfermagem direcionados em função do tipo de cirurgia e abordagem realizada em bloco operatório ao doente. Cuidados como, vigilância de conteúdo e características de drenagens, retirada de drenos, vigilância de feridas operatórias, realização de penso usando diferentes apósitos em função das suas características foram foco de atenção e intervenção. A abordagem da equipa médica e partilha de informação e sua análise com esta, bem como com os restantes elementos da equipa de enfermagem, foram atividades que realizei.

O transporte intra-hospitalar do doente de cuidados intensivos requer alguns princípios básicos, sendo a principal a manutenção da estabilidade hemodinâmica do doente que se encontra sedado e ventilado; assim como a manutenção de todos os dispositivos externos que o doente possa ter, como drenos, perfusões necessárias ao doente durante o transporte, garrafa de oxigénio, ventilador de transporte, monitor de transporte (para avaliação de frequência cardíaca, tensão arterial, e saturação de oxigénio). Devendo este ocorrer no menor espaço de tempo possível.

O doente de cuidados intensivos e devido à sua instabilidade ou possibilidade de tal, raramente é deslocado da unidade, ocorrendo apenas em casos de verdadeira necessidade, como para realizar exames complementares de diagnóstico, deslocação ao bloco operatório ou realização de tratamento de oxigenoterapia hiperbárica.

O transporte de doente requer atenção e cuidados redobrados quando se trata de doentes que se encontram em pós-operatório, ou em caso de doentes que hemodinamicamente ainda não estão completamente estabilizados mas que por necessidade de reavaliar a condição em que se encontram e a evolução do seu estado necessitam de realizar exames complementares de diagnóstico.

O transporte do doente ao serviço de medicina hiperbárica foi outro momento de aprendizagem, era o primeiro contato com este tipo de tratamento, apesar de ter no estágio de SU assistido a uma formação sobre medicina hiperbárica, o contato direto com este serviço não tinha sido possível.

Tive oportunidade, de após o transporte de um doente para realizar sessão hiperbárica, ter uma conversa informal com um dos elementos da equipa deste serviço, esta conversa suscitou curiosidade e motivou a procura de mais informação, conhecimento e pesquisa sobre este tipo de terapêutica.

A medicina hiperbárica é a área da medicina cujo tratamento é baseado na utilização de oxigénio puro a uma pressão superior a uma atmosfera. Aqui o oxigénio é o "fármaco" de eleição que vai provocar e desencadear múltiplas ações dentro do corpo humano, como: compensação da hipoxia celular, efeito antibacteriano e anti-edematogênico, tem uma ação bioquímica na intoxicação pelo monóxido de carbono, efeito mecânico da pressão em caso de embolia gasosa arterial e uma ação sinérgica quando aplicado simultaneamente com alguns agentes antimicrobianos. Este método está aplicado em casos de envenenamento por monóxido de carbono ou por cianeto ou derivados cianídricos; anemia aguda, nos casos de impossibilidade de transfusão

sanguínea; doença descompressiva e barotrauma, bem como no tratamento de osteomielites crônicas refratárias e lesões ulceradas refratárias entre outras.

Mais uma vez a evolução da tecnologia na procura e concretização de métodos e técnicas para prestar cuidados e a evolução do enfermeiro na aquisição de conhecimento e saber para a execução de cuidados direcionados e diferenciados. O HPH é o primeiro hospital civil a implementar uma Unidade de Medicina Hiperbárica, inovando os cuidados de saúde a prestar aos seus utentes. Segundo Óscar Camacho, anestesiológista e responsável pela Unidade de Medicina Hiperbárica (UMH) citado por CARVALHO (2006: 5) afirma *“O custo-benefício de uma Unidade de Medicina Hiperbárica está amplamente justificado pelos efeitos terapêuticos da oxigenoterapia hiperbárica nas diferentes situações clínicas, protagonizando um papel eficaz na redução da morbilidade e mortalidade da população e na minimização dos custos hospitalares. O facto de não existir nenhuma unidade no Norte e Centro do país e da oxigenoterapia hiperbárica constituir um elemento vital e insubstituível na resolução de determinadas situações emergentes, revela a importância da sua existência neste hospital.”*

Tive oportunidade de realizar vários transportes intra-hospitalares de doentes para realizar exames complementares de diagnóstico, doentes de e para o bloco operatório, assim como transferência de doentes da UCIP para o SMI por agravamento do estado de saúde do doente.

O transporte do doente após cirurgia em bloco operatório requer maior vigilância, uma vez que é submetido a uma manipulação mais agressiva e ainda com pouco tempo de pós-operatório, sendo este o período mais crítico para o doente. A necessidade de vigilância hemodinâmica é mais acentuada, mas também é importante toda a informação transmitida sobre o doente decorrente da intervenção cirúrgica que é feita pelos colegas do bloco operatório, de forma a poder atuar em conformidade em caso de intercorrências durante o transporte de regresso à unidade.

Qualquer transporte de um doente crítico requer tanto a presença de um enfermeiro como de um médico experientes e deve ser sempre planeado e executado com e em segurança.

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) está acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros, sendo o seu objetivo identificar critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, que indicam a prioridade

clínica com que o doente deve de ser atendido e o respetivo tempo alvo recomendado até a observação médica. São 52 os fluxogramas ou algoritmos que compõem o STM, estes estão agrupados de forma a identificar sinais, sintomas ou síndromes que normalmente motivam o doente a ir a um SU. Segundo HUDDLESTON e FERGUSON (2006: 6), “*As decisões de triagem requerem o julgamento rápido e efetivo de dados objetivos e subjetivos para se determinar o tipo de prioridade.*”

São várias as vantagens do STM como: a sistematização do sistema em que independentemente do dia, hora ou traidor presente, será sempre aplicada a mesma padronização no sistema. O facto de os doentes estarem ordenados por prioridades permite ter uma imagem e perceção clara do número de doentes presentes e da sua gravidade. Mas a grande vantagem é a separação dos casos verdadeiramente urgentes dos não urgentes e garantir o atendimento prioritário dos casos mais graves.

Na passagem pelo SU tive oportunidade de colaborar junto do tutor na realização da triagem. Verifiquei que muitos dos utentes após a atribuição de uma categoria questionavam se estava muito demorado para o atendimento, ou quanto tempo de espera tinham, fazendo denotar que se tivessem exagerado nos sintomas lhes teria sido atribuída uma categoria como menos tempo de espera. DIOGO (2007) no seu estudo, verificou que existe uma predisposição para o utente manipular o STM, fazendo uma referência exagerada dos sinais e sintomas que apresentam e que acreditam ser relevantes na atribuição de uma categoria.

A execução e aplicação do STM é da responsabilidade do enfermeiro, pelo que é necessário que este profissional esteja habilitado e treinado para realizar esta tarefa. CABRAL (1999) afirma “*Os enfermeiros são considerados os profissionais que reúnem as condições necessárias para a triagem, uma vez que usam uma linguagem clínica orientada para os sintomas, e não para os diagnósticos, e conseguem estabelecer uma boa relação com o doente.*”

A melhor solução e estratégia para a prevenção da agudização do AVC, do EAM e o desenvolvimento de infeções graves (sépsis) é a prevenção e o controlo de sinais e sintomas. No entanto, quando ocorrem e se instalam é necessária a implementação de estratégias que permitam um rápido diagnóstico e tratamento.

De forma a dar respostas a estas 3 situações, tentando diminuir a morbilidade e mortalidade e os custos em saúde, a Direção Geral de Saúde criou e implementou 3 Vias Verdes – Via Verde do AVC (VVA), Via Verde de Sépsis (VVS) e a Via Verde Coronária

(VVC). Também em conjunto com estas 3 Vias Verdes criou a Via Verde do Trauma (VVT), no entanto esta Via Verde não se encontra implementada no SU da ULSM – HPH.

Um dos fatores de extrema importância neste tipo de patologias é o tempo, tal como refere SILVA (2011), “*O fator tempo é fundamental! ... Quanto mais cedo se iniciar o tratamento, maiores as possibilidades de sobrevivência.*” Neste sentido, a criação das Vias Verdes vêm dar resposta e tentar agilizar todo o percurso de tratamento e planeamento destas situações clínicas.

Ao longo do estágio surgiu a oportunidade, junto com o meu tutor, aquando da passagem pela triagem, de ativar a Via Verde Coronária e a Via Verde Sepsis, através da avaliação de sinais e sintomas e seguindo os critérios de inclusão ou exclusão para a ativação das várias vias verdes. No caso da Via Verde AVC, um dos fatores de exclusão é o tempo decorrido desde o início dos sinais ou sintomas, mais de 3 horas de evolução ou ausência de défices motores, apesar de referirem que se tinham manifestado, mas que reverteram espontaneamente, são motivo de exclusão para a ativação desta.

Também tive oportunidade de prestar cuidados a utentes, para os quais foi ativada uma das Vias Verdes, aquilo que pude verificar, é que esses doentes são prioritários e são observados e avaliados logo que possível, minimizando o risco de morbilidade e mortalidade.

*Comunicar com enfermeiros e com o público em geral, utilizando um discurso pessoal fundamentado, aspetos de âmbito profissional e académico, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que me deparo.

O primeiro conhecimento do estado clínico e do processo do doente é com a passagem de turno e logo de seguida o contato direto com este para avaliar a condição em que se encontra. Segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001: 1), “*A passagem de turno apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade de promover a melhoria contínua da qualidade de cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação.*”

O SMI e a UCIP dada a sua estrutura física ser em “open space” perde a privacidade e confidencialidade de informação, embora sejam adotadas estratégias como um tom de voz mais baixo, é impossível conseguir que um doente acordado não preste atenção à informação que está a ser dada ao colega, que em alguns casos pode conduzir a

estados de ansiedade no próprio doente e nos doentes das camas vizinhas por associarem aquela informação ao estado em que se encontram ou para a qual poderão evoluir desfavoravelmente.

A continuidade de cuidados vem referenciada no Código Deontológico, salientando: *”a) a relação entre a continuidade dos cuidados e os registos, na área do direito ao cuidado”*, tal como consta no artigo 83º dos Estatutos da Ordem: *“o enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de: a) Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas.”*

Os registos são um meio de comunicação não-verbal entre toda a equipa prestadora de cuidados ao doente. Estes permitem o uso de uma linguagem comum facilitando a comunicação entre toda a equipa.

Este foi um ponto ao qual os enfermeiros sempre deram grande importância e que considero uma mais-valia para a continuidade de cuidados. Já Florence Nightingale realizava registos de informações sobre os seus doentes e a evolução destes. Assim como Virgínea Handerson, segundo DIAS et al (2001) referia, *“um plano escrito força aqueles que o preparam a dar alguma atenção às necessidades individuais dos pacientes, informa a todos os que vão prestar cuidados ao utente, qual a sequência a seguir na prestação de cuidados.”*

Atualmente a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007), refere que os registos *“são fundamentais para as decisões clínicas, para a continuidade e qualidade dos cuidados, para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão”*.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) foi criada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) para permitir uma linguagem científica e unificada, comum à Enfermagem mundial.

Na mais recente versão da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), Versão 2, a Ordem dos Enfermeiros (2011) refere que *“para a articulação da prática de Enfermagem, é crucial uma terminologia que utilize a tecnologia científica mais moderna para a sua manutenção e desenvolvimento e que envolva a participação a nível mundial na investigação e na aplicação clínica.”* Tendo a Ordem dos Enfermeiros no seu Site um item denominado “Browser CIPE” que permite uma busca rápida de qualquer termo.

Assim o Sistema de Informação SAPE é de entre os meios de sistemas de informação o mais utilizado nas instituições de saúde, tendo por base de registo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

O Hospital Pedro Hispano foi pioneiro no uso e adaptação do sistema de informação SAPE como meio de registo de enfermagem, mantendo-o sempre atualizado em função das evidências internacionais. Este sistema de informação tem por base a CIPE, pretendendo-se assim uma uniformidade nas definições das intervenções de enfermagem, assim como na elaboração de diagnósticos e focos de atenção relativos ao plano de cuidados de cada doente. O uso deste tipo de classificação e este aplicativo é prática diária no meu serviço, no entanto, a versão que utilizo ainda não é tão recente e atualizada, apresentando défice de alguns itens como "atividades diagnósticas" que a meu ver são necessárias para se realizar toda uma seleção de intervenções ajustadas aos diagnósticos levantados.

O uso do SAPE para realizar registos de enfermagem traz muitas vantagens, passando pela validação da terapêutica e a interligação e consulta de todos os registos médicos e de enfermagem existentes desde o momento de internamento do doente. Assim como permite uma melhor e mais rápida visualização de todos os dados, uma vez que os apresenta sob a forma de gráfico e/ou tabela.

A plataforma SAPE é uma mais-valia para a documentação de informação sobre o doente, até porque é nela que fica registada toda a progressão e evolução do doente, tal como refere Reis (2002), *“os registos de enfermagem são um conjunto de informações relativas ao estado do utente, relatadas por escrito de forma sistemática, organizada e segundo ordem cronológica.”* Assim como é um meio de proteção do profissional, uma vez que cuidado de enfermagem que não foi registado para todos os efeitos não foi realizado, assim como refere DOENGENS et al citado por SILVA (1995) *“do ponto de vista legal, se um acontecimento/atividade não está registado, não ocorreu ou não foi praticado.”*

São os registos de enfermagem que dão visibilidade a toda a ação desenvolvida pelos enfermeiros, são eles que após tratamento são transformados e contextualizados como ganhos em saúde, desenvolvendo a profissão e dando-lhe uma certa independência das outras ciências. CARTAXEIRO et al (2003) refere que os registos *“são muito importantes uma vez que, cooperam para o desenvolvimento da profissão certificando a vertente científica, impulsionam a autonomia profissional, descrevem o nível de intervenção dos profissionais, reproduzem e explicam o desempenho profissional.”*

Corroborando com esta afirmação RODRIGUES e CORDEIRO (2007) afirmam que *"esta documentação é a maior "arma" do enfermeiro, portanto faz todo o sentido, que nos preocupemos em expressá-la da melhor forma possível, uma vez que os registos são de primordial importância para a dignificação e desenvolvimento da profissão e da enfermagem."*

Da passagem pelos três locais de estágio tive contacto com três formas diferentes de registo de informação e de processo do doente. No SU o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e o Health Care Information System (HCIS), no SMI o SAPE e o registo em suporte de papel, na UCIP apenas o SAPE.

O HCIS é o aplicativo informático que é específico do SU, é nesse aplicativo que é realizada toda a gestão processual do utente durante a sua permanência neste e após a sua admissão, independentemente do setor ou setores para qual o utente seja encaminhado. Em OBS, o doente apenas permanece neste aplicativo durante as primeiras 24 horas após admissão, sendo automaticamente transferido para o aplicativo SAPE.

Verifiquei que toda a informação registada no aplicativo HCIS, acabava por se "perder", isto é, a informação não transitava de um aplicativo para o outro, o que requeria a realização de uma nova colheita de dados e de novos registos de todo o percurso do utente. Tal facto deu-me a sensação de duplicação de informação e de perda de tempo, sentimento também partilhado pelo tutor quando abordado e questionado acerca deste tema, a solução poderia ser a o uso de outro sistema de informação, mas que só poderia ocorrer partindo de ordens superiores. Assim, realizei registo de enfermagem em conformidade com o aplicativo existente em cada área de prestação de cuidados.

No SMI, e apesar de existirem duas plataformas de registo, o SAPE e o suporte de papel, não se verificava a duplicação de informação, uma vez que o registo em suporte de papel era apenas direcionada para registo das funções hemodinâmicas do doente, como: tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, balanço hídrico, tipo de ventilação, valores de PVC, de PIA e de todos os fármacos administrados, ficando registado em SAPE todo o outro tipo de intervenções inerentes aos cuidados. Tive oportunidade de realizar registos em ambas as plataformas e de em conjunto com os tutores atualizar o plano de cuidados de doentes.

Na UCIP apenas é utilizado o SAPE. Ao longo do tempo de permanência nesta unidade e após vários momentos de observação de toda a equipa de enfermagem, fez-me refletir, que o tempo concedido aos registos de enfermagem na plataforma SAPE por vezes

acabava por diminuir tempo de permanência dos enfermeiros junto ao doente. Nunca foi colada em questão a falta de cuidados, mas talvez aquele tempo que poderia ser para conversar com o doente, dar aquele sorriso, o apoio psicológico que aquele doente precisava, dar aquele tempo de conversa para conhecer melhor aquilo que ia no pensamento do doente, ou mesmo prestar cuidados no ritmo do doente e não ao do enfermeiro, ou dar aquela atenção sem transparecer que aquele tempo é necessário para os ditos registos e que o pensamento está no foco que não foi introduzido ou a intervenção que não foi selecionada. Fez-me questionar e abordar a tutora e após algumas conversas informais com ela, perceber que a importância dada aos registos e ao processo de enfermagem em SAPE em grande parte se prendia com auditorias e inconformidades, também com a documentação de informação, mas principalmente com o referido anteriormente, Para que a mudança de pensamento ocorre-se seria necessário empenho e motivação de toda a equipa e alguma formação nesse âmbito.

A enfermagem é centrada no cuidado ao doente, sendo este o seu ponto de ação e o seu principal objetivo. Onde cada doente tem o seu tempo, sendo que por natureza o doente idoso é aquele que é mais dependente e por consequência necessita de outra atenção por parte do enfermeiro, assim e tal como refere CARVALHAIS e SOUSA (2011), *“os enfermeiros tendem a prestar os cuidados de forma mais apressada, dispensando a esses utentes o mínimo tempo necessário e procurando justificações no cumprimento de rotinas impostas pela instituição”*. No entanto são esses doentes que de certa forma precisam mais do enfermeiro junto deles. Todos os doentes precisam do seu tempo, SALVADO (2010) refere *“...dar tempo implica que o enfermeiro tenha de assumir o compromisso e respeite o tempo que o doente leva a realizar o cuidado.”* Tempo que nem sempre o enfermeiro está disposto a dar porque está cronometrado pelas rotinas do serviço e pela hora de passagem de turno.

Tive oportunidade de realizar 1 turno com a Enf.^a Especialista em Enfermagem de Reabilitação (ER) do SMI e outro da UCIP. Foi uma troca de experiências e informação muito gratificante. Pois o trabalho conjunto entre um Enf.^o Especialista em ER e um Enf.^o Especialista em EMC traz grandes vantagens para o doente, onde o conhecimento de ambas as áreas se complementa para a prestação de cuidados de excelência.

Das várias conversas e troca de ideias com as Enf.^{as} Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e do acompanhamento realizado, pude perceber a importância que o

Enfermeiro Especialista em EMC tem. Uma vez que e, tal como descrito no Regulamento n.º 124/2011, o Enf^o Especialista em EMC tem como objetivos “*conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.*” Por sua vez o Regulamento n.º 125/2011, refere que o Enf^o Especialista em ER visa assegurar a “*manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas.*” Tornando-se duas áreas de especialidade que se complementam na procura da manutenção e recuperação das funções do doente.

Um dos cuidados que considero ser importante a presença de ambas é em todo o processo de extubação do doente, onde é necessária uma vigilância e monitorização do doente, mas também é necessária uma preparação pulmonar para este ato, entrando aqui a Enf^a Especialista em ER para a realização de técnicas como cinesioterapia respiratória, ou após retirada do tubo endotraqueal no ensino e treino do doente na dissociação de tempos respiratórios.

*Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, trabalhando de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Como descrito no artigo 91.º, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2009) o enfermeiro na área da Enfermagem de Especialização deve “*integrar a equipa, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços.*”

Ao longo de todo o período de estágio tive oportunidade de fazer parceria na prestação de cuidados com vários profissionais da equipa multi e interdisciplinar dos vários serviços. Sendo eles enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de radiologia de intervenção, entre outros. Descrito no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2009), no artigo 91.º, o *Enfermeiro na equipa de saúde assume o dever de “a) atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma; b) trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de*

saúde; c) integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços”.

Foi desenvolvida uma metodologia de trabalho eficaz, realizando colheita de dados/avaliação do doente de modo holístico e atendendo especialmente à sua situação crítica, de forma a prestar cuidados de enfermagem adequados à situação. Esta prestação de cuidados passa pela realização de intervenções para que o seguimento seja o mais adequado e ocorra em tempo útil, tal como, se preconiza no Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo 83º, alínea a, em que o enfermeiro deve *“coresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento.”* PONCE e TEIXEIRA (2006) referem que *“A abordagem e o tratamento do doente urgente e emergente constituem um desafio cada vez mais significativo e urgente.”*

O enfermeiro em serviço de Urgência/Emergência tem de ter a capacidade de lidar com situações complexas e imprevistas requerendo conhecimentos para a prestação de cuidados diferenciados ao doente crítico. Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos (2008) doente crítico é aquele *“em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.”*

Para HUDDLESTON e FERGUSON (2006: 5), *“a enfermagem em situações de emergência aborda as respostas humanas a qualquer traumatismo ou condição súbita que requer intervenções que vão do cuidado primário até à implementação das medidas de suporte à vida.”*

A organização é uma questão central na situação de urgência/emergência e a eficiência da atuação depende do atendimento em equipa multiprofissional onde a avaliação e abordagem do doente crítico são de extrema importância, em que cada elemento deve saber o seu plano de atuação, existindo uma perfeita sintonia e integração com a correta metodologia de atendimento, para uma abordagem e ressuscitação da pessoa em situação crítica.

A articulação entre a equipa presente e a integração nesta foi uma preocupação, tendo interagido com os vários elementos dando uma resposta adequada na prestação de cuidados para manter a vida do doente, ou estabiliza-lo hemodinamicamente em risco de paragem cardio-respiratória.

Na abordagem ao doente é aplicada a metodologia ABCDE, A – Via aérea; B – Ventilação; C – Circulação; D – Disfunção neurológica e E – Exposição.

No decorrer do estágio apesar de ter prestado cuidados a alguns doentes admitidos em Sala de Emergência (SE), apenas tive oportunidade de prestar cuidados a um doente em SE com necessidade de transferência para o Centro Hospitalar São João, E.P.E., HSJ. Por ter sido a única vez com que me deparei com este tipo de situação e realizei um transporte inter-hospitalar achei que merecia a sua descrição neste Relatório.

Tratava-se de um doente internado num dos vários serviços de medicina, que cerca da 1h30 apresenta afundamento do estado de consciência. Era um doente cujo diagnóstico de admissão no serviço de medicina era Hemorragia Cerebral. O doente à estrada na sala de emergência e após monitorização apresentava-se hemodinamicamente estável, no entanto o seu estado de consciência era apenas de 8 valores na Escala de Comas de Glasgow (abertura ocular – 2, resposta verbal – 2 e resposta motora – 4). Trazia já do serviço de origem soroterapia em curso e oxigénio por máscara de alto débito, que manteve. Tendo também realizado TC de urgência antes de ser admitido na sala de emergência. O resultado da TC naquele momento comparado com o do momento de admissão, verifica-se o aumento da hemorragia cerebral, ponderando-se assim a sua drenagem.

Para se proceder à drenagem do hematoma cerebral teria de ser em bloco operatório e no Hospital São João, pelo que após contato por parte do médico responsável, via telefone, com a equipa médica presente no Serviço de Urgência do HSJ, confirma-se a indicação de transporte para aquela instituição.

Neste momento já o doente se encontrava com entubação traqueal, e a manutenção da ventilação era realizada com insuflador manual, nestes dois momentos estive presente dando apoio e prestando cuidados. Encontrava-se sob sedação com Midazolam. No momento do transporte a ventilação passou a ser assistida por ventilador portátil.

O transporte de doentes críticos envolve a fase de decisão, planeamento e efetivação.

A fase da decisão já se encontrava implementada. O planeamento consiste na escolha e contato com o serviço de destino, que já tinha sido realizada pelo médico responsável. Também consiste na escolha da equipa que vai fazer o transporte inter-hospitalar, sendo ela a assumir na íntegra a responsabilidade pelo mesmo. Esta foi

constituída pelo meu tutor, eu e por um médico conhecedor de toda a evolução do doente e ainda pela tripulação da ambulância.

Antes de efetuar o transporte deve de ser informado o doente e/ou o representante legal, neste caso o doente estava sedado e dada a condição horária não se encontrava com ele nenhum acompanhante/representante.

De forma a minimizar riscos e antes da terceira fase, a efetivação, o doente deve de ser previamente estabilizado no hospital de origem, assim, procedemos à estabilização e asseguramos acessos venosos, entubação traqueal, verificação de bateria do ventilador de transporte, verificação dos níveis da garrafa de oxigénio de transporte, bem como a preparação de alguma medicação de emergência, para o caso de ser necessária a sua administração durante o transporte. O equipamento que acompanhou o doente foi: saco de transporte do doente crítico, monitor de sinais vitais, desfibrilhador e ainda seringa perfusora com perfusão contínua de terapêutica de sedação. O doente manteve durante todo o transporte monitorização contínua de pressão arterial, oximetria de pulso, frequência cardíaca e respiratória, bem como registo de eletrocardiograma.

O transporte demorou cerca de 30 a 40 minutos e sem intercorrências. Encontrando-se à nossa espera no hospital de destino uma equipa pronta a assegurar a continuidade dos cuidados.

Com todos estes passos para o transporte intra-hospitalar, segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos (2008), pretende-se que *“o nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar.”* Essa foi sempre uma das minhas preocupações e de toda a equipa presente durante o transporte, manter pelo menos, o mesmo nível de cuidados.

Ao longo do transporte pude refletir um pouco sobre todas as fases (decisão, planeamento e efetivação) e recomendações preconizadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e constatar que todos os passos de uma forma geral foram cumpridos.

A ULSM – HPH tem para toda a instituição uma equipa de emergência à chamada, através do número interno 2211, constituída por um enfermeiro que integra a equipa de enfermagem do SU ou do SMI e um médico que integra a equipa médica do SMI. E em todos os serviços existe um carro de emergência organizado de forma comum e um monitor desfibrilhador igual. Durante a passagem pelo SU tive oportunidade de “sair” numa ativação de emergência. Tratava-se de um doente em enfermaria de medicina no piso 3 com perda súbita da consciência e eminente paragem respiratória. Quando chegamos ao

local em conjunto com a médica de emergência, percurso que demorou cerca de 3 minutos, o doente já se encontrava consciente ligeiramente desorientado e lentificado, mas com funções vitais estáveis. Pude verificar a rápida ativação da equipa de emergência assim como a disposição para a atuação perante uma situação imprevista e complexa.

Procurei estar sempre à altura das situações com que me deparei. Foram várias as conversas informais que tive com os tutores ao longo deste período de formação pessoal e profissional que permitiram ficar mais desperta para vários assuntos e encarar novas situações com uma nova visão e sob outra perspetiva de atuação, que me permitiram e levaram a adquirir mais conhecimento na área de especialização MC.

Existiu também uma necessidade de realizar vária pesquisa bibliográfica assim como em bases de dados disponíveis na internet, quando verificava a existência de dúvidas e quando sentia que os meus conhecimentos não eram suficientes e adequados para manter um nível de cuidados de enfermagem diferenciados e de excelência. Tentando sempre tal como descrito no Código Deontológico - SECCÃO II - Do código deontológico do enfermeiro. Artigo 88.º - Da excelência do exercício. *“O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa.”*

2.1.2 – Competências Desenvolvidas

*Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo;

*Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à alta complexidade do seu estado de saúde;

*Estabelece uma relação terapêutica com a pessoa / família face à situação de elevada complexidade do seu estado de saúde;

*Assiste a pessoa e a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e/ou falência orgânica;

- *Promove o respeito pelos Direitos Humanos no exercício das práticas e atua de acordo com o Código Deontológico;
- * Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de EMC;
- *Suporta a prática clínica em princípios, valores e normas deontológicas;
- *Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.
- *Aplica conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico e profissional de acordo com as necessidades identificadas no âmbito da EEMC;
- *Promove o desenvolvimento da prática especializada.
- *Presta cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- *Desenvolve uma atitude crítica e reflexiva sobre a prática.

2.2 - GESTÃO

A gestão é considerada uma área da competência da EEMC a desenvolver pelo enfermeiro especialista, dada a sua importância para a aquisição e manutenção de um elevado padrão de qualidade de cuidados prestados. Tal como refere a Ordem dos Enfermeiros (2001) “*A gestão é um domínio da área de competência do EEEMC, que se revela de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados.*”

Os cuidados de enfermagem são avaliados pelos indicadores de saúde que refletem os ganhos em saúde, mas também são avaliados pelos recursos materiais e humanos utilizados, assim como a avaliação dos cuidados prestados. Assim a gestão dos vários recursos pretende assegurar a disponibilidade dos mesmos.

Falar de gestão em saúde é direcionar a atenção do enfermeiro para métodos, modelos e estratégias que permitem tomar decisões e conduzir a um processo de implementação da qualidade em saúde, onde a organização de um serviço, a capacidade de articular ou reformular todos os recursos possíveis presentes, bem como identificar e instituir novos materiais e meios que sejam necessários à prestação de cuidados são um desafio. A capacidade de reformulação e gestão de toda a equipa de enfermagem na procura de melhores resultados na abordagem ao doente, assim como na relação entre os vários elementos é de extrema importância.

2.2.1 – Objetivo Especifico

*Realizar gestão dos cuidados e dos recursos humanos e materiais.

Durante o estágio e na tentativa de perceber como são operacionalizadas as competências nesta área, tive oportunidade de realizar pelo menos um turno com uma das Enfermeiras de Referência do SU (sendo elas 2) e com a Enfermeira de Referência do SMI, no caso da UCIP a enfermeira que me foi atribuída como tutora era a Enfermeira de Referência da unidade. Compete ao Enfermeiro de Referência e ao Enfermeiro Responsável garantir a gestão da equipa supervisionando de forma a ajuda-la; tomar decisões face a discordâncias de ordem técnica ou organizacional que possam ocorrer entre os enfermeiros perante uma situação em concreto; e servir de suporte à equipa de enfermagem, sempre que surge alguma dúvida quer seja do foro organizacional ou do foro da prestação de cuidados. Através da observação e de partilha de conhecimentos pude verificar que a gestão de recursos humanos, matérias e de cuidados de um serviço não é simples. Requerendo uma grande capacidade de organização e conhecimentos na área da gestão, assim como competências relacionais e técnico-profissionais mais diferenciadas.

O REPE no CAPÍTULO IV - Exercício e intervenção dos enfermeiros, Artigo 9.º - Intervenções dos enfermeiros descreve no Ponto 4, que os enfermeiros *“d) Participam na coordenação e dinamização das atividades inerentes à situação de saúde/doença, quer o utente seja seguido em internamento, ambulatório ou domiciliário”* e no Ponto 6 – *“Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, (...) para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: a)*

Organizando, coordenando, executando, supervisando e avaliando a formação dos enfermeiros.”

As equipas de enfermagem que me integraram, trabalham em sistema de roulement uma vez que são serviços de funcionamento contínuo, sendo o ratio doente/enfermeiro de 2 doentes por turno no SMI, e 3 a 4 doentes/enfermeiro na UCIP, dependendo se se trata do turno da manhã ou da tarde/noite respetivamente, no SU existe uma distribuição dos elementos em função das valências existentes, Sala de Emergência, Sala de Trabalho de Enfermagem, OBS, etc.

É da responsabilidade do Enf.º Chefe de cada serviço realizar o horário, no entanto a distribuição dos enfermeiros (plano de trabalho) poderá ser realizado pela Enf.ª de Referência ou pela Enfermeira Responsável de turno, sendo que no SMI e na UCIP a distribuição dos enfermeiros para o turno seguinte é efetuado pelo Enfermeiro Responsável do turno anterior.

Embora tenha prática na execução do plano de trabalho no meu serviço tive oportunidade de colaborar com a Enf.ª de Referência e com os tutores, uma vez que exerciam função de Enfermeiros Responsáveis de turno. Verifiquei que existia alguma sensibilidade e cuidado na realização dessa distribuição, no SU realizava-se tendo em conta algumas preferências já conhecidas dos enfermeiros assim como as competências que detinham, no caso do SMI e da UCIP, geralmente não obedeciam a planos de cuidados, com exceção do SMI, relativamente à existência de doentes que necessitem de técnica dialítica. Apesar de todos os elementos terem competência para prestar cuidados a todos os doentes existia uma preocupação na avaliação de variáveis como nomeadamente: rotatividade de atribuição dos doentes de acordo com o seu grau de dependência, continuação de cuidados, grau de dependência dos doentes e conflitos. A preocupação na rotatividade de atribuição dos doentes contribui para que não haja uma sobrecarga derivada da continuidade de cuidados aos doentes com maior necessidade e para permitir uma melhor avaliação diagnóstica, não ficando dependente do juízo diagnóstico de um número restrito de enfermeiros, assim como permite manter o bem-estar físico e psicológico de todos os elementos.

Implementado em toda a instituição do HPH existe um aplicativo que permite fazer a requisição de farmácia/terapêutica que por ventura possa ser necessária e que não exista no carro de medicação (Homicel), que é repostado 2 vezes por dia pela farmácia geral, no

caso do SU. Este aplicativo também permite realizar pedidos de material clínico, ou ainda tudo o que seja referente a instalações/equipamentos como pedidos de reparação.

No SMI a reposição de stocks da farmácia é efetuada diariamente por um elemento do Serviço de Farmácia e usando o sistema de reposição por níveis - Kaizen. Na UCIP a reposição de fármacos é por sistema unidose, em que a medicação é fornecida de acordo com a prescrição e o consumo esperado nas 24 h. O que na UCIP ocorre com alguma regularidade devido à elevada rotação de doentes e devido às várias observações que são realizadas pela equipe médica, ou pelas alterações hemodinâmicas de instabilidade de possam ocorrer no doente é a falta de alguns fármacos, mas neste caso recorre-se ao stock de medicação ou à realização de requisições. Apesar desta desvantagem é considerado o melhor método de reposição, uma vez que minimiza o erro durante a preparação de medicação.

Para a gestão da cadeia de abastecimento de material de consumo clínico e hoteleiro está implementado o sistema Kaizen. Este sistema caracteriza-se pela reposição de material apenas quando é utilizado, existindo sempre dois recipientes com o mesmo tipo de material, cujos níveis de consumo estão estimados serem superiores a 24 horas. Assim, quando o material de um recipiente termina, a caixa normalizada vai para repor e fica outra para utilização. A reposição é efetuada duas vezes ao dia. Este sistema pressupõe que os níveis existentes em cada recipiente sejam adequados ao consumo, existindo uma baixa probabilidade de rotura de stock e/ou acumulação do mesmo, assim como o facto de não necessitar da intervenção de enfermagem em quase todo o processo. Considero que estas sejam as grandes vantagens deste sistema de reposição. Tive contacto com este tipo de sistema desde o primeiro estágio uma vez que todos eles foram realizados na mesma instituição, tendo este conhecimento permitido agilizar algumas intervenções, como o tempo de procura do local do material, ou o conhecimento da nomenclatura e forma de distribuição do mesmo.

O cuidar é a atividade inerente a todos os profissionais de saúde que se consideram prestadores de cuidados, isto é, que tomaram a decisão de tratar de quem necessita e que, por si só, não é capaz de o fazer. Fazer gestão de cuidados em enfermagem é um desafio no qual se pretende um contínuo melhoramento dos cuidados prestados e uma dinamização da equipa de enfermagem.

No SMI e na UCIP o método de trabalho utilizado na prestação de cuidados é o método individual de trabalho. Este método permite prestar cuidados de forma

personalizada e com qualidade, ou seja permite ao enfermeiro assumir a responsabilidade global dos cuidados que presta desde a avaliação à sua coordenação e execução. Exige mais responsabilidade e conhecimento por parte deste, mas humaniza e garante qualidade nos cuidados prestados privilegiando a interação do enfermeiro com o doente e família. Tal como refere COSTA (1999: 138), *“a utilização de método individual assegura-se como uma mais-valia na qualidade dos cuidados de enfermagem, pois além de tudo permite uma visão holística por parte de quem cuida e facilita a interação com o doente.”* No SU, apesar de estar preconizado o método individual de trabalho, muitas das vezes era utilizado o método de trabalho em grupo no qual existe pequenas parcelas de conhecimento sobre o doente, mas que ao mesmo tempo poderia dizer que o doente é de todos mas também não é de ninguém.

Verifiquei ao longo do estágio a constante preocupação com a conformidade dos registos em relação à avaliação inicial do doente, atitudes terapêuticas e registos de enfermagem com fenómenos e respetivas intervenções de enfermagem. Tive oportunidade de colaborar com os enfermeiros tutores na realização de registo de admissão de doentes, bem como registos de atualização do plano de cuidados e de continuidade de cuidados.

Existe por parte de toda a equipa de enfermagem do SMI um envolvimento de no que respeita a distribuição de "pastas", isto é, todos os enfermeiros estão organizados de forma a serem elos de ligação entre as várias comissões/grupos de trabalho existentes a nível da instituição. Motivando e envolvendo todos os elementos na troca e aquisição de informação de forma a evoluir e prestar cuidados de qualidade e diferenciados. No caso do SU, estas “pastas” estão centralizadas nas duas enfermeiras de referência do serviço, distribuem entre elas e fazem de elo de ligação entre as várias comissões/grupos de trabalho existentes a nível da instituição e posteriormente são elos de ligação com a restante equipa transmitindo novas orientações assim como novas informações sobre estudos realizados a nível interno. Algumas das pastas são referentes a: controlo de infeção, registo de úlceras de pressão, registo de material, registo de esterilização.

Ao longo do estágio tive oportunidade, de através de conversas informais com a Enf^a Especialista em Enfermagem de Reabilitação da UCIP, de perceber a importância de fazer parte de uma Comissão de Escolha de Material e qual o papel de uma Enf^a nesta. Fiquei com a plena noção que ao fazer parte deste tipo de Comissão exige conhecimento do material, sua aplicabilidade e funcionalidade, e a sua eficácia, bem como uma ponderação entre o custo/benefício de um determinado modelo em relação a outro. Assim

como também, a consciencialização que esse material escolhido passará a ser parte integrante do material clínico de todos os serviços e unidades daquela instituição.

2.2.2 – Competências Desenvolvidas

- *Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
- *Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;
- *Otimiza o trabalho em equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.

2.3 FORMAÇÃO

A evolução da enfermagem e do enfermeiro constitui um processo contínuo atravessando toda a prática profissional e articulando-se com o conhecimento do próprio, dos outros e do mundo que o rodeia.

COSTA (1998: 10) define a formação como *“processo de desenvolvimento e de estruturação da pessoa, considera o formando sujeito e agente da sua formação, relacionando-se com as condições reais de trabalho, onde a dialética teórico-prática se exerce entre o mundo real da vida quotidiana da pessoa em formação e o sistema conceptual elaborado com a ajuda do formador.”*

Segundo preconiza a Ordem dos Enfermeiros, quanto ao desenvolvimento profissional, o Enfermeiro Especialista deve produzir conhecimento na sua área de especialidade e assim contribuir para a formação de estudantes e profissionais. As suas competências são maiores por apresentar um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades.

O REPE - CAPÍTULO IV - Exercício e intervenção dos enfermeiros. - Artigo 9.º *Intervenções dos enfermeiros, define no Ponto 5, “f) Participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos.”* E no Ponto 6 *“Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de (...) formação (...), para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: alínea c) Propondo protocolos e sistemas de*

informação adequados para a prestação dos cuidados. Alínea f) Participando na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem e propondo a política geral para o exercício da profissão, ensino e formação em enfermagem.”

Da mesma forma que o Código Deontológico - SECÇÃO II - Do código deontológico do enfermeiro. Artigo 88.º - Da excelência do exercício refere: “*O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.*” O Enfermeiro assume o dever de manter uma atualização contínua dos conhecimentos teórico-práticos sendo a formação permanente inerente a uma mais-valia na qualidade de prestação de cuidados de Enfermagem.

2.3.1 – Objetivo Especifico

*Identificar necessidades formativas e promover a formação em serviço.

A ULSM – HPH tem uma política de controlo de infeção muito própria, que faz questão de passar para todos os profissionais que por qualquer motivo passem a ser parte integrante por um período de tempo, alunos em estágio, ou para profissionais que vão integrar e exercer a sua prática profissional a tempo inteiro naquela instituição. Desde o primeiro dia de acolhimento realizado no Centro de Formação desta instituição foi dado a conhecer toda a política instituída de combate à Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS).

A área do controlo de infeção associada aos cuidados de saúde foi sempre umas das principais preocupações em todos os cuidados prestados ao doente e motivo de reflexão e análise.

Existe também um protocolo na instituição, e que os elementos das equipas de enfermagem não descoram, que se aplica a todos os doentes que são internados no SMI e na UCIP vindos de outras instituições hospitalares. Em que no momento de admissão deve ser feito um rastreio séptico (hemoculturas em dois locais periféricos diferentes e cateter venoso central - caso já possua), urocultura e zaragatoa naso e orofaríngea para pesquisa de

MRSA (*Staphylococcus Aureus* Meticilino Resistente), ficando em isolamento de contato até à obtenção do resultado, no caso de o doente vir de outro serviço dentro da instituição apenas é realizada zaragatoa naso e orofaríngea para pesquisa de MRSA, mantendo o isolamento contato até à obtenção do resultado da mesma.

Esta medida é de grande importância no controlo das IACS, uma vez que há estudos que indicam que diferentes unidades hospitalares apresentam diferentes microrganismos, sendo este rastreio um meio de quebrar as infeções cruzadas e o transporte e proliferação de novos microrganismos.

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), é definida pelo Programa Nacional de Controlo da Infeção (PNCI) como “*uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.*” Sendo os fundamentos básicos de controlo da infeção: remover reservatórios e fontes; cortar as vias de transmissão e proteger o hospedeiro suscetível.

Ao longo do estágio verifiquei uma preocupação de toda a equipa de enfermagem quanto à aplicação das regras emanadas pelo PNCI quanto à troca dos sistemas de perfusão de 72/72h, com exceção dos sistemas de perfusão da alimentação parentérica e entérica, sendo trocados a cada 24h, assim como o manuseio de linhas arteriais. A equipa de enfermagem contribui para a vigilância epidemiológica da infeção, participando na recolha de dados, nomeadamente quanto ao número total de doentes internados e destes quantos possuem CVC e sonda vesical.

A Pneumonia Associada à Ventilação (PAV) é uma das infeções hospitalares mais incidentes nas unidades de cuidados intensivos. É definida como uma infeção pulmonar que surge 48 a 72 horas após entubação endotraqueal e instituição da ventilação mecânica invasiva (VMI), como também até 48 horas após a extubação.

Segundo o protocolo do SMI sobre PAV, esta é considerada precoce se surge nos primeiros 4 dias de ventilação mecânica invasiva (VMI) ou tardia se surge a partir do 5º dia de VMI, no entanto há autores que referem o aparecimento destas como sendo precoce até às 96 horas após a entubação e as de aparecimento tardio a partir do 5º-7º dia. Mas o aparecimento da PAV não está apenas relacionado com a VMI mas também com fatores como a idade, a necessidade de re-entubação endotraqueal, diminuição do nível de consciência, presença de síndrome de dificuldade respiratória aguda, doença imunossupressora...

Existem vários cuidados na prestação direta de cuidados ao doente com VMI no sentido de diminuir o risco de ocorrência da PAV, sendo eles a monitorização da pressão do cuff do tubo endotraqueal, bem como a aspiração de secreções na oro e nasofaringe e utilização de técnica asséptica para a aspiração endotraqueal, que foram realizados quando prestados cuidados.

Existem uma preocupação com a lavagem das mãos assim como a desinfecção das mãos com solução anti-sética de base alcoólica (SABA) aquando da realização de qualquer tipo de procedimento invasivo, ou na otimização de cateteres, pois as mãos são o principal vetor de transmissão de microrganismos. Existe também uma preocupação do uso de técnica asséptica na realização de cuidados a feridas e no isolamento de fontes de infeção.

No SU, após algum tempo de observação de toda a equipa de enfermagem e das várias ações e manipulação de materiais verifiquei que existia por partes destes menos atenção no que concerne à lavagem das mãos ou desinfecção destas com SABA. Tal facto fez-me propor uma reunião informal com os vários elementos presentes no serviço para relembrar e sensibilizar a equipa de enfermagem sobre esta temática.

Elaborei um poster com o tema “Higienização das mãos – Sensibilização”, (ANEXO I), que foi apresentado no 21 Junho de 2012 após passagem de turno da manhã para a tarde à equipa de enfermagem, decorrendo sob forma de conversa informal de troca de conhecimentos e experiências entre os vários elementos presentes. Pude verificar através do debate que surgiu, que a minha exposição sobre o tema fê-los refletir e consciencializar que existiam ações como a transição no atendimento de um doente para outro sem higienizar as mãos, assim como após a colheita de sangue ao doente não existia da mesma forma a higienização das mãos. Fê-los refletir que esta é uma intervenção de extrema importância para minimizar e mesmo quebrar o risco de infeções cruzadas.

Realizei a avaliação da formação. Os resultados obtidos foram positivos, apesar de ter apenas 7 elementos presentes, pois segundo o Enf^o Chefe, naquele dia o serviço estava muito complicado e com saída de 2 enfermeiros para realizar transporte de doentes. Assim, concordam totalmente: 85% dos presentes que “Considera o tema desta ação de formação pertinente”; 71% que “O conteúdo da ação é adequado às necessidades”; 85% que “O tema abordado é atual e útil”; 57% que “A metodologia utilizada foi adequada” e 71% que “O tempo disponibilizado para a apresentação foi suficiente”. 71% concorda que a “A ação correspondeu às expetativas”.

Da passagem pelo SMI e após conversa informal com o tutor de estágio na procura de um tema que fosse útil, atual e pertinente para uma formação e que fosse uma forma de relembrar e/ou transmitir conteúdos adequados às necessidades do serviço. Surgiu o tema "Drenagem Torácica", (ANEXO II). Foi um tema de bastante interesse, pois durante o estágio tive oportunidade de contactar com doentes com este tipo de drenagem e permitiu a aquisição e relembrar conhecimentos sendo um tema que tem também muita aplicabilidade na prática profissional.

Dos vários procedimentos e técnicas utilizadas em cuidados intensivos a drenagem torácica requer cuidados e conhecimentos técnicos e científicos específicos de manutenção de todo o sistema de drenagem, permeabilidade do dreno, vigilância e prevenção de complicações que possam surgir.

A sessão foi apresentada no dia 29 de Novembro de 2012, integrada no Plano Anual de Formação do Serviço, com a presença de um número significativo de enfermeiros bem como da Enf^a Chefe e Enfermeiros tutores. Decorreu após a passagem de turno da noite, em auditório, teve a duração de cerca de 30 minutos. Para esta formação foi construída uma apresentação em PowerPoint.

Um aspeto de extrema importância na recuperação de qualquer tipo de doente, esteja ele numa fase ainda crítica ou menos crítica numa unidade de cuidados intensivos, intermédios ou em enfermaria é a alimentação/nutrição.

Ao longo do meu percurso de estágio deparei-me com doentes cujas necessidades nutricionais poderiam ser questionadas por apresentarem sinais evidentes de desidratação e desnutrição. Desde já algum tempo existe por parte dos profissionais uma preocupação nesta área, uma vez que os doentes hospitalizados apresentam ou correm o risco de apresentar na sua maioria algum grau de desnutrição. Um doente desnutrido terá maior disposição para alterações tecidulares e orgânicas, assim como para complicações a nível neurológico, imunológico, cardiovascular, respiratório e gastrointestinal, aumentando assim a suscetibilidade às infeções, atraso do processo de cicatrização de feridas, bem como, o aumento da morbilidade e mortalidade e do tempo de internamento do indivíduo com consequente aumento dos custos em saúde.

Ao longo do estágio tive oportunidade de prestar cuidados a doentes com Nutrição Entérica e através da observação da equipa de enfermagem percebi que residiam algumas dúvidas sobre este tema, principalmente na avaliação do volume residual gástrico (VRG) e nos critérios de suspensão da perfusão desta. Após conversas informais com a Enf^a tutora e

com a Enf^a Chefe da UCIP e no sentido de colmatar este problema, assim como dar a conhecer a mais recente evidência sobre o tema, foi sugerida elaboração de uma ação de formação para os enfermeiros da unidade com o tema “Nutrição Entérica”, (ANEXO III).

Na UCIP não existia uma norma de atuação de enfermagem sobre a terapia nutricional, mais precisamente Nutrição Entérica, pelo que realizei uma proposta de norma e procedimento de enfermagem, pois em caso de qualquer dúvida ou questão existe um meio de consulta e é uma forma de uniformizar as intervenções de enfermagem.

Foi um tema de bastante interesse, pois permitiu a aquisição e relembrar conhecimentos assim como é um tema que tem aplicabilidade e interesse na prática profissional. Realizei este trabalho tendo por base a pesquisa bibliográfica, mas principalmente tendo por base as Guidelines da American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (E.S.P.E.M).

A sessão foi integrada no Plano Anual de Formação do Serviço. Foi apresentada no dia 31 de Janeiro de 2013 com a presença de um número significativo de enfermeiros. Teve a duração de cerca de 30 minutos, sendo construída uma apresentação em PowerPoint.

No final desta o tema foi debatido pelos presentes, demonstrando interesse e tomando consciência que algumas das atividades de enfermagem que eram realizadas deveriam de ser alteradas.

Após a apresentação da formação realizei a avaliação desta, onde foi entregue um questionário aos enfermeiros presentes. Os resultados foram muito gratificantes pois a totalidade dos enfermeiros presentes respondeu "concordo totalmente" quando questionados sobre: "Considera o tema desta ação de formação pertinente?", "O conteúdo da ação é adequado às necessidades?", "O tema abordado é atual e útil?", "A ação correspondeu às expectativas?", "A metodologia utilizada foi adequada?" e " O tempo disponibilizado para a apresentação foi suficiente?"

Tive oportunidade de aproveitar varias possibilidades de aquisição de conhecimentos e informação sobre os mais variados temas. No decorrer deste longo período de estágio tive oportunidade de como formanda participar em várias formações que passo a enumerar: sessão subordinada ao tema “Prevenção da Violência no local de trabalho – Estratégias”; “Quinta de Enfermagem”, subordinada ao tema “Oxigenoterapia Hiperbárica”, formação com o tema "Equilíbrio Ácido-Base" e formação sobre o tema "Traqueostomia e Laringectomia".

Considero que são temas bastante interessantes, pertinentes e uteis, uma vez que permitiram integrar e aumentar um rol de saberes através da troca de experiências e adquirir conhecimentos com aplicabilidade na prática profissional como Enfermeira Especialista em EMC.

Também tive a possibilidade de ao longo do estágio realizar ensinamentos ao utente e família, tais como: ensino sobre avaliação de glicemia capilar e administração de insulina, otimização e cuidados a ter com sonda vesical, otimização e cuidados a ter com sonda nasogastrica, otimização de oxigenoterapia, entre outras.

2.3.2 – Competências Desenvolvidas

*Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas;

*Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica;

*Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, na área de EEMC;

*Suporta a prática clínica na investigação e o conhecimento na área da EEMC;

*Contribui para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

3.CONCLUSÃO

Neste relatório realizo uma descrição e reflexão sobre todas as atividades realizadas e experiências obtidas com o objetivo de aquisição de competências na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assim como sendo este o meio para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

A enfermagem é uma profissão que tem por base na sua atividade valores humanos, conhecimentos teóricos, técnico-científicos e competências que pretendem dar resolução à crescente complexidade da condição de doença ou à manutenção e satisfação das necessidades de saúde do indivíduo e comunidade, toda a prática se baseou numa constante procura e aquisição de conhecimentos, num aprofundamento e fundamentação de reflexões partindo das ações experienciadas e com apoio na evidência científica existente. Procurando potenciar as competências a desenvolver, para dar respostas diferenciadas nos cuidados de enfermagem e assim melhorar os indicadores de qualidade dos mesmos.

Ao longo do período de estágio procurei aplicar o saber, explorar a relação entre a teoria e a prática, aliado ao respeito pelo ser humano, por meio da compreensão de escolhas e da interpretação dos sinais que são manifestados.

Considero o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica como aquele que domina as múltiplas dimensões estabelecidas pelas teorias, como gestão, formação, comunicação, supervisão, entre outras, baseadas na praxis e na procura da melhoria da qualidade da assistência e segurança do doente, ou seja prestar cuidados de enfermagem diferenciados e de excelência.

A enorme vontade de crescer tanto a nível pessoal como profissional obrigou-me a estar ao longo deste período de estágio em constante construção e reconstrução, na procura de conhecimento e na interiorização deste, onde todas as possibilidades de obter novas experiências foram aproveitadas, investindo no aperfeiçoamento pessoal e profissional e num desenvolvimento de competências contínuo.

Com o leque de cuidados que tive oportunidade de realizar e prestar ao longo deste estágio direcionados para o doente em situação de urgência/emergência em contexto de SU, para o doente crítico e/ou em falência orgânica em Cuidados Intensivos assim como

para o doente cirúrgico, mas sem descorar as outras especialidades presentes em Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente, consegui adquirir e melhorar a capacidade de interagir, observar e interpretar, avaliar e intervir eficazmente.

Em toda a prática pautei-me por um exercício profissional correto e ético tendo por base de ação o REPE e o Código Deontológico. Respeitando sempre os direitos humanos, considerando o doente e família detentores de valores próprios e integrados numa comunidade mantendo sempre a sua dignidade, integridade e privacidade pessoal assim como a da sua família, interagindo com esta e integrando-a nos cuidados. Estas ações permitiram-me desenvolver capacidades relacionais e uma metodologia de trabalho eficaz para com o doente/família.

Desenvolvi competências humanas e relacionais tanto na abordagem ao doente e família, como com os vários elementos das equipas que me acolheram facilitando a minha integração, privilegiando a relação de ajuda a compreensão e uma comunicação aberta.

A enfermeira tem nas suas mãos um elevado grau de responsabilidade pela manutenção de um ambiente seguro pelo que em toda a prática agi sempre em conformidade com normas de atuação presentes em cada serviço e com normas universais principalmente no que concerne ao controle de infeção, tendo um cuidado constante na aplicação das precauções padrão instituídas pela Comissão de Controlo de Infeção da instituição assim como as imanadas pelo Ministério da Saúde relativas ao Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde.

Desenvolvi competências técnicas e de atuação devido a toda a multiplicidade de situações que foram surgindo. A passagem pelo SU permitiu-me a agilização e o aperfeiçoamento de algumas técnicas e a compreensão do doente na sua globalidade, com fragilidades e necessidade alteradas na procura de uma resolução e do melhor encaminhamento. No SMI, denotei que a diferença mais visível entre os doentes e a tecnologia utilizada neste serviço em comparação com os doentes e tecnologia presente em enfermaria residia na existência de ventilação invasiva, meios de monitorização mais diferenciados e no uso de farmacologia que permite a manutenção hemodinâmica do doente em disfunção multiorgânica ou com síndrome de resposta inflamatória sistémica (SRIS). Contatar com todos estes meios permitiu abrir novos horizontes e focar a atenção para um doente completamente dependente das escolhas e das decisões do enfermeiro, obrigando-o a agir sempre de forma assertiva e segura, atenta a todas as manifestações do doente revelando capacidade de reação e responsabilidade. A abordagem do doente cirúrgico proporcionada pela passagem na UCIP, foi muito gratificante, desde o doente que

se apresenta até às manifestações e necessidades de vigilância, permitindo a aquisição de conhecimentos específicos desta área.

Adaptei-me a todas as novas situações no sentido de resolver os problemas com que me fui deparando, sendo progressivamente mais eficiente, responsável e capaz de lidar com toda a panóplia de situações que surgiram, integrando e aplicando um conjunto de saberes fruto da interiorização das várias experiências que me foram proporcionadas.

O desenvolvimento de competências nas áreas da gestão e da formação permitiram-me a aquisição de conhecimentos que são uma grande valia para prática profissional, posso mesmo dizer que neste pouco tempo que decorreu desde o término do estágio já fiz uso delas, proporcionando uma nova visão e uma interpretação diferente aos meus colegas.

Penso ter atingido os objetivos propostos, tendo alguns deles com orientação dos tutores sofrido remodelação, uma vez que sendo eles conhecedores e profissionais ativos no local de estágio, orientaram para a consecução e para atingir os mesmos. Penso que por vezes poderia ter exposto mais o sentido de crítica e reflexão, esta foi uma luta entre mim e a minha Orientadora que sempre me incentivou nesse sentido, e ao qual tentei no decorrer do estágio expressar, e que penso ter conseguido.

Ao longo de toda prática e experiência profissional tenho percorrido um caminho para alcançar competências que são de extrema importância para a prestação de cuidados diferenciados e de excelência, onde todo o conhecimento aportado ao longo deste período de supervisão e orientação integrado nesta etapa de formação, contribuiu para o desenvolvimento da prática num contínuo processo de reflexão e construção pessoal e profissional no qual assentam bases humanas, técnicas e científicas e relacionais para a qual esta especialização tem um papel fundamental.

4.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Portuguesa de Apoio à Dor. A Dor. [Online] Disponível em: <http://www.aped-dor.com/index.php?lop=conteudo&op=d67d8ab4f4c10bf22aa353e27879133c> [Data de visita:25 Fevereiro 2013].

CABRAL, A. 1999. O enfermeiro e a triagem. Sinais vitais, nº 26, 48-50.

CARTAXEIRO, A., VENÂNCIO, I., CARDOSO, I., SILVA, M.2003. A Importância da colheita de dados e registos de enfermagem. Revista Informar, nº 30. Jan./Ago., Ano IX.

CARVALHO. Paula. 2006. Hiperbárica – Hospital Pedro Hispano aposta na Medicina Hiperbárica – Pulsar, Unidade Local de Saúde de Matosinhos. nº1 | junho. P:5. [Online].Disponível em: http://www.ulsm.minsaude.pt/ResourcesUser/Newsletter_Pulsar/PULSAR_001.pdf [Data de visita: 20 Fevereiro 2013].

CARVALHAIS, Maribel Domingues; SOUSA, Liliana. 2011. ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO, Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas. Revista de Enfermagem Referência. [Online]III Série - n.º 3. Disponível em:<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n3/v3n3a08.pdf> [Data de Visita: 14 Janeiro 2013].

Carta dos direitos e deveres dos doentes. [Online] Disponível em: <http://www.bmop.pt/cartadosdireitosedeveresdosdoentes.pdf> [Data de visita: 12 Janeiro 2013].

Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro).[Online]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf> [Data de Visita 2 de Fevereiro 2013].

COLLIÈRE, Marie- Françoise. 1999. Promover a vida – da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa, Lidel, Edições Técnicas.

COSTA, José dos Santos. (1999). Método e percepção de cuidar em Enfermagem. Porto: Universidade do Potro, 1999. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

COSTA, M. Arminda. 1998. “Enfermeiros – dos percursos de formação à produção de cuidados”, 1ª Edição. Lusociência, Loures.

DECLARAÇÃO DE BOLONHA, Junho 1999.

Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento n.º 124/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento n.º 125/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

DIAS, A., MENDES, C., MOUTINHO, E., CARREIRA, F., NUNES, S., FERREIRA, L. 2001. Registos de enfermagem Revista Servir, nº 49 (6).

Direcção-Geral da Saúde - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa N° 09/DGCG. Data: 14/06/2003.[Online] Disponível em: http://www.esscvp.eu/cbio/legisl/Dor_5_sinal_vital-Circ._Normativa-DGS.pdf [Data de visita: 25 Fevereiro 2013].

DIOGO, Carla Silva. 2007. Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Impacto da relação

cidadão – Sistema de Triagem de Manchester na Requalificação das Urgências do SNS. Lisboa.

FERREIRA, Marcus Castro; PAGGIARO, André Oliveira. (2010). Terapia por pressão negativa-vácuo - RevMed (São Paulo). 2010 jul.-dez.;89(3/4):142-6. (p. 142-146).[Online] Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46288> [Data de visita 5 de Fevereiro 2013].

FERNANDES, J.; VENÂNCIO, D. (Jan. /Jun. 2004). Um olhar sobre o cuidar em contexto cirúrgico. Informar, 32, p. 4-9.

GUIA DE ENFERMAGEM – Enfermagem em saúde. (2011). [Online]. Disponível em: <http://www.enfermagemesaude.com.br/guia-enfermagem/4289/sono-e-reposu>[Data de visita: 20 Novembro 2012].

HUDDLESTON, Sandra Smith. FERGUSON, Sandra G. 2006. Emergências Clínicas – Abordagens, intervenções e Auto-Avaliação. Terceira Edição. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.

Lei de Bases da Saúde - Aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.[Online]. Disponível em:<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm> [Data de visita: 11 Janeiro 2013].

MONIZ, José. 2003. A Enfermagem e a pessoa idosa. Loures: Lusociência.

Ministério da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: 2003. Recomendações para o seu desenvolvimento. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, – 72 p. ISBN: 972-675-097-0.[Online].Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf> [Data de visita: 29 Outubro 2012].

MINISTERIO DA SAUDE. 2001. Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência. Ministério da saúde. Lisboa.

NASCIMENTO, Cristina Dias; MARQUES, Isaac R.. 2005nov-dez. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 58(6):719-22. [Online]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a17v58n6.pdf> [Data de visita: 4 Abril 2013].

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Proposta de Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades em Enfermagem. Março de 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. Parecer Conselho Jurisdicional/20 – 2001.

Ordem dos Enfermeiros. 2009. Estatuto, Artigo 91.

Ordem dos Enfermeiros. 2009. Estatuto, Artigo 83.

Ordem dos Enfermeiros, 2008, DOR - Guia Orientador de Boa Prática. ISBN: 978-972-99646-9-5. [Online]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf> [Data de visita: 20 Fevereiro 2012].

Ordem dos Enfermeiros. Fevereiro 2011. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. Versão 2. Lusodidacta. ISBN:978-92-95094-35-2.

Programa Nacional de Controlo da Infecção (PNCI).[Online]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0> [Data de visita: 14 Junho 2012].

PHANEUF, M. 2003. Tendências actuais da formação em Enfermagem. In GADBOIS, C. – Gestão, formação e investigação em Enfermagem: partilha de experiencias. Vol 2. Coimbra: Direcção de Enfermagem dos HUC.

PINTO, Cláudia; et al, - UNIVERSIDADE DE COIMBRA FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO 2010/2011, 2º Ciclo de Estudo do Mestrado Integrado em Psicologia. Intervenção Psicoterapêutica com Idosos - Terapia da

Validação. Disponível em <https://woc.uc.pt/fpce/getFile.do?tipo=2&id=11702> [Data de visita: 25 Junho 2012].

PINHEIRO, Maria de Fátima Rodriguês. Novembro/Dezembro 1994. Organizar a prestação de cuidados: uma função/desafio para o enfermeiro chefe. *Servir*. Volume nº 42, nº 6. Lisboa.

PONCE, P., TEIXEIRA, J. 2006. *Manual de Urgências e Emergências*. Lidel. Lisboa.

PONTES, Alexandra Carvalho; LEITÃO, Ilse Maria Tigre Arruda; RAMOS, Islane Costa. maio-jun 2008. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 61(3): 312-318. [Online]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf> [Data de visita: 5 Fevereiro 2013].

PUGGINA, Ana Cláudia Giesbrecht; SILVA, Maria Júlia Paes da. 2009. Sinais vitais e expressão facial de pacientes em estado de coma. [Online]. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300016 [Data de visita: 6 de Novembro 2012].

RATTON, José Luiz de Amorim; SERUFO, José Carlos. 2005. *Emergências Médicas e Terapia Intensiva – Critérios de Admissão e Alta em Unidades de Tratamento*. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.

REPE Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril, Artigo 4º, n 3. [Online]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_EstatutoOE_2011.pdf [Data de visita 11 Janeiro 2013].

REIS, Maria B. Pereira; TORRES, Madalena Ramos. 2002. Reflexão sobre a importância dos registos de Enfermagem. *Sinais Vitais* 41 57-59.

RODRIGUES, Márcia Isabel Rama; CORDEIRO, Carla Maria da Cunha Diogo. 2007. CIPE – Um Contributo para a Enfermagem... ou uma Nova Maneira de Registrar?. *Sinais Vitais* nº 74. [Online]. Disponível em: <http://www.forumenfermagem.org>

/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=3101 [Data de visita: 16 Janeiro 2013].

SALVADO, Maria Manuela Geraldês Gândara Janeiro. 2010. O EXERCÍCIO DO PODER NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: OS CUIDADOS DE HIGIENE.[Online]. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3822/1/ulsd61010_td_Manuela_Gandara.pdf [Data de visita: 14 Janeiro 2013].

SILVA, M. A. 2011. Via verde para o seu coração. Nursing. Nº276. p: 18-20. ISSN 0871-6196.

SILVA, D. SILVA, E. 2004. Ensino Clínico na Formação em Enfermagem. Millenium Revista do ISPV, nº30 Out, p. 103-118.

SILVA, A. – Registos de Enfermagem: Da tradição Scripto ao Registo Informo. Porto. ICBAS.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica). 2008. Transportes de Doentes Críticos - Recomendações. [Online]. Disponível em: www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf. [Data de visita: 26 Junho 2012].

THELAN, Lynne; et al. 1996. Enfermagem em Cuidados Intensivos – Diagnóstico e intervenção, 2ª edição, Lusodidactica, Lisboa. ISBN: 972-96610-2-2.

ULSM, E.P.E. HPH - Manual de Integração do Serviço de Medicina Intensiva.

VILA, Vanessa da Silva; ROSSI, Lúcia Aparecida. Março/Abril 2002. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidades de Terapia Intensiva: “Muito falado e pouco vivido”. Revista Latino-am Enfermagem.

ANEXOS

ANEXO I

Poster “Higienização das Mãos – Sensibilização”

Fundamentação teórica

Planeamento da sessão

Poster

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS
DE SAÚDE (IACS)**

Aluna: Diana T. G. Jantarada

Orientação: Prof.^a Maria Amélia Ferreira

Porto, Junho 2012

Desde muito cedo que se fala em infecção hospitalar, pois já Florence Nightingale referia que *“O mínimo que se deve esperar do hospital é que não faça mal ao doente.”*

Infeção hospitalar ou nosocomial pode ser definida como uma infecção sistémica que resulta de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso que não estava presente ou em inoculação no momento de admissão hospitalar. Esta infecção torna-se evidente normalmente 48 horas após a admissão do doente.

Esta definição diz respeito às infeções em meio hospitalar, deixando de parte as adquiridas em ambulatório, lares residenciais ou nos cuidados domiciliários. Assim surge o conceito de Infeção associada aos cuidados de saúde (IACS), esta é definida pelo Programa Nacional de Controlo da Infeção como *“uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade”*, o que a torna mais abrangente já que se refere a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde.

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são um risco para os doentes, aumentando a morbilidade e mortalidade, agravando o estado de saúde, aumentando o tempo de internamento, possibilitando a existência de sequelas, aumentando os custos pessoais para os doentes (qualidade de vida) e para os seus familiares e também contribuindo significativamente para o aumento dos custos de saúde.

Uma das práticas mais simples e efetivas na redução da transmissão de microrganismos entre profissionais de saúde e os doentes é a higienização das mãos. Uma

vez que através da higienização das mãos, seja por lavagem ou por fricção com solução anti-séptica de base alcoólica,(SABA), vai quebrar a cadeia de transmissão cruzada.

A simples ação de fricção com solução anti-séptica de base alcoólica que demora cerca de 20 a 30 segundos e que segundo o sistema de categorização das *Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)* que foi adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Direção Geral de Saúde, é uma evidência científica classificada como IA, ou seja, é fortemente recomendada para implementação e bem suportada por estudos epidemiológicos, clínicos e ou experimentais bem conduzidos. Ou a lavagem das mãos, que demora cerca de 40 a 60 segundos e é classificada como categoria IB, ou seja, é fortemente recomendada para implementação e suportada por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e forte fundamentação teórica, são medidas de impacto direto no controlo da infeção.

Ao longo do meu estágio no Serviço de Urgência observei que estas são duas técnicas que por vezes são descuradas por parte da equipa de enfermagem bem como por parte de outros profissionais, não por desconhecimento das técnicas e da sua importância, mas sim talvez pela necessidade que sentem em cuidar do doente deixando este o menos tempo possível à espera de cuidados.

Uma outra situação que observei foi os momentos em que higienizavam as mãos. Considerando o modelo conceptual proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), designado por os “Cinco Momentos”:

1. “*Antes do contacto com o doente*”;
2. “*Antes de procedimentos limpos ou assépticos*”;
3. “*Após risco de exposição a fluidos orgânicos*”;
4. “*Após contacto com o doente*”;
5. “*Após contacto com o ambiente envolvente do doente*”.

Muitos dos profissionais apenas realizavam dois ou três destes momentos.

Assim, tendo em atenção a minhas observações e por considerar um tema pertinente, realizei uma ação de formação sobre o tema “Higienização das mãos – Sensibilização” de forma a lembrar à equipa a importância que tem a higienização das mãos, e que não é o tempo despendido na lavagem das mãos ou na fricção destas com solução anti-séptica de base alcoólica, que o doente vai receber menos cuidados, mas sim, que vai receber cuidados de melhor qualidade.

Pretendi também, sensibilizar a equipa para facto de que as IACS são um evento histórico, mundial e social requerendo investimentos científicos, tecnológicos e humanos para a adoção de medidas de prevenção e controlo. Que é importante o papel do enfermeiro no desenvolvimento de ações de prevenção e controlo de IACS e a educação continuada, como estratégia de implementação de medidas eficazes na busca da qualidade do cuidado.

BIBLIOGRAFIA

Direcção-Geral da Saúde Circular Normativa - Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, Nº: 13/DQS/DSD; 14/06/2010

Direcção-Geral da Saúde, Departamento da qualidade na saúde – Divisão de segurança do doente - Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, Documento de apoio. Lisboa, Junho 2010.

ESPADA, Amália. 2007. Mãos limpas salvam vidas. *Nursing*, n.º 225, ano 17. Setembro. 48 -50.

LACERDA, Rúbia Aparecida. 2002. Produção científica nacional sobre infecção hospitalar e a contribuição da enfermagem: ontem, hoje e perspectivas futuras. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.10 no.1. [Online]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000100009 [Data de visita: 14 Junho 2012]

MACEDO, Joyce; RODRIGUES, Marina T; CARVALHO, Cristiana M.C. Nascimento. 2003. Perspectivas no controle da infecção hospitalar. *J. Pediatr. (Rio J.)* vol.79 no.3 Porto Alegre May/June. [Online]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000300016&lang=pt. [Data de visita: 14 Junho 2012].

OLIVEIRA, R; MARUYAMA, SAT. 2008. Controle de infecção hospitalar: histórico e papel do estado. *Rev. Eletr. Enf.*10(3):775-83. [Online]. Disponível:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a23.htm>. [Data de visita: 14 Junho 2012]. Programa Nacional de Controlo da Infecção (PNCI) [Online]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0> [Data de visita: 14 Junho 2012]

“Higienização das Mãos – Sensibilização”

PLANO DA SESSÃO

Formadora: Diana T. G. Jantarada

Orientadora: Prof.^a Maria Amélia Ferreira, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enfermeiro Tutor: Enf.^o Tiago Barros, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Publico Alvo: Enfermeiros do Serviço de Urgência da ULSM - Hospital Pedro Hispano

Objetivos da formação:

- Sensibilizar os enfermeiros e reconhecer a importância da lavagem das mãos e da fricção anti-sética das mãos com solução anti-sética de base alcoólica em serviços de saúde;
- Lembrar a técnica da higienização das mãos através da lavagem das mãos e da fricção anti-sética das mãos com solução anti-sética de base alcoólica
- Reflexão acerca da adesão à boa prática da higienização das mãos em serviços da saúde.

Data e local de formação: 21 Junho 2012. Serviço de Urgência da ULSM - Hospital Pedro Hispano – E.P.E

Método utilizado: Expositivo

Recurso didático: Poster

Duração da formação: 30 minutos, divididos por:

Apresentação	1 minuto	Apresentação da formadora e do tema
Introdução	4 minutos	Breves considerações sobre o tema Objetivos.
Desenvolvimento	15 minutos	Apresentação do póster “Higienização das Mãos - Sensibilização Conceito de higienização das mãos. Fatores que interferem na adesão dos profissionais de saúde à prática de higienização das mãos. Apresentação de um vídeo sobre a técnica de lavagem/fricção anti-sética das mãos. Estratégias que contribuem para a adesão à boa prática da higienização das mãos
Conclusão	7 minutos	Síntese das principais ideias; Possibilidade para a colocação de questões e esclarecimento de dúvidas.
Avaliação	3 minutos	Entrega de questionário de opinião aos enfermeiros presentes.

Higienização das Mãos - Sensibilização

Diana T. G. Jantarada

5º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

INTRODUÇÃO

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são um risco para os doentes, aumentando a morbilidade e mortalidade e contribuindo significativamente para o aumento dos custos de saúde. O conceito de infecção nosocomial surgiu inicialmente nos doentes hospitalizados, mas hoje é utilizado de um modo global, alargado a todas as infeções decorrentes da prestação de cuidados de saúde quer em internamento quer em ambulatório.

Uma porção significativa destas infeções são evitáveis se os profissionais de saúde conhecerem e cumprirem a regras básicas para a sua prevenção.

OBJETIVO

Sensibilizar os enfermeiros para a importância da lavagem das mãos e da fricção anti-sética das mãos com solução anti-sética de base alcoólica.

METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa de artigos em bases de dados online scielo e b-On, bem como a pesquisa no site do Programa nacional de prevenção controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (PNCI).

Higienização das mãos para:

- Proteger o doente de microrganismos prejudiciais transportados nas mãos;
- Proteger o profissional de saúde e o ambiente envolvente de microrganismos prejudiciais.

Cinco Momentos



1 Duração total do procedimento: 40-60 seg.

Molhe as mãos com água
 Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos
 Esfregue as palmas das mãos, uma na outra
 Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa
 Palma com palma com os dedos entrelaçados
 Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados
 Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa
 Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa
 Enxague as mãos com água
 Seque as mãos com toalhete descartável
 Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for de comando manual
 Agora as suas mãos estão seguras.

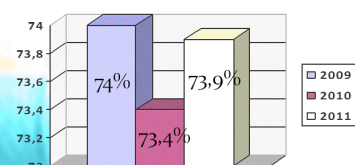
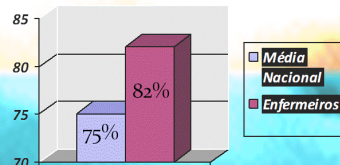
Lavagem das mãos (apenas quando estiverem visivelmente sujas)
 Duração: 40 a 60 seg

Fricção anti-sética das mãos (uso de solução anti-sética de base alcoólica - SABA)
 Duração: 20 a 30 seg

2 Duração total do procedimento: 20-30 seg.

Aplique o produto numa mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies
 Esfregue as palmas das mãos, uma na outra
 Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa
 As palmas das mãos com dedos entrelaçados
 Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com dedos entrelaçados
 Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa
 Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa
 Uma vez secas, as suas mãos estão seguras.

RESULTADOS



Programa nacional de higiene das mãos, inserido no programa 1º desafio mundial para a segurança do doente da World Alliance for Patient Safety - Clean Care is Safer Care
 Resultados da USLSM - Hospital Pedro Hispano.

CONCLUSÃO

- As IACS são um evento histórico, mundial e social requerendo investimentos científicos, tecnológicos e humanos para a adoção de medidas de prevenção e controlo.
- É importante o papel do enfermeiro no desenvolvimento de ações de prevenção e controlo de IACS e a educação continuada como estratégia de implementação de medidas eficazes na busca da qualidade do cuidado.
- A higienização das mãos constitui a medida mais relevante na prevenção de controlo de IACS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Campanha de Higiene das Mãos. Disponível: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514>. (Data de visita: 11 Junho 2012).
 Controlo de infeção hospitalar: histórico e papel do estado. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a22.htm>. (Data de visita: 14 Junho 2012).
 Direcção-Geral da Saúde. Disponível: <http://www.ncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/013069.pdf>. (Data de visita: 10 Junho 2012).
 Perspectivas no controlo da infeção hospitalar. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-7557200300016&lang=pt. (Data de visita: 14 Junho 2012).
 Produção científica nacional sobre infeção hospitalar e a contribuição da enfermagem: ontem, hoje e perspectivas futuras. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S014-1169200200010009. (Data de visita: 14 Junho 2012).



ANEXO II

Formação “Drenagem Torácica”

Fundamentação teórica

Planeamento da sessão

Apresentação



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Drenagem Torácica

Aluna: Diana Teresa Ginjo Jantarada

Porto, Novembro de 2012



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Drenagem Torácica

Aluna: Diana Teresa Ginjo Jantarada

Sob orientação da: Prof.^a Maria Amélia Ferreira

Porto, Novembro de 2012

ABREVIATURAS

cm - Centímetros

Fr - French

ml - Mililitros

SIGLAS

IM - Intramuscular

SC - Subcutânea

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

INDICE

1. INTRODUÇÃO	7
2. DRENAGEM TORÁCICA	9
2.1 – INSERÇÃO DE DRENO TORÁCICO	13
2.2 – OTIMIZAR DRENO TORÁCICO	16
2.3 – REMOÇÃO DE DRENO TORÁCICO	19
3. CONCLUSÃO	23
4. BIBLIOGRAFIA	25

1.INTRODUÇÃO

A elaboração deste trabalho surgiu no âmbito do 5º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa|Porto, no período de estágio – Modulo II – Cuidados Intensivos, realizado no Serviço de Medicina Intensiva da ULSM – Hospital Pedro Hispano.

Por considerar um tema pertinente e de utilidade prática para toda a equipa de enfermagem, foi alvo de uma formação em serviço.

A colocação de um dreno torácico que é inserido cirurgicamente na cavidade pleural é um procedimento médico, no entanto a sua manutenção e a qualidade do resultado final resulta da boa coordenação de ações de enfermagem e médicas.

Dos vários procedimentos e técnicas utilizadas em cuidados intensivos a drenagem torácica requer cuidados e conhecimentos específicos de manutenção de todo o sistema de drenagem e vigilância deste.

O principal objetivo deste trabalho e posterior apresentação à equipa de enfermagem é relembrar e partilhar conhecimentos sobre a drenagem torácica.

2. DRENAGEM TORACICA

Revedo concisamente a anatomia do pulmão, este é envolvido por uma membrana denominada por pleura que possui dois folhetos, nomeadamente: o visceral e o parietal. O líquido pleural existente na cavidade pleural é renovado num contínuo equilíbrio produção/absorção e, por essa razão, um aumento do volume desse líquido bem como a presença de ar na cavidade pleural pressupõem a instalação de um processo patológico. Devido à presença de líquido aumentado ou de ar a pressão negativa pré-existente diminui ou é mesmo anulado, ocorrendo posteriormente o colapso do pulmão, conduzindo a uma diminuição abrupta da superfície disponível para a realização das trocas gasosas.

Assim, a drenagem torácica consiste na introdução de um dreno numa das cavidades do tórax: cavidade pleural, cavidade pericárdica ou mediastínica. Neste trabalho irei abordar a introdução de um dreno na cavidade pleural e a drenagem de conteúdos líquido ou ar e respetivos cuidados.

O objetivo principal da introdução de um dreno na cavidade pleural é promover a remoção de conteúdo líquido, gasoso, purulento ou sanguinolento do interior desta. (LÚCIO e ARAÚJO, 2011). Outros dos objetivos é: restabelecer a pressão intra pleural negativa na cavidade pleural; permitir a reexpansão do pulmão colapsado, restaurar uma função cardiorrespiratória normal e prevenir a infeção na cavidade pleural. (VEIGA et. al, 2011 e KUSAHARA e CHANES, 2011).

Este é um procedimento útil tanto para diagnóstico como para o tratamento de diversas intercorrências pleurais, tais como: pneumotórax (espontâneo, primário, secundário, hipertensivo, traumático e iatrogénico), hemotórax (traumático e residual), derrame pleural (empiema, quilotórax) e drenagem profilática. (ANDRADE e FELICITTI).

Os drenos torácicos são tubulares, multiperfurados, siliconizados e semi-rígidos, com múltiplos orifícios numa das extremidades, o seu calibre varia de 16 a 40 French, 5 a 12 mm de diâmetro. (KUSAHARA e CHANES, 2011). Alguns modelos de drenos tubulares são: dreno de nelaton, dreno de malecot, dreno de pezzet, dreno de blaker e dreno de Joly.

A inserção do dreno pode ser efetuada sob anestesia local ou geral, e em função do conteúdo que se pretende drenar, ar ou líquido. Assim, se se pretende efetuar a drenagem de ar a inserção do dreno é a nível do 2º e 3º espaço intercostal (linha clavicular média ou axilar anterior) de forma a permitir a drenagem do ar que se acumula na porção superior do espaço pleural. Se se pretende a drenagem de líquido a inserção é ao nível do 8º e 9º espaço intercostal (linha medio-axilar). (CASTILHO, SIMÕES E MARTINS, 2000).

O dreno que está inserido na cavidade pleural está ligado a um sistema de drenagem. Este sistema deve ser sempre um sistema fechado, os tubos devem ter calibre suficiente para drenar qualquer espécie de fluido e deve-se adaptar perfeitamente para que não haja qualquer entrada de ar. Baseando-se em dois princípios fundamentais: manutenção do sentido do circuito de dentro para fora tornando-se estanque para o sentido contrário e existência de forças (gravítica, sucção) que possibilitam a saída da drenagem.

Existem alguns meios que permitem manter estes princípios como por exemplo os cateteres de baixo fluxo, sistemas valvulares - válvula de heimlich ou ainda o sistema de selo de água ou subaquático. Sendo ao sistema de selo de água ou subaquático que neste trabalho vou dar mais importância.

O sistema de selo de água ou subaquático evoluiu a partir de um sistema constituído por um dois recipientes, para uma unidade de utilização única em plástico. Estes sistemas possuem uma extremidade que se encontra conectada, direta ou indiretamente, ao dreno torácico e outra extremidade fica mergulhada 2 cm abaixo do fluido. (CIPRIANO e DESSOTE, 2011; KUSAHARA e CHANES, 2011); onde a coluna de água que preenche a porção imersa da tubuladura vai funcionar como válvula unidirecional.

O processo gerador desta funcionalidade ocorre da seguinte forma: na inspiração impede o retrocesso desse drenado por se elevar uma coluna de água que estabiliza a diferença de pressão entre o frasco coletor e a pressão intrapleural; na expiração permite a passagem do produto drenado para o frasco coletor por se desenvolver no circuito uma pressão positiva. Como mostra a figura abaixo.

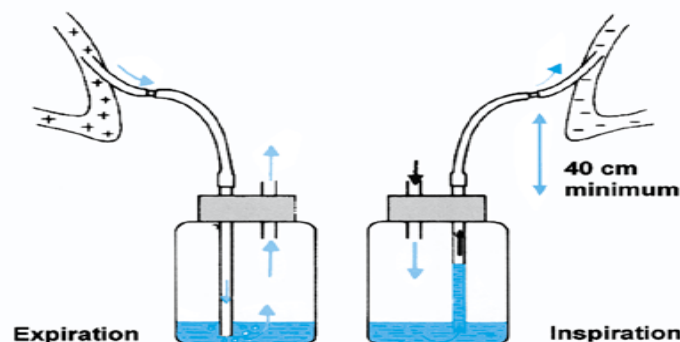


Figura 1

No processo de drenagem pode ser aplicada a drenagem por ação da gravidade /passiva onde os fluidos se deslocam de um nível mais alto para um nível mais baixo - força gravitacional e por ação dos movimentos respiratórios do doente, (VEIGA et. al, 2011). No qual o ar ou líquidos se deslocam do local onde a pressão é mais elevada para o local onde a pressão é menor.

Por sua vez na drenagem ativa o sistema de drenagem está ligado a um sistema de vácuo, permitindo desta forma efetuar uma rápida depleção do líquido ou ar contidos na cavidade pleural. Existe uma pressão inferior à existente na cavidade pleural que força o movimento do líquido e do ar contidos na cavidade pleural em direção ao frasco coletor. A pressão aplicada não pode ser muito grande (o máximo oscila entre -20 e -30 cm H₂O), pelo risco de se efetuar uma aspiração de tecido pulmonar. (CIPRIANO e DUSSOTI, 2011).

Pode existir a conjugação de dois ou três frascos, dependendo se se pretende a drenagem de apenas ar (usar dois frascos) ou líquido (usar três frascos). Como mostram as figuras abaixo.

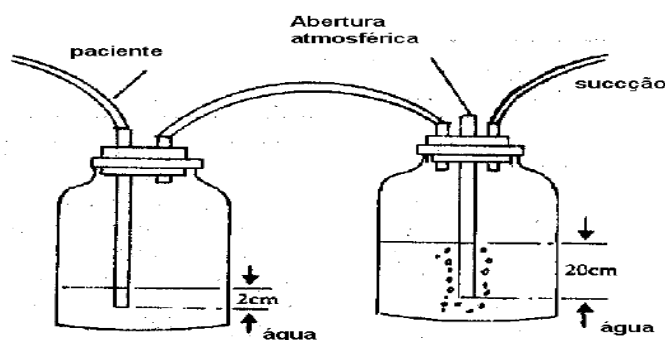


Figura 2 - Drenagem de ar.

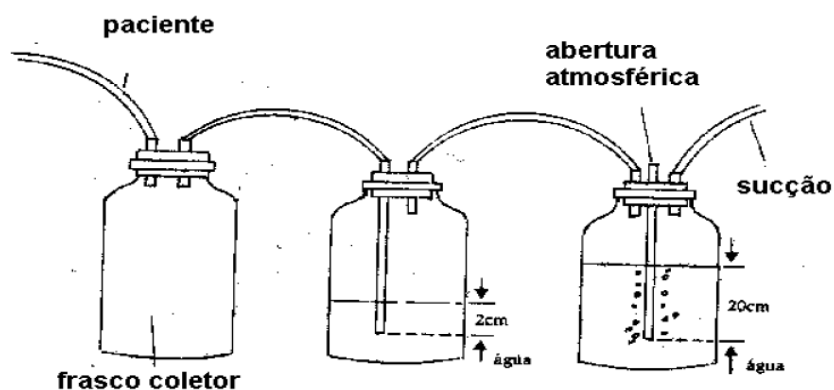


Figura 3 - Drenagem de líquido.

Atualmente os sistemas usados são de três em um. Como mostra a figura abaixo.

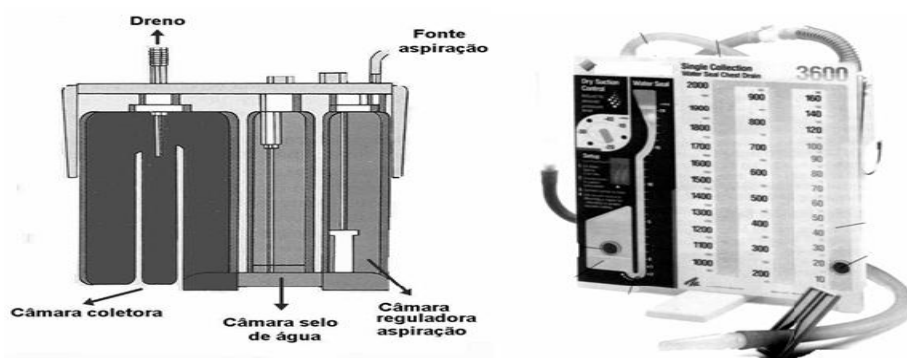


Figura 4

Assim, estes sistemas têm 3 compartimentos, o primeiro para drenar o conteúdo pleural, o segundo com um nível de água – 2 cm - que previne o retorno de ar para a pleura durante a fase inspiratória de pressão negativa e o terceiro com um nível de água proporcional à pressão de aspiração que pretendemos. (KUSAHARA e CHANES, 2011).

Um dreno torácico deve de ser clampado apenas em situação de desconexão acidental dos tubos ou quebra dos frascos (coletor ou de selo), durante operações de mudança de frasco ou de abertura dos mesmos, ou se se pretende avaliar a tolerância à clampagem. Esta deve de ser realizada por dois clampes, colocados abaixo do cateter torácico, em sentido oposto e afastados entre si cerca de 5 cm, no menor espaço de tempo possível e no final da fase expiratória. Um dreno torácico que esteja a borbulhar nunca deve de ser clampado correndo o risco elevado de provocar um pneumotórax hipertensivo, mas caso seja necessário este ato deve ser feito por duas pessoas e o mais rápido possível.

Todos os atos invasivos acarretam riscos de complicações, no caso da drenagem torácica podem ocorrer complicações como: hemorragia, que ocorre primeiramente durante a introdução do dreno por lesão de um vaso (artéria intercostal, subclávia, mamária, etc.); crise vagal, relacionada com a dor e a ansiedade do paciente; edema pulmonar, devido a uma evacuação demasiado rápida da drenagem; enfisema subcutâneo por deficiente posicionamento do dreno torácico resultando frequentemente do recuo do dreno que tem consequentemente abertura parietal com fuga de ar em torno do dreno; perfuração de um órgão (pulmão, fígado); infecção devido à manipulação incorreta do sistema; abscesso da parede, resultando sobretudo de deficiente técnica ou a quebra do frasco coletor. Também podem ocorrer complicações como: cessação repentina do fluxo líquido devendo-se pesquisar uma possível obstrução do dreno; saída ou deslocamento acidental do dreno ou desconexão acidental dos tubos; aumento acentuado da quantidade líquido no frasco de drenagem; aparecimento de bolhas que pode indicar a presença de uma fístula

bronicopulmonar; desvio da traqueia (resultante do desvio do mediastino) e quebra do selo de água.

Assim, e tendo em conta toda a dinâmica e funcionamento de uma drenagem torácica, cuidar de um doente com este tipo de drenagem requer da parte da equipa de enfermagem alguns cuidados direcionados neste sentido, sendo eles: vigiar do estado respiratório e cardiovascular; vigiar drenagem e suas características; nunca clampar um dreno que borbulha; verificar a oscilação do líquido: na ventilação espontânea o nível sobe na inspiração e desce com a expiração, na ventilação mecânica o nível desce na inspiração e sobe com a expiração, pois o regime de pressão intratorácica é inverso. Verificar regularmente o posicionamento do dreno, para que se evitem a formação de “dobras”; assegurar a boa fixação do dreno para impedir a sua saída; valorizar a dor do doente; verificar regularmente o nível do selo de água: se baixar deverá proceder à adição de água estéril ou solução salina; não elevar o frasco coletor acima do nível da cintura para evitar o refluxo de líquido para a cavidade torácica e realizar registos de enfermagem.

2.1 – INSERÇÃO DE DRENO TORÁCICO

A introdução de um dreno torácico é realizada através da incisão da parede torácica sob anestesia local ou geral sendo que o local de inserção é determinado pelas características do conteúdo a ser drenado. Técnica realizada pelo médico com colaboração de enfermeiro.

Material:

- 1 campo esterilizado;
- 2 pacotes de compressas esterilizadas;
- 1 agulha SC, IM;
- 2 seringas de 10 ml;
- 2 transferes;
- Frasco lidocaina 1% ou 2%;
- Bisturi;
- Pinça de Kocker ou Finoquet;
- Dreno torácico (conforme indicação médica);
- Clamp;

- Porta agulhas;
- Seda lanceolada (mais comum seda 0);
- Placa de drenagem sob selo de água
- Soro fisiológico;
- Águas destilada (para selo de água)
- Adesivo;
- 1 par de luvas esterilizadas (para médico);
- 1 bata esterilizada (para o médico)
- Saco de sujios;
- Contentor para agulhas;
- Resguardo descartável;
- 1 almofada.

Procedimento

Atividades	Justificação
Lavra as mãos.	Prevenir a contaminação.
Preparar carro de pensos com todo o material necessário para a execução do procedimento.	Gerir o tempo. Facilitar a execução do procedimento.
Instruir o indivíduo sobre o procedimento e a importância de permanecer imóvel, durante o mesmo.	Diminuir a ansiedade. Promover o relaxamento e a colaboração do doente.
Assistir no posicionamento; Posicionar pessoa. (dependendo do estado clínico do doente)	Sentado: doente deve sentar-se inclinado sobre as costas da cadeira, ficando com a zona torácica posterior exposta. Deve ser colocada uma almofada entre a cadeira e o doente para maior conforto do mesmo. Deitado: doente deve colocar-se em decúbito dorsal e colocar o braço, do lado onde vai ser colocado o dreno, atrás da cabeça, expondo a região lateral do tórax. Facilitar a execução do procedimento.
Aplicar o resguardo impermeável sobre a cama.	Evitar sujar a roupa de cama.

Preencher a coluna de selo de água com água destilada.	A coluna de água funciona como válvula unidirecional, permitindo que o fluxo se faça apenas da cavidade pleural para o frasco coletor e nunca no sentido contrário.
Colaborar com o médico na inserção do dreno torácico.	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> • Providenciar anestesia de modo a que o médico possa aspirar; • Clampar o dreno antes da remoção completa da porção interna; • Desclampar, posteriormente, o dreno.
Realizar tratamento ao local de inserção do dreno.	A cerclagem deve ser colocada em volta de uma compressa em cilindro; Devem ser colocadas compressas por baixo do dreno, no local de inserção do mesmo, para evitar o seu colapso; Aplicar penso oclusivo. Prevenir infeção.
Colocar adesivo na conexão do sistema de drenagem com o dreno torácico.	Obter um sistema de drenagem fechado.
Instalar a parte superior da tubuladura do sistema de drenagem ao tórax ou abdómen do doente.	Evitar a tensão e formação de ansas pendentes que impeçam uma drenagem eficaz. As ansas pendentes permitem a acumulação de líquido dentro do tubo, evitando a remoção do ar ou líquido do espaço pleural. Evitar que o dreno se mobilize involuntariamente.
Instruir ao doente os cuidados a ter com o dreno, nomeadamente: <ol style="list-style-type: none"> 1. Não elevar a placa de drenagem acima do nível de inserção do dreno; 2. Manter a placa de drenagem na vertical; 3. Manipular o dreno com precaução; 4. Deambular e exercitar lentamente o membro superior do lado onde se encontra inserido o dreno; 	<ol style="list-style-type: none"> 1- O sistema de drenagem deve manter-se abaixo do nível de inserção do dreno para impedir o refluxo de líquido drenado para o espaço pleural. 2- Evitar que o líquido se espalhe pelas várias colunas, dificultando a monitorização. 3- Pelo risco de o mobilizar, de ocorrer desconexão das tubuladuras ou do frasco

5. Encontrar posições confortáveis quando sentado ou deitado, com o auxílio de almofadas do lado onde se encontra o dreno – Posição terapêutica ou anti-álgica;	coletor tombar permitindo a passagem de ar. 4- Para mobilizar o líquido e prevenir a diminuição da amplitude articular como consequência da defesa à dor. 5- Evitar a pressão sobre o dreno.
Dar o destino adequado a todo o material.	
Registrar procedimento.	Deve incluir: <ul style="list-style-type: none"> • Data e hora de realização; • Tipo de dreno utilizado; • Tipo de drenagem implementada; • Características e quantidade de líquido drenado; • Reações do indivíduo.
Assegurar a execução de uma radiografia tórax.	Verificar o correto posicionamento do dreno.
Auxiliar no posicionamento; Posicionar pessoa. (dependendo do estado clínico do doente)	Providenciar conforto. Facilitar a drenagem.
Lavar as mãos.	Prevenir a transmissão cruzada de microorganismos.

2.2 – OTIMIZAR DRENO TORÁCICO

As intervenções de enfermagem englobadas na otimização do dreno torácico destinam-se, essencialmente, à manutenção da permeabilidade e esterilidade do circuito.

Atividades	Justificação
Examinar todo o sistema de drenagem: <ul style="list-style-type: none"> • Verificar conexões das tubuladuras; • Verificar selo de água; • Verificar a existência de angulações, ansas pendentes ou coágulos. 	Verificam-se as conexões das tubuladuras para certificar o seu bom ajuste. A água atua como um selo evitando que o ar, em caso de pneumotorax, seja “aspirado” para o espaço pleural.

	A ocorrência de qualquer uma destas situações, impede uma correta drenagem do ar ou líquido presente no espaço pleural.
<p>Verificar oscilação do nível da água.</p> <p>Caso a coluna de água não oscile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar se o doente não se encontra deitado sobre as tubuladuras, analisar as tubuladuras e conexões para ver se estão intatas ou dobradas; • Solicitar ao doente que tussa ou respire fundo para ver se a flutuação recomeça; • Verificar a permeabilidade do dreno e, se necessário, desobstruí-lo. Nos casos onde se comprova a obstrução do dreno, pode pressionar-se o tubo torácico na direção do frasco coletor, com precaução e suavidade, sendo que esta técnica não deve de ser realizada por rotina, devido à excessiva pressão negativa intratorácica que provoca. <p>Se mesmo com estes cuidados, a coluna de água continuar sem oscilar ou borbulhar, pode significar que o pulmão já foi reexpandido – o dreno está funcionando e patente.</p>	<p>A oscilação do nível de água é um excelente indicador da boa comunicação entre o espaço pleural e o frasco de drenagem bem como da pressão intrapleural.</p> <p>O nível de água sobe quando a pessoa inspira e desce quando expiração.</p> <p>Assim:</p> <ul style="list-style-type: none"> • As oscilações do nível de água maiores que 6 cm por respiração, podem significar a presença de secreções abundantes ou um aumento do trabalho respiratório devido a complicações; • A paragem das oscilações pode significar que o tubo está torcido ou ocluído, ou que uma das conexões se tenha desconectado ou, ainda, o pulmão encontra-se totalmente reexpandido.
Vigiar o burbulhar do líquido no frasco, no caso de drenagem de pneumotorax.	O burbulhar rápido durante a inspiração e/ou expiração pode indicar a existência de fistulas ou fugas de ar no sistema de drenagem.
Executar tratamento ao local de inserção do	Prevenir infeção.

<p>dreno torácico. (de 3 em 3 dias ou em SOS)</p> <p>Examinar o local de inserção de dreno.</p>	<p>Detetar precocemente a ocorrência de enfisema subcutâneo, fuga de ar e sinais inflamatórios.</p>
<p>Trocar frasco coletor de drenagem.</p> <p>(Sempre que o nível do líquido drenado seja considerável)</p>	<p>Quando o volume drenado é grande e, por qualquer motivo, o frasco não for esvaziado, a drenagem é dificultada, sendo necessário vencer uma pressão muito maior.</p>
<p>Clampar o dreno, nas seguintes situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desconexão acidental das tubuladuras ou quebra do frasco; • Durante a operação de substituição do frasco de drenagem; • Quando se pretende avaliar a tolerância do utente à clampagem (nas últimas 14 horas anteriores à remoção do dreno); • Quando são removidas grandes quantidades de líquido da cavidade pleural. 	<p>A clampagem, nas duas primeiras situações, deve ser realizada no menor espaço de tempo possível, porque ao ocluir o sistema impossibilita a drenagem e faz com que a pressão se eleve podendo provocar pneumotorax hipertensivo, lesão pulmonar ou reativação de uma fístula broncopleural. Na última situação, a remoção de grandes quantidades de líquido pode provocar desconforto pulmonar ou até edema, devendo clampar-se o dreno após a remoção de cerca de 1L de fluido (pela possibilidade de ocorrência de uma reação vagal).</p>
<p>Verificar, frequentemente, se o aspirador se encontra no nível de pressão prescrito.</p>	<p>De forma a evitar uma pressão excessiva, associado ao risco de traumatismo pulmonar.</p>
<p>Incentivar o doente a respirar profundamente, a tossir e a posicionar-se, frequentemente.</p>	<p>Estas ações elevam a pressão intrapleural, permitindo a reexpansão do pulmão e evitando a atelectasia. Da mesma forma, facilitam a drenagem do conteúdo presente na cavidade pleural.</p>
<p>Prevenir exteriorização acidental do dreno, caso ocorra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calçar luvas esterilizadas; • Apertar o orifício da pele, com os dedos; 	<p>Evitar a entrada de ar na cavidade pleural e, simultaneamente, a ocorrência de hemorragia.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar um penso compressivo; • Comunicar e solicitar colaboração médica. 	
Executar registos de enfermagem.	<p>Quantidade e características do conteúdo drenado.</p> <p>Integridade do penso presente no local de inserção.</p> <p>Execução do tratamento ao local de inserção e planeamento da próxima execução.</p> <p>Características da ferida cirúrgica.</p> <p>Substituição da placa de drenagem.</p> <p>Execução de lavagem para desobstrução do sistema.</p>

2.3 – REMOÇÃO DE DRENO TORÁCICO

O dreno torácico é retirado após a confirmação da total reexpansão pulmonar, quando a drenagem não é significativa (menos de 100 ml nas últimas 24 horas, em três dias consecutivos) ou quando se encontra obstruído e não se consegue reverter esta situação.

Antes da remoção do dreno, clampa-se durante um período de 24 a 48 horas, a fim de se verificar a tolerância e a estabilidade fisiológica do doente.

Durante o procedimento, as prioridades principais são a prevenção da infeção e a entrada de ar. Desta forma, o dreno deve de ser retirado num só movimento rápido durante uma inspiração profunda.

Material:

- 1 campo esterilizado;
- 2 pacotes de compressas esterilizadas;
- 1 agulha SC, IM;
- 1 seringa de 5 ml;
- 1 transfer;
- Frasco lidocaína 1% ou 2%;
- Bisturi;
- Porta agulhas;
- Seda lanceolada (mais comum seda 0);

- Placa de drenagem sob selo de água
- Soro fisiológico;
- Adesivo;
- 1 par de luvas esterilizadas (para médico);
- 1 bata esterilizada (para o médico)
- 1 par de luvas limpas (para enfermeiro);
- Saco de sujios;
- Contentor para agulhas;
- Resguardo descartável;

Procedimento

Atividades	Justificação
Lavra as mãos.	Prevenir a contaminação.
Preparar carro de pensos com todo o material necessário para a execução do procedimento.	Gerir o tempo. Facilitar a execução do procedimento.
Instruir o indivíduo sobre o procedimento e a importância de permanecer imóvel, durante o mesmo.	Diminuir a ansiedade. Promover o relaxamento e a colaboração do doente.
Assistir no posicionamento; Posicionar pessoa. (dependendo do estado clínico do doente)	Sentado: doente deve sentar-se inclinado sobre as costas da cadeira, ficando com a zona torácica posterior exposta. Deve ser colocada uma almofada entre a cadeira e o doente para maior conforto do mesmo. Deitado: doente deve colocar-se em decúbito dorsal e colocar o braço, do lado onde vai ser removido o dreno, atrás da cabeça, expondo a região de inserção do dreno. Facilitar a execução do procedimento.
Aplicar o resguardo impermeável sobre a cama.	Evitar sujar a roupa de cama
Colaborar com o médico na remoção do dreno torácico.	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> • Providenciar material; • Colaborar com o medico na remoção do dreno, de forma a ser removido num

	movimento isolado e rápido, durante uma inspiração profunda.
Realizar tratamento ao local de inserção do ex-dreno torácico.	Prevenir infecção.
Dar destino adequado a todo o material.	
Lavar as mãos.	Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos.
Registrar procedimento.	Deve incluir: <ul style="list-style-type: none">• Data e hora de realização;• Características da ferida cirúrgica• Reações do indivíduo.• Data de remoção do material de sutura.

3.CONCLUSÃO

A colocação do dreno torácico é realizada pelo médico, no entanto cabe ao enfermeiro colaborar com o médico na sua colocação e na montagem de todo o sistema de drenagem torácica.

A drenagem torácica consiste na colocação de um dreno na cavidade pleural usando técnica asséptica, que vai permitir a drenagem de conteúdo líquido ou ar reestabelecendo a pressão negativa do espaço pleural, re-expansão do pulmão colapsado e restabelecer a função cardiorrespiratória. Para este efeito pode-se usar uma drenagem passiva/gravidade ou uma drenagem ativa através de um sistema de vácuo. De forma a manter o sentido do circuito são usados sistemas valvulares ou sistema de selo de água ou subaquático.

Esta técnica invasiva requer por parte do enfermeiro conhecimentos técnicos e científicos de forma a manter a permeabilidade do dreno, vigiar e prevenir complicações que possam surgir.

4.BIBLIOGRAFIA

ANDRADE, Cristiano Feijó; FELICETTI, José Carlos. Drenagem Torácica. [Online]. Disponível em: http://www.proac.uff.br/esai2/sites/default/files/drenagem_toracica_2.pdf [Data de visita: 15 Novembro 2012].

Cipriano, Federico Garcia; Dessote, Lycio Umeda. 2011. Drenagem pleural. [Online]. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/2011/vol44n1/Simp8_Drenagem%20Pleural.pdf [Data de visita: 15 Novembro 2012].

Ordem dos Enfermeiros - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM, Versão 2. Lusodidacta, Fevereiro 2011, ISBN:978-92-95094-35-2.

Anónimo. Drenagens Torácicas. [Online]. Disponível em: http://forumenfermagem.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=196&Itemid=100125. [Data de visita: 15 Novembro 2012].

SCOMPARIN, Talita Priscila; DOMENICALI, Daiane Cristina; NAKANO, Lina Cavalcanti de Góes. 2009. VI EPCC - *Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar*, Drenagem Torácica: Intervenções da Equipe de Enfermagem. [Online]. Disponível em: http://www.cesumar.br/epcc2009/anais/talita_priscila_scomparin.pdf [Data de visita: 15 Novembro 2012].

SEELEY, Rod R.; STEPHENS, Trenr D.; TATE, Philip. – Anatomia e Fisiologia – Lusodidacta, 2001, ISBN 972-96610-5-7.

THELAN, Lynne A. et al, Enfermagem em Cuidados Intensivos – Diagnostico e Intervenção. Segunda edição.1996, Lusodidacta. ISBN 927-96610-2-2.

VEIGA, Barbara, et al. 2011. Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos- ACESS. [Online]. Disponível em: <http://www.acss.min->

saude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf[Data de visita: 15 Novembro 2012].

KUSAHARA, Denise Miyuki; CHANES, Daniella Cristina. 2011. Boas Práticas – Dreno de Torax, [Online]. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/dreno-de-torax.pdf> [Data de visita: 14 Novembro 2012].

“Drenagem Torácica”

PLANO DA SESSÃO

Formadora: Diana T. G. Jantarada

Orientadora: Prof.^a Maria Amélia Ferreira, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enfermeiros Tutores: Enf.^o Ricardo Dantas e Enf.^a Cristina Carneiro, Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Publico Alvo: Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva da ULSM - Hospital Pedro Hispano E.P.E.

Objetivos da formação:

- Definir Drenagem Torácica, suas características e funções;
- Relembrar os vários drenos e sistemas de Drenagem Torácica;
- Ressaltar alguns aspetos importantes sobre a Drenagem Torácica.

Data e local de formação: 29 Novembro 2012. Auditório do Centro de Formação da ULSM - Hospital Pedro Hispano

Método utilizado: Expositivo, com uma apresentação em PowerPoint

Recurso didático: Computador e Data Show

Duração da formação: 30 minutos, divididos por:

Apresentação	1 minuto	Apresentação da formadora e do tema
Introdução	4 minutos	Breves considerações sobre o tema Objetivos.
Desenvolvimento	15 minutos	Apresentação de diapositivos em PowerPoint. Conceito de Drenagem Torácica; Abordagem sobre drenos torácicos e sua localização; Apresentação dos vários sistemas de Drenagem Torácica; Estratégias que contribuem para uma boa prática de cuidados de enfermagem em doente com Drenagem Torácica
Conclusão	7 minutos	Síntese das principais ideias; Possibilidade para a colocação de questões, discussão e esclarecimento de dúvidas
Avaliação	3 minutos	Entrega de questionário de opinião aos enfermeiros presentes.

APRESENTAÇÃO

CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

DRENAGEM TORÁCICA

Diana Jantarada

Aluna do 5º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa | Porto

Porto, Novembro 2012

Anatomia do Pulmão

Traqueia
Gânglios linfáticos
Pleura
Pulmão direito
Vasos sanguíneos
Costelas e músculo da parede torácica
Diafragma

Pulmão esquerdo
Bronquíolos

Mediastino (localização do coração)

Pleura

Laringe
Hilo pulmonar
Pleura parietal
Pleura visceral
Espaço pleural
Diafragma

Pleura - membrana que reveste os pulmões.

Pleura parietal - reveste a cavidade torácica internamente.

Pleura visceral - reveste a superfície do pulmão.

Espaço pleural - espaço virtual onde a pressão é negativa.

Nesse espaço existe uma pequena quantidade de líquido pleural que tem por função reduzir o atrito entre os folhetos pleurais durante o movimento respiratório.

Drenagem Torácica

Consiste na inserção de um dreno tubular na cavidade pleural e/ou mediastínica conectado a um sistema de drenagem fechado.

Objetivo principal:
* Promover a remoção de conteúdo líquido, gasoso, purulento ou sanguinolento do interior da cavidade pleural.

LÚCIO e ARAÚJO, (2011)

Restabelecer a pressão intra pleural negativa na cavidade pleural.

Permitir a reexpansão do pulmão colapsado.

Prevenir a infecção na cavidade pleural.

Restaurar uma função cárdio-respiratória normal.

VEIGA et al., (2011) e KUSAHARA e CHANES (2011)

Procedimento útil para diagnóstico como para o tratamento de diversas intercorrências pleurais, como:

- Pneumotórax (espontâneo, primário, secundário, hipertensivo, traumático e iatrogénico),
- Hemotórax (traumático e residual),
- Derrame pleural (empiema, quilotórax),
- Drenagem profilática.

ANDRADE e FELICITI


Drenos

São tubulares, multiperfurados, siliconizados e semi-rígidos, com múltiplos orifícios numa das extremidades.

Calibre varia de 16 a 40 French, 5 a 12 mm de diâmetro.

KUSAHARA e CHANES (2011) ANDRADE e FELICITI

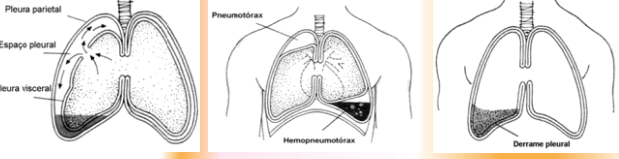
Modelos de drenos tubulares:
Dreno de Nelaton;
Dreno de Malecot;
Dreno de Pezzer;
Dreno de Blaker.
Dreno de Joly



a) Inserção a nível do 2º e 3º espaço intercostal (linha clavicular média ou axilar anterior) de forma a permitir a drenagem do ar que se acumula na porção superior do espaço pleural.

b) Inserção a nível do 8º e 9º espaço intercostal (linha medio-axilar) para permitir a drenagem de coleções líquidas.

CÁSTILHO, SIMÕES E MARTINS (2000)



Sistema de Drenagem

Deve ser sempre um sistema fechado, os tubos devem ter calibre suficiente para drenar qualquer espécie de fluido e devem adaptar-se perfeitamente para que não haja qualquer entrada de ar.

Este baseia-se em dois princípios fundamentais:


- manutenção do sentido do circuito de dentro para fora tornando-se estanque para o sentido contrário,
- existência de forças (gravítica, sucção) que possibilitam a saída da drenagem.

Sistemas Valvulares

Catéteres de baixo fluxo
Válvula de Heimlich

Dispositivo de dupla membrana.
Colocado entre o catéter torácico e o coletor.

A pressão exercida pelo líquido ou pelo ar nas lâminas de borracha, faz com que estas se separem ligeiramente, permitindo a drenagem dos produtos (ar ou fluido), logo após o que se encerram novamente impedindo o seu refluxo.



Válvula unidirecional de Heimlich

Sistema Selo de Água ou Subaquático

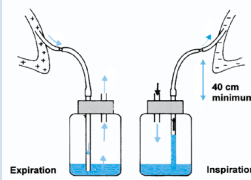
Uma extremidade encontra-se conectada, directa ou indirectamente ao catéter torácico. A outra extremidade fica mergulhada 2 cm abaixo do líquido.

CIPRIANO e DESSOTE (2011), KUSAHARA e CHANES (2011)

A coluna de água que preenche a porção imersa da tubuladura vai funcionar como válvula unidireccional.

Inspiração, impede o retrocesso desse drenado, por se elevar uma coluna de água que estabiliza a diferença de pressão entre o frasco coletor e a pressão intrapleural.

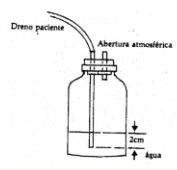
Expiração, permite a passagem do produto drenado para o frasco coletor (por se desenvolver no circuito uma pressão positiva),



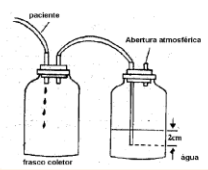
Como se executa?

Ação da gravidade /passiva
Os fluidos deslocam-se de um nível mais alto para um nível mais baixo, força gravitacional.
Por acção dos movimentos respiratórios do doente.

VEIGA et al (2011)



Sistema simples



Sistema de duplo frasco

Pressão Negativa no Sistema

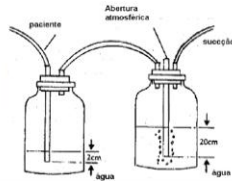
Sistema de drenagem LIGADO
Sistema de vácuo.

Existe uma pressão inferior à existente na cavidade pleural, que força o movimento do líquido e do ar contidos na cavidade pleural, em direção ao frasco coletor.

Permite efetuar uma rápida depleção do líquido ou ar contidos na cavidade pleural.

A pressão aplicada não pode ser muito grande (o máximo oscila entre -20 e -30 cm H₂O), pelo risco de se efetuar uma aspiração de tecido pulmonar.

CIPRIANO e DUSSOTTI (2011)



A fonte geradora de sucção estará condicionada à diferença de profundidade das hastas submersas.

KUSAHARA e CHANES (2011)

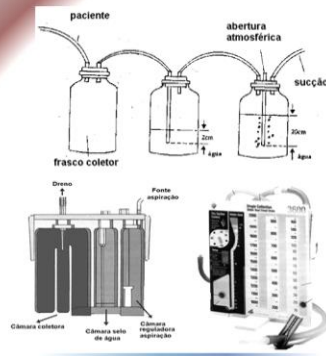
O sistema de drenagem de 3 frascos em seqüência

1º - Para drenar o conteúdo pleural,

2º - Com um nível de água - 2 cm - que previne o retorno de ar para a pleura durante a fase inspiratória de pressão negativa.

3º - Com um nível de água proporcional à pressão de aspiração que pretendemos.

KUSAHARA e CHANES (2011)



Clampar ou não clampar o sistema de drenagem torácica? Clampar se:

- * Desconexão acidental dos tubos ou quebra dos frascos (coletor ou de selo);
- * Durante a mudança de frasco ou de abertura dos mesmos;
- * Avaliação de tolerância à clampagem.

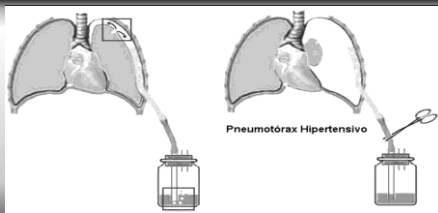
A clampagem é realizada por dois clampes,

Deve ser mantida pelo menor espaço de tempo possível,

Colocados abaixo do catéter torácico, em sentido oposto e afastados entre si cerca de 5 cm,

Deve ser efetuada no final da fase expiratória.

Clampar um dreno que esteja a borbulhar?



Nunca clampar um dreno que borbulha (se houver necessidade, este acto deve ser feito por duas pessoas e o mais rápido possível)

Complicações

- **Hemorragia** ocorre primeiramente durante a introdução do dreno por lesão de um vaso (artéria intercostal, subclávia, mamária, etc.);
- **Crise vagal**, relacionada com a dor, e a ansiedade do doente;
- **Edema pulmonar**, devido a uma evacuação demasiado rápida da drenagem;
- **Enfisema subcutâneo** por mau posicionamento do dreno torácico resultando frequentemente do recuo do dreno, que tem consequentemente abertura parietal com fuga de ar em torno do dreno;
- **Perfuração de um órgão** (pulmão, fígado);
- **Infeção** devido à manipulação incorrecta do sistema;
- **Abcesso da parede**, resultando sobretudo de deficiente técnica;

-Cessação repentina do fluxo líquido, deve-se pesquisar uma possível obstrução do dreno;

-Saída ou deslocamento acidental do dreno ou desconexão acidental dos tubos.

- Aumento acentuado da quantidade de líquido no frasco de drenagem;
- Aparecimento de bolhas, pode indicar a presença de um fístula broncopulmonar;
- Desvio da traqueia (resultante do desvio do mediastino);
- Quebra do selo de água.

Complicações

Cuidados de Enfermagem

Vigiar o estado respiratório e cardiovascular.

Verificar a oscilação do líquido:

Vigiar drenagem e suas características.

Na ventilação espontânea o nível sobe na inspiração e desce com a expiração.

Nunca clampar um dreno que borbulha.

Na ventilação mecânica o nível desce na inspiração e sobe com a expiração, pois o regime de pressão intratorácica é inverso.

Realizar registos de enfermagem.

Verificar regularmente o posicionamento do dreno, para evitar a formação de "dobras";

Assegurar a boa fixação do dreno para impedir a sua saída;

Valorizar a dor do doente;

Se o nível do selo de água baixar deverá proceder-se à adição de água estéril ou solução salina;

Não elevar o frasco coletor acima do nível da cintura, para evitar o refluxo de líquido para a cavidade torácica



ANEXO III

Formação “Nutrição Entérica”

Fundamentação teórica

Planeamento da sessão

Apresentação



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Alimentação Artificial

Nutrição Entérica

Aluna: Diana Teresa Ginjo Jantarada

Porto, Fevereiro de 2013



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Alimentação Artificial

Nutrição Entérica

Aluna: Diana Teresa Ginjo Jantarada

Sob orientação de: Prof.^a Maria Amélia Ferreira

Porto, Fevereiro de 2013

ABREVIATURAS

cm - Centímetros

Fr - French

mg/dl – Miligramas por decilitro

ml - Mililitros

ml/d – Mililitros/dia

ml/h – Mililitros/hora

SIGLAS

A.S.P.E.N. - American Society for Parenteral and Enteral Nutrition

NE – Nutrição Entérica

NP – Nutrição Parentérica

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

VRG – Volume Residual Gástrico

INDICE

1. INTRODUÇÃO	7
2. NUTRIÇÃO ENTÉRICA	9
3. PROCEDIMENTO TÉCNICO DE ENFERMAGEM - ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTÉRICA.....	17
4. CONCLUSÃO	23
5. BIBLIOGRAFIA	25

1. INTRODUÇÃO

A elaboração deste trabalho surgiu no âmbito do 5º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa|Porto, no período de estágio – Modulo III – Opção, realizado na Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente (UCIP) da ULSM – Hospital Pedro Hispano.

A desnutrição pode-se desenvolver ou estar presente em uma grande proporção de doentes hospitalizados, onde a terapia nutricional constitui uma importante terapêutica na sua prevenção e correção. A nutrição entérica quando bem direcionada para cada doente e tendo em conta o seu diagnóstico e estado nutricional melhora os resultados clínicos, reduzindo tempo de internamento e custos com a saúde.

Desta forma, e sendo nós enfermeiros, um dos profissionais de saúde que acolhe, avalia/observa o doente e cuida durante todo o seu tempo de internamento, tem de ter conhecimentos e implementá-los com vista a melhorar o estado de saúde do doente.

A American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) desde muito tempo que se dedica e realiza estudos nesta área criando linhas orientadoras (guidelines) para a administração de Nutrição Entérica e Parentérica.

Neste trabalho irá ser abordada apenas a Nutrição Entérica e por considerar que é um tema pertinente, atual e de utilidade prática para toda a equipa de enfermagem, foi alvo de uma formação em serviço.

O principal objetivo deste trabalho e posterior apresentação à equipa de enfermagem é relembrar e partilhar conhecimentos sobre a alimentação artificial – Nutrição Entérica.

2. NUTRIÇÃO ENTÉRICA

No doente hospitalizado e principalmente em estado crítico devido ao seu estado de hipercatabolismo, traumatismos e infeções, e em resposta ao estresse metabólico ocorre a desnutrição podendo esta instalar-se rapidamente e principalmente se a ingestão nutricional for insuficiente. A manutenção ou a restauração de um estado nutricional adequado é um aspeto importante para o restabelecimento da saúde.

Segundo ANDRADE, et al (2010), entende-se por terapia nutricional (TN) “*o conjunto de procedimentos terapêuticos que visam a manutenção ou recuperação do estado nutricional por meio da Nutrição Parenteral ou Enteral, realizados nos pacientes incapazes de satisfazer adequadamente suas necessidades nutricionais e metabólicas por via oral.*”

A resposta metabólica no doente crítico é complexa e envolve muitas vias metabólicas. Apresenta duas fases distintas e sequenciais. A ebb phase, que ocorre imediatamente após agressão (24 a 48 horas) e se caracteriza por hipovolémia, choque, hipoxia dos tecidos, redução do débito cardíaco, do consumo de oxigénio e hipotermia; e ainda redução da insulina e aumento da glicagina. Após este período surge a flow phase, esta ocorre após restabelecimento do aporte de oxigénio e caracteriza-se pelo aumento do débito cardíaco, do consumo de oxigénio e da temperatura, bem como o aumento do desperdício energético e o catabolismo proteico.

Tendo em conta todo este processo metabólico a terapia ou suporte nutricional tem de ser adaptado e adequado a cada uma das fases, evitando uma subnutrição ou o agravamento ou permanência da desnutrição.

JUNIOR, et al, (2012), defende que o suporte nutricional “*é parte vital da terapia na maioria dos pacientes hospitalizados. Está claramente postulado e bem definido que este é um instrumento fundamental na diminuição da morbi-mortalidade de pacientes críticos e na diminuição da taxa de permanência hospitalar; além disso, há uma queda na taxa de infeção e uma melhora nos processos de cicatrização.*”

Segundo a American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (E.S.P.E.M.) (2006), “*a quantidade de Nutrição Entérica deverá ser ajustada de acordo com a progressão, curso da doença e tolerância. Na fase aguda e inicial da doença crítica*

(catabólica), deverão ser fornecidas 20-25 Kcal/kg/dia e na fase de recuperação (anabólica), o objetivo será fornecer 25-30 Kcal/kg/dia. (Evid. C).”

Tendo em conta o estado de evolução do doente e antes de iniciar a Nutrição Entérica é necessário ter em consideração alguns itens e fatores como: parâmetros bioquímicos e antropométricos, gravidade da doença, função do trato gastrointestinal (GI) e realizar um exame físico.

Fatores como valores analíticos, perda ponderal de peso, obesidade, diarreia, vômitos, fístulas, edema, ascite, caquexia, medidas de dobras cutâneas e antecedentes patológicos como diabetes, doença hepática, hipertensão, insuficiência renal, são tidos em conta aquando da escolha da Nutrição Entérica e do volume total a administrar.

Tendo em conta todos estes parâmetros o ideal é a articulação e combinação de todos estes resultados de forma a avaliar a eficácia de qualquer intervenção nutricional, onde avaliações periódicas do estado nutricional do doente são importantes para a deteção da desnutrição nas suas fases iniciais.

Segundo a European Legal Regulation of the Commission Directive (1999), Nutrição Entérica é o termo *“utilizado para incluir todas “as formas de suporte nutricional que impliquem a utilização de dieta para fins medicinais específicos”, independente da via de administração. Inclui suplementos orais, assim como tubo de alimentação via nasogástrica, nasoentérica ou percutânea.”* De um modo genérico Nutrição Entérica é a designação dada a todo o tipo de alimentação por sonda. Implicando digestão, absorção e metabolismo dos nutrientes, mas ultrapassa a ingestão, mastigação e o estímulo de secreções digestivas, como a amílase salivar (ptialina).

De acordo com a A.S.P.E.M. (2009), o objetivo da Nutrição Entérica é proporcionar um meio de nutrição quando a via oral é impraticável ou insuficiente, repor e/ou manter um aporte nutricional adequado e equilíbrio hidro-electrolítico, preservar a sequência normal do metabolismo intestinal e hepático, modular a resposta imune favoravelmente, diminuir complicações e melhorar o prognóstico da patologia subjacente, reduzir a severidade da doença e diminuir tempo de permanência de internamento. No entanto esta não é indicada para todo o tipo de doentes, mas sim para doentes que não podem, não devem ou não querem comer, nos casos em que a alimentação culinária ingerida não satisfaz pelo menos 60% das necessidades do indivíduo e nos casos em que o intestino conserva capacidade de digestão e absorção suficientes.

Quando proposta a administração de Nutrição Entérica é necessário fazer uma avaliação do doente quanto à ausência de ruídos hidroaéreos, uso de bloqueadores neuromusculares, presença da Doença de Crohn em fase aguda, assim como de cirurgias abdominais, de distensão abdominal – elevado tempo de esvaziamento gástrico ou pancreatite, sendo estas consideradas contra-indicações relativas para a não administração deste tipo de nutrição. Em contrapartida um doente que se encontra ainda em choque, apresenta isquemia ou oclusão intestinal, peritonite generalizada, presença de fístulas intestinais de alto débito ou diarreia severa, vômitos persistentes e hemorragia digestiva aguda nunca deve de iniciar este tipo de alimentação, sendo consideradas contra-indicações absolutas.

Tendo em conta o estado do doente deve-se de considerar sempre como primeira opção a Nutrição Entérica, reservando a Nutrição Parentérica para situações onde a Nutrição Entérica está contra-indicada, ou é insuficiente para suprimir as necessidades identificadas no doente. A Nutrição Entérica e a Nutrição Parentérica devem de ser encaradas com complementares uma da outra, pois pode ocorrer a transição de uma para a outra ou mesmo a utilização conjunta de ambas. Segundo a SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL E ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA, (2011), *“a via enteral, com o auxílio de bombas infusoras, deve ser usada preferencialmente. Esgotadas as tentativas de utilização do tubo digestório, sem a obtenção da meta desejada, ou estando esta contra-indicada, a via parenteral deve ser utilizada. Se após 7 a 10 dias com terapia enteral não se obtiver 100% das necessidades, devemos considerar a associação do suporte parenteral.”* Corroborando com esta afirmação FERREIRA (2007), refere que *“Quando a necessidade nutricional não é atingida com o uso de nutrição enteral (NE), a suplementação com nutrição parenteral (NP) é uma possibilidade. A associação da NE e NP têm sido analisadas em duas vertentes, quando a NE e NP são iniciadas simultaneamente e a NP é interrompida quando o paciente tolera totalmente a NE ou quando a NP é introduzida apenas após alguns dias de NE, quando confirmada a intolerância à NE.”*

São várias as vantagens da Nutrição Entérica, daí ser considerada a primeira opção quando existe a necessidade de uma alimentação artificial. As suas vantagens passam por: ser mais fisiológico, manter a integridade da mucosa contribuindo para a manutenção da eficácia do sistema imunológico intestinal. Redução da morbidade infecciosa (geralmente pneumonia, infeções centrais e abscesso abdominal em pacientes com trauma), previne a atrofia da mucosa intestinal, melhora da função cognitiva (lesão cerebral), previne a

translocação bacteriana, reduz a incidência de complicações sépticas e estimula o sistema imunitário. Também permite uma redução do custo de terapia de alimentação, assim como, reduções significativas no tempo de internamento.

Tendo em consideração as suas vantagens a Nutrição Entérica e segundo a E.S.P.E.M. (2006), deve de ser iniciada “*o mais precoce possível (< 24h; Evid. C). Desde que a via oral esteja disponível e desde que se suponha que o doente não receba uma dieta oral completa num prazo de 3 dias. (Evid. C)*”, e desde que o doente esteja hemodinamicamente estável.

A administração da Nutrição Entérica pode ser de forma contínua, intermitente ou em bolus dependendo de como o doente se encontra e tolera. No doente crítico e atendendo à sua especificidade, esta deve de ser administrada de forma contínua e utilizando uma bomba infusora, uma vez que permite um correto doseamento e um melhor controlo glicémico.

As vias de administração podem ser nasoentérica ou oroentérica (gástrica, duodenal ou jejunal), gastrostomia ou jejunostomia. Sendo a via gástrica (nasogástrica) a mais utilizada, uma vez que permite um depósito e uma melhor tolerância às formulas de nutrição, não se verificando maior eficácia quando o uso da via jejunal.

A administração de Nutrição Entérica apesar de ser o mais fisiológico, poderá provocar alterações e complicações. Como complicações mecânicas poderá ocorrer a inserção da sonda nas vias respiratórias, úlcera de pressão na asa do nariz, deslocação não intencional da sonda, obstrução da sonda. Complicações gastrointestinais: estase gástrica, náuseas, vômitos, diarreia, obstipação e distensão abdominal. Complicações metabólicas: hiperglicemia e desidratação. Complicações infecciosas: pneumonia por aspiração e contaminação da nutrição.

São vários os cuidados que devem de se ter em consideração quando se encontra em perfusão a Nutrição Entérica, sendo eles: elevar a cabeceira do leito a 30-45° sempre que a condição e estabilidade hemodinâmica do doente o permita, de forma a minimizar o risco de refluxo gastro esofágico e conseqüente aspiração do conteúdo gástrico, utilizar sempre que possível, sondas de baixo calibre (10/12 Fr) para evitar o relaxamento do cárdia. Utilizar também, sondas de silicone ou de poliuretano uma vez que são melhor toleradas e provocam menos erosão das mucosas e não sofrem biodegradação. Permeabilizar a sonda com 30 ml de água de 6/6 horas, realizar avaliações diárias utilizando várias técnicas como o comprimento da marcação externa da sonda de alimentação, o pH, a observação das características do aspirado gástrico; avaliação da

pressão do cuff do tubo endotraqueal ou traqueostomia devendo estar entre os 20-30 cm H₂O. Avaliar também o perfil glicémico, balanço hídrico e resultados analíticos. Sendo que nos últimos estudos sobre o controle do perfil glicémico o que se pretende são valores de glicemia capilar inferiores a 180 mg/dl ao mesmo tempo que estudos não apoiam a adoção generalizada de insulino-terapia intensiva no doente crítico, podendo alguns doentes beneficiar desta terapia, embora as suas características ainda não estejam claramente definidas.

É importante também ter em consideração a administração de procinéticos, como Domperidona, Metoclopramida, Eritromicina, assim como laxantes, Lactulose. Devendo também se proceder à limpeza da cavidade oral com Clorexidina duas vezes por dia ou sempre que necessário, para reduzir o risco de pneumonia associada ao ventilador (PAV), evitando a proliferação bacteriana, assim como manter a cavidade oral humidificada evitando lesões.

A quantidade de Nutrição Entérica implementada deverá ser ajustada de acordo com a progressão, curso da doença e tolerância do doente. Assim, esta deve de ser iniciada com baixo débito, a 21 ml/h. O volume alvo diário deve de ser atingido entre as 48 a 72 horas após início desta, devendo corresponder entre 50% a 65% das necessidades energéticas calculadas.

O débito da perfusão é alterado em subidas ou descidas de 500 ml/dia. Ou seja, a perfusão é iniciada a 21 ml/h (500 ml/dia), progride para 42 ml/h (1000 ml/dia) e no fim para 63 ml/h (1500 ml/dia), o processo é idêntico na progressão negativa.

Antes de baixar a cabeceira da cama pela necessidade de prestação de cuidados, deve-se avaliar o volume residual gástrico (VRG) e verificar a localização da sonda de alimentação. Esta avaliação deve de ser realizada de 4 em 4 horas até estabilizar e posteriormente passar a avaliar de 6 em 6 horas e sempre que o volume residual gástrico for inferior a 200 ml progredir no débito.

Estudos recentes realizados sobre a avaliação do volume residual gástrico (VRG) demonstram que o valor deste pode ir até aos 500 ml. Sendo várias as etapas a seguir de forma a minimizar ou eliminar o risco de complicações. Assim se o VRG for inferior a 500 ml, deve-se-á reintroduzir. Se mais de 400 ml, deve-se manter ritmo de perfusão, posicionar o doente em decúbito lateral direito se possível durante 30 minutos, administrar procinéticos de 6/6 horas e reavaliar VRG 4 horas após. Se nas 4 horas após, se mantiver conteúdo superior a 400 ml, deve-se suspender perfusão e reavaliar VRG após 2 horas. Nesta fase se o conteúdo for inferior a 400 ml e sem sinais de intolerância, deve-se-á de

recomeçar ao mesmo ritmo, mas se existirem sinais de intolerância dever-se-à de reduzir o ritmo para 25 ml/h ou na base dos 25 ml/h.

Existem alguns cuidados a ter quando a prescrição de drogas é sob a forma de comprimidos, pois estes ao serem triturados existe uma determinada quantidade de fármaco que pode estar perdido em cada administração; e globalmente, durante o tratamento, reduzindo assim a sua eficácia. Nestes casos dever-se-á considerar uma forma ou dosagem mais adequada, como por exemplo no caso da Domperidona em que existe solução oral; ou equivalente terapêutico (discussão na equipa). Devendo-se triturar cada droga separadamente, evitando misturar drogas em conjunto evitando assim incompatibilidades.

A importância dada ao suporte nutricional do doente em fase crítica ou depois desta é cada vez maior. Onde a indústria alimentar, cada vez mais procura dar resposta a cada especificidade e condição em que o doente se encontra. Assim existe uma larga gama de fórmulas de Nutrição Entérica, desde formulas standard até formulas específicas para doentes com patologias como a Diabetes Mellitus ou a Doença Hepática, são exemplos o Nutrison Standard[®], Fresubin Original Sem fibras[®], Nutrison Alta Energia[®]. Assim como existe uma aposta na criação de suplementos alimentares, também muitos deles direcionadas para determinados estados patológicos em que o doente se encontra ou em função das necessidades nutricionais, são exemplos o Forticare[®] - isento de glúten e lactose, o Fortimel[®] - rico em vitaminas minerais e oligoelementos, entre outros.

O uso destes produtos implica alguns cuidados como registar data e hora da abertura das bolsas e não administrar quando abertos por mais de 24 horas e ainda substituir bolsas/frascos e sistemas de perfusão a cada 24 horas.



Quando falamos em Nutrição Entérica existe uma conotação direta para o doente internado em meio hospitalar numa unidade de cuidados intensivos ou intermédios, assim como em enfermaria. No entanto também existe a administração de Nutrição Entérica em domicílio.

Segundo a SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL (2012), a terapia nutricional domiciliar pode ser definida como “*assistência nutricional e clínica ao paciente em seu domicílio.*” E segundo a mesma Sociedade, tem como objetivo “*recuperar ou manter o nível máximo de saúde, funcionalidade e comodidade do paciente e está associado à redução de custos assistenciais.*”

Um doente que no domicílio é administrada a Nutrição Entérica vem grande parte das vezes referenciado após alta hospitalar no entanto também pode iniciá-la após consulta com o seu médico assistente.

Nestes casos existe uma necessidade acrescida no ensino ao prestador de cuidados sobre a Nutrição Entérica e seus cuidados, assim como uma vigilância mais rigorosa por parte dos profissionais de saúde.

3 -PROCEDIMENTO TÉCNICO DE ENFERMAGEM - ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTÉRICA

	<p style="text-align: center;">Procedimento Técnico de Enfermagem</p> <p style="text-align: center;">Administração de Nutrição Entérica</p>	 <p style="text-align: center;">CATÓLICA PORTO CIÊNCIAS DA SAÚDE</p> <p>Diana T. G. Jantarada Aluna do 5º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa Porto</p>
---	--	---

1.Objetivos

Prevenir possíveis complicações relacionadas com a preparação e administração da Nutrição Entérica;

Uniformizar o procedimento de preparação e administração da Nutrição Entérica.

2.Âmbito

Aplicável na Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente (UCIP).

3. Definição

É o termo utilizado para incluir todas "as formas de suporte nutricional que impliquem a utilização de dieta para fins medicinais específicos", independente da via de administração. Inclui suplementos orais, assim como tubo de alimentação via nasogástrica, nasoentérica ou percutânea. Tem como objetivos proporcionar um meio de nutrição quando a via oral é impraticável ou insuficiente, repor e/ou manter um aporte nutricional adequado e equilíbrio hidro-electrolítico, preservar a sequência normal do metabolismo intestinal e hepático e modular a resposta imune favoravelmente.

O suporte nutricional é um instrumento fundamental na diminuição da morbimortalidade. Tem como objetivos preservar massa corporal magra,manter a função imunológica, evitar complicações metabólicas; atenuar a resposta metabólica ao stress, prevenir a lesão celular oxidativa, modular favoravelmente a resposta imune e melhorar os processos de cicatrização.

4. Vantagens da Nutrição Entérica

Mantém a integridade da mucosa intestinal, contribuindo para a manutenção da eficácia do sistema imunológico intestinal;

Redução da morbidade infecciosa (geralmente pneumonia, infecções centrais, abscesso abdominal em pacientes com trauma);

Previne a atrofia da mucosa intestinal;

Melhora da função cognitiva (lesão cerebral);

Previne a translocação bacteriana;

Reduz a incidência de complicações sépticas;

Estimula o sistema imunitário;

Redução do custo de terapia de alimentação;

Reduções significativas no tempo de internamento;

Mais fisiológico.

5. Contra-Indicações

5.1 - Relativas

Distensão abdominal – elevado tempo de esvaziamento gástrico;

Ausência de ruídos hidroaéreos;

Uso de bloqueadores neuromusculares;

Doença de Crohn em fase aguda.

Cirurgias abdominais;

Pancreatite.

5.2 - Absolutas

Choque;

Isquemia intestinal;

Oclusão intestinal;

Peritonite generalizada;

Fístulas intestinais de alto débito;

Diarreia severa, vômitos persistentes, hemorragia digestiva aguda.

6. Considerações especiais

É indicada para todos os indivíduos que não podem, não devem ou não querem comer. Nos casos em que a alimentação culinária ingerida não satisfaz pelo menos 60% das necessidades do indivíduo; ou o intestino não conserva capacidade de digestão e absorção suficientes.

O perfil nutricional do doente deve de ser conhecido desde o momento de admissão.

A Alimentação entérica só deve de ser iniciada quando estabilidade hemodinâmica do doente.

Quando existe integridade da mucosa, no entanto não é iniciada a nutrição entérica, deve partir-se para a administração de Glucose 5% através da sonda de alimentação.

A administração da nutrição entérica deve de ser administrada de forma continua, intermitente ou em bolus dependendo de como o doente se encontra e tolera. No doente crítico e atendendo à sua especificidade, deve de se administrar de forma continua e utilizando uma bomba infusora, uma vez que permite um correto doseamento e um melhor controlo glicémico.

7. Administração

Deve de se iniciar nutrição entérica o mais precoce possível, nas primeiras 24 a 48 horas, desde que a via oral esteja disponível e desde que se suponha que o doente não receba uma dieta oral completa num prazo de 3 dias.

As vias de administração podem ser nasoentérica ou oroentérica (gástrica, duodenal ou jejunal), gastrostomia ou jejunostomia. Sendo a via gástrica (nasogástrica) a mais utilizada, uma vez que permite um depósito e uma melhor tolerância às formulas de nutrição, não se verificando maior eficácia quando o uso da via jejunal.

Elevar a cabeceira do leito a 30-45° sempre que a condição e estabilidade hemodinâmica do doente o permita, de forma a minimizar o risco de refluxo gastroesofágico e consequente aspiração do conteúdo gástrico.

Utilizar, sempre que possível, sondas de baixo calibre (10/12 Fr) para evitar o relaxamento do cárdia. Utilizar também, sondas de silicone ou de poliuretano uma vez que são melhor toleradas e provocam menos erosão das mucosas e não sofrem biodegradação.

Permeabilizar a sonda com 30 ml de água de 6/6 horas.

A quantidade de nutrição entérica deverá ser ajustada de acordo com a progressão, curso da doença e tolerância. Assim, esta deve de ser iniciada a 21 ml/h. O volume alvo

diário deve de ser atingido entre as 48 a 72 horas após início da nutrição entérica. Deve corresponder entre 50% a 65% das necessidades energéticas calculadas.

O débito da perfusão é alterado em subidas ou descidas de 500 ml/dia. Ou seja, a perfusão é iniciada a 21 ml/h (500 ml/dia), progride para 42 ml/h (1000 ml/dia) e no fim para 63 ml/h (1500 ml/dia), o processo é idêntico na progressão negativa.

Antes de baixar a cabeceira, avaliar o volume residual gástrico e verificar a localização da sonda de alimentação.

Avaliar o volume residual gástrico de 4 em 4 horas até estabilizar e posteriormente passar a avaliar de 6 em 6 horas.

Sempre que o volume residual gástrico for inferior a 200 ml progredir no débito.

Quando volume residual gástrico (VRG) inferior a 500 ml, reintroduzir.

Se mais de 400 ml:

- * Manter ritmo de perfusão,
- * Posicionar o doente em decúbito lateral direito, se possível durante 30 minutos,
- * Administrar procinéticos de 6/6 horas,
- * Reavaliar VRG 4 horas após.

Se nas 4 horas após, mantém conteúdo superior a 400 ml:

- * Suspende perfusão.
- * Reavaliar VRG após 2 horas, e:
 - Se conteúdo inferior a 400 ml e sem sinais de intolerância, recomeçar ao mesmo ritmo,
 - Se sinais de intolerância reduzir ritmo para 25 ml/h ou na base dos 25 ml/h.

Se após 72 horas com Nutrição Entérica em perfusão não se verificar tolerância gástrica, colocar sonda jejunal. Caso se mantenha a intolerância alimentar (e/ou não foi possível a progressão da sonda entérica) deve complementar-se a nutrição entérica com nutrição parentérica, mas se apenas se passaram 7 a 10 dias após admissão.

8.Outras Considerações Importantes

Lavar frequentemente a boca, reduzindo a proliferação bacteriana;

Monitorizar glicemia capilar e balanço hídrico;

Administrar procinéticos, assumindo que a combinação de vários é mais eficaz que o uso de apenas um;

Verificar posicionamento da sonda de alimentação e a sua correta fixação;

Registar data e hora da abertura das bolsas/frascos e não administrar quando abertos por mais de 24 horas;

Substituir bolsas/frascos e sistemas de perfusão a cada 24 horas;

Vigiar vômito, náusea e eliminação;

Executar registos utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE)

9.Procedimento

Identificar o doente e a prescrição terapêutica;

Reunir o material;

Explicar o procedimento ao doente, se for viável;

Lavar as mãos;

Transferir a fórmula do seu recipiente original para o sistema de alimentação entérica;

Lavar novamente as mãos e calçar luvas;

Verificar a permeabilidade e a localização da sonda de alimentação, avaliar volume residual gástrico (em caso de jejunostomia ou sonda jejunal não verificar conteúdo);

Colocar a perfusão de Nutrição Entérica;

Lavar as mãos;

Registar a implementação e outras informações úteis;

10.Material e Equipamento

Sonda de alimentação;

Estetoscópio;

Luvas;

Seringa de alimentação de 100cc;

Fórmula de Nutrição Entérica;

Sistema de alimentação entérica;

Etiqueta identificativa do produto com nome do doente e data.

11.Responsabilidades

Colocação de sonda naso/oro entérica – Enfermeiro;

Colocação de gastro/jejunostomia: Equipa multidisciplinar do bloco operatório;

Avaliação nutricional: Médico e Nutricionista;

Avaliação de glicemia capilar e balanço hídrico: Enfermeiro;

Avaliação do volume residual gástrico e posicionamento da sonda de alimentação:
Enfermeiro;

Prescrição da fórmula de Nutrição Entérica: Médico;

Preparação e administração da Nutrição Entérica: Enfermeiro.

DocumentosAssociados

European legal regulation of the commission directive 1999/21 /EC of 25 March 1999.

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel.

Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide, 2009Gastric residual volumes in critical illness: what do they really mean? Critical Care clinics, 2010.

H. Lochs , S.P. Allison, R. Meier, M. Pirlich, J. Kondrup, St. Schneider, G. van den Berghe, C. Pichard Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions and General Topics. Clinical Nutrition. 2006.

JPEN - Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient:: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). 2009.

JUNIOR, Salustiano José Alves de Moura, et al. 2012. Protocolos de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. [Online]. Disponível em http://www.hgv.pi.gov.br/download/201204/HGV25_acf79f701f.pdf [Data de visita: 17 Janeiro 2013]

Kreymann, K. G., Berger, M. M., Deutz, N. E. P., Hiesmayr, M., Jolliet, P., Kazandjiev, G., et al. ESPEN GuidelinesOnEnteralNutrition: Intensivecare. ClinicalNutrition. 2006.

4. CONCLUSÃO

O suporte nutricional do paciente grave internado numa unidade de cuidados intensivos e intermédia ou simplesmente internado numa enfermaria deve de ser considerado um dos maiores desafios. Sendo necessário consciencializar os profissionais de saúde da sua importância, seja ele médico, nutricionista ou enfermeiro.

O continuo treino e ensino da equipe de enfermagem pode diminuir as intercorrências relacionadas à obstrução e perda da sonda de alimentação, assim como uma rápida troca da sonda nesses casos, assim como a avaliação do volume residual gástrico, sinais e sintomas de intolerância como o vomito.

O conhecimento por parte da equipa de enfermagem sobre os objetivos e vantagens da Nutrição Entérica, as contra-indicações e complicações que esta pode provocar e as suas formas de prevenção, além do conhecimento das vias de administração e de toda a gama de bolsas de Nutrição Entérica que podem ser administradas em função do estado em que se encontra da doente, permitem prestar cuidados diferenciados e de qualidade.

A presença de uma equipe multiprofissional de terapia nutricional, o seguimento de um protocolo para administração da dieta e o constante treino e sistematização do cuidado prestado contribuem para melhorar a administração da Nutrição Entérica. Fundamental para a melhoria do estado nutricional e assim diminuir a taxa de infeção, promover uma melhoria nos processos de cicatrização, reduzir os fatores de morbi-mortalidade, e além disso, diminuir a taxa de permanência hospitalar e os custos em saúde.

5. BIBLIOGRAFIA

ANDRADE, Kátia Lima, et al. 2010. PROTOCOLO CLÍNICO EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL ROTINAS E NORMAS DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL.

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009). Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.

FERREIRA, IáraKallyanna Cavalcante. 2007. Terapia Nutricional em Unidade de Terapia Intensiva – Artigo de Revisão. [Online]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n1/a12v19n1.pdf> [Data de Visita: 17 de Janeiro 2013].

Heyland, D. K., Cook, D. J., Malhotra, A., Rd, R. D., Henderson, W. R., Chi [ock, D. R., et al. (2009). Intensive insulintherapy and mortality among critically ill patients: ameta--analysis including NICE--SUGAR study data. *Cmaj*, 180(8).821---7.

Hurt, R. T., &McClave, S. a. (2010). Gastricresidual volumes in critical illness: what do they really mean? *Criticalcare clinics*,26 (3), 481---90,viii--ix.ElsevierLtd.doi:10.1016/j.ccc.2010.04.010.

JUNIOR, Salustiano José Alves de Moura, et al. 2012. Protocolos de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. [Online]. Disponível em http://www.hgv.pi.gov.br/download/201204/HGV25_acf79f701f.pdf [Data de visita: 17 Janeiro 2013].

McClave, S. a, Martindale, R. G., Vanek, V. W., McCarthy, M., Roberts, P., Taylor, B., et al. (2009). Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Sociey for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). *JPEN. Journal of parenteral and enteral nutrition*, 33(3), 277---316.doi:10.1177/0148607109335234.

Palese, A., Bello, A., & Magee, J. (2011). TrituraJng drugs for administraJon in paJents with difficulJes in swallowing: evaluaJon of the drug lost. *JournalOfclinicalnursing*, 20(3--4), 587---90. doi: 10.1111/j.1365---2702.2010.03577.x.

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL. 2010. ROTINAS E NORMAS DE TERAPIA NUTRICIONAL PARENTERAL E ENTERAL NO ADULTO E NO IDOSO. [Online]. Disponível em: http://www.huufma.br/site/servicos/coloprocto/arquivos/protocolos_coloproctologia/PROTOCOLO_ROTINAS_E_NORMAS_DE_TERAPIA_NUTRICIONAL_PARENTERAL_E_ENTERAL_NO_ADULTO_E_NO_IDOSO.pdf [Data de visita: 16 de Janeiro 2013].

Kreymann KG, Berger MM, Deutz NE et al - ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care. *ClinicalNutrition*, 2006. 25:210-223.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL.2012. Terapia Nutricional Domiciliar. [Online]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n4/v58n4a08.pdf> [Data de visita: 20 de Janeiro 2013].]

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL E ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA. 2011. Acessos para Terapia de Nutrição Parenteral e Enteral. [Online]. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/9_volume/acessos_para_terapia_de_nutricao_parenteral_e_enteral.pdf [Data de visita: 17 Janeiro 2013].

TEIXEIRA, Ana Carolina de Castro; CARUSO, Lúcia; SORIANO, Francisco G. 2006. Terapia Nutricional Enteral em Unidade de Terapia Intensiva: Infusão *Versus* Necessidades. [Online]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n4/03.pdf> [Data de visita:17 de Janeiro 203].

The Normoglycemia In Intensive Care Evaluation–Survival Using Glucose Algorithm Regulation (2009) Intensive versus Conventional Glucose Control In Critically IllPaJents. *The new engl and journal of medicine*, 360(13).1283---97

“Nutrição Entérica”

PLANO DA SESSÃO

Formadora: Diana T. G. Jantarada

Orientadora: Prof.^a Maria Amélia Ferreira, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enfermeiro Tutor: Enf.^a Ana Branco, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Publico Alvo: Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente (UCIP) da ULSM - Hospital Pedro Hispano – E.P.E.

Objetivos da formação:

- Definir Nutrição Entérica e suporte nutricional;
- Ressaltar alguns aspetos importantes sobre a Nutrição Entérica
- Transmitir as últimas evidências sobre a Nutrição Entérica.

Data e local de formação: 31 Janeiro 2013. Sala de reuniões da UCIP, da ULSM - Hospital Pedro Hispano

Método utilizado: Expositivo, com uma apresentação em PowerPoint

Recurso didático: Computador e Data Show

Duração da formação: 30 minutos, divididos por:

Apresentação	1 minuto	Apresentação da formadora e do tema
Introdução	4 minutos	Breves considerações sobre o tema Objetivos.
Desenvolvimento	15 minutos	Apresentação de diapositivos em PowerPoint. Conceito de Nutrição Entérica e suporte nutricional; Abordagem das contra indicações e vantagens da Nutrição Entérica; Referência das vias de administração da Nutrição Entérica, complicações e estratégias de prevenção das mesmas; Apresentação das várias fórmulas de Nutrição Entérica; Estratégias que contribuem para uma boa prática de cuidados de enfermagem em doente com Nutrição Entérica
Conclusão	7 minutos	Síntese das principais ideias; Possibilidade para a colocação de questões, discussão e esclarecimento de dúvidas.
Avaliação	3 minutos	Entrega de questionário de opinião aos enfermeiros presentes.

APRESENTAÇÃO

NUTRIÇÃO ENTÉRICA

Diana T. G. Jantarada

Aluna do 5º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa (Porto)

Porto, Janeiro 2013

CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

O **suporte nutricional** é parte vital da terapia na maioria dos pacientes hospitalizados. Está claramente postulado e bem definido que este é um instrumento fundamental na diminuição da morbi-mortalidade de pacientes críticos e na diminuição da taxa de permanência hospitalar; além disso, há uma queda na taxa de infeção e uma melhoria nos processos de cicatrização.

(JUNIOR, et al, 2012)

Suporte Nutricional

- * Preservar massa corporal magra;
- * Manter a função imunológica;
- * Evitar complicações metabólicas;
- * Atenuar a resposta metabólica ao stress;
- * Prevenir a lesão celular oxidativa;
- * Modular favoravelmente a resposta imune.

(Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.), 2009)

Avaliação antes da Alimentação Entérica

- * Exame físico;
- * Parâmetros bioquímicos;
- * Parâmetros antropométricos;
- * Avaliação de perda de peso;
- * Nível de consumo de nutrientes anterior à admissão;
- * Gravidade da doença;
- * Co morbilidades;
- * Função do trato gastrointestinal (GI).

(Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.), 2009)

Nutrição Entérica

É utilizado para incluir todas "as formas de suporte nutricional que impliquem a utilização de dieta para fins medicinais específicos", independente da via de administração. Inclui suplementos orais, assim como tubo de alimentação via nasogástrica, nasoentérica ou percutânea.

(European legal regulation of the commission directive 1999/21/EC of 25 March 1999)

Objetivos

- * Proporcionar um meio de nutrição quando a via oral é impraticável ou insuficiente;
- * Repor e/ou manter um aporte nutricional adequado e equilíbrio hidro-electrolítico;
- * Preservar a sequência normal do metabolismo intestinal e hepático;
- * Modular a resposta imune favoravelmente;
- * Diminuir complicações e melhorar prognóstico da patologia subjacente, reduzir a severidade da doença;
- * Diminuir tempo de permanência de internamento;

(Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.), 2009)

Indicada para:

- * Todos os indivíduos que não podem, não devem ou não querem comer;
- * Nos casos em que a alimentação culinária ingerida não satisfaz pelo menos 60% das necessidades do indivíduo;
- * O estômago e intestino conservarem a capacidade de digestão e absorção suficientes.

Relativas	Contra	Indicações Absolutas
<ul style="list-style-type: none"> * Distensão abdominal – elevado tempo de esvaziamento gástrico; * Ausência de ruídos hidroaéreos; * Uso de bloqueadores neuromusculares; * Doença de Crohn em fase aguda. * Cirurgias abdominais; * Pancreatite; * Diarreia severa, vômitos persistentes, hemorragia digestiva aguda; 	<ul style="list-style-type: none"> * Choque; * Isquemia intestinal; * Oclusão intestinal; * Peritonite generalizada; * Fistulas intestinais de alto débito. 	


Vantagens

- * Mantem a integridade da mucosa, contribuindo para a manutenção da eficácia do sistema imunológico intestinal;
- * Redução da morbidade infecciosa (geralmente pneumonia, infecções centrais, abscesso abdominal em pacientes com trauma);
- * Previne a atrofia da mucosa intestinal;
- * Melhoria da função cognitiva (lesão cerebral);
- * Previne a translocação bacteriana;
- * Mais fisiológico;
- * Redução do custo de terapia de alimentação;
- * Reduções significativas no tempo de internamento;
- * Redução da incidência de complicações sépticas;
- * Estimula o sistema imunitário;



Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.), 2007

Vias de Administração

Nasoentérica ou oroentérica (gástrica, duodenal ou jejunal)



Colocação cirúrgica ou endoscópica

Gastrostomia	Jejunostomia
 <p>Stomach</p>	 <p>Intestino Grosso Jejunostomia Intestino Delgado Reto</p>

A via gástrica é a mais utilizada, uma vez que permite um depósito e uma melhor tolerância às formulas de nutrição, não se verificando maior eficácia quando o uso da via jejunal.

(ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care Clinical Nutrition, 2006)

Complicações

Mecânicas: inserção da sonda nas vias respiratórias, ulcera de pressão na asa do nariz, deslocação não intencional da sonda, obstrução da sonda;

Gastrointestinais: estase gástrica, náuseas, vômitos, diarreia, obstipação e distensão abdominal;

Metabólicas: hiperglicemia, desidratação;

Infeciosas: pneumonia por aspiração, contaminação da nutrição.

(ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care, Clinical Nutrition, 2006)

Como Prevenir:

- Utilizar sondas de baixo calibre (10/12 Fr) para evitar o relaxamento do cárdia;
- Elevar a cabeceira do leito a 30-45°;
- Administração de procinéticos, como Domperidona, Metoclopramida, Eritromicina;
- Iniciar com baixo débito;
- Limpeza da cavidade oral com clorexidina duas vezes por dia ou sempre que necessário, para reduzir o risco de pneumonia associada ao ventilador (PAV).
- Permeabilizar a sonda com 30 ml de água de 6/6 horas;
- O cuff do tubo endotraqueal ou traqueostomia com pressão 20-30 cm H₂O;
- Avaliação e controle do perfil glicêmico, balanço hídrico, resultados analíticos;
- Avaliações diárias utilizando várias técnicas (comprimento da marcação externa, pH, observação de características do aspirado gástrico);

(PEN - Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.), 2009)

Formulas de dietas entéricas

I – Dieta completa
 - Normalizada / Oligomérica / Modificada

II – Dietas modulares
 - Glucidica / Lipídica / Proteica



III – Dietas especiais

Incompletos do ponto de vista nutricional.

Forticare - Isento de glúten e lactose.
 Forticreme
 Fortimel - Rico em vitaminas minerais e oligoelementos
 Fortini
 Cubitan

Suplementos Oraís

Nutrison Pre-Nutrison
 Nutrison Standard
 Fresubin Original Sem fibras;
 Nutrison Alta Energia
 Fresubin HP Energy

Nutrição Entérica

Quando?
Como?
Onde?

Quando?
 O mais precoce possível (< 24h Evid. C);
 Desde que a via oral esteja disponível e desde que se suponha que o doente não receba uma dieta oral completa num prazo de 3 dias (Evid. C).

Como?
 A quantidade de NE deverá ser ajustada de acordo com a progressão, curso da doença e tolerância.
 Na fase aguda e inicial da doença crítica, deverão ser fornecidas 20-25 Kcal/kg/dia e na fase de recuperação (anabólica), o objetivo será fornecer 25-30 Kcal/kg/dia (Evid. C)

Onde?
 Preferencialmente por via entérica (Evid. C), não havendo evidência significativa que justifique o uso de alimentação jejunal vs gástrica (Evid. C).

(ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care, 2006)

Ações de Enfermagem

Avaliar perfil nutricional;
 Instruir doente sobre a nutrição entérica;

Lavar SNG de 6/6 horas com cerca de 30 ml de água;
 Verificar posicionamento da SNG e a sua correta fixação;

Registrar data e hora da abertura das bolsas e não administrar quando abertos por mais de 24 horas;

Monitorizar glicemia capilar, balanço hídrico, volume residual gástrico;

Executar cuidados orais;
 Substituir bolsas/frascos e sistemas de perfusão a cada 24 horas;
 Vigiar vomito, náusea e eliminação;
 Executar registos em SAPE.

O que há de novo?

A doentes com ARDS e lesão severa pulmonar deverão ser fornecidas fórmulas caracterizadas por um perfil lipídico anti-inflamatório (ω -3) e antioxidantes. (Evid. A).

A adição de glutamina a um regime de NE (que não contenha glutamina suplementar), deve ser considerada no doente queimado, vítima de trauma e outros doentes críticos. (Evid. B).

(Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) JPEN. Journal of parenteral and enteral nutrition, 2009)

Oferecer suplementos nutricionais orais, com alto teor proteico, como suplemento da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de úlceras de pressão, devido a doença aguda ou crónica ou na sequência de uma intervenção cirúrgica. (Evid. A)

(European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide, 2009)

O que há de novo?

No controlo glicémico o objetivo é manter glicose < 180 mg/dl.

(The Normoglycemia In Intensive Care Evaluation-Survival Using Glucose Algorithm Regulation: Intensive versus Conventional Glucose Control In Critically Ill Patients. The new england journal of medicine, 2009)

Estudos não apoiam a adoção generalizada de insulino-terapia intensiva no doente crítico.

Alguns doentes poderão beneficiar desta terapia, embora as suas características ainda não estejam claramente definidas.

(Intensive insulin therapy and mortality among critically ill patients: a meta-analysis including NICE-SUGAR study data, 2009)

O que há de novo?

Triturar medicação!

A segurança e a eficácia da quantidade de fármaco pode estar perdido em cada administração; e globalmente, durante o tratamento.

Dever-se-á considerar uma forma ou dosagem mais adequada ou equivalente terapêutico (discussão na equipa). Deve-se triturar cada droga separadamente, evitando misturar drogas em conjunto (incompatibilidades).

(Triturating drugs for administration in patients with difficulties in swallowing: evaluation of the drug lost. Journal Of clinical nursing, 2011)

O que há de novo?

Avaliar VRG a cada 4 horas;

Reintroduzir se conteúdo inferior a 500 ml.

Se mais de 400 ml:

- * manter ritmo de perfusão,
- * posicionar o doente em decúbito lateral direito, se possível durante 30 minutos,
- * administrar procinéticos de 6/6 horas,
- * reavaliar VRG após 4 horas.

Avaliação de Volume Residual Gástrico (VRG)

Se nas 4 horas após, mantem conteúdo superior a 400 ml.

- * Suspende perfusão.
- * Reavaliar VRG após 2 horas, e:
 - Recomeçar ao mesmo ritmo, se conteúdo inferior a 400 ml e sem sinais de intolerância.
 - Se sinais de intolerância reduzir ritmo para 25 ml/h ou na base dos 25 ml/h.

(Gastric residual volumes in critical illness: what do they really mean? Critical Care clinics., 2010).



